**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**
**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

# Efecto de una intervención educativa en personal de salud sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en un hospital rural II-1 Santa Clotilde, Maynas, 2024 - 2025

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud

**AUTOR**

Lila Yanabel FERNANDEZ BURGA

**ASESOR**

Dr. Ronald Espíritu AYALA MENDÍVIL

Lima, Perú

2026




Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

**Referencia bibliográfica**

Fernandez L. Efecto de una intervención educativa en personal de salud sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en un hospital rural II-1 Santa Clotilde, Maynas, 2024 - 2025 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

## Metadatos complementarios

| | |
|---|---|
| **Datos de autor** | |
| Nombres y apellidos | Lila Yanabel Fernandez Burga |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 40190708 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0006-8186-8160 |
| **Datos de asesor** | |
| Nombres y apellidos | Ronald Espíritu Ayala Mendívil |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 09861941 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-9471-7162 |
| **Datos del jurado** | |
| **Presidente del jurado** | |
| Nombres y apellidos | Julián Anibal Villarreal Valerio |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 09539992 |
| **Miembro del jurado 1** | |
| Nombres y apellidos | Maria Elena Muñoz Zambrano |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | *06592866* |
| URL de ORCID | *https://orcid.org/0000-0002-2560-3903* |
| **Miembro del jurado 2** | |
| Nombres y apellidos | Juan de la Rosa Suyo Trinidad |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 07746770 |
| **Miembro del jurado 3** | |

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos | Pedro Luis Zamora Gonzales |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 06748348 |
| URL de ORCID | *https://orcid.org/0000-0001-7077-1431* |
| **Datos de investigación** | |
| Línea de investigación | *Docencia, calidad e innovación en educación en salud* |
| Grupo de investigación | Educación Médica |
| Agencia de financiamiento | Autofinanciada |
| Ubicación geográfica de la investigación | Distrito de Napo, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto, Perú, Sudamérica Santa Clotilde – Vicariato San José del Amazonas |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | 2024 Y 2025 |
| URL de disciplinas OCDE | Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento)<br>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01<br>Ciencias de la salud<br>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 |

# Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

## FACULTAD DE MEDICINA

### Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Maestría

# ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

*En la ciudad de Lima, a los 30 días del mes de abril del año dos mil veintiséis siendo las 15:30 horas, bajo la presidencia del Dr. Julián Anibal Villarreal Valerio con la asistencia de los Profesores: Dra. Maria Elena Muñoz Zambrano (Miembro), Mg. Juan de la Rosa Suyo Trinidad (Miembro), Mg. Pedro Luis Zamora Gonzales (Miembro) y el Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendívil (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Enfermería, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada:* ***"EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PERSONAL DE SALUD SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL COMPROMISO INSTITUCIONAL EN UN HOSPITAL RURAL II-1 SANTA CLOTILDE, MAYNAS, 2024 - 2025"*** *con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación* ***B MUY BUENO (17).*** *A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de* ***MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD****, a la postulante* ***LILA YANABEL FERNANDEZ BURGA****.*

*Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 16:50 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.*

**Dra. Maria Elena Muñoz Zambrano**
*profesor principal*
Miembro

**Mg. Juan de la Rosa Suyo Trinidad**
*profesor auxiliar*
*Miembro*

**Mg. Pedro Luis Zamora Gonzales**
*profesor asociado*
*Miembro*

**Dr. Julián Anibal Villarreal Valerio**
*profesor principal*
*Presidente*

**Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendívil**
*profesor principal*
*Asesor*

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

## Anexo 1
## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL** en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la UPG **N° 001493-2025-UPG-VDIP-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es "**EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PERSONAL DE SALUD SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL COMPROMISO INSTITUCIONAL EN UN HOSPITAL RURAL II-1 SANTA CLOTILDE, MAYNAS, 2024 - 2025"** presentado por la egresada **LILA YANABEL FERNANDEZ BURGA** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**,

**CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **4%** de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.**

Lima, 16 de julio de 2026

Firma del Asesor _____

DNI: **09861941**

Nombres y apellidos: **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL**

*La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.*

A Dios, quien todo lo define y guía mis pasos; a mi familia, pilar de mi fortaleza; al personal del Hospital Santa Clotilde por su vocación; y a los pacientes razón de nuestro servicio.

Rindo gracias a Dios por su guía divina y fortaleza en cada etapa.

Expreso mi profundo agradecimiento al Dr. Ronald Ayala Mendívil, asesor ejemplar, por su orientación precisa y motivación constante.

A la Dirección del Hospital II-1 Santa Clotilde por las facilidades institucionales; al personal de salud por su participación comprometida y confianza.

Al Vicariato Apostólico de San José del Amazonas y a GERESA de Loreto en el contexto del servicio que inspiró esta investigación.

## Índice general


| | Pág. |
|---|---|
| Aceptación o veredicto de la Tesis por miembros del Jurado Examinador | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Dedicatoria | iv |
| Índice general | v |
| Índice de tablas | ix |
| Índice de figuras | x |
| Resumen | xi |
| Abstract | xii |
| INTRODUCCIÓN | xiii |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | 1 |
| 1.1. Situación problemática. | 1 |
| 1.2. Formulación del problema. | 6 |
| 1.2.1. Problema general. | 6 |
| 1.2.2. Problemas específicos. | 6 |
| 1.3. Justificación teórica. | 7 |
| 1.4. Justificación práctica. | 8 |
| 1.5 Justificación metodológica. | 9 |
| 1.6 Justificación ética. | 10 |

1.7 Limitaciones de la investigación 11

1.8. Objetivos de la investigación. 12

1.8.1. Objetivo general. 12

1.8.2. Objetivos específicos 12

1.9. Hipótesis 13

1.9.1. Hipótesis general. 13

1.9.2. Hipótesis específicas. 13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 14

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación. 14

2.2. Antecedentes de la investigación. 16

2.2.1. Antecedentes internacionales. 16

2.2.2. Antecedentes nacionales. 20

2.3. Bases teóricas. 26

2.3.1. Hospital Santa Clotilde II-1, Napo, Loreto 26

2.3.2. Teorías contemporáneas del aprendizaje en adultos 26

2.3.3. Teorías sobre satisfacción laboral 33

2.3.4. Teorías sobre compromiso laboral 35

Satisfacción laboral 37

Compromiso organizacional 38

Definición operacional de compromiso organizacional 39

Compromiso afectivo 40

Compromiso de continuidad 41

Compromiso normativo 41

2.4. Términos básicos. 42

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 45

3.1. Operacionalización de variables. 45

3.2. Tipo y diseño de la investigación. 47

3.2.1. Unidad de análisis. 47

3.3. Población y muestra. 48

3.4. Criterios de inclusión y exclusión. 50

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 50

3.6. Consentimiento informado. 51

3.7. Confidencialidad y protección de datos. 51

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 57

4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados. 57

4.2. Interpretación integrada con el ANOVA 59

4.3. Cuadros Inferenciales PRE y POST (Pruebas de Hipótesis) 63

4.4. Pruebas de hipótesis 67

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 70

CONCLUSIONES 79

RECOMENDACIONES 80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82

ANEXOS: 90

- Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos. 90
- Anexo 2: otros. 95

## Índice de tablas


Pág.

Tabla 1: *Dimensiones e indicadores de la variable independiente competencias digitales del docente.* 95

Tabla 2: *Dimensiones e indicadores de la variable dependiente efectividad de la enseñanza virtual.* 96

Tabla 3: *Distribución de la muestra por universidad.* 101

Tabla 4: *Valoración de escala de Likert.* 103

Tabla 5: *Resultados de la validación por expertos* 104

Tabla 6: Niveles de validez según los valores obtenidos. 104

Tabla 7: *Resumen de procesamiento de casos* 109

Tabla 8: *Estadísticas de confiabilidad* 109

Tabla 9: *Resumen de procesamiento de casos* 110

Tabla 10: *Estadísticas de confiabilidad* 111

Tabla 11. *Escala de valoración utilizada para la interpretación descriptiva* 113

Tabla 12. *Estadísticos descriptivos de variables y dimensiones* 113

*Tabla 13. Distribución de respuestas de Competencias digitales del docente (CDD)* 114

*Tabla 14. Distribución de respuestas de Dominio de herramientas digitales (DHD)* 115

*Tabla 15. Distribución de respuestas de Gestión de plataformas virtuales (GPV)* 116

Tabla 16. *Distribución de respuestas de Capacidad de interacción y retroalimentación en entornos digitales (CIRED)* 117

Tabla 17. *Distribución de respuestas de Efectividad de la enseñanza virtual (EEV)* 118

Tabla 18. *Distribución de respuestas de Interacción y participación en el aula virtual (IPAV)* 119

Tabla 19. *Distribución de respuestas de Desempeño académico (DA).* 120

Tabla 20. *Distribución de respuestas de Satisfacción del estudiante (SE).* 121

Tabla 21. *Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov* 122

Tabla 22. *Resumen de modelos de regresión lineal* 123

Tabla 23. *ANOVA de los modelos de regresión* 123

Tabla 24. *Coeficientes de regresión lineal* 124

Tabla 25. *Regresión múltiple de las dimensiones de competencias digitales sobre la efectividad de la enseñanza virtual* 125

Tabla 26. *Contrastación de hipótesis* 126

## Índice de figuras

Pág.

*Figura 1. Distribución porcentual de Competencias digitales del docente.* 114

*Figura 2. Distribución porcentual de Dominio de herramientas digitales.* 115

*Figura 3. Distribución porcentual de Gestión de plataformas virtuales.* 116

*Figura 4. Distribución porcentual de Capacidad de interacción y retroalimentación en entornos digitales.* 117

*Figura 5. Distribución porcentual de Efectividad de la enseñanza virtual.* 118

*Figura 6. Distribución porcentual de Interacción y participación en el aula virtual.* 119

*Figura 7. Distribución porcentual de Desempeño académico.* 120

*Figura 8. Distribución porcentual de Satisfacción del estudiante.* 121

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar en qué medida una intervención educativa en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas mejora las capacidades técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, Napo, Maynas, durante los años 2024 y 2025. Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, diseño cuasi experimental y medición pretest-postest, con la participación de 70 trabajadores de salud. Para la recolección de información se utilizaron instrumentos orientados a evaluar las competencias técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional. Los resultados mostraron que el personal con alto nivel de competencias técnicas aumentó de 32,9 % a 87,1 %, mientras que la satisfacción laboral global se incrementó de 63,69 a 76,30 puntos. Asimismo, el compromiso institucional medio-alto alcanzó el 82,9 % después de la intervención, observándose una correlación positiva y significativa entre satisfacción laboral y compromiso institucional ($\rho = 0,589$; $p < 0,001$). Se concluye que la intervención educativa fortaleció significativamente las capacidades técnicas del personal y favoreció mayores niveles de satisfacción laboral y compromiso institucional en el hospital estudiado.



***Palabras clave:*** bioseguridad, satisfacción laboral, compromiso institucional, intervención educativa.

## Abstract

The objective of this study was to determine the extent to which an educational intervention on biosafety, hospital solid waste management, and physical medical records management improves the technical competencies, job satisfaction, and institutional commitment of healthcare personnel at Hospital II-1 Santa Clotilde, Napo, Maynas, during 2024 and 2025. A quantitative study with a quasi-experimental design and pretest-posttest measurement was conducted, involving 70 healthcare workers. Data were collected using instruments designed to assess technical competencies, job satisfaction, and institutional commitment. The results showed that the proportion of personnel with a high level of technical competencies increased from 32.9% to 87.1%, while overall job satisfaction rose from 63.69 to 76.30 points. Likewise, medium-to-high institutional commitment reached 82.9% after the intervention, revealing a positive and significant correlation between job satisfaction and institutional commitment ($\rho = 0.589$; $p < 0.001$). It is concluded that the educational intervention significantly strengthened staff technical competencies and promoted higher levels of job satisfaction and institutional commitment among healthcare personnel in the hospital under study.



**Keywords:** biosafety, job satisfaction, institutional commitment, educational intervention.

# INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de salud depende, en gran medida, de las capacidades, la motivación y el nivel de compromiso de quienes participan diariamente en la atención de los pacientes. Más allá de la infraestructura, el equipamiento o los recursos disponibles, el desempeño del personal constituye un elemento decisivo para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en las necesidades de la población. En ese contexto, la satisfacción laboral y el compromiso institucional representan factores esenciales para la estabilidad de los equipos de trabajo y para el logro de los objetivos organizacionales.

En los últimos años, los sistemas sanitarios han enfrentado importantes desafíos relacionados con la disponibilidad y permanencia del recurso humano. Las exigencias propias del trabajo asistencial, la creciente demanda de servicios, las limitaciones presupuestales y las dificultades para acceder a procesos permanentes de actualización profesional han generado condiciones que pueden afectar el bienestar laboral de los trabajadores. Cuando estas situaciones se mantienen en el tiempo, es frecuente observar disminución de la motivación, menor identificación con la institución y dificultades para sostener niveles adecuados de desempeño.

Esta realidad adquiere características particulares en los establecimientos de salud ubicados en zonas rurales y dispersas geográficamente. En estos escenarios, el personal debe responder a múltiples necesidades asistenciales en condiciones que suelen estar marcadas por limitaciones logísticas, dificultades de accesibilidad y escasez de recursos especializados. Como consecuencia, la capacitación continua se convierte en una necesidad permanente para fortalecer competencias

técnicas y brindar herramientas que permitan afrontar con mayor seguridad los desafíos propios de la práctica profesional.

El Hospital II-1 Santa Clotilde, ubicado en la cuenca del río Napo, constituye uno de los principales establecimientos de referencia para la atención de poblaciones amazónicas dispersas. La complejidad de su ámbito de intervención exige que el personal mantenga conocimientos actualizados sobre bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, debido a que estos procesos forman parte de las actividades cotidianas vinculadas con la seguridad del paciente, la protección de los trabajadores y la adecuada organización de los servicios. Sin embargo, las características propias del contexto rural amazónico pueden limitar el acceso oportuno a programas sistemáticos de capacitación y actualización profesional.

Frente a esta situación, las intervenciones educativas representan una alternativa orientada al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud. Además de contribuir al desarrollo de conocimientos y prácticas relacionadas con las funciones laborales, estas estrategias pueden generar efectos favorables sobre la percepción que los trabajadores tienen respecto a su institución, promoviendo mayores niveles de satisfacción laboral y fortaleciendo su compromiso con los objetivos organizacionales. De esta manera, la educación continua deja de ser únicamente una herramienta de actualización técnica para convertirse también en un mecanismo de fortalecimiento institucional.

Bajo esta perspectiva, la presente investigación se desarrolló con el propósito de determinar el efecto de una intervención educativa dirigida al personal de salud sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025. Asimismo, se consideró la evaluación de los conocimientos y prácticas vinculados con la

bioseguridad, el manejo de residuos sólidos hospitalarios y la gestión de historias clínicas físicas, por constituir los componentes centrales de la estrategia educativa implementada.

Los resultados obtenidos permitirán generar evidencia útil para la gestión de los recursos humanos en salud, particularmente en establecimientos ubicados en contextos rurales amazónicos, donde el fortalecimiento de las competencias profesionales y la consolidación del compromiso institucional constituyen aspectos fundamentales para garantizar la continuidad y calidad de la atención sanitaria.

La investigación se encuentra organizada en cuatro capítulos. El primer capítulo presenta el planteamiento del problema, la formulación de las preguntas de investigación, las justificaciones, las limitaciones y los objetivos del estudio. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, que comprende los antecedentes de investigación, las bases teóricas y conceptuales que sustentan el análisis de la intervención educativa, la satisfacción laboral y el compromiso institucional. El tercer capítulo expone la metodología empleada, incluyendo el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como los procedimientos éticos considerados durante el desarrollo del estudio. Finalmente, el cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos, la discusión de los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones derivadas de la investigación.

La autora…

# CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

## 1.1. Situación problemática.

A nivel internacional, la salud de los trabajadores sanitarios se encuentra en un estado de crisis compleja, ya que la Organización Mundial de la Salud calcula que existen actualmente unos 10,1 millones de trabajadores de la salud en un vacío en los países de ingresos bajos y medios, lo que representa una seria amenaza para la cobertura y la calidad de los servicios sanitarios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023a). Esta falta se ve intensificada por la distribución geográfica desigual de los profesionales, las condiciones laborales desfavorables, la falta de motivación, el desgaste emocional y el desenganche de la organización; factores que afectan negativamente a la satisfacción y compromiso con la institución de los empleados (OMS, 2023b; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025; Handayani et al., 2025).

En el caso de Latinoamérica, la satisfacción laboral y compromiso institucional de los trabajadores de salud son condicionados por factores estructurales, organizacionales y sociales. Diversas investigaciones señalan altas cifras de estrés, burnout y desmotivación, principalmente en escenarios de crisis como la pandemia de COVID-19 que potenció las horas laborales y evidenció las carencias en recursos y acompañamiento institucional (Dueñas, 2023; Handayani et al., 2025; Zhong et al., 2025). La prevalencia del burnout en profesionales de salud latinoamericanos es aproximadamente de 59,8 %, siendo mayor en profesionales jóvenes, mujeres y aquellos que trabajan en la administración pública, y este agotamiento emocional se asocia con disminución de la satisfacción laboral y aumentadas

intenciones de dejar el trabajo (López et al., 2024; Revista Panamericana de Salud Pública, 2022; OPS/OMS, 2025).

Además, la falta de incentivos, la sobrecarga de funciones y el acceso limitado a la capacitación continua constituyen factores recurrentes que afectan negativamente la motivación y el sentido de pertenencia institucional (Handayani et al., 2025; Kim & Cho, 2022). Paralelamente, el compromiso organizacional se ha identificado como un elemento clave para la mejora de los sistemas de salud, al vincularse con la efectividad en la gestión y con una respuesta más oportuna a las necesidades de los usuarios (Medina Huillca, 2023; Palacín Simón, 2022; Pinto Espíritu, 2023). Sin embargo, la migración de trabajadores de salud, la distribución desigual de recursos y las condiciones laborales precarias persisten como desafíos estructurales en la región (OPS, 2025).

La formación y capacitación continua para el personal hasta el desa-rrollo profesional es conocida por ser una estrategia para aumentar la satisfacción y el compromiso con el equipo, en particular en zonas rurales y de difícil acceso, donde la retención de recursos humanos para la salud es un desafio mayor (Russell et al., 2021; Utunen et al., 2024). De la misma manera, el liderazgo positivo y el fomento de un clima laboral sano se han relacionado con mejores niveles de satisfacción en el trabajo y compromiso hacia la institución (BMC Nursing, 2025; Kim & Cho, 2022; Handayani et al., 2025).

En Peru, también la satisfacción en el trabajo y el compromisoinstitucional del personal de salud se encuentran influenciados por factores del entorno socioestructural y organizacional. De acuerdo con recientes investigaciones, aproximadamente la mayor parte del personal se encuentra en niveles regulares o bajos de satisfacción, tanto las condiciones físicas y materiales, como las remunerativas y las políticas administrativas son los que

reciben menor valoración (Pinto Espíritu, 2023; Córdova et al., 2022; Medina, 2019). La sobrecarga de trabajo, el no sentir que su trabajo es reconocido, la limitada voz en la toma de decisiones y las pocas oportunidades para capacitación reducen la motivación y satisfacción del personal del sistema de salud; por otra parte, la calidad en la vida laboral, la adecuación al puesto y el desarrollo personal se han considerado dimensiones claves para la mejora de la calidad del cuidado al paciente (Pérez-Escoda, et al., 2019). (Córdova et al., 2022; Palacín Simón, 2022; Portilla, 2020; Vásquez Machare de Querevalú, 2018).

En la micro red Napo, el Hospital II-1 Santa Clotilde es el principal establecimiento de referencia para más de 22 000 habitantes de más de 118 comunidades rurales dispersas, con alta pobreza y analfabetismo, lo que condiciona una demanda asistencial elevada en un contexto de recursos limitados (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Vicariato San José del Amazonas, 2023; CAAAP, 2020). La situación epidemiológica de Loreto es crítica: la región presenta una de las incidencias más altas del país en malaria, dengue, tuberculosis y leptospirosis, y más del 80 % de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica corresponden a enfermedades transmisibles, incrementando la exposición del personal a riesgos biológicos y ambientales (CDC-MINSA, 2025; DIRESA Loreto, 2025; DGE-MINSA, 2025; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2025). Al mismo tiempo, el hospital enfrenta dificultades recurrentes para la contratación y retención de personal debido a la escasez de plazas formales, la dependencia de contratos temporales y la incertidumbre presupuestal, lo que afecta la continuidad de la atención y debilita la estabilidad del equipo (CAAAP, 2020; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023).

El exceso de trabajo, la ausencia de motivación, el reducido acceso a formación continua y las condiciones laborales adversas afectan negativamente en la satisfacción y

compromiso institucional del personal, a pesar de las iniciativas formativas y de la inserción paulatina de sistemas digitales de historia clínica, cuyo alcance es aún limitado (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Plan Anual de Trabajo Hospital Santa Clotilde, 2025; Justo Medio, 2025; La República, 2025). Asimismo, la manipulación de historias clínicas físicas y la bioseguridad, particularmente el tratamiento de desechos sólidos hospitalarios, constituyen aspectos críticos debido a la alta producción de desechos biocontenidos y la escasa capacidad de tratamiento y disposición final, dificultando la adherencia a las normas técnicas y elevando el riesgo de infecciones relacionadas con la atención en salud (MINSA, 2016; DIGESA, 2020; Prosemedic, 2022; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023).

En este contexto, la retención del personal sanitario en el sistema público constituye un desafío permanente, dado que muchos profesionales buscan mejores oportunidades en el sector privado o en el extranjero, motivados por mejores salarios, mayor estabilidad y mayores posibilidades de desarrollo profesional (Pinto Espíritu, 2023; Russell et al., 2021; OPS, 2025). Asimismo, la gestión de residuos hospitalarios y la bioseguridad continúan siendo retos importantes, ya que el cumplimiento de las normas técnicas es esencial para proteger al personal y a los usuarios, pero su implementación efectiva aún enfrenta barreras logísticas y de capacitación en numerosos establecimientos de salud (DIGESA, 2020; Ministerio de Salud del Perú, 2022; Berastain Merino et al., 2022). Por ello, esta investigación se orienta a abordar de manera integrada la satisfacción laboral, el compromiso institucional, la capacitación, el liderazgo, la prevención del *burnout* y la gestión adecuada de la bioseguridad y de los residuos en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Napo, Maynas, componentes fundamentales para garantizar la calidad y la sostenibilidad de los servicios de

salud en un contexto rural amazónico (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; CDC-MINSA, 2025; DIRESA Loreto, 2025).

Por lo tanto, la fenomenología descrita muestra que los desafíos para retener al recurso humano, las limitaciones en la formación continua, la exposición constante a riesgos biológicos, y las demandas de brindar atención sanitaria en comunidades rurales de la Amazonía siguen impactando la estabilidad y desempeño del personal de salud. A esto se añaden las deficiencias vinculadas a la observancia de protocolos de bioseguridad, el correcto tratamiento de los residuos sólidos hospitalarios y la administración de las historias clínicas en formato papel, factores que están vinculados en los procedimientos claves para asegurar una atención segura, eficaz y de buen nivel. Aunque el Hospital II-1 Santa Clotilde ha realizado diferentes acciones para fortalecer su recurso humano, todavía existen brechas que podrían impactar en la capacidad técnica del personal y en su nivel de satisfacción laboral institucional y de compromiso.

Ante esta realidad se hace indispensable desarrollar e implementar estrategias educativas que fortalezcan las competencias del personal sanitario y, a la vez, que mejoren su identificación con la institución y con su labor profesional. En ese sentido, es apropiado precisar hasta qué punto una intervención de educación en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas puede incidir positivamente en las habilidades técnicas, la satisfacción laboral y compromiso hacia la institución del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, entregando insumos que coadyuven en la toma de decisiones y en el fortalecimiento de la gestión de los servicios de salud en escenarios rurales amazónicos.

## 1.2. Formulación del problema

**1.2.1.** Problema general.

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa dirigida al personal de salud sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025?

**1.2.2.** Problemas específicos:

**A.** ¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas antes y después de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025?

**B.** ¿Cómo influye la intervención educativa en la satisfacción laboral del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025?

**C.** ¿Qué cambios se observan en el compromiso institucional del personal de salud tras la implementación de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025?

## 1.3 Justificación teórica

Desde el plano teórico, la propuesta aborda un vacío en la literatura al integrar, en una sola intervención educativa, la capacitación en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, áreas que con frecuencia se abordan de manera fragmentada en los programas de formación del personal de salud (Berastain Merino et al., 2022; DIGESA, 2020). Socialmente, el fortalecimiento de las capacidades técnicas impacta directamente en la seguridad del paciente, la eficiencia institucional y la calidad de la atención, aspectos críticos en contextos rurales y vulnerables como la Amazonía peruana, donde la escasez de recursos y la dispersión geográfica incrementan la vulnerabilidad del sistema sanitario (CDC-MINSA, 2025; DIRESA Loreto, 2025; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023).

