



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN

**Efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes,
de un Hospital de Tacna, año 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctor en administración**

AUTOR:

**M Sc. Flabio Romeo Paca Pantigoso
(ORCID: 0000-0002-6921-4125)**

ASESORA:

**Dra. Teresa Narváez Aranibar
(ORCID: 0000-0002-4906-895X)**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Modelos y herramientas gerenciales**

LIMA-PERÚ

2020

Dedicatoria

A la memoria de mis queridos padres
Rosa y Edmundo.

A mi esposa y compañera de toda mi
vida Mirta.

A mis hijos Natali, Mónica, Romeo
y José Carlos.

A mis nietos Eduardo, Luana,
Valentina, Valeria, Camila, Mikaela,
Paulo Andre, Letizia

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo por darme la oportunidad de concluir mi doctorado en Administración.

A los docentes de esta casa de estudios y mis compañeros de promoción por compartir sus conocimientos y sobre todo su experiencia en los fructíferos debates que hemos participado.

A la Dra. Teresa Narváez por su dedicación y consejo como asesora de tesis.

A EsSalud Tacna por el apoyo incondicional que se me dio durante el desarrollo de mi trabajo de Tesis

A Paulo y Mónica por su apoyo incondicional en el desarrollo de la tesis.

A mi familia y amigos que siempre estuvo pendientes de la culminación de mi doctorado.

Acta de aprobación de la tesis

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : P07-PP-FR-02.02 Versión : 30 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don Fabio Romeo PACA PANTIGOSO, cuyo título es: "Efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes, de un Hospital de Tacna, año 2019"

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15 (número) Quince (letras).

Lima, San Juan de Lurigancho, 17 de enero del 2020


.....
Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres
PRESIDENTE


.....
Dr. Hugo Prado López
SECRETARIO


.....
Dra. Teresa Narváez Aranibar
VOCAL

Eaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
--------	----------------------------	--------	--	--------	-----------

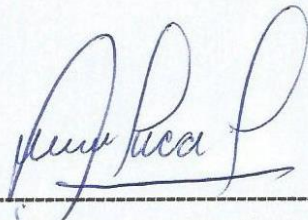
Declaratoria de autenticidad

Yo, Flabio Romeo Paca Pantigoso con DNI N° 01212856 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, unidad de Posgrado, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

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

Lima, 17 de enero del 2020.



Flabio Romeo Paca Pantigoso
DNI 01212856

INDICE

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGREDECIMIENTO	iii
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
INDICE	vi
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
RESUMO	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MÉTODO.....	29
2.1 Tipo y diseño de investigación	29
2.2. Operacionalización de las variables.....	30
2.3. Población, muestra y muestreo	31
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	33
2.5. Procedimiento	35
2.6. Método de análisis de datos	36
III. RESULTADOS.....	37
3.1. Percepción de la atención humanizada por servicios.....	37
3.2. Impacto de la capacitación en la atención humanizada	41
3.3. Análisis comparativo para la percepción de la atención humanizada.....	45
IV. DISCUSIÓN	52
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES	59
VII. PROPUESTA.....	60
REFERENCIAS.....	62
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable atención humanizada de salud	31
Tabla 2. Escala para el coeficiente de confiabilidad	35
Tabla 3. Alfa de Cronbach para la variable atención humanizada de la salud	35
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la atención humanizada de la salud	37
Tabla 5. Percepción de la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019	38
Tabla 6. Percepción de la atención técnico científica humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019.....	39
Tabla 7. Percepción de las relaciones interpersonales en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019	39
Tabla 8. Percepción del entorno en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019	40
Tabla 9. Impacto de la capacitación en la atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019.....	41
Tabla 10. Impacto de la capacitación en la atención técnico-científica humanizada del Hospital III de Tacna - 2019	42
Tabla 11. Impacto de la capacitación en las relaciones interpersonales para una atención humanizada en los servicios del Hospital III de Tacna - 2019	43
Tabla 12. Impacto de la capacitación en el entorno de una atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019.....	44
Tabla 13. ANOVA para la atención humanizada de la salud.....	46
Tabla 14. ANOVA de la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud	47
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud	48
Tabla 16. ANOVA para la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud	49
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud.....	49
Tabla 18. ANOVA para la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud	51
Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud.	51

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de humanización	22
Figura 2. Dimensiones del modelo de humanización.....	24
Figura 3. Cultura humanista	25
Figura 4. Percepción de la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019.....	38
Figura 5. Percepción de la atención técnico científica humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019	39
Figura 6. Percepción de las relaciones interpersonales en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019	40
Figura 7. Percepción del entorno en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019	41
Figura 8. Impacto de la capacitación en atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019	42
Figura 9. Impacto de la capacitación en la atención técnico - científica humanizada del Hospital III de Tacna - 2019	43
Figura 10. Impacto de la capacitación en las relaciones interpersonales para una atención humanizada en el Hospital III de Tacna - 2019	44
Figura 11. Impacto de la capacitación en el entorno de una atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019.....	45
Figura 12. Interacción del servicio y la capacitación en la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna - 2019	46
Figura 13. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019.....	48
Figura 14. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019.....	50
Figura 15. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019	51

TABLA DE ANEXOS

Anexo 1. <i>Tabla de especificaciones para atención humanizada de los pacientes</i>	67
Anexo 2. <i>Operacionalización de la variable percepción de la atención humanizada de los pacientes</i>	68
Anexo 3. <i>Matriz de consistencia de la investigación efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes, de un Hospital de Tacna, año 2019</i>	69
Anexo 4. <i>Matriz de evidencias internas para la discusión</i>	70
Anexo 5. <i>Cuestionario percepción de la atención humanizada de los pacientes</i>	71
Anexo 6. <i>Acta de aprobación de originalidad de tesis</i>	73
Anexo 7. <i>Resultados de similitud de Turnitin</i>	74
Anexo 8. <i>Dictamen final</i>	75
Anexo 9. <i>Autorización de EsSalud</i>	77
Anexo 11. <i>Autorización de la versión final del trabajo de investigación</i>	78

RESUMEN

La investigación tiene como título “Efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes, de un Hospital de Tacna, año 2019”. Considerando la realidad problemática y la teoría de Donavedian, A. (1995), nos hemos propuesto el objetivo general de determinar el efecto de la capacitación y tipo de servicio en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, es de tipo aplicada, con un diseño experimental; donde el diseño de tratamiento es un factorial de 2x2, conducido bajo un diseño experimental completamente al azar. Se utiliza una encuesta, que evalúa tres dimensiones o aspectos de la variable, atención humanizada a los pacientes: técnico científico, relaciones interpersonales y entorno de la atención. Utilizamos un cuestionario que fue elaborado por el investigador y que se aplicó a 200 pacientes de emergencia y 199 del programa del adulto mayor en el Hospital III de Tacna. Los datos fueron procesados con el software SPSS v24, donde se obtuvo que, entre un rango de 20 a 100 puntos, en promedio para emergencia antes de la capacitación el resultado es de 54.94 puntos y después de la capacitación el puntaje se incrementa a 73.60. En cambio, en el Programa del adulto mayor el promedio fue más alto 74.72 antes de la capacitación y 94.39 después de la capacitación, observándose un incremento de aproximadamente 20 puntos. Luego del ANOVA se llega a la conclusión de que los servicios tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes del Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 600.194$, Sig. = 0.000. Además, se determina de que existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 535.753$, Sig. = 0.000; y no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.375$, Sig. = 0.541.

Palabras claves: Atención humanizada de salud, servicio, capacitación, paciente.