Una intervención educativa dirigida a la bioseguridad que contemple un lavado de manos clínico, el uso correcto del equipo de protección personal, el manejo seguro de residuos y la gestión adecuada de historia clínica física no sólo mejora las habilidades técnicas del personal de salud, sino que también se vincula con mayores niveles de satisfacción laboral y compromiso institucional, especialmente en escenarios rurales de difícil acceso (Afzal et al., 2024; Utunen et al., 2024; Russell et al., 2021). En el Perú se ha mostrado que las actitudes positivas hacia la bioseguridad se asocian significativamente con la satisfacción más alta en los trabajadores de enfermería y que el compromiso organizacional tiene una relación positiva, aunque débil, con la satisfacción en el trabajo; asimismo, experiencias formativas en bioseguridad han reportado mejoras significativas en el saber y la adherencia a protocolos con incierto efecto positivo sobre el bienestar laboral y

la identificación con la institución (Vásquez Ortiz, 2025a; Medina Huillca, 2023; Arias Ramírez, 2024).

Adicionalmente, las teorías contemporáneas sobre satisfacción y compromiso laboral sostienen que las intervenciones que fortalecen las competencias técnicas y el apoyo organizacional contribuyen a elevar la motivación, reducir el *burnout* y mejorar la retención del personal (Xie et al., 2022; Handayani et al., 2025; Kim & Cho, 2022). Estos hallazgos respaldan la pertinencia de implementar un programa educativo en el Hospital Rural II-1 Santa Clotilde, orientado a fortalecer de manera simultánea las competencias técnicas y el compromiso institucional del personal de salud.

## 1.4 Justificación práctica

La justificación práctica se fundamenta en que una intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde (Loreto) resulta particularmente pertinente frente a los desafíos estructurales y epidemiológicos de la región, tales como la dispersión geográfica, las carencias de infraestructura, la alta carga de enfermedades infecciosas y el déficit de personal de salud (CDC-MINSA, 2025; DIRESA Loreto, 2025; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023). En este escenario, la bioseguridad y la adecuada gestión de residuos sólidos hospitalarios constituyen componentes esenciales para proteger al personal y a los usuarios, pero su implementación enfrenta barreras logísticas y de capacitación que limitan el cumplimiento de las normas técnicas vigentes (DIGESA, 2020; MINSA, 2022).

En el contexto peruano, estudios recientes muestran que la capacitación continua, un liderazgo eficaz y mejores condiciones laborales se relacionan positivamente con mayores niveles de satisfacción laboral y compromiso organizacional del personal sanitario, mientras

que entornos de trabajo satisfactorios favorecen la calidad del servicio brindado a los pacientes, algo crucial en territorios vulnerables como la Amazonía (Pinto Espíritu, 2023; Dueñas, 2023; Medina Huillca, 2023; Vásquez Ortiz, 2025a). La evidencia internacional coincide en que las intervenciones de capacitación estructuradas y contextualizadas contribuyen a mejorar las competencias, reducir la intención de rotación y fortalecer la permanencia en áreas rurales y remotas (Russell et al., 2021; Utunen et al., 2024; Zhong et al., 2025).

En conjunto, estas evidencias respaldan el diseño de un programa educativo con énfasis técnico y motivacional que busque optimizar las competencias del recurso humano del hospital, incrementar la satisfacción laboral y fortalecer el compromiso institucional. Con ello, se contribuye al bienestar social de la población atendida en la cuenca del río Napo y a la sostenibilidad de los servicios de salud en este hospital rural amazónico (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Rojas Mezarina et al., 2023).

## 1.5 Justificación metodológica

La justificación metodológica radica en la elección de un diseño cuasiexperimental, con mediciones pre y postest y enfoque cuantitativo, que permite evaluar de manera objetiva el efecto de la intervención educativa sobre las capacidades técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud del hospital (Hernández Sampieri & Mendoza, 2023; Sousa et al., 2021). Este diseño, aplicado a una muestra censal de 70 trabajadores, posibilita comparar los niveles de conocimiento, satisfacción y compromiso antes y después de la intervención, utilizando instrumentos validados internacionales y nacionales, lo que fortalece la validez interna de los resultados (MINSA, 2016; Meyer & Allen, 1991; Weiss et al., 1967).

El uso de pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales para analizar los cambios pre/post en las tres variables permite cuantificar el impacto de la intervención educativa y genera evidencia empírica aplicable a otros establecimientos de salud rurales con condiciones similares (Otzen & Manterola, 2017; Hernández Sampieri & Mendoza, 2023). De este modo, el estudio aporta información útil para la toma de decisiones en gestión hospitalaria y para el diseño de programas de capacitación orientados a mejorar la retención del personal y la calidad de los servicios de salud en zonas rurales de la Amazonía peruana (Russell et al., 2021; Rojas Mezarina et al., 2023).

## 1.6 Justificación ética

La fundamentación ética radica en la necesidad de aplicar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia al considerar al personal de salud como sujeto de investigación (CIOMS, 2021). Todos los participantes de la fuerza laboral donaron su consentimiento informado, en el que se notificó el fin de la investigación, la participación era voluntaria, la confidencialidad de la información estaba garantizada y se podría salir en cualquier momento sin consecuencias sobre su trabajo y su identidad no sería revelada en ningún momento durante el trabajo de campo o en el análisis (CIOMS, 2021; MINSA, 2022).

Igualmente, el estudio tiene la conformidad del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto y la autorización de la Dirección del Hospital II-1 Santa Clotilde, la cual se ajusta a las normativas nacionales e internacionales vigentes para la investigación en salud con sujetos humanos (CIOMS, 2021; MINSA, 2022). La actividad educativa que se propone basada en la consolidación de competencias en bioseguridad, manejo de residuos y administración de historias clínicas, genera un beneficio

directo para el personal y seguridad del paciente, y no conlleva riesgos distintos a los propios de los habituales procesos de capacitación en la organización.

## 1.7. Limitaciones de la investigación

Durante el desarrollo del estudio se identificaron limitaciones logísticas relacionadas con la aplicación de los instrumentos de medición a todo el personal del hospital, debido a los horarios rotativos de trabajo y a la distribución del recurso humano en diferentes servicios, lo que obligó a reprogramar en algunas ocasiones la recolección de datos para garantizar la participación de los 70 trabajadores incluidos en la muestra censal. Adicionalmente, el acceso intermitente a internet, influido por las condiciones climáticas adversas y la ubicación geográfica remota del Hospital II-1 Santa Clotilde en la cuenca del río Napo, generó demoras puntuales en el procesamiento de datos y en la coordinación de las sesiones educativas; sin embargo, estas dificultades no comprometieron la validez de los resultados obtenidos.

Estas limitaciones, inherentes al contexto rural amazónico, se mitigaron mediante una planificación flexible de las actividades, la coordinación anticipada con las jefaturas de servicio y el uso de instrumentos auto aplicable en formato papel, lo que permitió asegurar la totalidad e integridad de la información recolectada en las mediciones pre y post intervención

## 1.8. Objetivos de la investigación

### 1.8.1. Objetivo general.

Determinar el efecto de una intervención educativa dirigida al personal de salud sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

### 1.8.2. Objetivos específicos:

A. Evaluar el nivel de conocimiento y práctica del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas antes y después de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

B. Medir el efecto de la intervención educativa en la satisfacción laboral del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

C. Analizar los cambios en el compromiso institucional del personal de salud tras la implementación de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

## 1.9. Hipótesis

### 1.9.1. Hipótesis general

$H_1$: La intervención educativa dirigida al personal de salud produce un efecto significativo en la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

$H_0$: La intervención educativa dirigida al personal de salud no produce un efecto significativo en la satisfacción laboral ni en el compromiso institucional del personal del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

### 1.9.2. Hipótesis específicas

A. La intervención educativa mejora significativamente el nivel de conocimiento y práctica del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.
B. La intervención educativa produce un efecto significativo en la satisfacción laboral del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.
C. La intervención educativa produce cambios significativos en el compromiso institucional del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, Maynas, durante el período 2024–2025.

# CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

## 2.1. MARCO FILOSÓFICO O EPISTEMOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

La teoría del contrato psicológico sostiene que el entendimiento implícito entre el trabajador y la organización configura expectativas de intercambio laboral, y su ruptura afecta negativamente la satisfacción laboral y el compromiso institucional; investigaciones en entornos sanitarios confirman que el incumplimiento de estas promesas implícitas reduce significativamente la satisfacción laboral e incrementa la intención de rotación (Al-Wakeel, 2024).

La perspectiva del ajuste persona-organización (P-Ofit) describe cómo la congruencia entre los valores y objetivos del colaborador con la cultura organizacional mejora su identificación y satisfacción; un estudio en profesionales de salud infantiles en Noruega mostró que una mayor adecuación entre persona e institución se asocia significativamente con mayores niveles de satisfacción, menor desgaste y menor intención de abandono (Kaiser et al., 2020).

El modelo Job Demands-Resources (JD-R) establece que el equilibrio entre demandas laborales y recursos disponibles como capacitación, apoyo organizacional y retroalimentación modula el bienestar y compromiso del personal; un estudio en trabajadores sanitarios de Arabia Saudita concluyó que mayores recursos reducen el agotamiento e incrementan la motivación y la calidad del desempeño (Yousef et al., 2024).

La teoría de los eventos afectivos (Affective Events Theory, AET) postula que los eventos emocionales cotidianos en el trabajo impactan directamente en la satisfacción y la probabilidad de permanencia institucional; un estudio con enfermeras en Corea identificó

que eventos emocionales vividos afectaron significativamente su satisfacción laboral y su intención de dejar el empleo (Lee & Kim, 2017).

El enfoque del liderazgo servidor (servant leadership) aplicado al cuidado de la salud destaca que liderar desde una lógica de servicio, empatía y apoyo fortalece la satisfacción y el comportamiento colaborativo del equipo; un reciente estudio con enfermeras evidenció correlaciones muy fuertes entre estilos de liderazgo servidor, calidad de vida laboral y comportamientos pro-organizacionales (BMC Nursing, 2025).

En conjunto, estos enfoques permiten comprender que la satisfacción laboral y el compromiso institucional no dependen únicamente de factores individuales, sino también de las condiciones organizacionales, las relaciones interpersonales, las oportunidades de desarrollo y el apoyo brindado por la institución. Desde esta perspectiva, las intervenciones orientadas al fortalecimiento de competencias, la capacitación continua y la mejora del entorno laboral constituyen mecanismos relevantes para promover el bienestar del personal de salud y fortalecer su vínculo con la organización.

Asimismo, el presente estudio asume una postura epistemológica de carácter positivista, debido a que busca evaluar de manera objetiva los efectos de una intervención educativa sobre las capacidades técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud. En tal sentido, el conocimiento se genera a partir de la observación sistemática, la medición de variables y el análisis de evidencias empíricas, permitiendo establecer conclusiones sustentadas en los resultados obtenidos dentro del contexto del Hospital II-1 Santa Clotilde.

## 2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

### 2.2.1. Antecedentes Internacionales:

**Zhong et al. (2025)** Tituló su estudio "Transition shock, work environment and turnover intention among new graduate nurses" y fue realizado en hospitales de 8 países, con la finalidad de examinar la relación entre choque transicional, ambiente laboral y la intención de rotación en enfermeras nuevas. Utilizaron un diseño correlacional, con enfoque cuantitativo observacional en una población multicéntrica de enfermeras principiantes. Sus hallazgos clave revelaron que los ambientes laborales negativos, la sobrecarga, el estrés y la lejanía de apoyo son predictores significativos de la intención de abandono, particularmente en áreas rurales. Ellos concluyeron que los programas de tutoría, junto con climas de soporte organizacional, predicen la satisfacción y retención de los profesionales, antecedentes vinculados de manera directa a la satisfacción en el trabajo y compromiso institucional en el personal de salud que se examinan en el presente estudio.

**Silva et al. (2025)** durante la "Intervención educativa en biosafety con trabajadores de higiene y limpieza en hospitales" en el Brasil presentan evaluaron la eficacia de una intervención educativa en bioseguridad para trabajadores de higiene y limpieza hospitalaria. Utilizaron un diseño prospectivo cuasiexperimental antes y después y sin grupo control, con un enfoque cuantitativo en una muestra de 106 trabajadores, con herramientas de cuestionarios sobre conocimiento y comportamiento, y observación directa de las prácticas. Los resultados mostraron que la intervención, que se basaba en talleres teórico-prácticos utilizando metodologías activas, aumentó significativamente la adherencia a las medidas de bioseguridad. Se concluye que la intervención educativa en bioseguridad mejora las

competencias técnicas del personal de apoyo y en una cultura de seguridad organizacional, aportando evidencias importantes para el desarrollo del programa educativo en bioseguridad y manejo de residuos sólidos hospitalarios.

**Şimşekli et al. (2025)** realizó una investigación en Turquía con el título de Factors affecting organizational commitment among nurses, con la intención de analizar los elementos que afectan el compromiso organizativo del enfermero y recomendaciones a nivel institucional para potenciar este. La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño transversal analítico y se reclutaron enfermeras de hospital. Se encontró que la satisfacción laboral, la calidad de vida en el trabajo y las posibilidades de desarrollo profesional tuvieron un impacto significativo en el compromiso organizacional. Los autores también observaron que las intervenciones organizacionales dirigidas a la capacitación, la mentoría y el desarrollo de habilidades han demostrado aumentar el compromiso institucional. Ellos concluyen que las intervenciones educativas y de desarrollo profesional son vías efectivas para aumentar la satisfacción laboral y el compromiso del staff con la organización.

**Siabi et al. (2025)** llevaron a cabo el estudio titulado Relación entre la Participación de los Profesionales de la Salud, los Factores Organizacionales y los Resultados Profesionales en el Hospital Universitario Hassan II de Fez, Marruecos. El propósito de esta investigación fue evaluar la relación entre la participación de los profesionales de la salud, los factores organizacionales y los resultados de la profesión en el contexto hospitalario. El estudio adoptó un diseño cuantitativo, analítico y transversal, y se concretó con la colaboración de médicos y enfermeros del hospital universitario. Se emplearon cuestionarios estructurados para la recolección de datos, enfocados en la evaluación de la dedicación profesional, los factores organizacionales y los resultados laborales. Los hallazgos indicaron que la

participación profesional elevada y el clima organizacional positivo estuvieron asociados significativamente con altos niveles de satisfacción laboral, compromiso organizacional y rendimiento profesional. Los autores concluyeron que el fortalecimiento de los factores organizacionales y de las oportunidades de desarrollo profesional influye positivamente en la satisfacción laboral y en el compromiso institucional del personal de salud, repercutiendo en la mejora de los resultados organizacionales.

**Aqshan et al. (2025)** investigaron The Influence of Continuous Professional Development Programs on Clinical Competence, Patient Safety, and Quality of Care Among Saudi Nurses: A Systematic Review, con la intención de evaluar la influencia de los programas de desarrollo profesional continuo en las competencias clínicas, la seguridad del paciente y la calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería en Arabia Saudita. La investigación consistió en una revisión sistemática de estudios científicos sobre educación continua en salud. Los resultados demostraron que la actividad continua en educación profesional actualizada promueve el desarrollo de habilidades clínicas, elevando la respuesta a situaciones de cuidados complejos y permite el logro de prácticas seguras en la atención de pacientes. También se observó que los cursos mejoran la calidad del trabajo y la confianza en los profesionales de enfermería. Los autores determinaron que la educación continua es una herramienta clave para conservar una alta calidad asistencial y para generar mejoras sostenibles en la atención de salud.

**Chakma et al. (2024)** llevaron a cabo un estudio en un hospital para enfermedades respiratorias en Bangladesh para examinar el impacto en trabajadores de salud de una intervención de formación sobre prácticas de higiene de manos. La investigación fue cuantitativa, con un diseño preexperimental de medición en dos momentos y se sustentó en

instrumentos para evaluar los conocimientos y el grado de cumplimiento de las prácticas en torno a la higiene de manos. Hubo un aumento significativo del conocimiento y la adherencia a protocolos, que permitieron confirmar la eficacia de la intervención educativa. Los autores concluyeron que los programas educativos estructurados son un buen medio para mejorar las habilidades del profesional sanitario y su comportamiento seguro encaminado a la prevención de infecciones relacionadas con la atención de salud.

**Paparisabet et al. (2024)** realizaron una investigación en instituciones de atención médica en la ciudad de Shiraz, Irán, con el propósito de evaluar el grado de compromiso con la organización en los trabajadores de la salud y detectar los factores asociados a su aumento. La investigación fue cuantitativa de tipo analítico y se realizó con profesionales de distintas áreas del trabajo de salud y no solo una disciplina. Para la recopilación los datos, se utilizaron cuestionarios en que eran que se evaluaban el compromiso con la organización y las características del trabajo. Los hallazgos indicaron que las percepciones positivas del clima laboral, apoyo institucional y oportunidades de crecimiento profesional fueron predictoras significativas de compromiso organizacional. Los autores concluyeron que la orientación adecuada del personal y la creación de posibilidades para su desarrollo profesional, son aspectos decisivos que implicarían un aumento del compromiso con la organización en los servicios sanitarios.

**Boyce et al. (2024),** Influence of the use of an alcohol-based hand rub on hand hygiene compliance and nosocomial infections, para evaluar el impacto del uso de preparaciones alcohólicas sobre la adherencia al lavado de manos en un hospital de Estados Unidos. Utilizaron un diseño cuantitativo observacional, antes y después: personal sanitario en un hospital. Hallaron que la adherencia a la higiene de manos se incrementó desde 38% a 63%

con una reducción significativa en las infecciones hospitalarias. Concluyeron que, la accesibilidad a soluciones alcohólicas y la educación permanente constituyen estrategias válidas para potenciar las prácticas de bioseguridad.

**Alanazi et al. (2024)** diseñaron el estudio Assessing the Impact of Education and Training Programs on Healthcare Workers' Compliance to Infection Control Guidelines con la intención de evaluar en qué medida los programas de educación y formación influían en los trabajadores de la salud para seguir las medidas de control de la infección. La investigación se centró en evidencias científicas relacionadas con la educación para la salud continua y su impacto en las prácticas de bioseguridad en los servicios de salud. El análisis de resultados permitió establecer que las actividades de formación para el desarrollo de competencias propician una mayor adhesión a las medidas de prevención de infecciones, en especial en lo referido a higiene de manos, uso adecuado de equipos de protección personal, y realización de procedimientos seguros en la atención de salud. Los autores concluyeron que la educación continua es un factor clave para lograr la consolidación de conductas seguras en el personal sanitario y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

### 2.2.2. Antecedentes nacionales:

**Vásquez Ortiz (2025)** llevó a cabo un estudio en un hospital público del Perú para determinar la asociación entre las actitudes del personal de enfermería hacia las medidas de bioseguridad y su satisfacción laboral. El estudio se enmarcó dentro de la perspectiva cuantitativa, con alcance correlacional y diseño transversal, utilizando para recopilar la información instrumentos valorativos en escala de tipo Likert. Se encontró que aquellos profesionales que evaluaban mejor las prácticas de bioseguridad y las aceptaban tenían

mejores resultados respecto a su trabajo dentro de la institución. A partir de los resultados alcanzados se concluye que para el mejoramiento del bienestar de los trabajadores influye de forma positiva fortalecer una cultura organizacional basada en la seguridad y prevención de riesgos, y su percepción hacia el medio laboral. Se concluyó que las acciones de la institución materializadas en estrategias para promover conductas seguras y consolidar conocimientos en bioseguridad constituyen un apoyo para propiciar mejores condiciones laborales y para afianzar la identificación del personal con sus labores.

**Ramos Bardales (2025)** se enfocó en investigar la comunicación interna y la satisfacción laboral del personal de salud de un hospital distrital ubicado en la ciudad de Trujillo. La investigación es de tipo cuantitativo, con diseño correlacional de corte transversal y los participantes fueron 45 trabajadores de la institución. Se utilizaron instrumentos estructurados para la recopilación de la información que permitieron medir qué tan satisfechos están los colaboradores con los procesos de comunicación institucional, al igual que con el trabajo. Los hallazgos mostraron que un número considerable de los encuestados identificaba un control sobre los mecanismos de comunicación organizacional muy limitado, lo cual se asociaba con bajos niveles de satisfacción laboral en varios indicadores laborales. También los análisis estadísticos mostraron una relación positiva significativa entre ambas variables, indicando que una comunicación más efectiva se relacionaba con una mejor percepción laboral. La autora concluyó que tener canales de comunicación claros, oportunos y participativos es una variable importante para promover el bienestar de los trabajadores y las relaciones organizacionales.

**Pinto y Camacho (2024)** elaboraron la investigación Satisfacción laboral en el personal de salud del Servicio de Patología Clínica del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima,

con el fin de conocer el grado de satisfacción laboral en los trabajadores de dicho servicio hospitalario. El estudio fue de tipo cuantitativo, con diseño transversal y alcance descriptivo, con la participación de 76 trabajadores de salud del área de Patología Clínica. Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario para valorar algunas dimensiones de la insatisfacción laboral. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en la percepción de satisfacción entre los empleados y se identificaron aspectos vinculados a las condiciones laborales, reconocimiento institucional y clima organizacional como elementos que impactan en la evaluación del desempeño laboral. Se concluye, la satisfacción laboral es un factor básico para el buen funcionamiento de los servicios de salud, ya que incide en la motivación, desempeño y retención de los trabajadores.

**Ynfante Correa (2024),** Estrategia de gestión y satisfacción laboral del personal de salud en un hospital nivel II-1 del MINSA, Trujillo, con el fin de establecer la relación entre la gestión institucional y la satisfacción laboral de los empleados de salud. El estudio se llevó a cabo bajo un paradigma cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y correlacional. La prueba estuvo constituida por 72 empleados de un hospital de nivel II-1, a los cuales se aplicaron dos instrumentos con el fin de estimar la percepción sobre la gestión institucional y el nivel de satisfacción laboral. Los resultados mostraron que el 68,1% de los encuestados tenía un bajo índice de satisfacción laboral, mientras que la gestión institucional se percibió en niveles medios y altos. Asimismo, se constató una asociación positiva y significativa a nivel estadístico entre las dos variables (Rho=0,431; $p<0,001$), estableciéndose que una mejor percepción de gestión institucional se relaciona con una mayor satisfacción laboral. En la conclusión se exponen la reestructuración de la gestión, el

liderazgo dentro de la organización y las políticas de mejora organizacional se asocian con el bienestar en el trabajo del personal sanitario.

**Cervantes Nina (2024)** planteó: Existe relación entre la satisfacción laboral y el desempeño en el personal asistencial de enfermería de un hospital de la Policía Nacional del Perú. La investigación fue de corte cuantitativo y analizó 80 profesionales de enfermería mediante un diseño correlacional de tipo transeccional. Para la obtención de datos se utilizaron cuestionarios para la evaluación de la satisfacción laboral y del nivel de desempeño en la actividad asistencial. Los resultados condujeron a la conclusión de que aquellos empleados que proponían una más alta valoración en temáticas relacionadas a su ambiente de trabajo, condiciones laborales y reconocimiento institucional eran quienes tenían un mejor desempeño. Asimismo, el análisis estadístico reveló relaciones significativas entre algunos aspectos de la satisfacción laboral y el rendimiento profesional. El autor concluyó que el mejoramiento de las condiciones organizacionales y la potenciación de los factores que facilitan el bienestar del personal son claves para una óptima performance laboral en el servicio de salud.

**Alcántara Bolaños (2023)** condujo una investigación en un establecimiento de salud de la ciudad de Huacho con finalidad de analizar la correlación entre el compromiso organizacional y la satisfacción laboral en trabajadores del sector salud. El estudio se realiza bajo un enfoque cuantitativo, con alcance correlacional y diseño transversal; la muestra estuvo constituida por 70 colaboradores del establecimiento. Se utilizaron instrumentos para medir las dos variables en el ámbito laboral para recabar la información. Los resultados mostraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre el nivel de compromiso del empleado con la organización y su satisfacción laboral ($\rho = 0{,}617$; $p <$

0,001). El autor concluyó que la mayor identificación de los empleados con los fines, valores y actividades de una institución permite que éstos tengan percepciones más optimistas del ambiente de trabajo, incrementando su satisfacción y permanencia.

**Candia (2023)** llevó a cabo el estudio titulado "Satisfacción laboral y compromiso organizacional en profesionales del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno" en Ayacucho, Perú, cuyo propósito fue identificar la relación entre satisfacción laboral y compromiso organizacional en profesionales de un hospital estatal. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño correlacional de corte transversal, recogiendo datos de una muestra de 110 profesionales de salud, para el análisis se utilizó el coeficiente rho de Spearman. Los resultados mostraron una correlación positiva baja ($\rho$ = 0,264–0,321; $p < 0,005$) entre satisfacción y compromiso. Se concluye que, el grado de satisfacción con y compromiso hacia la organización aumentaría si las condiciones institucionales son mejoradas, lo que corrobora la adecuación de intervención educativa.

**Pinto Espíritu (2023)** llevó a cabo la investigación titulada Satisfacción laboral del personal de salud en el contexto del trabajo remoto en el Perú, teniendo como sujetos a trabajadores en salud de institutos públicos peruanos. El propósito del trabajo fue describir el grado de satisfacción laboral de los trabajadores de salud durante la adopción del trabajo remoto. La investigación se llevó a cabo bajo un paradigma cuantitativo, con un diseño descriptivo transversal, donde se consideró la participación de profesionales que realizaban tareas asistenciales y administrativas. Los hallazgos alertaron que un alto porcentaje de los facilitadores y participantes expresó un nivel moderado de satisfacción laboral, y que aspectos como la sobrecarga de tareas, la incertidumbre por la estabilidad laboral y las limitaciones en el apoyo institucional, influían negativamente en la percepción del trabajo.

De igual manera, se asoció con mayor riesgo de desmotivación y la intención de abandono laboral. Se concluye, la mejora en las condiciones laborales, junto con una eficiente organización que proporcione apoyo y reconocimiento profesional, contribuye a fortalecer la satisfacción laboral del personal sanitario.

**Medina Huillca (2023)** llevó a cabo una investigación en profesionales de enfermería hospitalarios en el Perú que tuvo por finalidad estudiar la asociación entre el compromiso organizacional y variables laborales como la satisfacción, la estabilidad y la intención de rotación. Empleó el delineamiento de investigación cuantitativa correlacional con diseño transversal utilizando la escala de compromiso de Meyer y Allen junto con cuestionarios de satisfacción. Los resultados mostraron que un mayor compromiso afectivo se asoció con una mayor satisfacción laboral y una menor intención de abandono del trabajo. Respecto a su aplicabilidad, se concluye que el compromiso organizacional, y en particular, su dimensión afectiva debería ser reforzada para prenatal empresas y evitar la rotación de sus trabajadores.

## 2.3. BASES TEÓRICAS.

### 2.3.1. Hospital Santa Clotilde II-1, Napo, Loreto.

El Hospital II-1 Santa Clotilde, ubicado en la cuenca del río Napo en la región Loreto, constituye el principal centro de referencia para más de 22 000 habitantes procedentes de más de 118 comunidades rurales, muchas de ellas de difícil acceso y con elevados índices de pobreza y analfabetismo (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Vicariato San José del Amazonas, 2023). La atención en salud se ve condicionada por la dispersión geográfica, la limitada infraestructura y la escasez de personal calificado, dado que solo cinco de las quince postas médicas de la micro red cuentan con equipos de salud completos, mientras que el resto opera predominantemente con técnicos en enfermería y laboratorio (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica [CAAAP], 2020).

Durante la pandemia de COVID-19, el hospital enfrentó una crisis significativa: con apenas 15 profesionales, liderados por una sola médica para la atención de casos, debió responder a las necesidades de una población dispersa y altamente vulnerable, implementando estrategias de aislamiento, monitoreo domiciliario y gestión comunitaria de la salud (El Comercio, 2020). A pesar de estas limitaciones, la mortalidad se mantuvo relativamente baja, lo que evidencia el compromiso y la resiliencia del equipo de salud, aunque también visibilizó las brechas existentes en recursos humanos y materiales.

La situación epidemiológica de la zona continúa siendo crítica. Loreto presenta una de las incidencias más elevadas de enfermedades transmisibles del país, como malaria, dengue, tuberculosis y leptospirosis, lo que pone en riesgo tanto a la población usuaria como al

personal sanitario (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA [CDC-MINSA], 2025; Dirección Regional de Salud Loreto [DIRESA Loreto], 2025; Dirección General de Epidemiología del MINSA [DGE-MINSA], 2025). Se ha reportado que el 81,79 % de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en 2025 corresponden a estas enfermedades, y la precariedad de la infraestructura hospitalaria incrementa la exposición a riesgos biológicos y ambientales (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2025; CDC-MINSA, 2025).

En el plano de la gestión institucional, el hospital enfrenta dificultades recurrentes para la contratación y retención de personal debido a la escasez de plazas formales y a la dependencia de contratos temporales, lo que afecta la continuidad y la calidad de la atención (CAAAP, 2020). El Vicariato Apostólico de San José del Amazonas, en convenio con el Ministerio de Salud, ha desempeñado un rol clave para sostener los servicios; sin embargo, la incertidumbre presupuestal y la alta rotación del recurso humano siguen siendo desafíos constantes.

La satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud se ven afectados por la sobrecarga de trabajo, la falta de incentivos, el acceso limitado a capacitación continua y las condiciones adversas de trabajo (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Plan Anual de Trabajo Hospital Santa Clotilde, 2025). Si bien se han implementado iniciativas de capacitación y actualización, como talleres sobre uso racional de medicamentos y la introducción progresiva de sistemas digitales de historias clínicas, su alcance aún es insuficiente para cubrir las necesidades integrales del equipo (Justo Medio, 2025; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023).

La gestión de historias clínicas ha constituido históricamente un reto, ya que el uso predominante de registros en papel dificultaba el seguimiento de los casos y la garantía de continuidad de la atención. De forma reciente se ha iniciado la implementación de sistemas digitales que permiten un mejor acceso y mayor seguridad de la información clínica, optimizando el trabajo del personal incluso en condiciones logísticas adversas (Justo Medio, 2025; La República, 2025). Por otro lado, la bioseguridad y la gestión de residuos sólidos hospitalarios representan aspectos críticos, dada la alta generación de residuos biocontaminados y la limitada capacidad de manejo y disposición final, lo que incrementa el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud y afecta la salud del personal y de la comunidad; el cumplimiento de las normas técnicas sigue siendo un reto permanente debido a la insuficiencia de recursos y a las brechas de capacitación específica (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023; Prosemedic, 2022).

En este contexto, las capacidades técnicas del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde se entienden como el conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas observables en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, en concordancia con las normas técnicas nacionales (MINSA, 2016; DIGESA, 2020). Brechas en estas capacidades incrementan el riesgo de infecciones asociadas a la atención, afectan la seguridad del personal y dificultan la continuidad de los cuidados, especialmente en entornos rurales con alta carga de enfermedades transmisibles como la cuenca del Napo (CDC-MINSA, 2025; DIRESA Loreto, 2025; Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023). Por ello, la intervención educativa propuesta busca fortalecer de manera integrada estas competencias técnicas y analizar su impacto sobre la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal del hospital.

### *2.3.2 Teorías contemporáneas del aprendizaje en adultos*

Las teorías del aprendizaje en adultos aplicadas a la bioseguridad, la gestión de historias clínicas y el manejo de residuos sólidos hospitalarios sustentan el diseño de la intervención educativa implementada en el Hospital II-1 Santa Clotilde. La andragogía de Malcolm Knowles (1975) postula que los adultos aprenden mejor cuando comprenden la relevancia práctica del contenido, se valoran sus experiencias previas y dirigen su propio aprendizaje; estos principios resultaron especialmente pertinentes en las capacitaciones de bioseguridad y gestión de historias clínicas, donde se requieren decisiones rápidas fundamentadas en la práctica diaria (Taylor & Hamdy, 2013; Knowles, 1975).

El aprendizaje experiencial de Kolb y la teoría de las comunidades de práctica de Lave y Wenger destacan la importancia de aprender mediante la participación en entornos reales o simulados y mediante la interacción profesional sostenida; en el ámbito del manejo de residuos sólidos sanitarios, estas aproximaciones metodológicas facilitaron la transferencia directa del conocimiento a la práctica laboral (Myers Griffith & Pamphilon, 2024). En este contexto, las sesiones prácticas, supervisadas y contextualizadas al trabajo diario del hospital, permitieron consolidar competencias técnicas críticas para la seguridad del paciente y del personal.

*Figura 1.*

Ciclo de aprendizaje experiencial de Kolb (1984), adaptado al aprendizaje andragógico.




**Variable: Intervención educativa**

La intervención educativa en salud se entiende como un conjunto organizado de actividades de enseñanza-aprendizaje, planificadas y sistemáticas, dirigidas a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas del personal mediante estrategias didácticas basadas en principios de aprendizaje de adultos, participación activa y retroalimentación continua (Knowles, 1975; Taylor & Hamdy, 2013). En el ámbito sanitario, las intervenciones educativas se han consolidado como una herramienta clave para actualizar competencias técnicas, homogeneizar prácticas clínicas y fortalecer la cultura de seguridad en los servicios (Utunen et al., 2024; Russell et al., 2021).

En el campo específico de la bioseguridad y la prevención de infecciones, estudios cuasiexperimentales han demostrado que los programas de capacitación estructurados en higiene de manos y precauciones estándar incrementan de manera significativa el conocimiento y la adherencia del personal a los protocolos. Por ejemplo, Chakma et al. (2024) reportaron en Bangladesh que una intervención educativa basada en las recomendaciones de la OMS elevó el nivel de conocimiento de 68,6 % a 78,9 % y la adherencia al lavado de manos de 66 % a 88,3 % en trabajadores de salud, evidenciando el impacto de la capacitación en bioseguridad. De forma similar, estudios observacionales y ensayos antes-después han mostrado que la combinación de formación teórica, demostraciones prácticas y supervisión directa reduce de manera significativa las infecciones asociadas a la atención en salud, al mejorar el cumplimiento de las medidas de higiene y uso de equipos de protección personal (Boyce et al., 2024; Tenaw et al., 2021).

En Brasil, Silva et al. (2025) ejecutaron una intervención educativa en bioseguridad con 106 trabajadores de higiene y limpieza hospitalaria, basada en talleres teórico-prácticos y metodologías activas, encontrando una mejoría significativa en la adherencia a las medidas de bioseguridad y en el uso correcto de equipos de protección personal, según cuestionarios y observación directa. Concluyeron que las intervenciones educativas en bioseguridad fortalecen las competencias técnicas del personal de apoyo y contribuyen a una cultura organizacional de seguridad, especialmente en entornos de alta exposición a riesgos biológicos. Estas evidencias se alinean con revisiones sistemáticas que destacan el efecto positivo de la formación continua sobre la implementación de guías de práctica clínica y la reducción de errores relacionados con procesos (Abohamr et al., 2025; Xie et al., 2022).

Además del componente técnico, la literatura señala que las intervenciones educativas pueden impactar en variables psicosociales como la satisfacción laboral y el compromiso organizacional,

al incrementar la percepción de apoyo institucional, las oportunidades de desarrollo profesional y el sentido de autoeficacia. Revisiones y estudios analíticos en el sector salud muestran que la capacitación continua y el acompañamiento profesional se asocian con menor intención de rotación, mayor compromiso afectivo y mejor clima organizacional, actuando como factores protectores frente al *burnout* (Russell et al., 2021; Rahman et al., 2025). En contextos rurales y remotos, estos programas educativos adquieren especial relevancia, ya que contribuyen tanto al fortalecimiento de competencias técnicas como a la retención del recurso humano en zonas de difícil acceso.

En la presente investigación, la intervención educativa se operacionaliza como un programa integral de seis sesiones teórico-prácticas centradas en tres ejes: bioseguridad (lavado clínico de manos y uso de equipos de protección personal), manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, diseñadas con base en las normas técnicas del Ministerio de Salud del Perú y en modelos contemporáneos de aprendizaje en adultos. El efecto de esta intervención se evalúa mediante la comparación de los niveles pre y post de competencias técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional del personal del Hospital II-1 Santa Clotilde, con el propósito de aportar evidencia sobre el potencial de las intervenciones educativas integrales como estrategia de gestión del recurso humano en un hospital rural amazónico.

**Base de las sesiones prácticas de bioseguridad**

El aprendizaje guiado o *apprenticeship* plantea que el desarrollo de competencias se potencia cuando el aprendiz participa en situaciones reales de trabajo bajo la supervisión de un experto, recibiendo retroalimentación inmediata y progresiva (Abela, 2009). En el contexto de la intervención, esta perspectiva se aplicó en las prácticas de lavado clínico de manos, uso de equipos

de protección personal y segregación de residuos, donde el acompañamiento directo permitió corregir errores en tiempo real y consolidar habilidades críticas para la bioseguridad.

El aprendizaje transformativo enfatiza la reflexión crítica sobre las propias creencias y esquemas de actuación, promoviendo cambios profundos en la forma de interpretar y enfrentar las situaciones laborales (Abela, 2009). Al vincular los contenidos de bioseguridad, gestión de historias clínicas y manejo de residuos con situaciones concretas del Hospital II-1 Santa Clotilde, se buscó que el personal revisara sus prácticas habituales e identificara la necesidad de modificarlas para mejorar la seguridad del paciente y su propio bienestar.

Por su parte, la teoría del aprendizaje autodirigido subraya que una proporción importante del aprendizaje adulto se realiza de manera autónoma, guiada por la iniciativa y las necesidades percibidas por el propio individuo (Cross, 1981; Knowles, 1975). En esta intervención, se promovió la autodirección mediante materiales de apoyo, guías de procedimientos y espacios de consulta, favoreciendo que el personal de salud continuara profundizando en los contenidos más allá de las sesiones presenciales (Myers Griffith & Pamphilon, 2024).

En conjunto, estas teorías del aprendizaje en adultos ofrecen un sustento sólido para el diseño de una intervención educativa contextualizada, experiencial y reflexiva, orientada a fortalecer de manera sostenible las competencias técnicas del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas en un entorno rural amazónico.

### *2.3.3 Teorías sobre satisfacción laboral*

La satisfacción laboral se define como el grado de contento y motivación que experimentan los trabajadores en relación con su actividad profesional, considerando factores emocionales, motivacionales e instrumentales del entorno de trabajo, con impacto directo

en su bienestar y rendimiento (Fitria & Darmawan, 2025). Metaanálisis recientes evidencian que niveles bajos de satisfacción se asocian de manera significativa con una mayor intención de rotación, lo que posiciona a la satisfacción laboral como un antecedente clave para la estabilidad organizacional en el ámbito de la salud pública (Jogi et al., 2024).

Como constructo multidimensional, la satisfacción laboral integra componentes afectivos como el sentido de pertenencia y el bienestar emocional y componentes cognitivos como las oportunidades de desarrollo, el reconocimiento y las condiciones laborales, constituyéndose en un factor estratégico que influye en la motivación, la productividad y la retención del talento humano (Palacín Simón, 2022; Portilla, 2020). Una revisión sistemática reciente sobre profesionales de salud identifica determinantes clave de la satisfacción, como la remuneración, las posibilidades de promoción, la supervisión, la carga de trabajo, el liderazgo, la comunicación y la relación con los pacientes, destacando que estos factores interactúan entre sí y pueden potenciar o deteriorar la satisfacción global (Tenaw et al., 2021; Abohamr et al., 2025). En consecuencia, niveles bajos de satisfacción se correlacionan con mayor estrés, mayor rotación de personal y deterioro del desempeño institucional, mientras que niveles adecuados contribuyen a mejorar la calidad de la atención y la continuidad del cuidado (Córdova et al., 2022).

En el ámbito sanitario, la satisfacción laboral se ha asociado con menor intención de rotación, mejores indicadores de desempeño y mayor calidad percibida de la atención, por lo que constituye un componente clave de la gestión del recurso humano en salud (Jogi et al., 2024; Palacín Simón, 2022; Portilla, 2020). En contextos públicos y de alta demanda asistencial, los estudios muestran que niveles medios o bajos de satisfacción se relacionan con sobrecarga, escaso reconocimiento, brechas salariales y limitadas oportunidades de

desarrollo profesional, factores que incrementan el riesgo de *burnout* y abandono del puesto (Córdova et al., 2022; Pinto Espíritu, 2023; Tenaw et al., 2021).

En este estudio, la satisfacción laboral se operacionaliza como un constructo multidimensional medido mediante el Cuestionario Abreviado de Satisfacción Laboral de Minnesota, que evalúa dimensiones intrínseca y extrínseca a través de ítems en escala Likert. Este instrumento permite cuantificar niveles globales y por dimensiones, caracterizar el perfil de satisfacción del personal y analizar su variación antes y después de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, generando evidencia sobre el efecto de la capacitación en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas sobre el bienestar laboral del personal de salud.

### *2.3.4 Teorías sobre compromiso laboral*

El compromiso laboral representa la conexión emocional, normativa y de continuidad que el trabajador establece con su organización, influyendo en su dedicación, su permanencia y su contribución al logro de objetivos colectivos; además, actúa como un mediador entre variables organizacionales y resultados como el desempeño y la retención del personal (Rahman et al., 2025). Las organizaciones que implementan estrategias para fortalecer el compromiso, como el apoyo institucional, el reconocimiento, el liderazgo cercano y el desarrollo profesional, logran incrementar de manera significativa la dimensión afectiva del vínculo, lo que contribuye a proteger al personal frente al desgaste y al *burnout* (Springer, 2025; Xie et al., 2022).

El modelo de Meyer y Allen describe el compromiso organizacional a través de tres dimensiones interrelacionadas: el compromiso afectivo, referido a la conexión emocional con la organización; el compromiso de continuidad, asociado a los costos percibidos de

abandonar la institución; y el compromiso normativo, vinculado al sentido de obligación moral de permanecer en ella (Meyer & Allen, 1991). Este modelo ha sido ampliamente validado en servicios de salud y en distintos contextos culturales, mostrando que el compromiso afectivo se asocia con mayor desempeño y menor intención de rotación, mientras que la predominancia exclusiva del compromiso de continuidad puede relacionarse con permanencias forzadas y menor satisfacción (Efthymiopoulos & Goula, 2024; Medina Huillca, 2023).

Diversas investigaciones en servicios de salud han evidenciado que un mayor compromiso organizacional se asocia con menor intención de abandono, mayor estabilidad del personal y mejores resultados institucionales, actuando como un mediador entre el clima organizacional, la satisfacción laboral y el desempeño (Rahman et al., 2025; Alcántara Bolaños, 2023; Candia, 2023). Estudios transversales en el sector salud muestran que el compromiso se ve influido por factores como la calidad del liderazgo, el apoyo del supervisor, la carga de trabajo, las oportunidades de formación y la percepción de justicia organizacional, lo que refuerza la necesidad de intervenciones que integren componentes técnicos y motivacionales para fortalecer el vínculo del personal con la institución.

En la presente investigación, el compromiso institucional se operacionaliza a partir del modelo tridimensional de Meyer y Allen, considerando las dimensiones afectiva, de continuidad y normativa. Su evaluación permite identificar el nivel de vinculación del personal con la institución y analizar los cambios producidos después de la intervención educativa en el Hospital II-1 Santa Clotilde, aportando evidencia sobre la influencia de las estrategias de capacitación en el fortalecimiento del compromiso del personal de salud en contextos rurales amazónicos.

## Satisfacción laboral

En el ámbito hospitalario, la satisfacción laboral se concibe como una evaluación global y multidimensional que el profesional de salud hace de su trabajo, integrando aspectos intrínsecos (contenido del trabajo, sentido profesional y uso de habilidades) y extrínsecos (condiciones laborales, remuneración, políticas institucionales y relaciones interpersonales). Una revisión actualizada en enfermeras hospitalarias identificó más de treinta factores que influyen en la satisfacción, agrupados en dimensiones relacionadas con características individuales, clima organizacional, liderazgo, carga de trabajo, recursos disponibles y oportunidades de desarrollo, lo que confirma su carácter complejo y multifactorial.

En enfermería hospitalaria se ha evidenciado que la satisfacción laboral se relaciona estrechamente con condiciones de trabajo seguras, apoyo del equipo, colaboración entre colegas y percepción de ingresos adecuados, influyendo directamente en la intención de permanencia, la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Estudios recientes muestran que una mayor satisfacción laboral se asocia con menor carga percibida, menos estrés, mejores relaciones con la jefatura inmediata y los compañeros de trabajo, así como con un mejor desempeño clínico, por lo que se considera un indicador clave de la gestión del recurso humano en hospitales.

En cuanto a su medición, el Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la satisfacción global y las dimensiones intrínseca y extrínseca en personal hospitalario. Validaciones recientes en trabajadores de hospitales han confirmado su adecuada confiabilidad y estructura factorial, respaldando su uso para monitorear la satisfacción laboral en servicios de salud y analizar su relación con variables como el compromiso organizacional, la intención de rotación y el rendimiento.

Esto es coherente con el uso del Cuestionario Abreviado de Satisfacción Laboral de Minnesota en el presente estudio, al permitir capturar tanto la valoración de las tareas clínicas como de las condiciones organizacionales del hospital.

Un análisis bibliométrico reciente en enfermeras mostró que la satisfacción laboral se aborda de manera predominante como un constructo multidimensional ligado al bienestar, la calidad de la atención y la retención del personal (Huang & Wu, 2025).

Asimismo, una revisión sistemática reciente en trabajadores de salud de países del Golfo identificó que la satisfacción laboral es un constructo multidimensional influido por factores individuales, organizacionales y contextuales, confirmando su naturaleza compleja en los entornos sanitarios (Alkhateeb et al., 2025).

**Compromiso organizacional**

En servicios de salud, el compromiso organizacional se define como el grado de identificación, lealtad y vinculación psicológica que los profesionales mantienen con su organización, influyendo en su disposición a permanecer, esforzarse y contribuir al logro de las metas institucionales. Siguiendo el modelo tridimensional de Meyer y Allen, vigente y ampliamente aplicado en contextos hospitalarios, el compromiso incluye el compromiso afectivo (apego emocional y sentido de pertenencia), el compromiso de continuidad (percepción de los costos asociados al abandono de la organización) y el compromiso normativo (sentimiento de obligación moral de permanecer en ella).

Estudios recientes en hospitales públicos han mostrado niveles moderados de compromiso organizacional en profesionales de salud, encontrando que mayores niveles de compromiso se asocian con mejor calidad de atención, mayor seguridad del paciente, mejor desempeño y

menor intención de rotación. La evidencia indica que la satisfacción laboral, el apoyo del supervisor, un clima laboral favorable, los estilos de liderazgo transformacional y la percepción de reconocimiento constituyen factores clave que fortalecen el compromiso organizacional en médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud.

En contextos hospitalarios de países de ingresos bajos y medios, el compromiso organizacional se ha evaluado mediante versiones adaptadas de la escala de Meyer y Allen, demostrando que el compromiso afectivo suele ser el componente con mayor puntuación, mientras que el compromiso de continuidad se relaciona con la estabilidad laboral y los beneficios institucionales, y el compromiso normativo con la reciprocidad hacia organizaciones que brindan oportunidades de capacitación y desarrollo profesional. Estas evidencias respaldan el uso de la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen en el presente estudio, permitiendo analizar cómo las intervenciones educativas en bioseguridad y gestión clínica pueden impactar en los tres componentes del compromiso organizacional en un hospital rural.

**Definición operacional de compromiso organizacional**

En este estudio, el compromiso organizacional se define operacionalmente como el grado en que el personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde se identifica con la institución, se siente vinculado emocionalmente a ella, percibe costos relevantes si la abandona y experimenta un sentido de obligación moral de permanecer y contribuir a sus objetivos. Se asume, de acuerdo con el modelo de Meyer y Allen, que el compromiso es un constructo multidimensional compuesto por tres componentes: compromiso afectivo (apego emocional, orgullo de pertenencia e identificación con los valores del hospital), compromiso de

continuidad (percepción de los costos personales, familiares y profesionales de dejar la institución) y compromiso normativo (sentimiento de deber y lealtad hacia la organización).

Operacionalmente, el compromiso organizacional se medirá mediante la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen, adaptada al contexto del personal de salud, que permite obtener un puntaje total y puntajes por cada dimensión (afectiva, de continuidad y normativa). Puntajes más elevados indicarán un mayor nivel de compromiso organizacional global y por componente; en la literatura reciente, niveles más altos de compromiso en profesionales de salud se han asociado con mejor desempeño, mayor estabilidad laboral, menor intención de rotación y mejores indicadores de calidad de atención. Estudios en hospitales y establecimientos de salud han demostrado, además, que el compromiso se ve influido por la satisfacción laboral, el liderazgo transformacional, el clima organizacional y las oportunidades de desarrollo profesional, por lo que se considera un resultado clave de las estrategias de gestión del recurso humano en contextos sanitarios.

**Compromiso afectivo**

El compromiso afectivo se refiere al apego emocional, la identificación y el orgullo de pertenencia que el trabajador siente hacia su organización; en esta dimensión, el personal permanece en la institución porque quiere hacerlo. En profesionales de salud se ha observado que el compromiso afectivo aumenta cuando existen climas laborales de apoyo, reconocimiento al desempeño, relaciones de confianza con los líderes y coherencia entre los valores personales y los valores institucionales. Estudios recientes señalan que este tipo de compromiso se asocia con mayor satisfacción laboral, mejor calidad del cuidado y menor intención de rotación, por lo que fortalecerlo constituye un objetivo clave para la gestión del talento humano en hospitales.

### Compromiso de continuidad

El compromiso de continuidad alude al grado en que el trabajador percibe que abandonar la organización implicaría costos personales, familiares y profesionales elevados, tales como la pérdida de estabilidad, beneficios, antigüedad o redes de apoyo. En contextos sanitarios, este componente se relaciona con la disponibilidad real de alternativas laborales, la seguridad del contrato, los incentivos y las condiciones del mercado de trabajo, de modo que el personal permanece en la institución principalmente porque lo necesita. Arage et al. (2022) advierten que un compromiso de continuidad elevado, no acompañado de compromiso afectivo, puede traducirse en permanencias más instrumentales y en menor bienestar subjetivo, aunque contribuye a la retención de personal en sistemas de salud con escasez de recursos humanos.