ABSTRACT

The research is entitled "Effect of training and type of service in humanized patient care, of a Tacna Hospital, 2019". Considering the problematic reality and the theory of Donavedian, A. (1995), we have set the general objective of determining the effect of training and type of service in improving the humanized care of patients in a Tacna Hospital, during the year 2019. The research has a quantitative approach, is of applied type, with an experimental design; where the treatment design is a 2x2 factorial, conducted under a completely randomized experimental design. A survey is used, which evaluates three dimensions or aspects of the variable, humanized patient care: scientific technician, interpersonal relationships and care environment. We used a questionnaire that was prepared by the researcher and was applied to 200 emergency patients and 199 of the elderly program at the Hospital III of Tacna. The data was processed with the SPSS v24 software, where it was obtained that, between a range of 20 to 100 points, on average for emergency before training the result is 54.94 points and after training the score is increased to 73.60. In contrast, in the Senior Adult Program the average was higher 74.72 before training and 94.39 after training, with an increase of approximately 20 points. After ANOVA, it is concluded that the services have an effect on the improvement of humanized care for patients of the Tacna Hospital, during the year 2019, with an $F_c = 600,194$, $Sig. = 0.000$. In addition, it is determined that there is a significant difference between the perception that patients have before and after training with an $F_c = 535.753$, $Sig. = 0.000$; and there is no interaction, between type of service and training with an $F_c = 0.375$, $Sig. = 0.541$.

Keywords: Humanized health care, service, training, patient

RESUMO

A pesquisa é intitulada "Efeito do treinamento e tipo de serviço no atendimento humanizado ao paciente, de um hospital de Tacna, ano de 2019". Considerando a realidade problemática e a teoria de Donavedian, A. (1995), estabelecemos o objetivo geral de determinar o efeito do treinamento e do tipo de serviço na melhoria do atendimento humanizado aos pacientes em um hospital de Tacna, durante o ano de 2019. A pesquisa possui abordagem quantitativa, é do tipo aplicada, com delineamento experimental; onde o desenho do tratamento é um fatorial 2x2, conduzido sob um desenho experimental completamente aleatório. Utiliza-se uma pesquisa que avalia três dimensões ou aspectos da variável assistência humanizada ao paciente: técnico científico, relações interpessoais e ambiente de atendimento. Utilizamos um questionário elaborado pela pesquisadora e aplicado a 200 pacientes de emergência e 199 do programa de idosos do Hospital III de Tacna. Os dados foram processados com o software SPSS v24, onde foi obtido que, entre uma faixa de 20 a 100 pontos, em média para emergências antes do treino, o resultado é 54,94 pontos e após o treinamento a pontuação é aumentada para 73,60. Por outro lado, no Programa para Adultos Idosos, a média foi superior a 74,72 antes do treinamento e 94,39 após o treinamento, com um aumento de aproximadamente 20 pontos. Após a ANOVA, conclui-se que os serviços afetam a melhoria do atendimento humanizado a pacientes do Hospital Tacna, durante o ano de 2019, com $F_c = 600.194$, $Sig. = 0,000$. Além disso, é determinado que há uma diferença significativa entre a percepção de que os pacientes têm antes e após o treinamento com $F_c = 535.753$, $Sig. = 0,000$; e não há interação entre tipo de serviço e treinamento com $F_c = 0,375$, $Sig. = 0,541$.

Palavras-chave: Assistência humanizada à saúde, serviço, treinamento, paciente.

INTRODUCCIÓN

Las expresiones de disconformidad, son generalizadas, con los servicios en los Centros de Salud, por la atención deficiente, fuerte presión de la demanda para servicios escasos, equipos obsoletos y deteriorados, falta de materiales, infraestructura inadecuada y tugurizada; a lo que podemos sumar, el trato displicente de los profesionales de la salud con sus pacientes, que muchas veces se convierte en maltrato, tiempo reducido de atención del médico por la fuerte demanda, o por los trabajos paralelos de estos profesionales. En resumen, se va configurando la percepción de una prestación de servicios de salud deficiente y deshumanizada.

Rojas (2013), indica que la deshumanización no es patrimonio del sector salud, también se manifiesta en otros servicios sociales como la educación, justicia, entre otros. En salud se enfrenta una grave crisis porque se ha perdido de vista al ser humano, por la masificación y la cosificación del sujeto, poniendo en riesgo la vida de seres humanos. Cuando enfermamos, esperamos que en los Centros de Salud comprendan nuestro dolor y reconozcan en nosotros a un ser humano en forma holística y no solo como una patología, o una historia clínica, porque somos seres que sienten dolor, pero que también somos afectivos, pensamos y tenemos derechos.

Esta reflexión es necesaria y urgente, porque cada vez se da mayor importancia a los aspectos técnico-científicos, considerando al usuario como un objeto sin sentimientos, es decir como una cosa al que se le da un trato apresurado y superficial; hay un manejo inadecuado del dolor y descuido de aspectos psicológicos que son fundamentales. La comunicación por lo general es nula o confusa, utilizando terminología poco accesible para el paciente. Las instituciones deben analizar sus problemas y plantear estrategias, que garanticen un trato humanizado de los servicios de salud.

Humanizar los servicios de salud implica que los profesionales de la salud tengan una actitud mental, afectiva y moral, que le permita cambios positivos en sus propios esquemas mentales, para una mejora continua en sus intervenciones, que este orientada a que los pacientes se sientan protegidos, bien atendidos y en un ambiente de confianza y armonía. Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar. (Spinsanti, 1998).

Las personas que se inclinan por ser profesionales de la salud tienen como características: el tener un profundo sentido humano, están comprometidos con las personas vulnerables, predispuestos a dar y recibir con una gran apertura y que además comprenden el mundo interior, su mundo y su cultura de las personas que sufren. Cuidar es una tarea indefectiblemente humana; sin esperar a cambio unas gracias del paciente o su entorno, el profesional médico espera el bienestar de sus pacientes. (Pelluchon, 2013, pág. 247).

Martins J, y otros (2008), señalan que en el proceso de humanizar la salud se confrontan dos culturas antagónicas (...). De una parte, la necesidad de resultados técnico-científicos eficaces y tangibles y de otra el respeto por la autonomía y los derechos fundamentales del ser humano.

Bermejo (2014), señala que humanizar son las acciones que se efectúa para promover, prevenir y resguardar la salud, curar las enfermedades garantizando un ambiente que promueva una vida sana a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Señala también que humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, darle sentido a la existencia del ser humana y permitirle su desarrollo integral como persona. Para humanizar los servicios de salud, debemos considerarlo como un proceso complejo, que tenga en cuenta a la persona humana como un todo, que tiene que ver con su cultura, la política, la estructura sanitaria, las características de la formación profesional de los agentes de la salud, los planes y protocolos del cuidado en los centros de salud, la infraestructura, tecnología; entre muchos otros aspectos. Para humanizar los servicios de salud será necesario promover y proteger la salud garantizando ambientes que motiven una vida sana y armoniosa a nivel del cuerpo y la salud, su aspectos emotivos, sociales y espirituales. (p 12).

A nivel internacional países como España, Colombia, Brasil, México vienen promoviendo políticas de estado con la finalidad de disminuir la deshumanización en la atención sanitaria; basados en trabajos de investigación que exploran las percepciones y necesidades de los usuarios internos y externos, respecto a la humanización de los servicios de salud.

En el Perú, la Constitución Política manda que todos los peruanos tenemos derecho a que el Estado proteja, promueva y defienda la salud de las personas, la familia y toda la comunidad. En el marco Institucional del Acuerdo Nacional (2015) se han establecido las bases de las políticas que permitan un cambio positivo del sector salud en el Perú:

- Se debe mejorar la cobertura y calidad de los servicios del sistema de salud, basada en una gestión transparente y eficiente; que tenga como centro a la persona como ser humana.
- Cobertura en el sistema de salud con recursos humanos competentes y satisfechos en sus necesidades personales, sociales y profesionales.
- Infraestructura y equipamiento adecuado y oportuno para ofertar servicios de salud con sentido humano.
- Programas de capacitación sostenida, oportuna y eficiente para el personal de salud; que garantice un servicio de calidad y con calidez humana.

El Ministerio de Salud tiene como uno de sus lineamiento de política, el desarrollo humano de sus trabajadores con respeto y dignidad, para lo cual realiza grandes esfuerzos; sin embargo, la calidad de la atención aún no es satisfactoria para los usuarios, en el estudio anual realizado por la Universidad de Lima (2015), la población señala que la atención es de baja calidad, percepción que al ser comparada con los años anteriores se determina que en los hospitales del MINSA, se tiene una tendencia a seguir descendiendo en la calidad de atención.

Los ambientes en hospitalización y emergencia son insuficientes y reducidos en el Hospital de Tacna, lo que genera una acumulación de una demanda insatisfecha de sus pacientes, como consecuencia de que la capacidad resolutive no responde oportunamente. Poniendo de manifiesto que la infraestructura, equipamiento y recursos humanos no es suficiente; se agudiza el hacinamiento en los diferentes ambientes hospitalarios, los equipos médicos tienen un funcionamiento inadecuado por el tiempo de uso y falta de mantenimiento, insuficiente e inoportuno abastecimiento de insumos y medicamentos, digitalización de las historias clínicas, implementación adecuada y suficiente de tecnología informática, atención oportuna de las citas de los pacientes.

En nuestro país se realizan muy pocos trabajos de investigaciones referentes a la humanización del usuario interno y externo; sin embargo procedemos a revisar algunos antecedentes, que nos acerca a la realidad y al mismo tiempo nos sirven de referente, para nuestro trabajo de investigación.

Rivera, L.; Triana, Á. (2007), efectúan un estudio cuantitativo, con un diseño de tipo no experimenta, de nivel descriptivo, en una muestra de 274 pacientes; tuvo como objetivo conocer la manera de proceder de las enfermeras en el cuidado humanizado de pacientes

hospitalizados y a sus acompañantes en la Clínica del Country. Los resultados nos muestran que el 86.7% de las pacientes señalan que las enfermeras siempre tienen un cuidado humanizado. Del comportamiento humanizado de la enfermera destacan las siguientes características: disposición para la atención 85.4%, prioriza a la persona 89.5%, considera los sentimientos del paciente 87.6%, apoyo emocional 79.6%, hace empatía con el paciente 77.7%, proactividad 80.5% y cualidades personales de la enfermera 89.4%.

Romero, E.; Contreras, I.; Pérez, Y.; Moncada, A.; Jiménez, V. (2013), tienen como objetivo de su investigación, conocer la percepción de las enfermeras en pacientes hospitalizados sobre el cuidado humanizado. El trabajo se realiza en una muestra de 132 pacientes hospitalizados, donde el 54.5% fueron mujeres; la edad promedio fue 51 años. La investigación fue de cohorte transversal y de nivel descriptivo. Se usa la técnica de la encuesta sociodemográfica y el cuestionario de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” PCHE. Se obtuvo como resultado que el estado de salud predominante fue el estable con 72%; el tiempo promedio de hospitalización fue de 11,5 días. En cuanto a la percepción sobre el cuidado humanizado fue que siempre en 55,4%, casi siempre 35%, algunas veces 7.9% y nunca 1.7%. Las categorías del cuidado humanizado que mejor fueron evaluadas son: priorizar al ser humano con el 58.8%, apoyo emocional al paciente 57,5% y disponibilidad para la atención 56,2%.

Gaitán, E.; Flórez, S. (2014), el objetivo de la investigación fue la implementación de la humanización en el Hospital de Fontibón. Los datos se logran a través de entrevistas a funcionarios de la alta dirección y encuestas al personal asistencial y los usuarios. Los resultados de la investigación fueron la base para establecer los lineamientos estratégicos en el plan de humanización del hospital, con la finalidad de implementar acciones que optimicen la atención a los pacientes del servicio de emergencia.

Guerrero, R.; Meneses, M.; De La Cruz, M. (2015), detallan como objetivo de la investigación el conocer del cuidado humanizado del profesional en Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión; el trabajo tiene como sustento teórico a Jean Watson. En el estudio se consideró a toda la población de Enfermeros que fue de 46 profesionales. Los resultados señalan que los enfermeros de este Hospital ofrecen un regular cuidado humanizado en un 52%, y solo ofrecen un alto cuidado humanizado el 26%. Por lo tanto, se concluye que el cuidado humanizado del profesional de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión es de regular para abajo.

Correa M. (2016), reflexiona sobre diferentes aspectos vinculados a la atención humanización de los servicios de salud, precisando sobre la responsabilidad que tienen los actores del sistema de salud, en ofrecer una atención integral al paciente y sus familiares que deben tener una participación activa y comprometida. Se señala que el personal de salud prioriza de aspectos técnicos, la eficiencia y el costo en los servicios de salud, en lugar de la prestación de un servicio que tenga como eje al ser humano. Los profesionales gestores de salud deben tener una visión holística y una conducta ética para contribuir a humanizar los servicios de salud. La investigación concluye desde la perspectiva de los usuarios que la atención ofertada por los profesionales de la salud, no está orientada al servicio del ser humano, especialmente en su integridad; donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible.

Rojas, V. (2019), centra su trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), señala que desde los años 50, los profesionales de esta área han tenido un trabajo sacrificado y excepcional dando esperanza y ofreciendo nuevas oportunidades a pacientes en grave riesgo y con diversas patologías de gravedad. El desarrollo de la especialidad y de la tecnología ha permitido la disminución de la mortalidad, y hoy quienes ingresan a estas unidades, tienen altas probabilidades de sobrevivir. Sin embargo, el avance tecnológico – médico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no ha ido de la mano con el avance en el desarrollo de habilidades no técnicas, en los equipo de salud, tales como el cuidado humanizado que priorice al ser humano, apoyo emocional al paciente y sus familiares, disponibilidad para la atención, información y comunicación adecuada y oportuna; garantizando de este modo una atención integral, en un contexto de crisis, que es el que se vive en un ambiente de hospitalización en una UCI.

Espinoza L, Huerta K, y Colaboradores (2010), esta es una investigación sobre el cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud de Huacho, los resultados muestran que el 44% de paciente perciben que algunas veces se les da apoyo en el cuidado, en un 47,7% el apoyo emocional, en un 35,4% apoyo físico. En cuanto a los profesionales en Enfermería, se perciben que ayuda en un 32,2% las cualidades del enfermero(a), en un 30,8% facilita la proactividad del enfermero(a), en un 52,3% la empatía que genera con el paciente y en un 55,4% la disponibilidad del enfermero(a) en el cuidado; finalmente, en un 36,9% señalan que nunca percibieron una priorización en su cuidado. Se

concluye, que los profesionales en enfermería ofrecen un cuidado humanizado de baja calidad a los pacientes.

La capacitación es una actividad que debe ser planeada, desde las necesidades reales de la organización; con la finalidad de facilitar un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador; generando de este modo el crecimiento de los trabajadores. Para alcanzar el mejoramiento continuo de la organización, es necesario que todos sus integrantes participen en la planificación del proceso de capacitación, como elementos vivos de la cultura de la empresa; así como ser promotores del cambio y su crecimiento individual y del desarrollo de la empresa (Siliceo, 2006, p.27).