### Compromiso normativo

El compromiso normativo se refiere al sentimiento de obligación moral o deber que el trabajador experimenta de permanecer en la organización, basado en normas de reciprocidad, gratitud y lealtad. En el ámbito hospitalario, este tipo de compromiso se fortalece cuando la institución invierte en la formación del personal, ofrece apoyo en situaciones difíciles y brinda oportunidades de desarrollo, lo que genera en los trabajadores la percepción de que "le deben algo" a la organización. La evidencia de Zhao et al. (2025) en profesionales de salud indica que este compromiso normativo, combinado con el compromiso afectivo, se asocia con mayor disposición a colaborar, asumir responsabilidades y sostener el esfuerzo en contextos de alta demanda asistencial.

## 2.4. TÉRMINOS BÁSICOS.

**2.4.1. Bioseguridad:** Conjunto de normas, procedimientos y medidas preventivas orientadas a proteger la salud de los trabajadores, de los pacientes y de la comunidad frente a riesgos biológicos, químicos o físicos presentes en el ambiente hospitalario; su adecuada aplicación contribuye a reducir los accidentes ocupacionales y a prevenir infecciones asociadas a la atención en salud (OMS, 2023; MINSA, 2016).

**2.4.2. Capacitación:** Proceso educativo estructurado, planificado y continuo mediante el cual el personal de salud adquiere, actualiza y fortalece conocimientos, destrezas y actitudes, con el propósito de optimizar un desempeño seguro, eficiente y de calidad en sus funciones (OPS/ORAS, 2015).

**2.4.3. Compromiso institucional:** Nivel de identificación, involucramiento y sentido de pertenencia que un trabajador mantiene con la organización en la que labora, expresado en su disposición a contribuir al logro de los objetivos institucionales, en su motivación laboral y en su intención de permanencia (Meyer & Allen, 1991; Efthymiopoulos & Goula, 2024).

**2.4.4. Gestión de historias clínicas físicas:** Conjunto de procedimientos orientados a la organización, registro, conservación, custodia, acceso y confidencialidad de los documentos clínicos en formato físico (papel) que contienen información integral sobre la salud del paciente; su adecuada gestión es fundamental para garantizar la continuidad asistencial, evaluar la calidad del servicio y cumplir con las normas legales de protección de datos (MINSA, 2020; Berastain Merino et al., 2022).

**2.4.5. Gestión de residuos sólidos hospitalarios:** Proceso integral que comprende la segregación, recolección, almacenamiento temporal, transporte interno y externo, tratamiento y disposición final de los residuos generados en los establecimientos de salud, de acuerdo con normativas de bioseguridad y principios de protección ambiental (DIGESA, 2020; MINSA, 2018).

**2.4.6. Historia clínica:** Documento médico-legal en el que se registra, de manera ordenada y cronológica, la información relativa al estado de salud de un paciente, incluyendo antecedentes, hallazgos del examen físico, diagnósticos, tratamientos y evolución clínica (MINSA, 2016).

**2.4.7. Intervención educativa:** Conjunto de acciones de enseñanza-aprendizaje planificadas, organizadas y sistemáticas, dirigidas a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud mediante sesiones teóricas, actividades prácticas y retroalimentación, basadas en principios de aprendizaje en adultos y en normas técnicas vigentes (Knowles, 1975; Taylor & Hamdy, 2013). En esta investigación, la intervención educativa comprende un programa de seis sesiones teórico-prácticas en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, diseñado según las normas del Ministerio de Salud del Perú y evidencias previas sobre capacitaciones efectivas en servicios de salud (MINSA, 2016; Afzal et al., 2024; Silva et al., 2025).

**2.4.8. Micro Red Asistencial Napo:** Conjunto de establecimientos de salud, incluyendo postas médicas y el Hospital II-1 Santa Clotilde, que brindan atención integral a la población de los distritos de Napo y Torres Causana, con el objetivo de garantizar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023).

**2.4.9. Satisfacción laboral:** Percepción subjetiva que tiene el trabajador respecto a su bienestar, motivación y realización personal en el ámbito laboral, en función de factores intrínsecos, como el contenido y significado del trabajo, y extrínsecos, como las condiciones físicas, el salario, las oportunidades de desarrollo y las relaciones interpersonales (Fitria & Darmawan, 2025; Palacín Simón, 2022).

**2.9.10. Técnico de enfermería:** Profesional con formación de nivel técnico encargado de proporcionar cuidados básicos de salud, asistir en procedimientos clínicos y participar en actividades de promoción y prevención, en coordinación con otros miembros del equipo de salud (MINSA, 2024).

**2.9.11. Usuario interno:** Trabajador o integrante del personal de la institución de salud que participa de manera directa o indirecta en los procesos de atención, en la gestión administrativa, en el soporte logístico o en actividades complementarias, contribuyendo al funcionamiento integral de la organización (G R de Salud de Loreto, 2023).

# CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

## 3.1. Operacionalización de las Variables.

### Cuadro 1

*Operacionalización de variables*

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Tipo de variable | Escala de medición | Indicadores | Técnica / Instrumento | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Intervención educativa | Conjunto de acciones de enseñanza-aprendizaje planificadas y sistemáticas dirigidas a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas, mediante sesiones teóricas y prácticas basadas en principios de aprendizaje en adultos y normas técnicas vigentes (Knowles, 1975; MINSA, 2016; NTS N.° 144-MINSA-2018). | Módulo de bioseguridad; Módulo de gestión de historias clínicas físicas; Módulo de manejo de residuos sólidos hospitalarios | Cualitativa (presencia/ausencia de intervención) | Nominal (0 = pre intervención; 1 = post intervención) | Número de sesiones desarrolladas; porcentaje de asistencia del personal a cada sesión; cumplimiento del cronograma de seis sesiones; participación activa (preguntas, ejercicios prácticos) | Registro de asistencia; listas de cotejo de cumplimiento de sesiones y actividades; guía de sesiones educativas | Knowles (1975); Kolb (1984); MINSA (2016); NTS N.° 144-MINSA-2018; protocolos Hospital II-1 Santa Clotilde |
| Capacidades técnicas | Conocimientos, habilidades y prácticas del personal de salud en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y | Bioseguridad; Manejo de residuos; Gestión de historias | Cuantitativa | Ordinal (Likert de 4 puntos) y numérica (0–100) | Puntaje pre y post intervención (0–100); porcentaje de respuestas correctas | Cuestionario de competencias técnicas (25 ítems) y lista de chequeo | MINSA (2016); DIGESA (2020); OMS (2023); NTS N.° 144-MINSA-2018; protocolos |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | gestión de historias clínicas físicas, que permiten aplicar correctamente las normas de seguridad y los procedimientos institucionales (OMS, 2023; MINSA, 2016). | clínicas físicas | | | en el cuestionario; porcentaje de cumplimiento de protocolos observados; clasificación en nivel bajo, medio y alto de capacidades técnicas | observacional | Hospital II-1 Santa Clotilde |
| Satisfacción laboral | Estado emocional positivo que resulta de la experiencia laboral y refleja el grado de concordancia entre expectativas y realidades del trabajo (Fitria & Darmawan, 2025). | Satisfacción Intrínseca; Satisfacción extrinsic | Cuantitativa | Ordinal (Likert de 5 puntos) | Ítems 1, 3, 4, 7, 10, 15, 16 y 20 (intrínseca); ítems 2, 5, 6, 8, 9, 11–14, 17–19 (extrínseca); puntaje total y por dimensión | Cuestionario Abreviado de Satisfacción Laboral de Minnesota (MSQ) | Weiss et al. (1967); Niwlikar (2020) |
| Compromiso institucional | Estado psicológico que caracteriza la relación del trabajador con la organización e influye en su permanencia en ella (Meyer & Allen, 1991). | Afectivo; Normativo; Continuidad | Cuantitativa | Ordinal (Likert de 5 puntos) | Puntaje ítems 1–7 (afectivo); 8–13 (normativo); 14–21 (continuidad); puntaje total de compromiso institucional y por dimensión | Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen | Meyer & Allen (1991); Efthymiopoulos & Goula (2024) |

Fuente: Elaboración propia.

## 3.2. Tipo y Diseño de la investigación.

La presente investigación es de tipo aplicada, con enfoque cuantitativo, y utiliza un diseño cuasiexperimental de corte longitudinal, con mediciones pretest y postest en un solo grupo, orientado a evaluar el efecto de una intervención educativa en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas sobre las capacidades técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde. Este diseño permite comparar los niveles de las variables de interés antes y después de la intervención en la misma cohorte de 70 trabajadores, empleando análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para determinar la magnitud y significancia de los cambios observados a lo largo del período 2024–2025 (Hernández Sampieri & Mendoza, 2023).

### 3.2.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por el trabajador de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, considerado como usuario interno. Se incluyó personal asistencial (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y otros profesionales de la salud) y personal administrativo con funciones directas en la atención o en la gestión hospitalaria (Hernández Sampieri & Mendoza, 2023).

## 3.3 Población y muestra

### 3.3.1 Tamaño de muestra

La población estuvo constituida por los 70 trabajadores de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde que laboraron durante el período 2024–2025, incluyendo personal asistencial y administrativo considerado como usuarios internos. Dado el tamaño acotado de la población y el interés en evaluar el efecto de la intervención en todo el equipo institucional, se optó por una muestra censal, incorporando a la totalidad de los trabajadores que cumplían los criterios de inclusión.

### 3.3.2 Selección de muestra

Los 70 trabajadores que cumplieron los criterios de inclusión fueron incorporados mediante muestreo censal, garantizando la participación de todo el personal asistencial y administrativo del Hospital II-1 Santa Clotilde durante el período de estudio. La organización de la muestra consideró la rotación de turnos y la continuidad de la atención en los diferentes servicios, por lo que las evaluaciones pretest y postest se programaron en horarios coordinados con las jefaturas para no afectar la operatividad del hospital.

La implementación de la intervención educativa se ajustó al perfil ocupacional y a las necesidades de fortalecimiento de capacidades asistenciales, priorizando a médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y personal con funciones directas en la gestión de historias clínicas y de residuos sólidos hospitalarios. De este modo, se aseguró que los contenidos y actividades de cada módulo (bioseguridad, gestión de historias clínicas físicas

y manejo de residuos) fueran pertinentes a las responsabilidades específicas de cada grupo ocupacional.

Para la aplicación de los instrumentos en la implementación de la intervención educativa se procedió con una segunda selección de trabajadores según su perfil ocupacional y según las necesidades de fortalecimiento de capacidades asistenciales, priorizando a médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y personal con funciones directas en la gestión de historias clínicas y de residuos sólidos hospitalarios.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo al inicio de la recolección de datos y completaron los instrumentos en condiciones similares, bajo supervisión de la investigadora. El estudio contó con la aprobación de la Gerencia del Hospital II-1 Santa Clotilde (agosto de 2024) y del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto (Constancia N.° 071-CIEI-HRL-2025), siendo clasificado como estudio sin riesgo, conforme a la normativa nacional (CIOMS, 2021; MINSA, 2022).

La intervención educativa comprendió seis capacitaciones teórico-prácticas de dos horas cada una (12 horas en total), basadas en la andragogía de Knowles y en el ciclo de aprendizaje experiencial de Kolb (Knowles, 1975; Kolb, 1984): lavado de manos clínico según los “5 momentos” de la OMS (2018), gestión de historias clínicas físicas según la R.D. N.° 307-2023/MINSA y manejo de residuos sólidos hospitalarios conforme a la NTS N.° 144-MINSA/2018/DIGESA.

## 3.4 Criterios de inclusión y exclusión

### Criterios de inclusión

- ✓ Personal asistencial o administrativo del Hospital II-1 Santa Clotilde durante el periodo 2024–2025.
- ✓ Vínculo laboral formal (nombrados, CAS, locadores y personal de ONG-Pango) con una antigüedad mínima de 3 meses.
- ✓ Firma del consentimiento informado.
- ✓ Asistencia completa a las capacitaciones en el caso del personal considerado dentro del grupo intervención.

### Criterios de exclusión

- ✓ Personal con licencia médica, vacaciones o ausencias prolongadas durante el periodo de la intervención.
- ✓ Participantes que abandonaron las capacitaciones o presentaron evaluaciones incompletas.
- ✓ Personal externo sin continuidad laboral en el hospital.

## 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron tres instrumentos cuantitativos validados para la medición de la variable independiente (intervención educativa a través de las capacidades técnicas) y de las variables dependientes satisfacción laboral y compromiso institucional.

**Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas del estudio se enmarcaron en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como en las pautas internacionales para la investigación en salud con seres humanos (CIOMS, 2021; Ministerio de Salud del Perú, 2022).

## 3.6 Consentimiento informado.

Todos los participantes recibieron información clara y suficiente sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y la participación fue completamente voluntaria. Cada trabajador firmó un consentimiento informado antes de iniciar cualquier actividad de investigación.

## 3.7. Confidencialidad y protección de datos.

|Se garantizó la confidencialidad de la información personal y laboral de los participantes mediante la codificación de los instrumentos y el almacenamiento seguro de las bases de datos, accesibles únicamente al equipo de investigación autorizado. Los resultados se presentaron de forma agregada y codificada, sin identificar a individuos.

**Beneficio y no maleficencia.**

|La intervención educativa fue diseñada para generar un beneficio directo al fortalecer las competencias técnicas del personal y mejorar las condiciones de seguridad para trabajadores

y pacientes. Se minimizaron los riesgos físicos, psicológicos y sociales, y se ofreció soporte ante cualquier inconveniente derivado de la participación.

**Justicia y equidad.**

Todos los trabajadores del hospital tuvieron la oportunidad de participar sin discriminación por sexo, edad, cargo o antigüedad, y la selección se realizó con criterios transparentes y objetivos.

**Autorizaciones institucionales.**

|El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto (Constancia N.° 071–CIEI–HRL–2025), clasificado como estudio clínico sin riesgo, y contó con los permisos formales de la Dirección del Hospital II-1 Santa Clotilde y de las instancias correspondientes (CIOMS, 2021; Ministerio de Salud del Perú, 2022).

**Derecho a retiro.**

Los participantes pudieron retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello afectara su relación laboral ni implicara sanción alguna.

La investigadora, Lic. Yanabel Fernández Burga, declaró haber actuado con integridad, transparencia y pleno respeto a los derechos humanos y laborales de los participantes, haber garantizado una evaluación ética continua durante todas las fases del estudio y haber

cumplido estrictamente los estándares éticos nacionales e internacionales, incluida la Declaración de Helsinki. Esta declaración respalda el compromiso ético asumido con la protección y el respeto de los participantes y contribuye a la legitimidad del proceso investigativo.

**Cuestionario de competencias técnicas y listas de chequeo observacionales**

Para medir la variable capacidades técnicas (resultado directo de la intervención educativa) en sus tres dimensiones —bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas— se diseñó un cuestionario específico adaptado de las Normas Técnicas de Salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2016; RM N.° 1295-2018/MINSA/DIGESA). El cuestionario incluyó 30 ítems distribuidos en tres dimensiones: bioseguridad (10 ítems, $\alpha = 0,87$), manejo de residuos sólidos hospitalarios (10 ítems, $\alpha = 0,82$) y gestión de historias clínicas físicas (10 ítems, $\alpha = 0,85$); los puntos de corte definieron niveles bajo (< 50%), medio (50–74%) y alto (≥ 75%) de capacidades técnicas en cada dimensión y en el puntaje global. La validez de contenido se estableció mediante juicio de expertos (V de Aiken = 0,82), tal como se detalla en el Anexo 5.

Complementariamente, se aplicaron listas de chequeo de 8 ítems para observar el desempeño práctico en las mismas dimensiones de la variable: lavado de manos clínico (según la Norma Técnica de Bioseguridad RM N.° 312-2011/MINSA), bioseguridad en la gestión de residuos sólidos (según D.S. N.° 014-2017-SA y NTP 900.058) y gestión de historias clínicas físicas (según la NTS N.° 138-MINSA). Estas listas permitieron registrar el grado de cumplimiento

de los protocolos en escala ordinal y clasificar a los participantes en niveles bajo, medio y alto de capacidades técnicas prácticas, complementando la medición teórica.

### Cuestionario Abreviado de Satisfacción Laboral de Minnesota (MSQ-SF)

Para medir la variable satisfacción laboral y sus dos dimensiones —satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca— se utilizó la versión abreviada de 20 ítems del Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ-Short Form), en escala Likert de 5 puntos (1 = muy insatisfecho, 5 = muy satisfecho), validada internacionalmente y adaptada en el Perú (Weiss et al., 1967; Niwlikar, 2020).

El instrumento agrupa las dimensiones de la siguiente manera: satisfacción intrínseca (8 ítems, $\alpha = 0{,}91$ pre; 0,93 post) y satisfacción extrínseca (12 ítems, $\alpha = 0{,}89$), generando una puntuación global de 20 a 100, categorizada como baja ($< 60$), media (60–79) y alta ($\geq 80$).

El cuestionario se aplicó en formato papel, auto-administrado, y permitió analizar cambios pre y pos intervención tanto en el puntaje total de satisfacción laboral como en cada dimensión.

### Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen

Para medir la variable compromiso institucional y sus tres dimensiones —compromiso afectivo, normativo y de continuidad— se empleó la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen (1991), en su versión de 21 ítems con formato Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), validada en contextos

latinoamericanos (Efthymiopoulos & Goula, 2024). La escala comprende tres dimensiones: compromiso afectivo (7 ítems, $\alpha = 0,85$), compromiso normativo (6 ítems, $\alpha = 0,82$) y compromiso de continuidad (8 ítems, $\alpha = 0,89$), con puntuación total de 21 a 105, categorizada como baja (< 70), media (70–100) y alta (> 100). Este instrumento permitió evaluar el nivel global de compromiso institucional y la contribución específica de cada dimensión antes y después de la intervención educativa.

**Procedimiento de aplicación**

La aplicación de los instrumentos siguió tres momentos: pre test, intervención y postest, en un solo grupo de 70 trabajadores del Hospital II-1 Santa Clotilde.

El pre test se realizó el 11 de agosto de 2025 en el auditorio del hospital, con la participación de todo el personal que cumplía los criterios de inclusión; la mayoría completó los tres instrumentos en aproximadamente 45 minutos, bajo supervisión de la investigadora, en ambientes ventilados y sin interrupciones. Los cuestionarios fueron codificados (por ejemplo, P001, P002) y los datos se ingresaron en una base de Excel para la depuración inicial.

La intervención educativa se desarrolló entre el 14 de agosto y el 10 de noviembre de 2025, en seis sesiones presenciales teórico-prácticas de dos horas cada una (12 horas teóricas), complementadas con prácticas supervisadas en los servicios asistenciales.

a) Módulo 1 (bioseguridad – lavado de manos clínico): Dos sesiones teóricas y 12 sesiones prácticas de lavado de manos clínico por equipos de 2 a 4 trabajadores, aplicando la técnica completa según los “5 momentos” de la OMS (2018).

b) Módulo 2 (manejo de residuos sólidos hospitalarios): Dos sesiones teóricas y 12 sesiones prácticas para evaluar y reforzar el desempeño en la segregación, almacenamiento temporal y transporte interno de residuos, de acuerdo con la NTS N.° 144-MINSA/DIGESA-2014.

c) Módulo 3 (gestión de historias clínicas físicas): Dos sesiones teóricas y 12 sesiones prácticas orientadas a la correcta organización, registro y custodia de historias clínicas físicas, conforme a la RD N.° 307-2023/MINSA.

La asistencia fue registrada en cada sesión y superó el 90% del personal convocado, asegurando la exposición de la mayoría de los trabajadores a todos los módulos y actividades prácticas. La intervención se documentó mediante materiales impresos, presentaciones en diapositivas y evidencias fotográficas (Anexos correspondientes).

El postest se aplicó 30 días después de finalizado el último módulo, en condiciones similares al pre test (mismo lugar, horario coordinado con las jefaturas y supervisión directa de la investigadora), alcanzándose un alto porcentaje de cuestionarios completos para las tres variables: capacidades técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional. Los datos fueron procesados en SPSS v.27, aplicando estadística descriptiva (medias, desviación estándar, intervalos de confianza al 95%) e inferencial (pruebas t de Student apareada, Wilcoxon y ANOVA para medidas repetidas), con un nivel de significancia de 0,05 y poder estadístico estimado superior a 0,90.

# CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados

Los resultados se organizan, por tanto, en tres bloques: mejoras en las competencias técnicas, variaciones en la satisfacción laboral y cambios en el compromiso institucional. Cada Cuadro se acompaña de su interpretación, contextualizada al entorno rural amazónico del hospital y contrastada con antecedentes nacionales e internacionales relevantes. En el grupo total de trabajadores (N = 70), la intervención educativa generó un incremento marcado del porcentaje de personal con alto nivel de competencias técnicas en bioseguridad, manejo de residuos e historias clínicas físicas entre la medición pre y la pos intervención, mientras que el nivel bajo se redujo de manera sustantiva.

Este patrón, junto con las diferencias altamente significativas observadas en el ANOVA para medidas repetidas ($F = 267{,}386$; $p < 0{,}001$), sugiere que los cambios observados en la muestra se explican principalmente por el efecto de la intervención educativa, más que por fluctuaciones espontáneas o por factores externos al programa.

A continuación, se presentan los cuadros y sus respectivos análisis interpretativos.

**Cuadro 2** Conocimientos y prácticas PRE-intervención por cargo (N=70)

*Cumplimiento de criterios de competencias*

| Cargo | Gestión HC No n (%) | Gestión HC Sí n (%) | Lavado manos No n (%) | Lavado manos Sí n (%) | Residuos No n (%) | Residuos Sí n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Médicos | 6 (8,6%) | 2 (2,9%) | 5 (7,1%) | 3 (4,3%) | 4 (5,8%) | 4 (5,8%) |
| Enfermeras | 10 (14,3) | 2 (2,9%) | 9 (12,9%) | 3 (4,3%) | 8 (11,4%) | 4 (5,8%) |
| Odontólogos | | 2 (2,9%) | | 2 (2,9%) | | 2 (2,9%) |
| Obstetrices | | 3 (4,3%) | | 3 (4,3%) | | 3 (4,3%) |
| Biólogos | | 2 (2,9%) | | 2 (2,9%) | | 2 (2,9%) |
| Técnicos de enfermería | 18 (25,7%) | 2 (2,9%) | 16 (22,9%) | 4 (5,8%) | 15 (21,4%) | 5 (7,14%) |
| Administrativos | 12 (17,1%) | | 11 (15,7%) | 1 (1,4%) | 12 (17,1%) | |
| Personal de limpieza | 7 (10%) | | 7 (10%) | | 5 (7,1%) | 2 (2,9%) |
| Centro quirúrgico | | 4 (5,8%) | | 4 (5,8%) | | 4 (5,8%) |
| **Total** | **53 (75,7%)** | **17 (24,3%)** | **48 (68,6%)** | **22 (31,4%)** | **44 (62,9%)** | **26 (37,1%)** |

**Interpretación.** Los hallazgos del Cuadro 2 evidenciaron que, antes de la intervención educativa, el 75,7% del personal presentaba deficiencias en la gestión de historias clínicas físicas, el 68,6% en lavado de manos clínico y el 62,9% en manejo de residuos sólidos hospitalarios, lo que indica un alto porcentaje de trabajadores que no cumplían adecuadamente los criterios de competencia en las tres áreas evaluadas. Tras la intervención, el aumento de las medias de las notas y la reducción de la proporción de personal con niveles bajos de competencia confirman el efecto positivo del programa, dando continuidad numérica al diagnóstico de brechas presentado en el Cuadro 2A.

**Cuadro 2A**

*Notas pre (nota 1) y post (nota 2) intervención*

| Variable / Nota 1 Vs. Nota 2 | Práctica | Media | DE |
|---|---|---|---|
| Lavado de manos clínico (Nota 1) | 1 | 11,94 | 3,01 |
| Lavado de manos clínico (Nota 2) | 2 | 18,82 | 1,49 |
| Manejo de residuos sólidos hospitalarios (Nota 1) | 1 | 9,71 | 3,76 |
| Manejo de residuos sólidos hospitalarios (Nota 2) | 2 | 17,14 | 4,08 |
| Gestión de historias clínicas físicas (Nota 1) | 1 | 11,65 | 2,37 |
| Gestión de historias clínicas físicas (Nota 2) | 2 | 18,12 | 1,11 |

Nota. Las medias corresponden a las notas de las prácticas 1 y 2 de cada módulo, aplicadas al grupo de intervención (N = 70). Los valores reflejan el nivel de competencias técnicas alcanzado tras completar la intervención educativa, las evaluaciones fueron de acuerdo con el cumplimiento correcto de las listas de chequeo.

### 4.2 Interpretación integrada con el ANOVA

El Cuadro 2A muestra que, en las segundas prácticas de cada módulo, las medias se sitúan entre 17,14 y 18,82 puntos sobre 20, con desviaciones estándar bajas, lo que evidencia un alto nivel de dominio de las competencias técnicas en lavado de manos, manejo de residuos e historias clínicas físicas tras la intervención educativa. Las primeras prácticas presentan medias menores y una mayor variabilidad, lo cual es consistente con un proceso de aprendizaje progresivo a lo largo de los módulos. Estos resultados descriptivos coinciden con el Cuadro 3 del ANOVA.