Por otro lado, (Chiavenato, 2011, p.386), en su libro sobre administración de recursos, señala que la capacitación es un proceso educativo de corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, a través del cual las personas adquieren nuevos conocimientos y desarrollan habilidades y competencias para el logro de objetivos específicos. La capacitación implica la transferencia de conocimientos, el desarrollo de habilidades y competencias, moldear actitudes para el trabajo en aspectos de organización, de tareas y del ambiente. (Chiavenato, 2011, p.379), señala también que las personas tienen una gran capacidad para desarrollar nuevas habilidades, obtener información, aprender nuevos conocimientos, cambiar actitudes y conductas, así como desarrollar conceptos y abstracciones. Las organizaciones hacen uso de una serie de medios para desarrollar a las personas, agregándoles valor y promoviendo que adquieran nuevas aptitudes y habilidades para el trabajo. La capacitación permite que los colaboradores obtengan nuevos conocimientos o afiancen los que ya tienen, se motiven para tener actitudes positivas para la organización, desarrollen habilidades y competencias para ser más eficientes en sus labores dentro de empresa.

(Chiavenato. 2011, p.386), señala que la capacitación puede ayudar al desarrollo de hasta cuatro formas de cambio de la conducta, a través de:

- **La transmisión de información:** sobre el puesto de trabajo, la empresa, los productos y los servicios que oferta; de igual modo sobre la organización, políticas, reglas y reglamentos institucionales; así como la transferencia de nuevos conocimientos.
- **Desarrollo de habilidades,** destrezas y conocimientos que estén vinculados con el desempeño del puesto de trabajo o de funciones futuras.

- **Desarrollo o modificación de actitudes:** muchas veces es necesario la modificación de actitudes negativas de los trabajadores, para en lo posible transformarlas en actitudes positivas. Este es el caso de nuestro trabajo de investigación donde se pretende motivar y desarrollar la sensibilidad de los trabajadores de salud, para la prestación de un servicio más humanizado. El objetivo es que los trabajadores de salud adquieran nuevos hábitos y actitudes de atención humanizada a los pacientes.
- **Desarrollo de conceptos:** Chiavenato señala que la capacitación debe estar dirigida a que los trabajadores y funcionarios tengan la capacidad de abstraer y concebir nuevas ideas y filosofías; facilitando el desarrollo de gerentes que piensen en términos globales y amplios.

A su vez (Chiavenato. 2011, p.389), nos propone el siguiente proceso de elaboración de un plan de capacitación:

- La primera etapa consiste en conocer las necesidades de capacitación que requiere la organización. Considerando que se debe:
 - Identificar las carencias y errores críticos que se dan en el desarrollo profesional de los trabajadores.
 - Conocer la diferencia entre las necesidades reales de capacitación y lo que debería ser.
 - Tener información sobre los requerimientos de habilidades individuales o de grupo que deben desarrollar los colaboradores, que ayude a incrementar su eficiencia, y productividad.
- La segunda etapa consiste en elaborar y definir los instrumentos que se manejarán para evaluar la eficiencia y eficacia luego de la capacitación de los trabajadores.
- La tercera etapa consiste en determinar las estrategias de capacitación.
- Finalmente, se debe elaborar un plan de capacitación, que permita que los colaboradores de la empresa logren mayores conocimientos y herramientas que facilite el desarrollo de sus actitudes y habilidades para el beneficio de ellos y de la empresa. (p. 109).

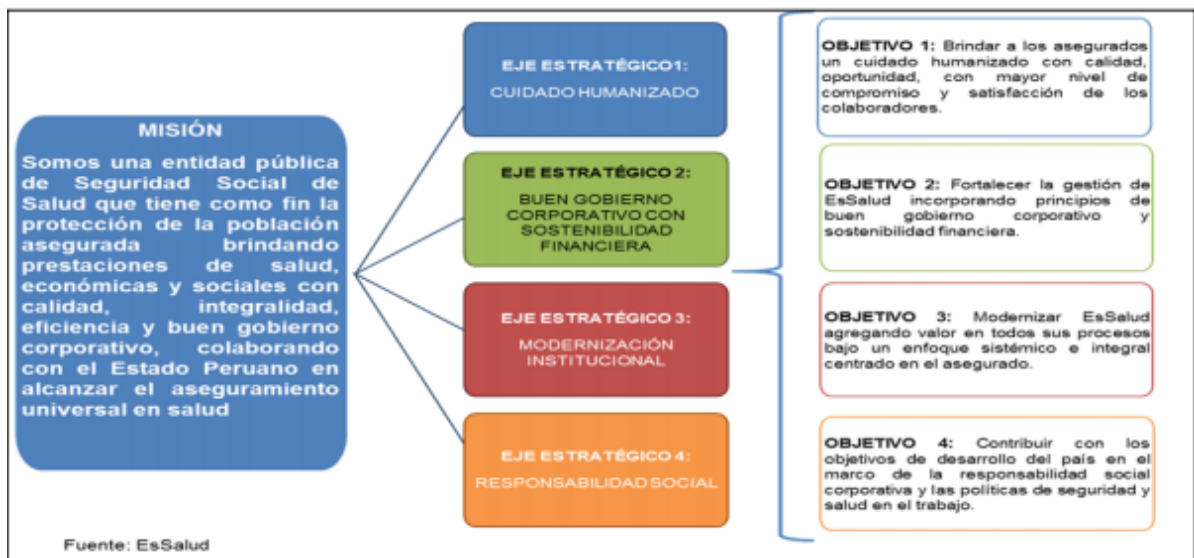
Flippo (1970), explica que la capacitación es una actividad que permite incrementar los conocimientos y pericia de un empleado para mejorar su desempeño en su puesto de trabajo. McGehee (1961) subraya que la capacitación abarca el desarrollo de todas las actividades, desde adquirir una habilidad motora hasta suministrar nuevos conocimientos

técnicos, pasando por el desarrollo de habilidades administrativas y actitudes frente a problemas sociales. Según la National Industrial Conference Board de Estados Unidos, la finalidad de la capacitación es el de que los empleados tengan la posibilidad de obtener nuevos conocimientos; además de que tengan la práctica y la conducta requerida por la institución y permita en todos los niveles alcanzar los objetivos de la empresa. Por otra parte, se señala que capacitar implica afianzar o desarrollar habilidades que permita al trabajador un mejor desempeño en sus actividades laborales (Desler y Varela, 2011, p.294). El autor coincide en que la capacitación en un proceso a través del cual los trabajadores desarrollan habilidades, aptitudes y conocimientos, para un desempeño eficiente y eficaz en sus puestos de trabajo.

La organización Mundial de la Salud define el hospital como parte de la organización médica social, teniendo como función el de proveer a la población atención médica holística, tanto preventiva como curativa; el servicio de consultorio externo debe incluir a la familia con la que habita en el hogar. El hospital también es un centro muy importante de investigación biosocial; además de ser un centro de capacitación y adiestramiento del personal que trabaja en salud.

A través del documento técnico, Programación de Actividades Asistenciales 2017; EsSalud, se define como una institución que pretende dar una efectiva prestación de servicios de salud a los asegurados, a través de una gestión eficiente, con altos estándares de calidad y uso de tecnologías sanitarias e investigación en el marco de la humanización de la atención, implementando de esta manera políticas sanitarias seguras y efectivas en favor del asegurado.

EsSalud considera como su primer eje estratégico el cuidado humanizado y como su primer objetivo el de brindar a los asegurados un cuidado humanizado con calidad, oportunidad, con mayor nivel de compromiso y satisfacción de los colaboradores.



Bernabé, W. (2012). En su investigación indica que se ha determinado que una de las mayores preocupaciones de los usuarios es el trato que recibe del personal desde el ingreso hasta su salida del Hospital III Daniel A. Carrión de la ciudad de Tacna; por lo tanto, se sienten insatisfechos por el servicio que reciben, al margen de la efectividad médica que reciben en el tratamiento.

Una gestión de calidad implica una mejora continua en los servicios que se oferta y la adecuación de la organización a las necesidades y expectativas de los asegurados, basados en el constante aprendizaje de sus propias experiencias y los nuevos retos que propone el avance de la ciencia y la tecnología. EsSalud - Tacna viene impulsando un conjunto de iniciativas que buscan desarrollar una cultura de atención humanizada de la salud para el asegurado, priorizando al ser humano como el centro de su atención. (Bernabé, 2012, p 4)

La medición es el punto de partida para la mejora de la calidad de los servicios, no se puede mejorar lo que no se mide, si no medimos lo que hacemos, no sabremos, si nuestras acciones son efectivas. Las relaciones interpersonales basadas en el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión, el compromiso personal, la manera de escuchar y comunicarse generan confianza y credibilidad; por lo tanto, si las relaciones interpersonales no son las adecuadas, aunque los servicios profesionales sean competentes, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. (Bernabé, 2012, p 5).

A continuación, analizaremos las teorías relacionadas a la humanización en los servicios de salud, donde Rojas et al (2013). Reconocen al menos tres ejes, para tratar sobre la humanización en los servicios de salud:

- El primero, es que ante la tragedia de una enfermedad es necesario el diálogo, el soporte emocional y espiritual, escuchar al paciente y darle consuelo.
- El segundo eje de la atención humanizada es cumplir con los deberes institucionales y respetar los derechos, la autonomía y la voluntad de los pacientes.
- Y el tercer eje de la atención humanizada de la salud es la calidad de las instituciones, donde el rol y la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud es fundamental.

Para asumir el cuidado humano se debe tener valores, voluntad, compromiso y conocimiento; de igual modo, se debe tener la disposición para efectuar acciones de cuidado y asumir las consecuencias que se deriven del cuidado (Cohen J.A., 1991, p 61).

En el Modelo de humanización del INC (2016), se señala que es necesario ofertar una atención centrada en el paciente y para ello parte del reconocimiento de la ruta de atención de pacientes con cáncer en sus diferentes etapas. Basado en este modelo se define un plan de humanización institucional que promueve intervenciones en cada etapa del proceso. Las necesidades de humanización más importantes que se identifican son la oportunidad en el diagnóstico, el desconocimiento de la ruta de atención; así como, una inadecuada comunicación de las malas noticias.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) ha identificado la trayectoria del cuidado en el paciente oncológico en cuatro fases: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control al superviviente y fase final de la vida; que se muestra en el modelo de humanización de la Figura 1.

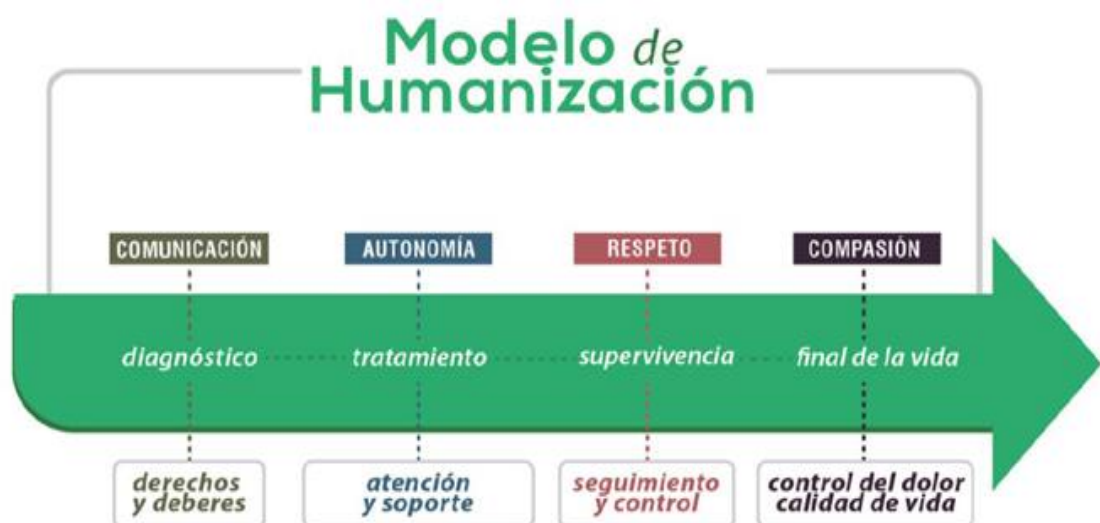


Figura 1. Modelo de humanización

- Se inicia el proceso de atención del paciente oncológico, con el diagnóstico y estratificación, etapa en la que se tipifica el estadio de la enfermedad, si está en fase temprana, local regional o avanzada.
- El tratamiento para el paciente con cáncer puede realizarse de manera ambulatoria u hospitalaria, dependiendo si es uni o multimodal con intervenciones quirúrgicas, quimioterapia y/o radioterapia.
- El seguimiento para verificar de manera oportuna las recaídas, con el fin de controlarlas o darles un mejor soporte para bienestar del paciente al final de la vida.
- Por último, cuidados paliativos, que tienen un papel fundamental no sólo en el manejo del dolor y el soporte al final de la vida, sino también para el manejo de síntomas asociados a la enfermedad o a los tratamientos en toda la ruta de la enfermedad.

El modelo de humanización define como su principal soporte los siguientes valores:

- Autonomía, que tiene que ver con el empoderamiento del paciente, para lo cual es necesario respetar el derecho del individuo a rehusar algún tratamiento, y de tomar su opinión en relación a las decisiones que se tomen respecto de su salud.
- Compasión, es necesario tomar conciencia del sufrimiento del paciente oncológico, por lo cual se debe usar todos los recursos posibles y disponibles, ya sea con intención curativa o paliativa de su tratamiento, y que este permita mitigar el sufrimiento.
- Comunicación, que facilite la interacción en la relación profesional - profesional y profesional - paciente, en el contexto de salud
- Respeto, por los derechos de los pacientes en especial a su dignidad humana, generando ambientes de confiabilidad y seguridad; aceptando las diferencias entre sus creencias, sexo y raza o tipo de cáncer, sin ningún tipo de condicionamiento.

El modelo de humanización tiene los siguientes principios orientadores:

- Confidencialidad: las personas del equipo de salud, deben garantizar el derecho fundamental a la intimidad de los pacientes; manteniendo la reserva sobre el estado de salud y la condición de la persona.
- Atención integral en salud, debe comprender las actividades, procedimientos y otras intervenciones asistenciales; en cualquiera de sus etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios.

- Seguridad, que debe garantizar las acciones preventivas necesarias en la prestación del servicio; minimizando el riesgo y evitando el peligro que pongan en riesgo la vida de las personas.
- Calidad y humanización en la atención de los pacientes, facilitando la accesibilidad, pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad en los servicios de salud; respetando su condición y dignidad humana, su contexto socio cultural, procedencia y su diversidad poblacional.

El modelo de humanización, tiene un enfoque integral enmarcado en el paciente y el personal del Centro de Salud. Para el paciente se tiene como prioridad la satisfacción de sus necesidades, y para el personal la mejora del bienestar laboral. Y, el objetivo en común es el fortalecimiento de la interacción entre los colaboradores de la salud y el paciente, facilitando el mejoramiento de la gestión de la salud. Las dimensiones del modelo de humanización son:

- Usuario interno o paciente, la prioridad es la atención de la salud, basada en las necesidades y satisfacción del paciente a nivel físico, emocional, espiritual, intelectual y social.
- Usuario externo o personal, que está basada en la preparación, formación y desempeño de los profesionales en salud; enmarcada en una cultura de cuidado humanizado de la salud, provista de sólidos valores y principios deontológicos.