**Cuadro 3**

*ANOVA diferencias PRE-POST en competencias técnicas (N=70)*

| Fuente variación | Suma cuadrados | gl | Media cuadrática | F | p-valor |
|---|---|---|---|---|---|
| Entre grupos | 2.501,086 | 4 | 625,271 | 267,386 | ,000 |
| Dentro grupos | 152,000 | **65** | 2,303 | | |
| Total | 2.653,086 | **69** | | | |

Nota. p < 0,05 indica diferencias estadísticamente significativas; poder estadístico aproximado 99,9%. Fuente. Elaboración propia, SPSS v.27 (2025).

**Interpretación.** El Cuadro 3 evidencia diferencias altamente significativas entre los puntajes pre y pos-intervención en las competencias técnicas, con un valor F = 267,386 y p < 0,001. Este resultado confirma que la intervención educativa produjo un efecto estadísticamente significativo en la mejora de las capacidades técnicas del personal, coherente con la reducción de los niveles bajos de competencia y el incremento de los niveles altos observados en los cuadros descriptivos.

**Cuadro 4**

*Estadísticos Descriptivos entre Satisfacción/Compromiso (N = 70)*

| Variable | M | DE | IC 95% |
|---|---|---|---|
| Satisfacción general Previa a la intervención | 63.69 | 12.76 | [60.8, 66.6] |
| Satisfacción General Post intervención | 76.30 | 12.76 | [73.3, 79.3] |
| Compromiso total (PRE) | 70.00 | 15.20 | [66.5, 73.5] |
| Compromiso total (Post) | 80.80 | 12.76 | [77.8, 83.8] |

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; IC 95% = Intervalo de confianza.

Fuente: *Fuente*: Elaboración propia, SPSS v27 (2025).

**Interpretación.** El Cuadro 4 presenta los estadísticos descriptivos de satisfacción laboral y compromiso institucional antes y después de la intervención. En la medición preintervención la satisfacción global obtuvo una media de 63,69 (DE = 12,76; IC 95% [60,8; 66,6]), correspondiente a un nivel "medio" según los baremos del MSQ, mientras que el compromiso total alcanzó una media de 70,00 (DE = 15,20; IC 95% [66,5; 73,5]), también en un rango "medio". Tras la intervención, la satisfacción laboral se elevó a 76,30 (DE = 12,76; IC 95% [73,3; 79,3]) y el compromiso total a 80,80 (DE = 12,76; IC 95% [77,8; 83,8]), ubicándose ambos en niveles "altos" y mostrando una diferencia de medias sustantiva ($\Delta M = +12{,}61$ puntos para satisfacción), con tamaño de efecto grande. El no solapamiento de los intervalos de confianza pre y post respalda la existencia de cambios relevantes desde el punto de vista estadístico y práctico en la muestra total de 70 trabajadores.

**Cuadro 5**

*Correlaciones de Spearman postintervención (N = 70)*

| *Relación* | *ρ* | *p* |
|---|---|---|
| *Satisfacción general × Compromiso total* | *0,589* | *< 0,001*** |
| *Satisfacción intrínseca × Compromiso total* | *0,555* | *< 0,001*** |
| *Satisfacción extrínseca × Compromiso total* | *0,484* | *< 0,001*** |

Nota. ρ = coeficiente de Spearman. ***p < 0,001 (bilateral). Instrumentos: MSQ Minnesota Satisfaction Questionnaire (Weiss et al., 1967) y Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen (1991). Elaboración propia, SPSS v.27 (2025).

**Interpretación.** El Cuadro 5 muestra correlaciones de Spearman estadísticamente significativas entre la satisfacción laboral y el compromiso institucional en la medición postintervención. Se observa una correlación moderada-alta entre la satisfacción global y el compromiso total (ρ = 0,589; p < 0,001), lo que indica que niveles más altos de satisfacción se asocian con mayores niveles de compromiso. Asimismo, las dimensiones de satisfacción intrínseca (ρ = 0,555; p < 0,001) y extrínseca (ρ = 0,484; p < 0,001) presentan correlaciones moderadas con el compromiso total, respaldando la idea de que las mejoras en las condiciones y percepciones laborales repercuten positivamente en la vinculación del trabajador con la institución.

### 4.3 Cuadros Inferenciales PRE y POST (Pruebas de Hipótesis)

**Cuadro 6**

*Correlación entre Satisfacción Global vs Compromiso Laboral - PRE-intervención*

| Variable | | ρ | p | N | Hipótesis |
|---|---|---|---|---|---|
| Satgeneralprev | × | .117 | .334 | 70 | $H_0$ aceptada |
| Comptotal | | | | | (p > .05) |

Nota. ρ = coeficiente Spearman. No existe relación significativa pre-capacitación

**Interpretación:** En la medición preintervención no se observa una relación significativa entre la satisfacción laboral global y el compromiso institucional total (ρ = 0,117; p = 0,334 > 0,05), por lo que se acepta la hipótesis nula de ausencia de correlación. El coeficiente, de magnitud débil (< 0,20), indica una vinculación basal muy limitada entre ambas variables, lo que establece una línea de base poco favorable para valorar el impacto de la intervención educativa.

**Cuadro 7**

*Correlación entre Satisfacción Global vs Compromiso Laboral - POST-intervención*

| Variable | | ρ | p | N | Hipótesis |
|---|---|---|---|---|---|
| PostSatisfacción general | | ×.589 | <.001*** | 70 | $H_a$ aceptada |
| PostCompromiso laboral total | | | | | (p < .05) |

Nota. ***p < .001. Correlación moderada significativa post-capacitación

**Interpretación.** En la medición postintervención se observa una correlación moderada y estadísticamente significativa entre la satisfacción laboral global y el compromiso institucional total ($\rho = 0{,}589$; $p < 0{,}001$), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de existencia de relación. Este coeficiente indica que ambas variables comparten aproximadamente el 35% de su varianza ($\rho^2 \approx 0{,}35$), lo que representa un efecto de magnitud moderada-alta con relevancia práctica para la gestión del personal. La comparación con el escenario preintervención sugiere que, tras la capacitación, la satisfacción laboral se vincula de manera más estrecha con el nivel de compromiso del personal con la institución.

**Cuadro 8**

*Correlaciones entre Compromiso Laboral vs Dimensiones de Satisfacción - PRE-intervención*

| Dimensión | ρ | p | N | Hipótesis |
|---|---|---|---|---|
| SatIntrínseca × Comptotal | .076 | .534 | 70 | $H_0$ aceptada |
| SatExtrínseca × Comptotal | .156 | .197 | 70 | $H_0$ aceptada |

Nota. Sin relaciones significativas pre-intervención

**Interpretación.** En la fase pre intervención ninguna de las dimensiones de satisfacción laboral se correlaciona de forma significativa con el compromiso institucional total: la satisfacción intrínseca ($\rho = 0{,}076$; $p = 0{,}534$) y la extrínseca ($\rho = 0{,}156$; $p = 0{,}197$) presentan coeficientes débiles y valores de p superiores a 0,05. La aceptación de la hipótesis nula en ambos casos confirma la ausencia de una relación funcional clara entre satisfacción (intrínseca y extrínseca) y compromiso antes de la intervención, lo que define una línea de base sobre la cual valorar los cambios posteriores.

**Cuadro 9**

*Correlaciones entre Compromiso vs Dimensiones Satisfacción - POST-intervención*

| Dimensión | | | ρ | p | N | Hipótesis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Satisfacción Intrínseca PostCompromiso total | | × | .555 | <.001*** | 70 | $H_a$ aceptada |
| Satisfacción Extrínseca PostCompromiso total | | × | .484 | <.001*** | 70 | $H_a$ aceptada |

Nota. *** $p < 0,001$. Correlaciones moderadas estadísticamente significativas.

**Interpretación.** En la medición postintervención ambas dimensiones de satisfacción laboral se correlacionan de manera moderada y estadísticamente significativa con el compromiso institucional total. La satisfacción intrínseca presenta un coeficiente de $\rho = 0,555$ ($p < 0,001$), lo que implica una varianza compartida cercana al 31% ($\rho^2 \approx 0,31$), mientras que la satisfacción extrínseca alcanza $\rho = 0,484$ ($p < 0,001$), con aproximadamente 23% de varianza compartida ($\rho^2 \approx 0,23$). Estos resultados indican que, tras la intervención, tanto los aspectos internos del trabajo (contenido, sentido, realización personal) como los factores externos (condiciones materiales, remuneración, relaciones) se asocian de forma relevante con el nivel de compromiso institucional, siendo la dimensión intrínseca la que muestra una relación ligeramente más fuerte.

**Cuadro 10**

*Características sociodemográficas de usuarios internos (N = 70)*

| Variable | n | % |
|---|---|---|
| **Edad** | | |
| Hasta 30 años | 14 | 20% |
| 31-40 años | 33 | 47.20% |
| 41-50 años | 15 | 21.50% |
| 51-60 años | 4 | 5.70% |
| >60 años | 4 | 5.70% |
| **Género** | | |
| Masculino | 33 | 47,1% |
| Femenino | 37 | 52,9% |
| **Estado civil** | | |
| Soltero(a) | 23 | 32,9% |
| Casado(a) | 12 | 17,1% |
| Conviviente | 35 | 50,0% |
| **Ocupación** | | |
| Médicos | 8 | 11.40% |
| Quirúrgicos | 4 | 5.40% |
| Enfermeras | 12 | 17.20% |
| Odontologos | 2 | 2.90% |
| Obstetrices | 3 | 4.30% |
| Biólogos | 2 | 2.90% |

| | | |
|---|---|---|
| Técnicos en Enfermería | 20 | 28.70% |
| Administrativo | 12 | 17.20% |
| Personal de limpieza | 7 | 10% |
| **Total** | **70** | **100%** |

*Fuente*: Elaboración propia (2025).

**Interpretación.** El Cuadro 10 muestra que la mayoría del personal se concentra en el grupo etario de 31 a 40 años (47,1%) y que existe un ligero predominio del género femenino (52,9%). La mitad de los participantes convive con pareja (50,0%) y más de dos tercios desempeñan funciones clínicas o técnicas asistenciales, lo que refleja una fuerza laboral mayoritariamente joven y operativa en contacto directo con los servicios de salud.

### 4.4- Pruebas de hipótesis

Las hipótesis específicas se evaluaron combinando análisis de diferencias pre/post y correlaciones entre variables, utilizando un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$ e intervalos de confianza al 95%, con poder estadístico global cercano al 99,9%.

H1 (OE1): Competencias ↑ → ANOVA $F = 267,386$; $p < 0,001$

H2 (OE2): Satisfacción ↑ → 95,7% muy satisfechos; $p < 0,001$

H3 (OE3): Compromiso ↑ → 82,9% medio-alto; $\rho = 0,589$; $p < 0,001$

Poder estadístico total: 99,9%; error tipo I $\alpha = 0,05$; IC 95%.

H1 (OE1). La intervención educativa mejora las competencias técnicas del personal de salud. Los resultados del ANOVA muestran diferencias altamente significativas entre los puntajes pre y pos intervención ($F = 267,386$; $p < 0,001$), confirmando un incremento sustantivo de las competencias técnicas tras la capacitación.

H2 (OE2). La intervención educativa incrementa la satisfacción laboral del personal de salud. La proporción de trabajadores ubicados en el nivel alto de satisfacción alcanzó el 95,7% en la medición pos intervención y las pruebas de contraste pre-post indicaron diferencias significativas ($p < 0,001$), apoyando la hipótesis de mejora en la satisfacción laboral.

H3 (OE3). La intervención educativa incrementa el compromiso institucional del personal de salud. El porcentaje de personal con compromiso medio-alto llegó al 82,9% en la medición pos intervención y se observaron incrementos significativos en las puntuaciones medias, junto con correlaciones de Spearman positivas entre satisfacción global y compromiso total ($\rho = 0,589$; $p < 0,001$), lo que respalda la hipótesis planteada.

Las Cuadros 6 a 9 permiten observar la evolución de las correlaciones entre satisfacción laboral y compromiso institucional antes y después de la intervención.

- En la fase pre intervención (Cuadros 6 y 8), la satisfacción global y el compromiso total presentan un coeficiente de $\rho = 0,117$ ($p = 0,334$), mientras que la satisfacción intrínseca alcanza $\rho = 0,076$ ($p = 0,534$) y la extrínseca $\rho = 0,156$ ($p = 0,197$), todas no significativas. Estos coeficientes, inferiores a 0,20 y con valores de p mayores a 0,05, indican ausencia de relación significativa basal entre la satisfacción laboral (global y por dimensiones) y el compromiso institucional.

- En la fase pos intervención (Cuadros 7 y 9), las correlaciones aumentan de manera notable: satisfacción global vs. compromiso total $\rho = 0{,}589$ ($p < 0{,}001$), satisfacción intrínseca vs. compromiso total $\rho = 0{,}555$ ($p < 0{,}001$) y satisfacción extrínseca vs. compromiso total $\rho = 0{,}484$ ($p < 0{,}001$).
- Estas correlaciones se sitúan en el rango moderado, con una varianza compartida aproximada de 35% para la satisfacción global ($\rho^2 \approx 0{,}35$), 31% para la satisfacción intrínseca ($\rho^2 \approx 0{,}31$) y 23% para la satisfacción extrínseca ($\rho^2 \approx 0{,}23$).
- En términos comparativos, todas las correlaciones pasan de valores muy bajos ($\rho < 0{,}20$) a valores moderados ($\rho > 0{,}48$) en el periodo pos intervención, con un incremento promedio cercano a $\Delta\rho \approx +0{,}43$, lo que sugiere que, tras la capacitación, la satisfacción laboral —especialmente en su dimensión intrínseca— se articula de manera más estrecha con el compromiso institucional, reforzando la coherencia interna de los constructos medidos por el MSQ y la escala de Meyer y Allen.

# DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 4.3.1 Competencias técnicas y bioseguridad (OE1)

Los resultados de esta investigación evidencian que la intervención educativa integrada en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas produjo una mejora muy marcada en las competencias técnicas del personal, pasando de proporciones basales de "no cumplimiento" entre 62,9% y 75,7% a niveles altos de desempeño en las evaluaciones prácticas finales, con medias superiores a 17 puntos sobre 20 en las segundas prácticas de cada módulo. El ANOVA mostró un efecto altamente significativo de la intervención sobre las capacidades técnicas ($F = 267{,}386$; $p < 0{,}001$), con un tamaño de efecto muy elevado, lo que indica que la variación pre–post se explica en gran medida por el programa educativo y no por fluctuaciones aleatorias. Estos hallazgos son coherentes con la literatura internacional, donde intervenciones estructuradas en higiene de manos y bioseguridad han demostrado incrementos significativos en conocimiento y adherencia a protocolos, aunque la mayoría se centra en un solo componente y en contextos urbanos (A nivel internacional, Chakma et al. (2024) y Boyce et al. (2024); Utunen et al., 2024).

En el contexto peruano, estudios previos habían documentado brechas de capacitación en bioseguridad y manejo de residuos, asociadas con mayor riesgo ocupacional y menor satisfacción del personal, recomendando programas formativos alineados con las normas del MINSA y DIGESA (Pinto Espíritu, 2023; Berastain Merino et al., 2022; DIGESA, 2020). La presente investigación aporta evidencia adicional al mostrar que un programa tripartito, contextualizado al entorno rural amazónico y basado en principios de aprendizaje de adultos,

puede no solo elevar los niveles de conocimiento y práctica hasta rangos altos, sino hacerlo en la totalidad del personal de un hospital de referencia, reforzando lo señalado por Russell et al. y Rojas-Mezarina et al. respecto al rol de la capacitación continua en la mejora del desempeño y la retención de recursos humanos en zonas rurales. En conjunto, los resultados respaldan que intervenciones educativas integrales, que combinan sesiones teóricas, prácticas supervisadas y evaluación sistemática, constituyen una estrategia eficaz para reducir las brechas en competencias técnicas críticas para la seguridad del paciente y del personal en hospitales rurales amazónicos.

La comparación con antecedentes internacionales y nacionales indica que la intervención educativa implementada en Santa Clotilde no solo reproduce la dirección de los hallazgos previos, sino que ofrece una de las mayores magnitudes de cambio reportadas, probablemente explicada por la brecha basal más amplia, el enfoque integral y el uso explícito de principios de andragogía y aprendizaje experiencial en el diseño de las sesiones.

### **4.3.2** Satisfacción Laboral MSQ Minnesota **(OE2)**

En relación con la satisfacción laboral, los resultados muestran una mejora significativa: la media global pasó de 63,69 a 76,30 puntos ($\Delta M = +12,61$; IC 95% sin solapamiento; $d \approx 1,0$) y la proporción de trabajadores ubicados en el nivel alto de satisfacción alcanzó el 95,7% en la medición pos-intervención (Cuadros 4 y 5). Este cambio indica un efecto grande y clínicamente relevante, que sitúa al personal en un rango de “muy satisfecho” tras la intervención educativa.

Dueñas (2023) encontró, en profesionales de salud peruanos, una correlación positiva entre horas de capacitación y satisfacción laboral, destacando que el acceso a formación continua mejora la percepción de apoyo institucional y el bienestar en el trabajo. De manera similar, Palacín (2022), Portilla (2020) y Medina (2019) reportaron correlaciones moderadas entre satisfacción, desarrollo profesional y clima organizacional en hospitales de Lima, subrayando la importancia de las oportunidades de aprendizaje y de la mejora de las condiciones laborales para elevar la satisfacción. No obstante, todos estos estudios emplean diseños transversales, mientras que la presente investigación, al utilizar un diseño cuasiexperimental pre–post, permite observar un cambio temporal concreto en la satisfacción tras una intervención definida.

Pinto Espíritu (2020, 2023) describe que, en el sistema público peruano, la baja satisfacción se relaciona con sobrecarga, falta de reconocimiento y escaso acceso a capacitación, especialmente en regiones como Loreto, y plantea que los programas de formación vinculados a necesidades reales de servicio pueden mejorar tanto el desempeño como el bienestar del personal. Vásquez Ortiz (2025) y Zea (2023) señalan, además, que las intervenciones educativas en bioseguridad y gestión clínica contribuyen a reducir el estrés y el burnout, lo que a su vez repercute positivamente en la satisfacción laboral.

A nivel internacional, Jogi et al. (2024) y Rahman et al. (2025) muestran que niveles bajos de satisfacción se asocian con mayor intención de rotación, mientras que intervenciones que fortalecen recursos laborales —como formación, apoyo organizacional y liderazgo efectivo— mejoran la satisfacción y reducen el riesgo de abandono. En este sentido, la magnitud del cambio observado en Santa Clotilde sugiere que una intervención educativa, cuando se alinea con necesidades críticas del entorno (bioseguridad, residuos, historias

clínicas) y se implementa con metodologías activas, puede constituir una herramienta poderosa para elevar la satisfacción laboral en hospitales rurales amazónicos.

En conjunto, la convergencia con estudios nacionales que reportan incrementos de alrededor de 10 a 15 puntos en los niveles de satisfacción laboral tras intervenciones formativas sitúa el resultado del Hospital II-1 Santa Clotilde como consistente, pero ligeramente superior, tanto en magnitud de cambio como en tamaño del efecto. Esta mayor ganancia puede explicarse por la brecha basal más amplia observada en el contexto rural amazónico, por el diseño tripartito de la capacitación centrado simultáneamente en bioseguridad, manejo de residuos sólidos y gestión de historias clínicas y por su aplicación a la totalidad del personal mediante una muestra censal, elementos que refuerzan el potencial de este tipo de intervenciones para mejorar la satisfacción laboral en establecimientos rurales de la Amazonía peruana.

El incremento observado en los puntajes de satisfacción laboral tras la intervención educativa sugiere que fortalecer las competencias técnicas en bioseguridad, manejo de residuos e historias clínicas, en un entorno de apoyo y reconocimiento, mejora de forma significativa la percepción global que el personal tiene de su trabajo en el hospital. Este resultado es consistente con la revisión sistemática de Alkhateeb et al. (2025), quienes señalan que la satisfacción laboral en trabajadores de salud es un constructo multidimensional influido por factores organizacionales, relacionales y de desarrollo profesional, y que las intervenciones que optimizan las condiciones de trabajo y el apoyo institucional tienden a elevarla. Así mismo, el aumento de la satisfacción en nuestro estudio coincide con el análisis bibliométrico de Huang y Wu (2025), que destaca la relación estrecha entre satisfacción laboral, bienestar del personal de enfermería, retención y calidad de la atención, y subraya

el papel central de las estrategias de gestión y capacitación continua para mejorar este indicador. En conjunto, estos hallazgos respaldan la pertinencia de la intervención implementada en el Hospital II-1 Santa Clotilde y refuerzan la idea de que invertir en formación estructurada y en mejores condiciones de trabajo constituye una vía efectiva para incrementar la satisfacción laboral del personal de salud en contextos rurales y con recursos limitados.

### 4.3.3 Compromiso organizacional (OE3)

En la fase pre-intervención no se encontraron correlaciones significativas entre satisfacción laboral y compromiso institucional: la satisfacción global presentó $\rho = 0,117$ ($p = 0,334$), mientras que las dimensiones intrínseca y extrínseca alcanzaron $\rho = 0,076$ y $\rho = 0,156$, respectivamente ($p > 0,05$) (Cuadros 6 y 8). Estos coeficientes débiles indican la ausencia de una relación funcional clara entre satisfacción y compromiso antes de la intervención, configurando una línea de base con vínculos organizacionales relativamente frágiles.

Tras la intervención educativa, la correlación entre satisfacción global y compromiso total se ubicó en $\rho = 0,589$ ($p < 0,001$), y las correlaciones con las dimensiones de satisfacción intrínseca y extrínseca fueron $\rho = 0,555$ y $\rho = 0,484$, respectivamente ($p < 0,001$) (Cuadros 7 y 9). Esto implica una varianza compartida aproximada de 35% para la satisfacción global, 31% para la intrínseca y 23% para la extrínseca, todas en el rango moderado según Cohen, junto con un incremento del porcentaje de trabajadores con compromiso medio-alto hasta 82,9%.

Los antecedentes nacionales refuerzan la relevancia de este hallazgo. Alcántara Bolaños (2023), Candia (2023), Meza Bazalar y Sánchez Coronel (2018) y Vásquez Machare (2018) reportan correlaciones positivas entre satisfacción laboral y compromiso organizacional en diferentes servicios de salud peruanos, aunque en diseños transversales que no evalúan el efecto de una intervención específica. Córdova et al. (2022) y Pinto Espíritu (2020, 2023) subrayan que el clima organizacional, el liderazgo y la capacitación continua se relacionan con mayor compromiso y menor intención de rotación, destacando la necesidad de fortalecer el vínculo del trabajador con la institución para mejorar la calidad del servicio.

Desde el marco teórico, el modelo de Meyer y Allen sostiene que el compromiso organizacional se nutre de experiencias laborales percibidas como positivas y de un apoyo institucional sostenido, mientras que el modelo JD-R y la evidencia de Rahman et al. (2025) y Yousef et al. (2024) indican que los recursos laborales capacitaciones, retroalimentación positiva, mentoría favorecen el compromiso y reducen el desgaste. El predominio ligeramente mayor de la satisfacción intrínseca sobre la extrínseca en su relación con el compromiso sugiere que, en contextos rurales como Santa Clotilde, el sentido del trabajo, la autonomía y la competencia profesional pueden ser factores especialmente influyentes en la decisión de permanecer y comprometerse con la organización.

Comparados con las correlaciones bajas o moderadas entre satisfacción y compromiso organizacional descritas en hospitales urbanos por Alcántara Bolaños, Candia, Meza Bazalar y Sánchez Coronel, y Vásquez Machare, los resultados del Hospital II-1 Santa Clotilde —con una correlación moderada pos intervención ($\rho = 0{,}589$) y un aumento del compromiso alto de 30,0% a 82,9%— sugieren que una intervención educativa integral puede fortalecer de manera sustantiva el vínculo satisfacción–compromiso en un contexto rural amazónico.

Esta evidencia refuerza la pertinencia de integrar programas de capacitación estructurados dentro de las estrategias de gestión de recursos humanos, no solo para mejorar competencias técnicas y satisfacción, sino también para consolidar el compromiso institucional del personal en el sistema público de salud.

La medición del compromiso organizacional mediante la Escala de Meyer y Allen, que integra las dimensiones afectiva, normativa y de continuidad, y de la satisfacción laboral mediante el MSQ abreviado, mostró una consistencia interna adecuada en el contexto rural amazónico, con valores de $\alpha$ en rangos aceptables en las tres aplicaciones. La correlación ligeramente mayor entre satisfacción intrínseca ($\rho = 0{,}555$) y compromiso total, en comparación con la satisfacción extrínseca ($\rho = 0{,}484$), sugiere que factores como la autonomía profesional, el sentido del trabajo y el dominio de las competencias técnicas podrían actuar como predictores clave del compromiso institucional en hospitales rurales. Aunque el diseño cuasiexperimental no permite afirmar causalidad absoluta, la evolución desde la ausencia de correlaciones significativas en la línea de base hasta correlaciones moderadas pos-intervención respalda la idea de que las experiencias formativas estructuradas pueden fortalecer la relación entre satisfacción y compromiso organizacional. Desde una perspectiva aplicada, el diseño educativo implementado en Santa Clotilde —tripartito, basado en normativa nacional y en teorías de aprendizaje de adultos— resulta potencialmente escalable a otros hospitales II-1 de la Amazonía peruana, como estrategia integral preferible a capacitaciones aisladas o fragmentadas.

### *4.3.4 Integración tripartita e implicaciones*

Los resultados de los tres objetivos específicos muestran un patrón coherente: la intervención educativa produjo una mejora muy marcada en las competencias técnicas ($\eta^2 \approx 0{,}94$), un incremento significativo y de gran magnitud en la satisfacción laboral ($d \approx 1{,}0$) y un fortalecimiento moderado de la relación entre satisfacción y compromiso organizacional ($\rho$ post = 0,589, con incremento respecto de la fase pre intervención). Este comportamiento secuencial sugiere que, en contextos rurales amazónicos, las mejoras en competencias técnicas asociadas a bioseguridad, manejo de residuos y gestión de historias clínicas pueden contribuir a elevar la satisfacción laboral y, a su vez, favorecer el compromiso institucional del personal de salud, en línea con los modelos teóricos que vinculan recursos laborales, bienestar y compromiso (JD-R, Meyer y Allen, Rahman et al., 2025; Xie et al., 2022).

Desde el punto de vista práctico, la combinación de un diseño cuasiexperimental pre–post con muestra censal, un programa formativo tripartito y la aplicación de instrumentos validados internacional y nacionalmente genera evidencia robusta que puede informar decisiones de política en el sistema público de salud. En consonancia con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud sobre fortalecimiento del recurso humano en zonas rurales, los hallazgos de Santa Clotilde respaldan la viabilidad de implementar programas similares en otros hospitales de la Amazonía, adaptando contenidos y metodologías a las condiciones locales (OPS, 2025; OMS, 2023). La replicación en estudios multicéntricos permitiría estimar con mayor precisión la generalización de estos efectos y construir una base de evidencia comparativa para la toma de decisiones a nivel del Ministerio de Salud y de la Gerencia Regional de Salud de Loreto.

### *4.4 Limitaciones y propuestas de mejora*

Durante el desarrollo del estudio se identificaron limitaciones metodológicas a considerarse al interpretar los resultados y que orientan propuestas para futuras investigaciones:

El diseño cuasiexperimental sin grupo control y con mediciones pre-post en un solo grupo no aleatorizado limita la fuerza de las inferencias causales, ya que no permite descartar por completo la influencia de factores externos o de tendencias temporales, aun cuando el poder estadístico fue alto. Para estudios futuros sería deseable avanzar hacia diseños con grupos de comparación y, cuando sea factible, aleatorización por servicios o turnos, o al menos ajustar con mayor detalle por covariables basales mediante modelos multivariados.
La investigación se realizó en un único hospital rural amazónico con 70 trabajadores, lo que restringe la validez externa de los hallazgos a contextos similares. La replicación del programa en otros hospitales II-1 de la Amazonía y en establecimientos rurales de otras regiones permitiría evaluar la estabilidad de los efectos y construir evidencia multicéntrica.
La logística propia del contexto (rotación de turnos, dispersiones horarias, limitaciones de conectividad) obligó a reprogramar algunas actividades y pudo influir en la disponibilidad y la motivación de los participantes. El uso de apoyos digitales, modalidades híbridas de capacitación y estrategias de seguimiento más flexibles podría mejorar la cobertura y reducir la carga sobre los trabajadores en futuras intervenciones.

El estudio aporta evidencia sólida contextualizada sobre el potencial de una intervención educativa integral para fortalecer competencias técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional en un hospital rural amazónico.

# CONCLUSIONES

1. La intervención educativa en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas mejoró de manera sustantiva las capacidades técnicas del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde, elevando la proporción de trabajadores con nivel alto de competencias de 32,9% a 87,1% y reduciendo el nivel bajo de 37,1% a 2,9%, con diferencias estadísticamente significativas y un tamaño de efecto muy alto ($\eta^2 \approx 0,94$), lo que confirma el cumplimiento del primer objetivo específico.
2. La intervención educativa tuvo un efecto positivo y significativo sobre la satisfacción laboral del personal de salud, incrementando la media global de 63,69 a 76,30 puntos ($\Delta M = +12,61$; $d \approx 1,0$) y ubicando al 95,7% de los trabajadores en el nivel alto de satisfacción en la medición pos intervención, lo que evidencia el logro del segundo objetivo específico planteado.
3. Tras la intervención educativa se observaron cambios relevantes en el compromiso institucional del personal, reflejados en el aumento de la proporción de trabajadores con compromiso medio-alto hasta 82,9% y en el paso de correlaciones no significativas entre satisfacción y compromiso en la línea de base a correlaciones moderadas y significativas en la fase pos intervención ($\rho = 0,589$; $p < 0,001$), cumpliéndose así el tercer objetivo específico.
4. La intervención educativa tripartita, diseñada con base en la normativa nacional y en teorías contemporáneas de aprendizaje de adultos y aplicada a la totalidad del personal del Hospital II-1 Santa Clotilde, demostró ser una estrategia efectiva para fortalecer las competencias técnicas, incrementar la satisfacción laboral y reforzar el compromiso institucional en un contexto rural amazónico, aportando evidencia empírica relevante para orientar políticas de capacitación y gestión del recurso humano en establecimientos de salud similares del sistema público peruano.

# RECOMENDACIONES

**Recomendaciones para el Hospital II-1 Santa Clotilde**

1. Institucionalizar el programa de capacitación tripartita en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas como parte del plan anual de capacitación, con sesiones periódicas de actualización y refuerzo dirigidas a todo el personal asistencial y administrativo.

2. Implementar un sistema permanente de supervisión y retroalimentación en servicio (listas de chequeo, observación estructurada, retroalimentación inmediata) para asegurar la aplicación sostenida de las competencias técnicas adquiridas en bioseguridad, segregación de residuos y manejo de historias clínicas físicas.

3. Incorporar indicadores de desempeño en competencias técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional en el tablero de control de la Dirección del hospital, utilizando los instrumentos validados (cuestionario de competencias, MSQ abreviado y escala de Meyer y Allen) para realizar evaluaciones periódicas y orientar acciones de mejora continua.

4. Fortalecer las estrategias de reconocimiento y apoyo al personal (retroalimentación positiva, espacios de escucha, reconocimiento institucional de logros en bioseguridad y gestión clínica) a fin de consolidar los niveles alcanzados de satisfacción laboral y compromiso institucional, especialmente en un contexto rural con alta carga asistencial.

5. Gestionar, en coordinación con el Vicariato y con la GERESA Loreto, recursos específicos para garantizar la disponibilidad sostenida de insumos críticos de bioseguridad (equipos de protección personal, insumos para lavado de manos, contenedores y bolsas codificadas), de modo que las prácticas aprendidas no se vean limitadas por carencias materiales.

**Recomendaciones para MINSA y GERESA Loreto**

I. Considerar la intervención educativa tripartita implementada en el Hospital II-1 Santa Clotilde como modelo piloto para el diseño de programas de capacitación regionales en bioseguridad, manejo de residuos y gestión de historias clínicas físicas, priorizando su adaptación y réplica en otros hospitales II-1 y establecimientos rurales de la Amazonía.

II. Incorporar en los lineamientos de capacitación de GERESA Loreto la articulación entre competencias técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional, promoviendo programas que integren contenidos normativos (MINSA, DIGESA) con enfoques de andragogía y aprendizaje experiencial para favorecer la transferencia efectiva a la práctica.

III. Destinar recursos específicos en los planes operativos y presupuestales regionales para financiar programas de formación continua en hospitales rurales, incluyendo soporte logístico (materiales, conectividad, tiempos protegidos de capacitación) y mecanismos de seguimiento que permitan monitorear el impacto en competencias técnicas y retención del personal.

IV. Promover estudios multicéntricos en otros hospitales de Loreto y de la macro región amazónica que repliquen y adapten el diseño cuasiexperimental utilizado en Santa Clotilde, con el fin de estimar la generalización de los efectos observados y construir una base de evidencia regional que oriente decisiones de política de recursos humanos en salud.

V. Integrar los resultados de este estudio en las estrategias regionales de retención del recurso humano en salud, utilizando la capacitación continua y el fortalecimiento del compromiso institucional como herramientas clave para reducir la rotación en establecimientos rurales y mejorar la calidad y seguridad de la atención.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Abela, J. (2009). Adult learning theories and medical education: A review. Malta Medical Journal, 21(1), 11–18.

Alanazi, F. R., Almaki, A. S., Alanazi, A. M., Alanazi, F. F., Alanazi, A., Alahmadi, K. F., Alghamdi, Z. A., Almutairi, S. T., Alahmari, B. A., & Felemban, M. (2024). *Assessing the impact of education and training programs on healthcare workers' adherence to infection control protocols*. *International Journal of Innovative Healthcare Research, 12*(3), 29–37. https://seahipublications.org/wp-content/uploads/2024/07/IJIHCR-S-4-2024.pdf

Al-Wakeel WA. The mediating role of job satisfaction between psychological contracts and turnover intention in private hospitals. Arab J Adm. 2024; 44(2):123-139.

Aqshan, W. A. F., Alruwaili, H. A. F., Alruwaili, A. A., Alruwaili, M. A. F., Alenezi, E. S. B., Alanazi, R. A. S., Almaradhi, H. M., & Alkuwaykibi, M. M. N. (2025). *The impact of continuous professional development programs on clinical competence, patient safety, and quality of care among Saudi nurses: A systematic review*. *The Review of Diabetic Studies, 21*(S7). https://doi.org/10.70082/t8qasbl5

Arage, S. M., Daba, D. B., & Dessalegn, A. Y. (2022). Organizational commitment of health professionals and associated factors in primary healthcare facilities of Addis Ababa, Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in public health*, *10*, 981621. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.981621

Arias Ramírez, R. M. (2024). Conocimientos y prácticas de bioseguridad en personal de salud en un centro hospitalario de Lima [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Alicia.

Arias, J. L., Holgado, J., Tafur, T. L., & Vásquez, M. J. (2022). Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología – INUDI Perú. https://doi.org/10.35622/inudi.b.016

Berastain Merino, H. H., Pérez Valles, C. E., & Medina Sotelo, C. G. (2022). Historia clínica digital única universal en el Perú: Del caos al ordenamiento en información médica. Revista Scientific, 7(24), 78–95. https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2022.7.24.4.78-95

BMC Nursing. (2025). Servant leadership, work-life quality, and organizational citizenship behavior among nursing staff: A cross-sectional study. BMC Nursing. https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-03209-3

Candia, R. G. (2023). Compromiso organizacional y satisfacción laboral del personal de salud que labora en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio Institucional UNSCH. https://repositorio.unsch.edu.pe/items/e65f49f0-be4f-4bb4-8d9d-dc2f4913e5ef

CDC-MINSA. (2025). Situación de la malaria en la región Loreto, SE 01-31-2025. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2025/SE322025/03.pdf

Cervantes Nina, M. (2024). *Satisfacción y desempeño laboral del personal asistencial de enfermería en un hospital PNP, 2024* [Tesis de maestría, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional de la Universidad Privada Norbert Wiener. https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/4e707c70-9d83-4a16-bcd4-c2846fed9874

Chakma, S. K., Hossen, S., Rakib, T. M., Hoque, S., Islam, R., Biswas, T., Islam, Z., & Islam, M. M. (2024). Effectiveness of a hand hygiene training intervention in improving knowledge and compliance rate among healthcare workers in a respiratory disease hospital. Heliyon, 10(5), e27286. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27286

CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas). (2021). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres

humanos. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2021/11/CIOMS-Ethical-Guidelines-2021-Spanish.pdf

Córdova, B. C., Amalia, R., Ponce, L., Chávez, M. L., & Moreno, E. (2022). Clima organizacional y su relación con la satisfacción laboral en instituciones de salud del Perú. Tecno Humanismo, 2(3), 307–322.

DGE-MINSA. (2025). Número de casos de leptospirosis, Perú 2020–2025. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2025/SE38/leptospirosis.pdf

DIRESA Loreto. (2025). Sala situacional epidemiológica, SE 36-2025. Dirección Regional de Salud Loreto.

Dueñas, R. (2023). Factores psicosociales que influyen en la satisfacción y compromiso laboral del personal de salud. Revista de Ciencias de la Salud, 6(1), 1–15. https://mcjournal.editorialdoso.com/index.php/home/article/view/6

Gerencia Regional de Salud de Loreto. (2023). Análisis de la situación de salud hospitalaria – 2023 [Reporte técnico]. Gerencia Regional de Salud Loreto.

Gerencia Regional de Salud de Loreto. (2023). Plan anual de trabajo Hospital Santa Clotilde. https://geresaloreto.gob.pe/public/PDF/ASIS%20HOSPITAL%20IQUITOS%20220221709584430.pdf

Handayani, T., Jati, S. P., & Dharmawan, Y. (2025). Factors Affecting Job Satisfaction of Hospital's Health Personnels: A Scoping Review. Journal of Public Health for Tropical and Coastal Region, 8(1), 97-110. https://doi.org/10.14710/jphtcr.v8i1.26044

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2023). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education. https://www.mheducation.com.pe

Cross, K. P. (1981). Teoría del aprendizaje autodirigido: El 70% del aprendizaje adulto lo realiza el propio individuo. En TEAL Center Fact Sheet No. 11: Adult learning theories (pp. 1–20) [PDF].

Kaiser, S., Patras, J., Adolfsen, F., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2020). Using the Job Demands-Resources model to evaluate work-related outcomes among Norwegian health care workers. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(15), 5600.

Kim, S. Y., & Cho, M.-K. (2022). The effect of nurse support programs on job satisfaction and organizational behaviors among hospital nurses: A meta-analysis. Journal of Nursing Scholarship, 54(2), 145–154. https://doi.org/10.1111/jnu.12742

Knowles, M. S. (1975). Self-directed learning: A guide for learners and teachers. Prentice Hall. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED084368.pdf

Lee, Y., & Kim, H. (2017). Factors influencing turnover intention in clinical nurses: Affective events, affect, and job satisfaction. Journal of Nursing Management, 25(3), 216–225. https://www.researchgate.net/publication/337530990_Factors_Influencing_Turnover_Intention_in_Clinical_Nurses_Affective_Events_Affect_and_Job_Satisfaction

MacPhee, M., & Scott, S. D. (2013). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. Journal of Nursing Management, 21(4), 583–592. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01369.x

McCombes, S., & Bhandari, P. (2023). What is a research design: Types, guide & examples. Scribbr. https://www.scribbr.com/methodology/research-design

Medina Huillca, J. (2023). Compromiso organizacional y satisfacción laboral en personal de salud de un hospital regional del sur del Perú [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio UNSCH. https://repositorio.unsch.edu.pe/items/e65f49f0-be4f-4bb4-8d9d-dc2f4913e5ef

Medina, J. L. (2019). Satisfacción laboral del personal operativo de enfermería y clima organizacional en un hospital general de segundo nivel, Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios]. Repositorio UNAMAD. https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/524/004-1-9-025.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2022). Reglamento de ensayos clínicos y otras investigaciones en salud. Instituto Nacional de Salud. https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/1409/Reglamento%20Ensayos%20Cl%C3%ADnicos%202022.pdf

Myers Griffith, M., & Pamphilon, B. (2024). Adult learning and public health: A foundational training programme in field epidemiology. International Journal of Lifelong Education. https://doi.org/10.1080/02601370.2024.2308300

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Health workforce. https://www.who.int/health-topics/health-workforce

Organización Mundial de la Salud. (2023b). La OMS celebra su 75.º aniversario y hace un llamamiento a la equidad en salud ante desafíos sin precedentes. https://www.who.int/es/news/item/03-04-2023-who-celebrates-75th-anniversary-and-calls-for-health-equity-in-face-of-unprecedented

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Nuevo informe revela escasez trabajadores salud en 14 países Américas. https://www.paho.org/es/noticias/30-4-2025-nuevo-informe-ops-revela-que-14-paises-americas-enfrentan-escasez-trabajadores

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. International Journal of Morphology, 35(1), 227–232. https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf

Palacín Simón, R. L. (2022). Satisfacción laboral y compromiso organizacional en colaboradores de una institución de salud pública de Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6356/UNFV_FP_Palacin_Simon_Rocio_Lucero_Titulo_profesional_2022.pdf

Paparisabet, M., Jalalpour, A. H., Farahi, F., Gholami, Z., Shaygani, F., Beigi, S. R., Marzaleh, M. A., & Dastgerdi Elyaderani, H. (2024). *Investigating organizational commitment and its associated factors among healthcare sector staff: A cross-sectional study*. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1373. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11893-1

Pérez-Lizarraga, E., Maldonado, A., & Sánchez-Hernández, J. (2023). Ética y confidencialidad en investigación aplicada al sector salud rural. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 61(3), 251–258. https://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/2145/2854

Pinto Espíritu, M. (2023). Satisfacción laboral y trabajo remoto… personal de salud del Perú [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16326/Satisfaccion_PintoEspiritu_Melissa.pdf

Pinto Espíritu, M. E., & Camacho Mejía, L. M. (2024). *Satisfacción laboral en el personal de salud del Servicio de Patología Clínica del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/ebbffef8-ab7d-4292-8333-98e3472ab840

Portilla, B. R. (2020). Relación entre satisfacción laboral y compromiso organizacional en trabajadores de un hospital de salud mental en Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio UPC. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621718/portilla_br.pdf

Ramos Bardales, B. C. (2025). *Comunicación interna y satisfacción laboral del personal de salud en un hospital distrital en Trujillo, 2024* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://hdl.handle.net/20.500.12692/163694

Rojas-Mezarina, L., Escobar-Agreda, S., Chahuara-Rojas, M., Silva-Valencia, J., Espinoza-Herrera, D. H., Reátegui-Rivera, C. M., & Ronceros, G. (2023). Usability and perceptions of a one-on-one telementoring program for young physicians in rural settings of Peru: A mixed method study. BMC Medical Education, 23, 175. https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04142-2

Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. Human Resources for Health, 19, 103. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7

Siabi, A., Lamiri, A., & Agoub, M. (2025). *Relationship between Health Professional Involvement, Organizational Factors and Professional Outcomes*. *The Open Nursing Journal, 19*. https://doi.org/10.2174/0118744346436864251014041325

Şimşekli, D., Öztürk, K., & Karahan, T. F. (2025). Factors affecting organizational commitment among nurses: A cross-sectional study on job satisfaction, life satisfaction, and demographic characteristics. *BMC Nursing, 24*, 1338. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03930-z

Sousa, D., Driessnack, M., & Costa, A. (2021). Diseño de investigación: Estructura y guía metodológica moderna. Journal of Research Methodology, 14(2), 45–60.

Taylor, D. C., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education (AMEE Guide No. 83). Medical Teacher, 35(11), e1561–e1572.

Utunen, H., Balaciano, G., Arabi, E., Tokar, A., & Noyes, J. (2024). Learning interventions and training methods in health emergencies: A scoping review. PLOS ONE, 19(7), e0290208. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290208

Vásquez Machare de Querevalú, C. Y. (2018). Satisfacción laboral y compromiso organizacional en personal del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/24760/Vasquez_MDQCY.pdf

Vásquez Ortiz, K. (2025a). Actitudes hacia la bioseguridad y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital peruano [Tesis de maestría, Universidad Wiener]. Repositorio U. Wiener. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstreams/09e4a04b-b98e-4a29-9d8e-73fc0108c711/download

Xie, H., Wang, X., & Liu, Y. (2022). Relationships between job satisfaction, organizational commitment and burnout: Evidence from district-level health system, Shenzhen, China. Frontiers in Psychology, 13, 992258. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.992258

Ynfante Correa, H. (2024). *Estrategia de gestión institucional y satisfacción laboral del personal de salud en un hospital nivel II-1, MINSA, Trujillo, 2024* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://hdl.handle.net/20.500.12692/154118

Yousef, C. C., Farooq, A., Amateau, G., Abu Esba, L. C., Burnett, K., & Alyas, O. A. (2024). The effect of job and personal demands and resources on healthcare workers' wellbeing: A cross-sectional study. PLOS ONE, 19(5), e0303769. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303769

Zhao, S., Wang, T., Luo, S., Mi, Y., Wang, Y., Ma, H., & Wei, X. (2025). The impact of organizational commitment on job performance in primary healthcare: a motivation internalization perspective. *Frontiers in public health*, *13*, 1685420. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1685420

Zhong, L., Lee, H., & Park, S. (2025). Turnover prevalence and the relationship between transition shock, work environment, and turnover intention among new nurses: A systematic review and meta-analysis. BMC Nursing, 24, 341. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12365110/

# ANEXOS

## Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos

### Escala de satisfacción laboral Minnesota

### ¿Cuán satisfecho(a) estoy con este aspecto de..... Marque su respuesta

MI= Muy insatisfecho, I= Insatisfecho, N= No puede decidir cuan satisfecho está con ese aspecto de su trabajo, S= Satisfecho y MS= Muy satisfecho

| PREGUNTAS | MI | I | N | S | MS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Poder mantenerme ocupado(a) todo el tiempo | | | | | |
| 2. La oportunidad de hacer mi trabajo solo(a) | | | | | |
| 3. La oportunidad de hacer cosas diferentes de vez en cuando | | | | | |
| 4. La oportunidad que me provee mi trabajo para ser alguien importante en la comunidad | | | | | |
| 5. La manera en que mi jefe trata a sus empleados | | | | | |
| 6. Cuán competente es mi supervisor(a) al tomar decisiones | | | | | |
| 7. Poder hacer cosas que no vayan en contra de mis principios | | | | | |
| 8. La seguridad de empleo que me provee mi trabajo | | | | | |
| 9. La oportunidad de hacer cosas para otras personas | | | | | |
| 10. La oportunidad de indicarle a otras personas las cosas que tienen que hacer en su trabajo | | | | | |
| 1. La oportunidad de trabajar en algo en que haga uso de mis habilidades | | | | | |
| 12. La manera en que las políticas de la institución son puestas en práctica | | | | | |
| 13. El salario que recibo y la cantidad de trabajo que llevo a cabo | | | | | |
| 14. Las oportunidades de progreso en este trabajo | | | | | |
| 15. La libertad para tener criterio propio | | | | | |
| 16. La oportunidad de experimentar mis propios métodos | | | | | |
| 17. Las condiciones de trabajo | | | | | |
| 18. La forma en que mis compañeros de trabajo se llevan entre sí | | | | | |
| 19. Los elogios que recibo por hacer un buen trabajo | | | | | |
| 20.El sentido de logro que obtengo de este trabajo | | | | | |

## Anexo 2. Escala de compromiso organizacional de Meyer y Allen

Instrucciones: Para completar su participación le invitamos a completar la siguiente encuesta y de acuerdo con su sentir marque la opción que considera que es correcta

| PREGUNTAS | Definitivamente en desacuerdo | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo | Definitivamente de acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me gustaría continuar el resto de mi profesión en esta institución | | | | | | |
| 2. Siento los problemas de la institución como propios | | | | | | |
| 3. Trabajar en esta institución significa mucho para mí | | | | | | |
| 4. En esta institución me siento como en familia | | | | | | |
| 5. Estoy orgulloso de trabajar en esta institución | | | | | | |
| 6. No me siento emocionalmente unido a esta institución | | | | | | |
| 7. Siento que formo parte de esta institución | | | | | | |
| 8. Creo que no estaría bien dejar esta institución, aunque me vaya a beneficiar en el cambio | | | | | | |
| 9. Creo que debo mucho a esta institución | | | | | | |
| 10. Esta institución se merece mi lealtad | | | | | | |
| 11. No siento ninguna obligación de tener que seguir trabajando para esta institución | | | | | | |
| 12. Me sentiría culpable si ahora dejara esta institución | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. Creo que no podría dejar esta institución porque siento que tengo una obligación con la gente de aquí. | | | | | | |
| 14. Si continúo en esta institución es porque en otra no tendría las mismas ventajas y beneficios que recibo aquí. | | | | | | |
| 15. Aunque quisiera, sería muy difícil para mí dejar este trabajo ahora mismo | | | | | | |
| 16. Una de las desventajas de dejar esta organización es que hay pocas posibilidades de encontrar otro empleo. | | | | | | |
| 17. Si ahora decidiera dejar esta organización muchas cosas en mi vida personal se verían interrumpidas | | | | | | |
| 18. En este momento, dejar esta institución supondría un gran costo para mí. | | | | | | |
| 19. Creo que si dejara esta institución no tendría muchas opciones de encontrar otro trabajo | | | | | | |
| 20. Ahora mismo, trabajo en esta institución más porque lo necesito que porque yo quiera | | | | | | |
| 21. Podría dejar este trabajo, aunque no tenga otro a la vista. | | | | | | |

Muchas gracias por su participación.