Figura 2. Dimensiones del modelo de humanización

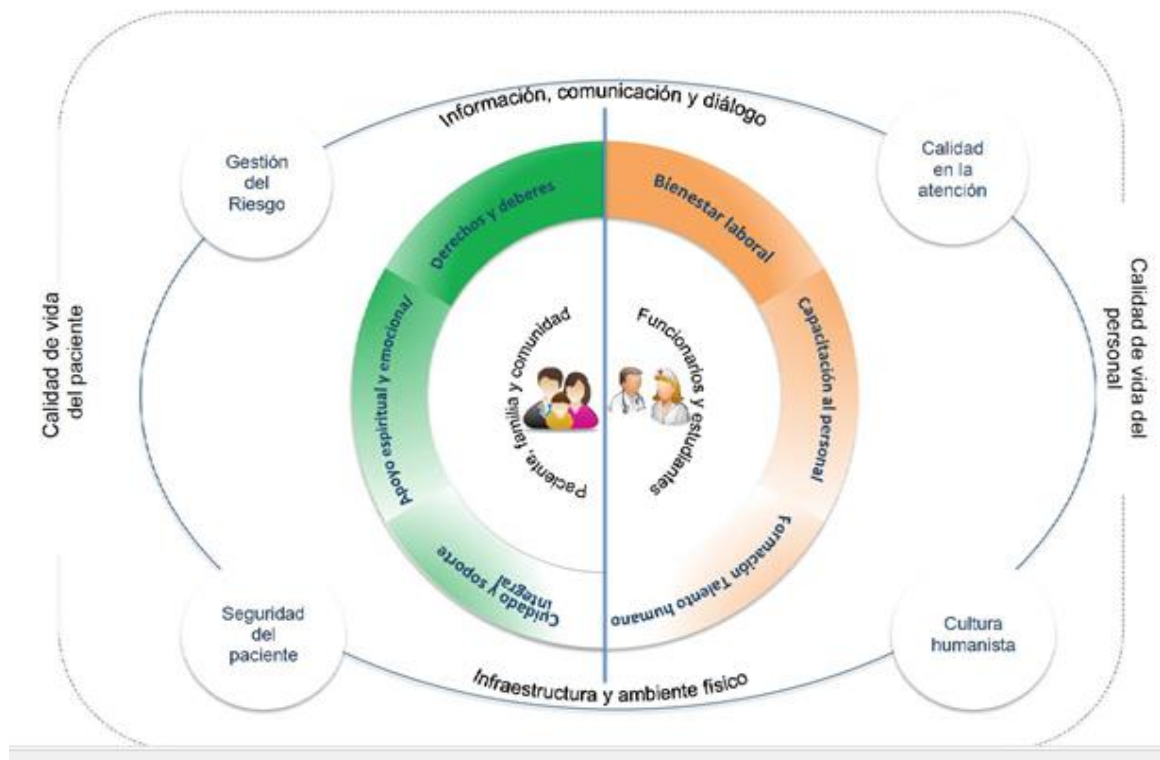


Figura 3. Cultura humanista

Donabedian, A. (1995), considera que se alcanza la calidad en la atención médica cuando se utiliza la tecnología y la ciencia, con la finalidad de maximizar los beneficios para la salud de las personas y minimizar los riesgos en el proceso de atención de los servicios de salud. Concluye, indicando que se logra la calidad cuando la atención suministrada logra el equilibrio más favorable entre el riesgo y el beneficio para el usuario. Se define las siguientes dimensiones: técnico-científica, relaciones interpersonales y contexto o entorno.

Dimensión técnico - científica, son los conocimientos científicos y la aplicación de las técnicas adecuadas que señalan los protocolos y guías de atención. Los indicadores fundamentales a considerar de esta dimensión son:

- Efectividad, que es cuando se alcanza resultados positivos en la salud del paciente.
- Eficacia, que es cuando se logra los objetivos en el servicio de salud requerido.
- Eficiencia, utilización adecuada de los recursos para obtener los resultados esperados.
- Continuidad, es la prestación del servicio en forma ininterrumpida y sin la repetición innecesaria.
- Seguridad, para minimizar los riesgos y optimizar los beneficios para la salud del paciente.

- Integralidad, que la atención sea holística para el paciente y su entorno familiar y acompañantes.

La dimensión técnico-científica es difícil de ser evaluada por el usuario, salvo la percepción de su estado de salud; por lo cual es el Estado, las Instituciones de Control de Calidad y los Colegios Profesionales deben verificar que los Centros de Salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a los usuarios una atención humanizada y de calidad.

Dimensión humana en la relación interpersonal, en la relación interpersonal que se establece entre el proveedor y el usuario de los servicios de salud, es para garantizar la salud de las personas, considerando por sobre todo la dimensión humana; que debería tener las siguientes características fundamentalmente:

- Respeto por las decisiones del paciente, su intimidad, su privacidad, su cultura y las características propias de cada persona.
- Se debe alcanzar a los pacientes y sus familiares información entendible, veraz, oportuna y completa.
- Se debe estar atento a las necesidades y demandas de las usuarias.
- La atención que se le ofrece al paciente debe ser cordial, cálida y empática.
- Los profesionales y trabajadores de la salud deben mostrar en su conducta con los pacientes valores y principios ético-deontológicos.

Dimensión del entorno, está referido a la infraestructura, equipamiento y recursos que tiene la organización, permitiendo ofertar una mejor prestación de los servicios de salud; en condiciones de salubridad, higiene y ambientación, generando un nivel de confort adecuado para el usuario. En la relación prestador– consumidor, se debe garantizar un servicio de salud que como mínimo, oferte:

- Comodidad
- Ambientación
- Limpieza
- Orden, y
- Privacidad.

Según Ishikawa y Cárdenas (2003), indican que el número y calidad de los compromisos definen la calidad de un hombre. Debemos estar siempre atentos a la forma

como nos manejamos, como cultivamos nuestras virtudes y como nos interrelacionamos. Para alcanzar la calidad humana, debemos considerar el cumplimiento del Código de cortesía, que comprende: 1) Saber escuchar y aprender; 2) Ser amable al escuchar y saber agradecer; 3) Atender y evitar discutir; 4 Disposición a sonreír; 5) Dar el mismo trato a otras personas, que el que quisiera para sí mismo, o para los suyos; 6) Pedir siempre "Por Favor"; 7) Ante las dificultades se debe tener dominio de sí mismo,; 8) Debemos respetar a los demás, si queremos que nos respeten; 9) Ser pacientes en la espera; 10) Siempre de las gracias.

Según Aguilar (2008), en este mundo globalizado nuestro interés es por la calidad de los sistemas, de los procesos, de los productos y de los servicios; pero vamos dejando u olvidando la calidad humana y la calidad de vida. Entendiendo que la calidad humana se manifiesta cuando nuestros vínculos con los demás son fundamentales; es triste no tener con quien comentar la lectura de un libro y, es doloroso no tener a una persona a quien abrirle el corazón, cuando uno está preocupado.