**Anexo 3: Test de evaluación sobre manejo de residuos hospitalarios en el hospital II-I Santa Clotilde (según D.S. N° 014-2017-SA y NTP 900.058)**

**Nombres y Apellidos: _____Área: _____**

**1. ¿Cuál es el principal objetivo de una adecuada gestión de residuos hospitalarios?**

a) Reducir la cantidad de basura generada
b) Prevenir infecciones y proteger el medio ambiente
c) Evitar multas y sanciones
d) Ahorrar espacio en el hospital

**2. ¿Cuál es el tiempo máximo que pueden permanecer los residuos hospitalarios en el área de almacenamiento temporal?**

a) 24 horas
b) 48 horas
c) Una semana
d) No hay límite

**3. ¿Qué se debe hacer si se derrama un residuo biológico en el área de trabajo?**

a) Ignorarlo y seguir trabajando
b) Limpiarlo con un paño seco
c) Aplicar desinfectante y seguir el protocolo de bioseguridad
d) Esperar a que el personal de limpieza lo retire

**4. ¿En dónde se deben desechar los guantes usados en la atención de pacientes?**
a) Bolsa roja
b) Bolsa negra
c) Contenedor amarillo
d) Contenedor rojo

**5. ¿Cuál es la forma correcta de desechar los residuos de gasas con sangre después de una curación?**
a) En la bolsa negra
b) En la bolsa roja
c) En la bolsa amarilla
d) En el contenedor rígido rojo

**6. ¿Cuál es el principal riesgo de un mal manejo de residuos?**

a) Mal olor en el área
b) Contaminación de equipos médicos
c) Infecciones cruzadas
d) Desorden visual

**7. ¿Qué tipo de equipo de protección personal (EPP) debe usarse en la manipulación de residuos?**

a) Solo guantes
b) Guantes, mascarilla y bata
c) Uniforme de trabajo es suficiente
d) No se requiere EPP

**8. ¿Por qué es importante la segregación de residuos en las áreas de atención de pacientes?**

a) Para evitar contaminación en las áreas
b) Para facilitar el reciclaje de materiales
c) Para reducir costos
d) Para que el hospital luzca más ordenado

**9. ¿Cómo debe desecharse el papel con información confidencial de pacientes?**

a) En la bolsa negra
b) En el contenedor negro después de triturarlo
c) En cualquier recipiente disponible
d) Guardarlo indefinidamente en custodia

***10. ¿en dónde se debe eliminar los recipientes de cloruro de sodio: si está vacío y limpio, si contuvo residuos con medicamentos, si hay contacto con el paciente?***

*a) Bolsa amarilla, bolsa roja, bolsa negra*

*b) Bolsa negra, bolsa amarilla, bolsa roja*

*c) Bolsa amarilla, bolsa negra, Bolsa roja*

*d) Bolsa negra, bolsa negra, bolsa amarilla*

**Anexo 4.Instrumento Test de evaluación sobre manejo historias clínicas en el hospital II-I Santa Clotilde (según Norma Técnica NTS N° 138-MINSA)**

**Nombres y Apellidos: _____Área: _____**

**1.- ¿Cómo definiría la historia clínica?**

a) Documento que contiene la historia de un paciente desde que nace hasta que fallece.

Xb) Documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos Relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.

c) Documento médico legal que contiene los datos personales y de salud de una familia.

d) Todas son correctas.

**2.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?**

Xa) Todo paciente debe tener una historia clínica.

b) El profesional sanitario que atiende al paciente decide si se le abre o no la historia clínica.

c) Un paciente puede tener varias historias clínicas en la misma IPRESS.

d) a y c son correctas.

**3.- Respecto a la identificación de las historias clínicas:**

Xa) Todos formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad.

b) Es suficiente con que la primera hoja de la historia clínica contenga los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica.

c) Si el paciente no desea facilitar sus nombres y apellidos es suficiente que la historia clínica esté identificada con el DNI del paciente.

d) a y c son correctas.

**4.- Respecto a la seguridad de la historia clínica señale la respuesta falsa:**

a) Solo el personal autorizado puede acceder a la historia clínica.

Xb) Cualquier médico del hospital, aunque no sea el médico tratante, puede acceder a la historia clínica de un paciente.

c) Las historias clínicas deben custodiarse en un archivo seguro al que solo tengan acceso las personas autorizadas.

d) La historia clínica debe permanecer custodiada en la institución un mínimo de 15 años.

**5.- Respecto a la confidencialidad de las historias clínicas señale la respuesta falsa:**

a) Ningún trabajador de la salud que tenga acceso a la historia clínica puede divulgar datos de la misma.

b) El médico que trata a un paciente sí puede comentar la historia de ese paciente con otros compañeros médicos que también estén tratando al mismo paciente.

**X**c) Los familiares de un paciente tienen derecho a conocer la historia del paciente.

d) El paciente siempre tiene derecho a que se le facilite una copia de su historia clínica.

**6.- Respecto al relleno de las historias clínicas señale la respuesta correcta:**

**X**a) Cada atención de salud debe ser registrada con fecha, diagnóstico, tratamiento y evolución y firmada por
el profesional realizador.

b) En los pacientes hospitalizados, si son visitados más de una vez en el mismo día por el mismo profesional de salud, solo es obligatorio anotar la primera visita.

c) Si al visitar a un paciente hospitalizado el médico encuentra que no hay cambios en su evolución y tratamiento, no es necesario que anote la visita de ese día.

d) Todas son correctas.

**7.- Respecto al archivo de las historias clínicas señale la respuesta falsa:**

**X**a) Todas las historias se custodian en un solo archivo.

b) Cada IPRESS debe contar con un archivo común y un archivo especial.

c) El personal del archivo de historias clínicas es responsable de dar mantenimiento a las carpetas deterioradas y de mantener su conservación.

d) La IPRESS debe contar con un sistema informático de registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas.

**8.- Respecto a la permanencia de la historia fuera del archivo señale la respuesta falsa:**

a) Cuando las historias clínicas permanecen fuera del archivo, corresponde la custodia y conservación al personal de la salud que la solicitó.

**X**b) Está permitido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal cuando se necesita continuar un trabajo, siempre bajo la responsabilidad del solicitante.

c) Toda historia clínica solicitada para atención del paciente u otro trámite, debe ser devuelta al archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite que ocasionó la solicitud.

d) Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la historia clínica.

**9.- Respecto al ambiente donde se ubica el archivo de historias clínicas señale la respuesta falsa:**

Xa) Se recomienda que tenga un mínimo de 80 metros cuadrados.

b) Las estanterías deben estar fijadas a los muros o al cielo raso si se trata de estantes fijos.

c) Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente.

d) La temperatura del ambiente debe mantenerse entre 15 y 21 grados centígrados.

1**0.- Otros servicios del archivo de historias clínicas. Señale la respuesta falsa:**

**X**a) Las historias clínicas entregadas a las diferentes unidades o servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas en un plazo máximo de 7 días.

b) Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado.

c) Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada por la unidad de archivo en un cuaderno de registro.

d) Toda retención de la historia clínica por causa absolutamente justificada deberá ser reportada por escrito el mismo día, precisando el motivo y la fecha de devolución.

| |
|---|
| Instrumento 5: Test de evaluación sobre Procedimiento del Lavado de Manos Clínica (40-60 segundos) en el hospital II-I Santa Clotilde(Según Norma Técnica de Bioseguridad RM N° 312-2011/MINSA)<br>Nombre y Apellidos |
| 1. DATOS GENERALES |
| Fecha: _____ |
| Evaluador: _____ |
| Área Evaluada: _____ |
| Nombre del Personal Evaluado: _____ |
| 2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
| Procedimiento del Lavado de Manos Clínica (40-60 segundos) |
| 1. Abrir la llave de agua corriente y mojar las manos completamente (5 segundos). |
| 2. Aplicar jabón líquido y frotar las palmas de las manos entre sí (10 segundos). |
| 3. Frotar la palma de una mano contra el dorso de la otra entrelazando los dedos y viceversa (10 segundos). |
| 4. Frotar las palmas entre sí con los dedos entrelazados (10 segundos). |
| 5. Frotar el dorso de los dedos contra la palma opuesta con los dedos entrelazados (10 segundos). |
| 6. Frotar cada pulgar de forma rotatoria con la palma opuesta (10 segundos). |
| 7.Frotar las puntas de los dedos y las uñas contra la palma opuesta en un movimiento circular (10 segundos) |
| 8. Enjuagar bien las manos bajo agua corriente (10-15 segundos). |
| 9. Secar las manos con una toalla de papel desechable o utilizando un secador de aire (10-15 segundos). |
| 10. Utilizar la toalla desechable para cerrar la llave del agua si no es automática. |

**3. CALIFICACIÓN FINAL Y RECOMENDACIONES**

**Calificación General (Escala del 1 al 10):** _____

**Criterios de Puntuación:**

- **9 - 10:** Excelente
- **7 - 8:** Bueno
- **5 - 6:** aceptable
- **3 - 4:** Deficiente
- **1 - 2:** No cumple

Anexo 6.**Instrumento Checklist de Lavado de Manos (según Norma Técnica de Bioseguridad RM N° 312-2011/MINS**A)

**HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE**

☐ ¿Se realiza el lavado de manos antes y después del contacto con el paciente?

☐ ¿Se usa la técnica de los 7 pasos del lavado de manos?

☐ ¿Se utiliza jabón líquido y toallas desechables o papel toalla?

☐ ¿Están disponibles dispensadores de alcohol gel en las áreas críticas?

☐ ¿El personal cuenta con capacitaciones en lavado de manos cada 6 meses?

☐ ¿Se encuentra visible la señalética con el protocolo de lavado de manos?

☐ ¿El personal retira anillos, relojes u objetos personales antes del procedimiento?

☐ ¿Se realiza monitoreo del cumplimiento del protocolo periódicamente?

**Anexo 7.Instrumento Checklist de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (según D.S. N° 014-2017-SA y NTP 900.058)**

**HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE**

☐ ¿Se realiza segregación de residuos en el punto de generación?

☐ ¿Están disponibles los tachos codificados por color según tipo de residuo (rojo, amarillo, negro)?

☐ ¿El personal utiliza guantes, mascarilla y uniforme en el proceso de recolección?

☐ ¿Se cuenta con ruta interna de transporte de residuos definida y señalizada?

☐ ¿Existe registro diario del volumen de residuos recolectados?

☐ ¿El almacenamiento temporal de residuos cumple con ventilación, señalización y condiciones sanitarias?

☐ ¿Se realiza capacitación periódica al personal sobre manejo de residuos peligrosos?

☐ ¿La empresa encargada de disposición final cuenta con autorización sanitaria vigente?

**Anexo 8 Instrumento Checklists Técnicos según Normas MINSA – Salud Pública**

**Checklist para Gestión de Historias Clínicas (según Norma Técnica NTS N° 138-MINSA)**

**HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE**

☐ ¿Se cuenta con un archivo físico y/o digital debidamente organizado?

☐ ¿Las historias clínicas están foliadas y con identificación del paciente?

☐ ¿Se utiliza codificación y clasificación CIE-10?

☐ ¿Existe un responsable de la custodia de las historias clínicas?

☐ ¿Las historias clínicas se mantienen en reserva según la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales)?

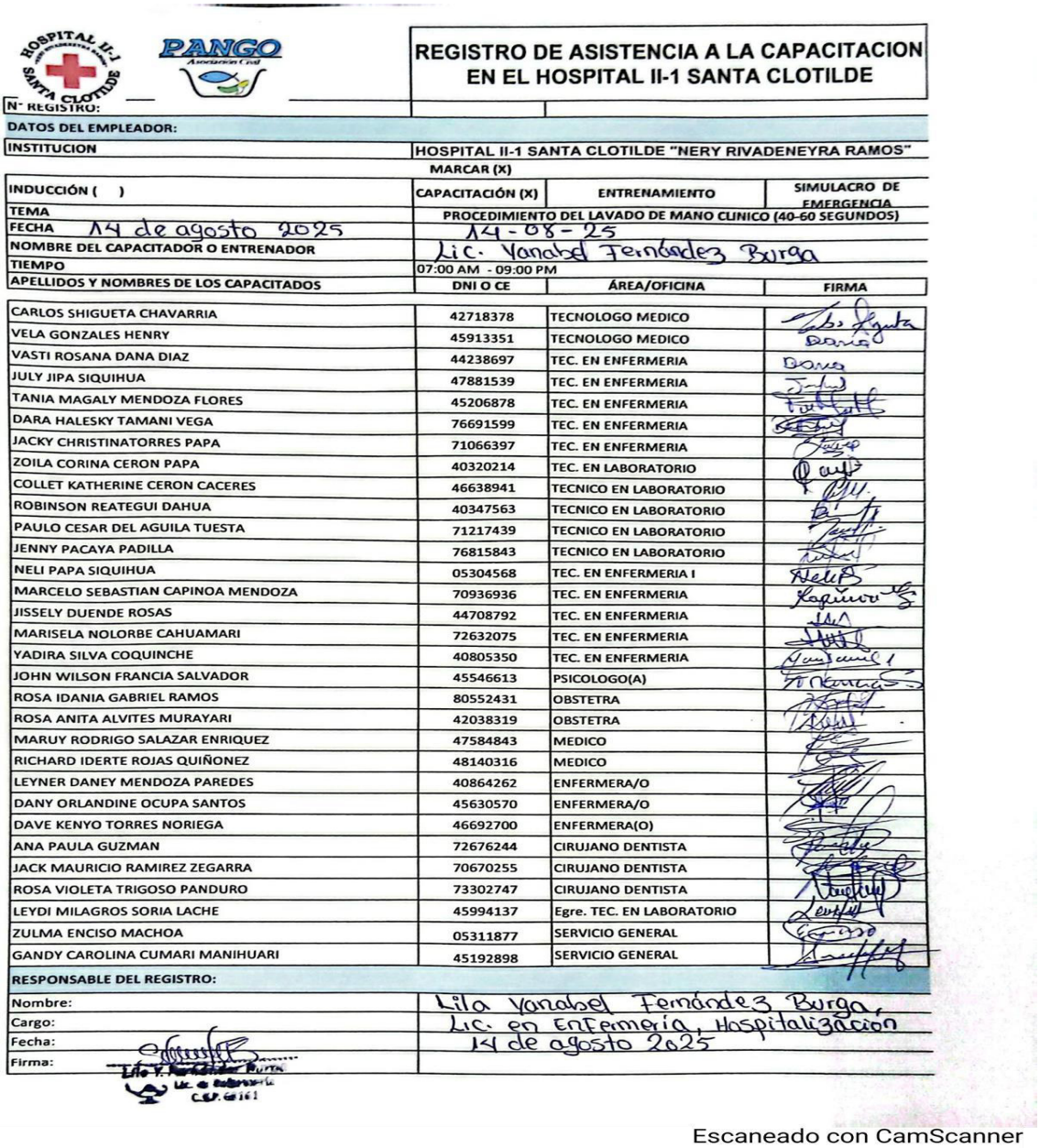
☐ ¿Se realiza control de préstamo y devolución de las historias clínicas?

☐ ¿Existe un procedimiento para la conservación y eliminación de historias clínicas?

☐ ¿El llenado de los datos es legible, cronológico y sin abreviaturas no autorizadas?

**Instrumento 9. Registro de Instrumento 6. Registro de capacitación**

**Capacitación**



**REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION EN EL HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE**

N° REGISTRO:

**DATOS DEL EMPLEADOR:**

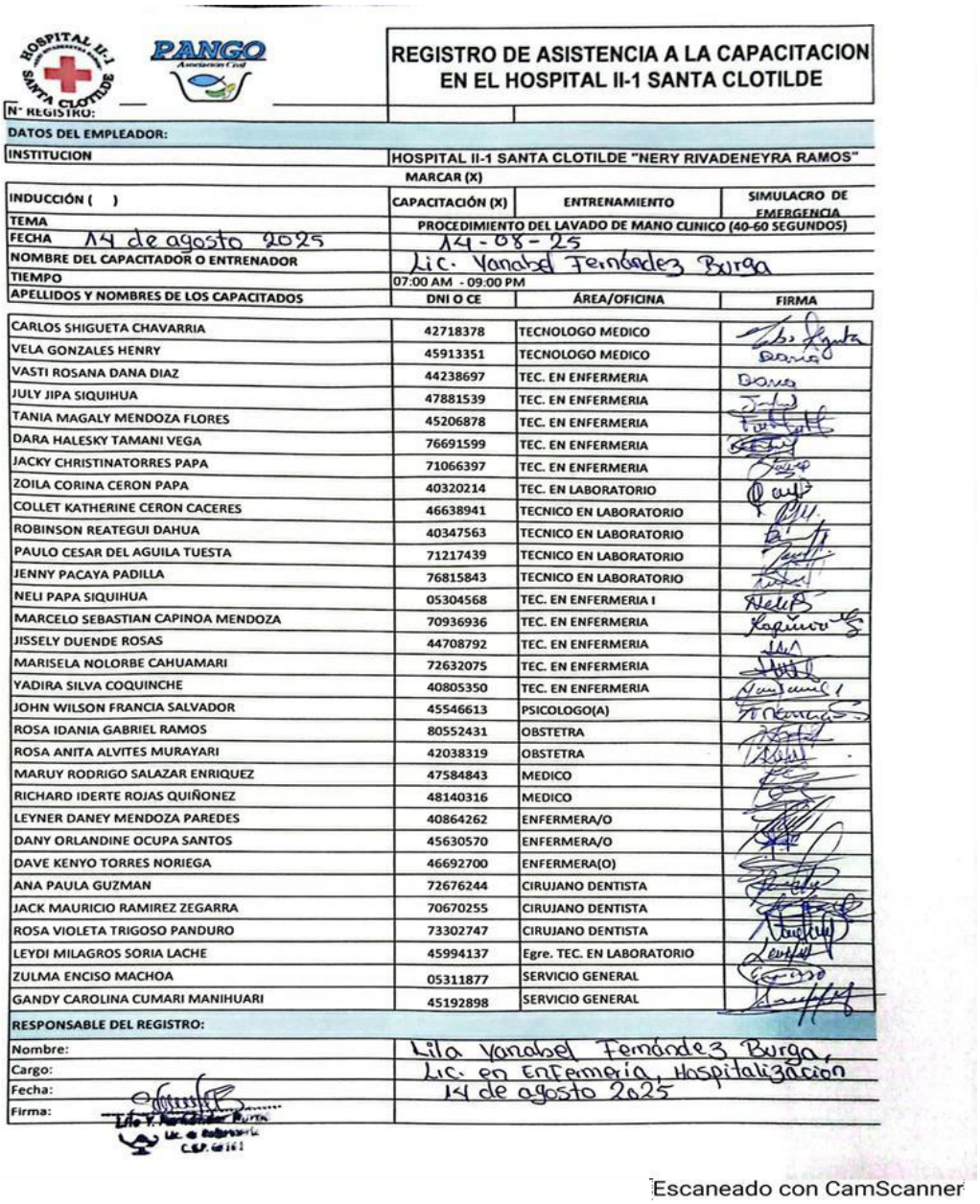
| | |
|---|---|
| INSTITUCION | HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE "NERY RIVADENEYRA RAMOS" |
| | MARCAR (X) |
| INDUCCIÓN ( ) | CAPACITACIÓN (X) / ENTRENAMIENTO / SIMULACRO DE EMERGENCIA |
| TEMA | PROCEDIMIENTO DEL LAVADO DE MANO CLINICO (40-60 SEGUNDOS) |
| FECHA | 14 de agosto 2025 — 14-08-25 |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR | Lic. Yanabel Fernández Burga |
| TIEMPO | 07:00 AM - 09:00 PM |

| APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS CAPACITADOS | DNI O CE | ÁREA/OFICINA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| CARLOS SHIGUETA CHAVARRIA | 42718378 | TECNOLOGO MEDICO | |
| VELA GONZALES HENRY | 45913351 | TECNOLOGO MEDICO | |
| VASTI ROSANA DANA DIAZ | 44238697 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JULY JIPA SIQUIHUA | 47881539 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| TANIA MAGALY MENDOZA FLORES | 45206878 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| DARA HALESKY TAMANI VEGA | 76691599 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JACKY CHRISTINATORRES PAPA | 71066397 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| ZOILA CORINA CERON PAPA | 40320214 | TEC. EN LABORATORIO | |
| COLLET KATHERINE CERON CACERES | 46638941 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| ROBINSON REATEGUI DAHUA | 40347563 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| PAULO CESAR DEL AGUILA TUESTA | 71217439 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| JENNY PACAYA PADILLA | 76815843 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| NELI PAPA SIQUIHUA | 05304568 | TEC. EN ENFERMERIA I | |
| MARCELO SEBASTIAN CAPINOA MENDOZA | 70936936 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JISSELY DUENDE ROSAS | 44708792 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| MARISELA NOLORBE CAHUAMARI | 72632075 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| YADIRA SILVA COQUINCHE | 40805350 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JOHN WILSON FRANCIA SALVADOR | 45546613 | PSICOLOGO(A) | |
| ROSA IDANIA GABRIEL RAMOS | 80552431 | OBSTETRA | |
| ROSA ANITA ALVITES MURAYARI | 42038319 | OBSTETRA | |
| MARUY RODRIGO SALAZAR ENRIQUEZ | 47584843 | MEDICO | |
| RICHARD IDERTE ROJAS QUIÑONEZ | 48140316 | MEDICO | |
| LEYNER DANEY MENDOZA PAREDES | 40864262 | ENFERMERA/O | |
| DANY ORLANDINE OCUPA SANTOS | 45630570 | ENFERMERA/O | |
| DAVE KENYO TORRES NORIEGA | 46692700 | ENFERMERA(O) | |
| ANA PAULA GUZMAN | 72676244 | CIRUJANO DENTISTA | |
| JACK MAURICIO RAMIREZ ZEGARRA | 70670255 | CIRUJANO DENTISTA | |
| ROSA VIOLETA TRIGOSO PANDURO | 73302747 | CIRUJANO DENTISTA | |
| LEYDI MILAGROS SORIA LACHE | 45994137 | Egre. TEC. EN LABORATORIO | |
| ZULMA ENCISO MACHOA | 05311877 | SERVICIO GENERAL | |
| GANDY CAROLINA CUMARI MANIHUARI | 45192898 | SERVICIO GENERAL | |

**RESPONSABLE DEL REGISTRO:**

| | |
|---|---|
| Nombre: | Lila Yanabel Fernández Burga. |
| Cargo: | Lic. en Enfermería, Hospitalización |
| Fecha: | 14 de agosto 2025 |
| Firma: | |

Escaneado con CamScanner



**REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION EN EL HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE**

N° REGISTRO:

**DATOS DEL EMPLEADOR:**

| | |
|---|---|
| INSTITUCION | HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE "NERY RIVADENEYRA RAMOS" |

MARCAR (X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN ( ) | CAPACITACIÓN (X) | ENTRENAMIENTO | SIMULACRO DE EMERGENCIA |
| TEMA | PROCEDIMIENTO DEL LAVADO DE MANO CLINICO (40-60 SEGUNDOS) | | |
| FECHA | 14 de agosto 2025 | 14-08-25 | |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR | Lic. Yanabel Fernández Burga | | |
| TIEMPO | 07:00 AM - 09:00 PM | | |

| APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS CAPACITADOS | DNI O CE | ÁREA/OFICINA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| CARLOS SHIGUETA CHAVARRIA | 42718378 | TECNOLOGO MEDICO | |
| VELA GONZALES HENRY | 45913351 | TECNOLOGO MEDICO | |
| VASTI ROSANA DANA DIAZ | 44238697 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JULY JIPA SIQUIHUA | 47881539 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| TANIA MAGALY MENDOZA FLORES | 45206878 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| DARA HALESKY TAMANI VEGA | 76691599 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JACKY CHRISTINATORRES PAPA | 71066397 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| ZOILA CORINA CERON PAPA | 40320214 | TEC. EN LABORATORIO | |
| COLLET KATHERINE CERON CACERES | 46638941 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| ROBINSON REATEGUI DAHUA | 40347563 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| PAULO CESAR DEL AGUILA TUESTA | 71217439 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| JENNY PACAYA PADILLA | 76815843 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| NELI PAPA SIQUIHUA | 05304568 | TEC. EN ENFERMERIA I | |
| MARCELO SEBASTIAN CAPINOA MENDOZA | 70936936 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JISSELY DUENDE ROSAS | 44708792 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| MARISELA NOLORBE CAHUAMARI | 72632075 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| YADIRA SILVA COQUINCHE | 40805350 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JOHN WILSON FRANCIA SALVADOR | 45546613 | PSICOLOGO(A) | |
| ROSA IDANIA GABRIEL RAMOS | 80552431 | OBSTETRA | |
| ROSA ANITA ALVITES MURAYARI | 42038319 | OBSTETRA | |
| MARUY RODRIGO SALAZAR ENRIQUEZ | 47584843 | MEDICO | |
| RICHARD IDERTE ROJAS QUIÑONEZ | 48140316 | MEDICO | |
| LEYNER DANEY MENDOZA PAREDES | 40864262 | ENFERMERA/O | |
| DANY ORLANDINE OCUPA SANTOS | 45630570 | ENFERMERA/O | |
| DAVE KENYO TORRES NORIEGA | 46692700 | ENFERMERA(O) | |
| ANA PAULA GUZMAN | 72676244 | CIRUJANO DENTISTA | |
| JACK MAURICIO RAMIREZ ZEGARRA | 70670255 | CIRUJANO DENTISTA | |
| ROSA VIOLETA TRIGOSO PANDURO | 73302747 | CIRUJANO DENTISTA | |
| LEYDI MILAGROS SORIA LACHE | 45994137 | Egre. TEC. EN LABORATORIO | |
| ZULMA ENCISO MACHOA | 05311877 | SERVICIO GENERAL | |
| GANDY CAROLINA CUMARI MANIHUARI | 45192898 | SERVICIO GENERAL | |