Según Mendoza (2008), la ley general de la calidad humana se construye sobre un trípode: el interés, el desapego y el silencio interior; donde cada uno de esos aspectos implica a los otros dos. Sabiduría, que es necesaria para conducir todas las actividades del hombre, sean estas individuales o colectivas; cultivando las ciencias, la tecnología, el arte, la religión y muchos otros ámbitos del quehacer humano. La calidad humana es más necesaria cuando ya no disponemos de proyectos de vida que nos de esperanza. Se señala las siguientes dimensiones:

Considerando la realidad problemática y la teoría de Donavedian, A. (1995), nos proponemos analizar el efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes de un Hospital de Tacna. Considerando el siguiente problema general: ¿La capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada de los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019? y los siguientes problemas específicos:

- ¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico-científicos de la atención humanizada de los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019?
- ¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019?

- ¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019?

Desde Donavedian, A. (1995), quien fundamenta que la atención de la salud debe estar dentro de parámetros de calidad, se han ensayado varios métodos, procedimientos e instrumentos que faciliten la evaluación de los servicios de salud, tanto desde la óptica del proveedor, como la del paciente; sin embargo, veo dos problemas: el primero que son cuestionarios demasiado extensos, que dificultan la toma de información y su procesamiento, y segundo que hay un sesgo por los aspectos biomédicos y otros aspectos tangibles. En el presente trabajo de investigación nos proponemos elaborar una metodología que sea funcional, pero que al mismo tiempo cumpla con una rigurosidad científica y holística, incorporando las relaciones interpersonales proveedor- paciente con un rostro humano.

El aporte de la investigación está en la elaboración de un instrumento de evaluación de los servicios de salud que sea práctico y fácil de ser aplicado y procesado; de modo que pueda ser utilizado en forma cotidiana en el Hospital de Tacna, para diagnosticar el nivel del servicio humanizado que se ofrece en este Centro de Salud. La contribución metodológica de la investigación está en, desarrollar en forma práctica una secuencia metodológica, para determinar la validez y confiabilidad de un instrumento de investigación; que servirá de referencia a otras investigaciones con una problemática similar. Este trabajo de investigación pretende servir de referente para futuros estudios que se realicen sobre servicios de salud humanizados. Así mismo, se pretende contribuir con otros Centros de Salud que deseen evaluar el nivel del servicio humanizado que se ofrece en este Establecimiento.

Para la investigación nos planteamos la siguiente hipótesis general: La capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019. Y como hipótesis específicas las siguientes:

- La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico-científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.
- La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.
- La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.

El objetivo general de este trabajo de investigación es el de determinar si la capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019. Los objetivos específicos son:

- Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico- científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.
- Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.
- Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo. Hernández, Fernández y Baptista (2014) indica que: “El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio” (p. 4). Por lo tanto, para que nuestra investigación sea exitosa estamos siguiendo todas las etapas de una investigación cuantitativa desde la concepción de la idea, su planeamiento y posteriormente en la recolección, procesamiento, análisis e interpretación de los datos, hasta la redacción del informe de la investigación. (Valderrama, 2013, p. 164), dice que la investigación aplicada se encuentra ligada con la investigación básica, porque depende de los hallazgos y aportes teóricos de la investigación básica, para efectuar la investigación aplicada en la solución de los problemas concretos en un tiempo y espacio concretos. En nuestro caso la investigación es de tipo aplicada, puesto que aplicaremos la teoría de “calidad de atención a la salud” de Donavedian, A. (1995), a la problemática de la atención de salud de un Hospital en Tacna.

Esta es una investigación con diseño experimental, donde el diseño de tratamiento, es un factorial de 2x2, conducido bajo un diseño experimental completamente al azar; bajo el siguiente modelo matemático:

$$X_{ijk} = \mu + S_i + C_j + SC_{ij} + \varepsilon_{ijk}$$

Donde:

X_{ijk} = Percepción de la atención humanizada (Variable de respuesta)

μ = Promedio de la variable de respuesta

S_i = Efecto del factor tipo de servicio ($i = 1, 2$)

C_j = Efecto del factor capacitación ($j = 1, 2$)

SC_{ij} = Efecto de la interacción de los factores tipo de servicio y capacitación

ε_{ijk} = Error experimental debido a los factores no controlados por el diseño ($k = 1, 2, 3, \dots, r_{ij}$)

2.2. Operacionalización de las variables

Se utiliza una encuesta, que evalúa tres dimensiones o aspectos de la atención humanizada a los pacientes: técnico científico, de las relaciones interpersonales y del entorno de la atención. Utilizaremos un cuestionario que es elaborado por el investigador y que será aplicado a los pacientes en el Hospital de la ciudad de Tacna.

Definición conceptual

“La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”. (Donavedian, A. 1995)

Definición operacional

Para la medición de la variable “atención humanizada de los servicios de salud”, se utiliza un instrumento que consta de 20 preguntas distribuidas en tres dimensiones y 14 indicadores. La escala utilizada es la de Likert con 5 alternativas de respuesta: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre. El puntaje por encuesta podrá fluctuar entre 20 a 100.

Tabla 1. Operacionalización de la variable atención humanizada de salud

Variable/Dimensiones	Indicadores	ítems	Niveles o rangos
Atención humanizada		1 a 20	Deficiente [20 a 47] Regular [48 a 74] Buena [75 a 100]
Técnico - científica	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad • Continuidad • Seguridad • Integralidad 	1 2 3, 4 5	Deficiente [5 a 12] Regular [13 a 18] Buena [19 a 25]
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Información • Interés manifiesto • Amabilidad • Ética 	6, 7 8, 9 10,11 12, 13 14, 15	Deficiente [10 a 24] Regular [25 a 37] Buena [38 a 50]
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Orden • Privacidad • Comodidad • Equipamiento • Limpieza 	16 17 18 19 20	Deficiente [5 a 12] Regular [13 a 18] Buena [19 a 25]

2.3. Población, muestra y muestreo

La población es un todo y una muestra es una fracción o segmento de ese todo, en estadística se suele recoger datos a través de una muestra, que luego de procesarla, analizarla e interpretarla, se utiliza esta información, para hacer inferencias sobre toda la población. (Levin y Rubin, 2004, p. 9)

La producción asistencial del mes de junio del año 2019 es de 29,139 pacientes en el Hospital III de Tacna, de la cual se tomará una muestra de 400 pacientes, calculado con la siguiente formula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N = Total de la población (29139)

Z = Distribución Z (1.96)

E = Margen de error del estimador con respecto al parámetro

p = Proporción de éxito en “n” ensayos (0.5)

q = Proporción de fracaso en “n” ensayos (1-p)

α = probabilidad de error (4.4%)

n = Tamaño de muestra

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 29139}{(0.05^2 * 29138) + (1.96 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = 400$$

El muestreo estratificado es un método que consiste en seleccionar una muestra de una población por estratos (grupos) en forma aleatoria y donde todos sus elementos tienen igual probabilidad de ser seleccionados en cada estrato. (Levin, et al, 2004, p. 257). El método de muestreo que se utilizará para la selección de la muestra será el estratificado de 2 estratos, considerando los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Ser pacientes del Programa del adulto Mayor que se atienden en el Hospital III de Tacna, desde el mes de enero del 2019.
- Haber sido paciente en emergencia durante el año 2019 en el Hospital III de Tacna.

Criterios de exclusión

- Si el paciente por propia voluntad no desea ser incluido en la muestra
- Niños menores de 18 años

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

2.4.1. Técnica

En esta investigación usaremos la encuesta, que es una técnica de recolección de datos que permite tener contacto con las unidades de observación, siguiendo un conjunto de reglas y procedimientos, para obtener información referente a opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias.