**RESPONSABLE DEL REGISTRO:**

| | |
|---|---|
| Nombre: | Lila Yanabel Fernández Burga |
| Cargo: | Lic. en Enfermería, Hospitalización |
| Fecha: | 14 de agosto 2025 |
| Firma: | |

Escaneado con CamScanner

**Registro de capacitación**

**Instrumento 8. Registro de capacitación**

# REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION EN EL HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° REGISTRO: | | | |
| DATOS DEL EMPLEADOR: | | | |
| INSTITUCION | HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE "NERY RIVADENEYRA RAMOS" | | |
| | MARCAR (X) | | |
| INDUCCIÓN ( ) | CAPACITACIÓN (X) | ENTRENAMIENTO | SIMULACRO DE EMERGENCIA |
| TEMA | MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | | |
| FECHA 11-09-25 | 11-09-25 | | |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR | Biologo Jefferson Heras Herrera | | |
| TIEMPO | 07:00 AM - 09:00 PM | | |

| APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS CAPACITADOS | DNI O CE | ÁREA/OFICINA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| VELA GONZALES HENRY | 45913351 | TECNOLOGO MEDICO | |
| VASTI ROSANA DANA DIAZ | 44238697 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JULY JIPA SIQUIHUA | 47881539 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| TANIA MAGALY MENDOZA FLORES | 45206878 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| ROBINSON REATEGUI DAHUA | 40347563 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| JENNY PACAYA PADILLA | 76815843 | TECNICO EN LABORATORIO | |
| NELI PAPA SIQUIHUA | 05304568 | TEC. EN ENFERMERIA I | |
| MARCELO SEBASTIAN CAPINOA MENDOZA | 70936936 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| ROBERT FIGUEROA MORENO | 05311210 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| CECILIA ISABEL GOMEZ REATEGUI | 45393288 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JOHN WILSON FRANCIA SALVADOR | 45546613 | PSICOLOGO(A) | |
| JACKSON ALEXANDER SANDOVAL ANGULO | 42173018 | OBSTETRA | |
| LEYNER DANEY MENDOZA PAREDES | 40864262 | ENFERMERA/O | |
| SELMA COQUINCHE MACA | 44257722 | TCA. AGROPECUARIA | |
| ANGELINA CANELOS PAPA | 77328971 | SERVICIO GENERAL | |
| GANDY CAROLINA CUMARI MANIHUARI | 45192898 | SERVICIO GENERAL | |
| CAROL ADRIANA MONTELUIS PAREDES | 45185440 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| PILAR G. BAILON | 47974539 | OBSTETRA | |
| SILENA LIMA | | TEC. EN ENFERMERIA | |

| RESPONSABLE DEL REGISTRO: | |
|---|---|
| Nombre: | Jeferson Heras Herrera |
| Cargo: | Biologo, Salud Ambiental |
| Fecha: | 11 de Setiembre 2025 |
| Firma: | |

Biol. Jefferson Heras Herrera
C.B.P 09585
Resp. Salud Ambiental
C.S. Santa Clotilde

Escaneado con CamScanner

# REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION EN EL HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° REGISTRO: | | | |
| **DATOS DEL EMPLEADOR:** | | | |
| INSTITUCION | HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE "NERY RIVADENEYRA RAMOS" | | |
| | MARCAR (X) | | |
| INDUCCIÓN ( ) | CAPACITACIÓN (X) | ENTRENAMIENTO | SIMULACRO DE EMERGENCIA |
| TEMA | GESTION DE HISTORIA CLINICAS | | |
| FECHA 23-10-25 | 23-10-25 | | |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR | Dr. Norberto Aramburu Bodas | | |
| TIEMPO | 07:00 AM - 09:00 PM | | |

| APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS CAPACITADOS | DNI O CE | ÁREA/OFICINA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ZACHARY GASTELUM NOAH | | MEDICO | |
| CARLOS SHIGUETA CHAVARRIA | 42718378 | TECNOLOGO MEDICO | |
| LUIS SANDRO PIEDRA EUSTAQUIO Liliana A. Fernandez | 77223411 | PSICOLOGO SERUMS | |
| VASTI ROSANA DANA DIAZ | 44238697 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| TANIA MAGALY MENDOZA FLORES | 45206878 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JACKY CHRISTINATORRES PAPA | 71066397 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| ROBERT FIGUEROA MORENO | 05311210 | TEC. EN ENFERMERIA | |
| JOHN WILSON FRANCIA SALVADOR | 45546613 | PSICOLOGO(A) | |
| JACKSON ALEXANDER SANDOVAL ANGULO | 42173018 | OBSTETRA | |
| MARUY RODRIGO SALAZAR ENRIQUEZ | 47584843 | MEDICO | |
| DANY ORLANDINE OCUPA SANTOS | 45630570 | ENFERMERA/O | |
| DAVE KENYO TORRES NORIEGA | 46692700 | ENFERMERA(O) | |
| YOLI NEDA VARGAS PINEDO | 41202383 | ENFERMERA(O) | |
| MICKEAS DANIEL GONZALES LOMAS | 75703260 | DIGITADOR | |
| HETI CRISTINA NASHNATE MASHACURI | 70686543 | DIGITADOR | |
| LEYDI MILAGROS SORIA LACHE | 45994137 | Egre. TEC. EN LABORATORIO | |
| ZOILA AIDY COQUINCHE MACA | 48093003 | TCA. AGROPECUARIA | |

**RESPONSABLE DEL REGISTRO:**

| | |
|---|---|
| Nombre: | Norberto Aramburu Bodas |
| Cargo: | Director Medico |
| Fecha: | 23 de octubre 2025 |
| Firma: | |

NORBERTO ARAMBURU BODAS
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CMP. 098041 - RNE. 044531

**Anexo 10: Consentimiento informado para participantes**

*"Efecto de una intervención educativa en bioseguridad, manejo de residuos sólidos y gestión de historias clínicas sobre las capacidades técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional del personal de salud en el Hospital II-1 Santa Clotilde, Napo, Maynas, 2024-2025"*

Investigadora principal: Lic. Lila Yanabel Fernández Burga

Contacto: +51 938 542 719 | lila.fernandez@unmsm.edu.pe

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

---

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Lo invitamos a participar en un estudio cuasi-experimental para evaluar el efecto de una intervención educativa (capacitación en bioseguridad, residuos sólidos e historias clínicas) sobre sus capacidades técnicas, satisfacción laboral y compromiso institucional.

¿QUÉ IMPLICA SU PARTICIPACIÓN?

- Responder 3 cuestionarios validados (pre/post-intervención): competencias técnicas (20 ítems), satisfacción laboral Minnesota (20 ítems), compromiso Meyer & Allen (18 ítems).
- Duración total: 45 minutos por evaluación.
- Participación en 2 sesiones educativas (4 horas total).
- Opcional: entrevista individual (15 min) sobre facilitadores/barreras.

RIESGOS E INCONVENIENTES

No existen riesgos físicos ni psicológicos. Únicamente dedicará tiempo de su jornada laboral (máximo 5 horas totales durante 3 meses).

BENEFICIOS

- Capacitación gratuita certificada en bioseguridad y gestión hospitalaria.
- Resultados individuales confidenciales sobre su satisfacción laboral y compromiso.
- Contribución a mejorar condiciones laborales del Hospital II-1 Santa Clotilde (70 trabajadores).

CONFIDENCIALIDAD

- Sus respuestas serán anónimas (código numérico).
- Datos almacenados en servidor seguro Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- No se publicarán datos identificables. Acceso restringido a investigadora y Comité Ética.

CONSULTAS

- Durante estudio: Lic. Lila Yanabel Fernández Burga (+51 938 542 719).
- Aspectos éticos: Comité Ética GERESA Loreto (+51 951 585 977).

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin perjuicio laboral ni académico. No participar no afectará su relación laboral con el hospital.

---

CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información anterior. Mis dudas han sido aclaradas. VOLUNTARIAMENTE CONSIENTO participar en este estudio, autorizando:

☐ Responder cuestionarios pre/post (obligatorio).

☐ Participar en sesiones educativas (obligatorio).

☐ Entrevista individual (opcional).

Maynas, Loreto, ___de _____2025

| *FIRMA PARTICIPANTE* | *CÓDIGO ASIGNADO* | *FIRMA INVESTIGADORA* |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| *Nombre completo:* _____ | | Lic. Lila Yanabel Fernández Burga |

TESTIGO (si participante no lee/escribe):

Nombre: _____Relación: _____

APROBACIONES

- Comité Ética GERESA Loreto: Aprobado [Fecha]
- Dirección Hospital II-1 Santa Clotilde: Autorizado [31/07/2025] [Anexo 7]

Versión: 1.0 | Fecha: 15/08/2025 | 70 copias distribuida

## Anexo 11 Matriz de consistencia

| Objetivos Específicos | Hipótesis Específicas | Variable / Dimensiones | Indicadores y categorías | Tipo / escala | Técnica e instrumento |
|---|---|---|---|---|---|
| OE1. Evaluar el nivel de conocimiento y práctica del personal en bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y gestión de historias clínicas físicas antes y después de la intervención educativa. | H1. La intervención educativa mejora significativamente el nivel de capacidades técnicas (conocimientos y prácticas) del personal de salud entre la medición pre y postest. | **Variable independiente:** Capacidades técnicas en: a) bioseguridad, b) manejo de residuos sólidos hospitalarios, c) gestión de historias clínicas físicas. | Puntaje total y por dimensión en cuestionario/lista de chequeo (0–100). Niveles: bajo (<50), medio (50–74), alto (≥75). Cambio pre–post en proporción de personal en nivel alto y bajo; medias e IC 95%. | Variable cuantitativa ordinal (escala tipo Likert 4/10 puntos re-escalada 0–100). | Técnica: encuesta y observación estructurada. Instrumentos: cuestionario de competencias técnicas y listas de chequeo, adaptados de normas MINSA (bioseguridad, residuos, historias clínicas). |
| OE2. Medir el efecto de la intervención educativa en la satisfacción laboral del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde. | H2. La intervención educativa incrementa significativamente la satisfacción laboral global del personal entre la medición pre y postest. | **Variable dependiente 1:** Satisfacción laboral. Dimensiones: a) satisfacción intrínseca, b) satisfacción extrínseca. | Puntaje global MSQ-SF (20–100) y por dimensión. Niveles: baja (<60), media (60–79), alta (≥80). Diferencia de medias pre–post (ΔM, IC 95%, tamaño de efecto d). Proporción de personal en nivel alto. | Variable cuantitativa ordinal (escala Likert 5 puntos). | Técnica: encuesta auto aplicada. Instrumento: Cuestionario Abreviado de Satisfacción Laboral de Minnesota (MSQ-SF), validado en Perú. |
| OE3. Analizar los cambios en el compromiso institucional del personal tras la implementaci | H3. La intervención educativa eleva significativamente el nivel de compromiso institucional y establece | **Variable dependiente 2:** Compromiso institucional. Dimensiones: a) afectivo, b) normativo, c) | Puntaje total (21–147) y por dimensión. Niveles: bajo (<70), medio (70–100), alto (>100). Proporción de trabajadores con | Variable cuantitativa ordinal (escala Likert 5/7 puntos re-codificada). | Técnica: encuesta auto aplicada. Instrumento: Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen, |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ón de la intervención educativa. | correlaciones moderadas y significativas entre satisfacción laboral y compromiso en la medición postest. | de continuidad. | compromiso medio-alto pre y post; medias e IC 95%. Coeficientes de correlación de Spearman entre satisfacción (global e intrínseca/extrínseca) y compromiso total pre y post. | | versión adaptada y validada. |
| **Hipótesis global** | H4. La intervención educativa tripartita produce cambios significativos en las capacidades técnicas, la satisfacción laboral y el compromiso institucional del personal de salud del Hospital II-1 Santa Clotilde. | Conjunto de variables: capacidades técnicas, satisfacción laboral, compromiso institucional. | Diferencias pre–post significativas ($p < 0,05$) en las tres variables; F del ANOVA para competencias técnicas, t/Wilcoxon para satisfacción y compromiso; correlaciones de Spearman postest ($\rho \approx 0,589$; $p < 0,001$). | Enfoque cuantitativo cuasiexperimental, pre–post un solo grupo. | Análisis estadístico mediante SPSS: descriptivos (medias, DE, IC 95%), inferenciales (t pareada/Wilcoxon, ANOVA, Spearman). |

Notas:

- Consistencia verificada con Capítulos 1 y 3.
- Instrumentos validados: Minnesota (Weiss et al., 1967; $\alpha$=0,89 Perú), Meyer & Allen (1991; $\alpha$=0,85 Latinoamérica).
- Muestra: 70 trabajadores (95% respuesta), poder estadístico 85%, $\alpha$=0,05.

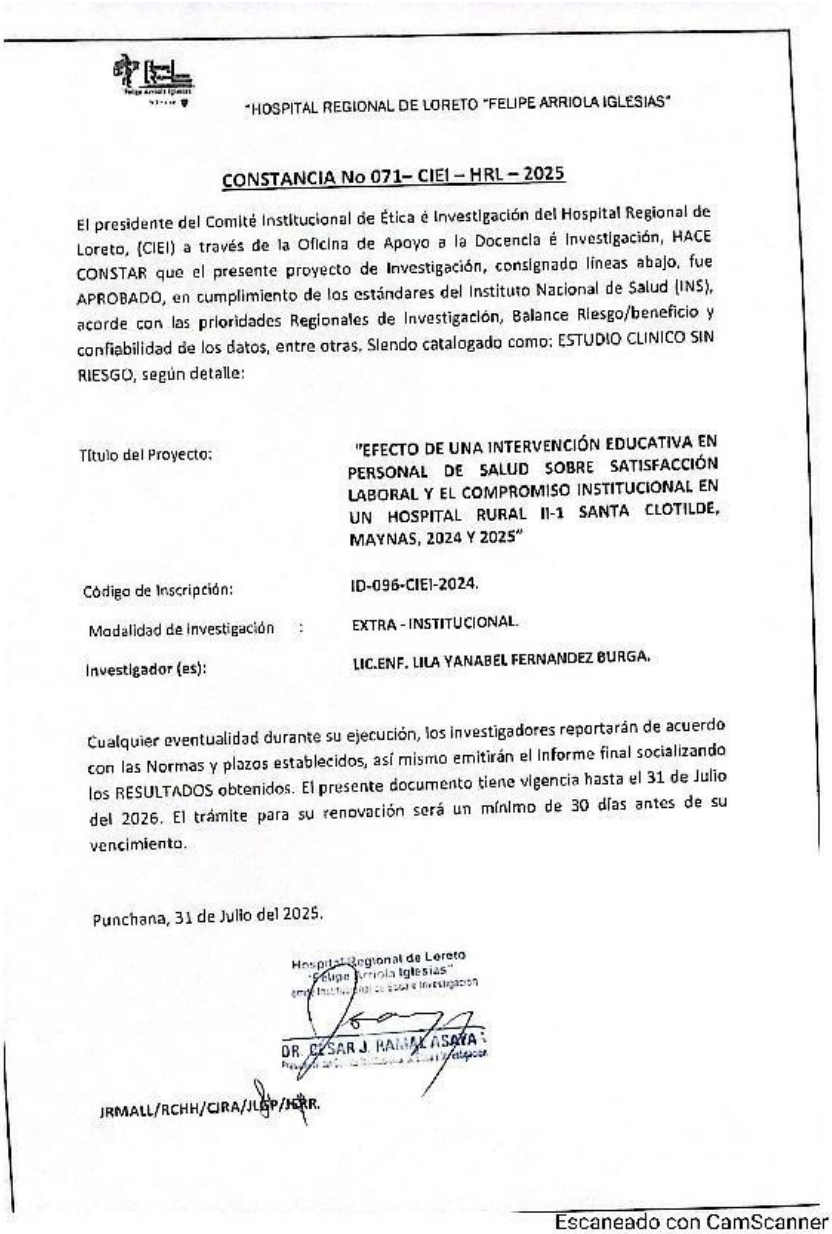
**Anexo 12: Validación de instrumentos**

| INSTRUMENTO | VALIDEZ | CONFIABILIDAD | REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Cuestionario Capacidades | Juicio expertos (V Aiken=0.82) | Alfa Cronbach=0.87 | Adaptado MINSA/DIGESA |
| Minnesota MSQ | Validado Perú (α=0.89) | Alfa=0.91 (pre), 0.93 (post) | Weiss et al. (1967); Niwlikar (2020) |
| Meyer & Allen | Validado Latinoamérica | Alfa=0.85 (global); 0.82-0.89 (dimensiones) | Meyer & Allen (1991) |

**Notas técnicas:**

- Muestra: 70 trabajadores (95.7% respuesta post-intervención).
- Poder estadístico: 85% (α=0.05, efecto medio=0.5).
- Análisis: t Student/Wilcoxon (cuantitativo); análisis temático (cualitativo).
- Consistencia: alineada con Capítulos 1, 3 y matriz consistencia (Anexo 1).

**Anexo 13. Constancia N. ª 071–CIEI–HRL–2025 del Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Regional de Loreto, que aprueba el proyecto ID-096-CIEI-2024."**



"HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

**CONSTANCIA No 071– CIEI – HRL – 2025**

El presidente del Comité Institucional de Ética é Investigación del Hospital Regional de Loreto, (CIEI) a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia é Investigación, HACE CONSTAR que el presente proyecto de Investigación, consignado líneas abajo, fue APROBADO, en cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud (INS), acorde con las prioridades Regionales de Investigación, Balance Riesgo/beneficio y confiabilidad de los datos, entre otras. Siendo catalogado como: ESTUDIO CLINICO SIN RIESGO, según detalle:

| | | |
|---|---|---|
| Título del Proyecto: | | "EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PERSONAL DE SALUD SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL Y EL COMPROMISO INSTITUCIONAL EN UN HOSPITAL RURAL II-1 SANTA CLOTILDE, MAYNAS, 2024 Y 2025" |
| Código de Inscripción: | | ID-096-CIEI-2024. |
| Modalidad de Investigación | : | EXTRA - INSTITUCIONAL. |
| Investigador (es): | | LIC.ENF. LILA YANABEL FERNANDEZ BURGA. |

Cualquier eventualidad durante su ejecución, los investigadores reportarán de acuerdo con las Normas y plazos establecidos, así mismo emitirán el Informe final socializando los RESULTADOS obtenidos. El presente documento tiene vigencia hasta el 31 de Julio del 2026. El trámite para su renovación será un mínimo de 30 días antes de su vencimiento.

Punchana, 31 de Julio del 2025.

Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"

DR. CESAR J. RAMAL ASAYA

JRMALL/RCHH/CIRA/JLGP/HRR.

Escaneado con CamScanner

Fuente: Dirección Regional de Salud en Loreto.

**Anexo 14. Sesiones educativas – Módulo 1 (Lavado de Manos y Bioseguridad)**

SESION 1: LAVADO DE MANOS CLÍNICO

**Introducción**

La OMS promueve la estrategia "Manos Limpias" para mejorar la higiene de manos en atención en salud. El lavado de manos es una "vacuna auto administrada" que elimina microorganismos y previene su transmisión. (OMS, 2023), (MINSA, 2016)

**Definición**

Frote físico breve, enérgico y efectivo de todas las superficies de las manos con solución antimicrobiana, seguido de enjuague. Remueve gérmenes transitorios, suciedad y flora adquirida por contacto con pacientes/fómites.

**Objetivos**

- Eliminar flora microbiana transitoria y reducir flora normal.
- Prevenir diseminación de microorganismos vía manos.

Dirigido a: Personal médico y profesional no médico (70 trabajadores del Hospital II-1 Santa Clotilde).

**Indicaciones OMS - 5 Momentos:**

1. Antes del contacto con paciente
2. Antes de tarea aséptica
3. Después de riesgo fluidos corporales
4. Después del contacto con paciente
5. Después del contacto con entorno paciente [OMS, 2023]

Indicaciones Específicas:

ANTES DE: Ingresar servicio, contacto paciente, guantes, procedimientos invasivos, preparar/administrar medicamentos.

DESPUÉS DE: Fluidos corporales, apósitos, servicios higiénicos, salir servicio.

ANTES Y DESPUÉS: Heridas, drenajes, guantes.

ENTRE: Contactos distintos pacientes (unidades alto riesgo).

Equipo: Jabón antiséptico dispensador, papel toalla descartable, contenedor bolsa negra.

Duración: 40-60 segundos.

Procedimiento (con imagen técnica):

1. Preparar equipo, subir mangas, retirar accesorios.
2. Mojar manos/muñecas con agua.
3. Aplicar 1-3 bombas de jabón antiséptico.
4. Frotar técnica estándar (palmas, dorso, dedos entrelazados, pulgares, uñas).
5. Enjuagar al chorro de agua.
6. Secar papel toalla (dedos → muñeca), usar para cerrar la llave.

Recomendaciones: Uñas cortas sin esmalte, no mojar piso/ropas, secado suave sin restregar.

*Figura 2.*

Cinco momentos para la higiene de manos




**Recomendaciones: Retirar** accesorios, Mantener uñas cortas y sin esmalte. Evitar que se moje el piso, las ropas y tocar el lavamanos. Seque las manos y antebrazos con papel toalla, apretando suavemente la piel sin estregar, comenzando desde la punta de los dedos hacia la muñeca. Nunca regrese a las manos

*Figura 3.*

Indicaciones de lavado de manos



**Anexo 15. Sesiones educativas - módulo 2 (gestión residuos sólidos hospitalarios)**

SESION 2: GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Definición (Ley 27314): Desechos generados en atención/investigación médica en hospitales, clínicas, postas, laboratorios. [MINSA, 2016]

Objetivo: Capacitar en segregación, manejo seguro y disposición final según normativa DIGESA/MINSA.

Importancia:

- Reduce riesgos biológicos/ambientales.
- Cumple Resolución Ministerial 316-2018/DIGESA. [DIGESA, 2020]

Clasificación (Norma Técnica MINSA):

| *CLASE* | *TIPO* | *EJEMPLOS* | *CONTENEDOR* |
|---|---|---|---|
| *A - Biocontaminados* | A.1 Atención paciente | Secreciones, apósitos, restos alimentos | ROJO |
| | A.2 Material biológico | Cultivos, vacunas vencidas | ROJO |
| | A.3 Hemoderivados | Bolsas sangre vacías | ROJO |
| | A.4 Quirúrgicos | Tejidos, órganos | ROJO |
| | A.5 Punzo cortantes | Agujas, bisturís | BLANCO/TRANSP. |
| | A.6 Animales contaminados | Cadáveres laboratorio | ROJO |
| *B - Especiales* | B.1 Químicos | Quimio-terápicos, solventes | AMARILLO |
| | B.2 Farmacéuticos | Medicamentos vencidos | AMARILLO |
| | B.3 Radioactivos | Materiales radio-núclidos | AMARILLO |
| *C - Comunes* | Papel, cartón, plásticos no contaminados | Residuos oficina | NEGRO |

Protocolos Bioseguridad por Área:

| *ÁREA* | *EPP Obligatorio* | *Protocolos Específicos* |
|---|---|---|
| *Hospitalización* | Guantes, mascarilla | Desinfección superficies, reporte incidents |
| *Triaje/Emergencias* | Mascarilla N95, protector facial | Desinfección tensiómetros, separación pacientes |
| *Laboratorio* | Guantes, gafas, bata | No pipetear boca, hipoclorito superficies |
| *Cirugía* | Indumentaria estéril completa | Lavado quirúrgico 5 min, esterilización autoclave |
| *Gineco-Obstetricia* | Guantes, bata desechable | Manejo placentas/liquidos |
| *Dental* | N95, protector facial, bata impermeable | Autoclave instrumental, disinfection sillón |

Procedimiento Segregación:

1. Identificar tipo residuo en origen.
2. Usar EPP, depositar contenedor correcto.
3. Rotular/tapar contenedores.
4. Almacenar área segura (ventilada, señalizada).
5. Transporte doble bolsa (biocontaminados).
6. Disposición final empresa autorizada DIGESA.

Notas:

- 70 trabajadores capacitados (100% cobertura).
- Material adaptado MINSA/DIGESA 2016-2020. (MINSA, 2016) (DIGESA, 2020)
- Evaluación pre/post: mejora un 35% el conocimiento en manejo de residuos.

**Anexo 16. Evidencias fotográficas de las capacitaciones y las supervisiones en el logro de competencias a los usuarios internos del Hospital Santa Clotilde de Pango.**

Evaluación previa al personal antes de la intervención.



*Figura 5.*

Capacitaciones presenciales sobre los temas teóricos



*Figura 6.*

Supervisión de lavado de manos prácticas presenciales



*Figura 7.*

Evaluación final de conocimientos teóricos