2.4.2. Instrumento

El instrumento de medición, es la herramienta que usa el investigador para registrar información o datos sobre las variables en estudio, en nuestro caso se utilizará como instrumento de investigación el cuestionario denominado “Atención humanizada” que nos permite medir la percepción que tienen los pacientes sobre tres dimensiones, 14 indicadores y 20 ítems. El cuestionario se construye a partir de la matriz de operacionalización de la variable y la tabla de especificaciones (ver anexo); para luego ser sometida a las pruebas correspondientes de validez y confiabilidad.

2.4.3. Validez

Según (Hernández, et al, 2014, p. 200), señala que cuando un instrumento mide efectivamente la variable que se pretende conocer, entonces este instrumento es válido para medir la variable. Este concepto es compartido por (Bernal, 2010 p. 247) quien señala que un instrumento de medición es válido cuando mide aquello que quiere medir, o, como afirma Anastasi y Urbina (1988), la validez “tienen que ver con lo que mide el cuestionario y cuanto bien lo hace” (p. 113). La validez puede examinarse de diferentes maneras, tales como: por su contenido, su validez de criterio y por su constructo; en esta investigación se considera únicamente la validez de contenido. La validez de contenido se refiere a la evaluación de la estructura, contenido y contextualización de un cuestionario a criterio de expertos (Hernández, et al, 2014, p. 201). El cuestionario de la variable “Atención humanizada de la salud”, se ha sometido al juzgamiento de tres expertos considerando los siguientes criterios de evaluación:

- **Pertinencia.-** El ítem refleja la formulación contenida en el concepto teórico.
- **Relevancia.-** El ítem está formulado para medir la dimensión específica del constructo o variable.

- **Claridad.-** El ítem esta formulado de forma concisa, exacta y directa para que sea entendido sin dificultad por el encuestado.

La evaluación de los expertos considera que el cuestionario “Atención humanizada de la salud” puede ser aplicado en la investigación

2.4.4. Confiabilidad

Un instrumento es confiable cuando mide con precisión lo que se quiere medir, cuando se aplica en condiciones normales de una población. Anastasi, 1982; Aiken, 1995 (citado en Aliaga, 2011, p. 92). Según (Hernández, et al, 2010, p 200), un instrumento de medición es confiable cuando su aplicación reiterada al mismo sujeto u objeto nos da los mismos resultados. Para (Alarcón 1991, p.300), señala que la confiabilidad expresa estabilidad y constancia de los puntajes, sin variaciones significativas, cuando se produce aplicaciones reiteradas del test. Finalmente, la confiabilidad para (Kerlinger, 2002, p.583) se produce por la ausencia de variaciones en las mediciones en un instrumento de medición.

Alfa de Cronbach, es un coeficiente ponderado entre la sumatoria de las varianzas de cada uno de los ítems y la varianza total de las sumas de los ítems; puede ser calculado con de las varianzas (alpha de Cronbach) o con las correlaciones de los ítems (Alpha de Cronbach estandarizado). En nuestra investigación usaremos la prueba estadística Alfa de Cronbach a partir de las varianzas que tiene la siguiente formula:

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

Donde:

k = Número de ítems

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de las varianzas de los ítems

S_T^2 = Varianza total de la suma de los ítems

α = Coeficiente Alfa de Cronbach

El coeficiente de confiabilidad es un valor que oscilan entre 0 y 1, Ruiz Bolívar (2002) y Palella y Martins (2003) definen los siguientes niveles que se muestran en la Tabla 2, basados en los rangos de los quintiles.

Tabla 2. Escala para el coeficiente de confiabilidad

Rango	Nivel
0,81 a 1,00	Muy alto
0,61 a 0,80	Alto
0,41 a 0,60	Moderado
0,21 a 0,40	Bajo
0,01 a 0,20	Muy bajo

Fuente: Tomado de Ruiz Bolívar (2002) y Palella y Martins (2003).

El resultado que se obtiene para el coeficiente Alfa de Cronbach, es de 0.931, que se ubica en el nivel de una muy alta confiabilidad, por lo tanto, el instrumento que estamos utilizando para la investigación de la variable atención humanizada de la salud es confiable, para su aplicación.

Tabla 3. Alfa de Cronbach para la variable atención humanizada de la salud

Capacitación	Alfa de Cronbach	N de elementos
Antes de la capacitación	0.931	20

2.5. Procedimiento

Los datos fueron recolectados por estratos, considerándose como estratos los dos servicios incluidos en la investigación que son: Emergencia y Programa del Adulto Mayor en forma aleatoria.

Se efectúa una encuesta a un grupo de 100 pacientes antes y 100 después de conducir un proceso de capacitación en emergencia y 100 pacientes antes y 99 después de la capacitación en el Programa del Adulto Mayor; haciendo un total de 399 encuestados. Las encuestas fueron tomadas entre los meses de junio y julio antes de la capacitación y los meses de noviembre y diciembre después de la capacitación.

Las variables independientes consideradas en el modelo son los servicios y la capacitación, cada uno con dos niveles y la variable dependiente la atención humanizada de salud. No se incluye variables extrañas o intervinientes.

2.6. Método de análisis de datos

Para mostrar los resultados de los objetivos y la comprobación de las hipótesis planteadas en la investigación, fue necesario hacer una base de datos, que facilita el procesamiento, en el Programa Estadístico IBM SPSS Statistics v24. Los métodos estadísticos que fueron procesados son:

- Tablas cruzadas, para observar si la capacitación tiene efecto sobre la variable atención humanizada en salud y sus tres dimensiones.
- ANOVA, para comparar si existe diferencia en la percepción de los pacientes sobre la variable atención humanizada en salud, entre los servicios de emergencia, UCI, hospitalización y consulta externa. La regla de decisión para contrastar la hipótesis es:
 - Si el valor Sig. (bilateral) $\leq p = 0.05$, no se rechaza la Hipótesis Nula (H_0)
 - Si el valor Sig. (bilateral) $> p = 0.05$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1)
- Gráficas lineales, para observar el comportamiento de la percepción de los pacientes de emergencia y el Programa del adulto mayor, sobre la variable atención humanizada de la salud, antes y después de la capacitación.

2.7. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta las características de la investigación y considerando que son personas los sujetos de estudio y su participación requiere de autorización expresa, es que, se procederá a solicitar a los pacientes encuestados su consentimiento informado, comprometiéndonos a:

- Mantener la autenticidad de la información y datos recopilados en la investigación, sin alteración alguna.
- Respetar la originalidad de la información presentada en la investigación como fuentes bibliográficas y citas, de acuerdo a las normas APA.
- Guardar la confidencialidad, privacidad y seguridad de la información; así como, el anonimato de los encuestados.
- Los cuestionarios serán custodiados adecuadamente y sus respuestas serán minuciosas y objetivamente registradas en la base de datos de SPSS, sin considerar ningún tipo de discriminación o juicio que dañe a los encuestados.

III. RESULTADOS

3.1. *Percepción de la atención humanizada por servicios*

En la Tabla 4 se puede observar que, del total de pacientes encuestados, 200 fueron en el servicio de emergencia del Hospital III de Tacna y 199 del Programa del Adulto Mayor; los mismos que tuvieron una percepción valorada, entre un rango de 20 a 100 puntos, en promedio para emergencia antes de la capacitación es de 54.94 puntos y después de la capacitación se incrementa a 73.60. En cambio, en el Programa del adulto mayor el promedio fue más alto 74.72 antes de la capacitación y 94.39 después de la capacitación, observándose un incremento de aproximadamente 20 puntos.

En total considerando los dos servicios (emergencia y programa del adulto mayor), la puntuación promedio que se le otorga antes de la capacitación es de 64.83 y después de la capacitación se incrementa a 83.94.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la atención humanizada de la salud

Servicios incluidos	Capacitación	Media	Desviación estándar	N
Emergencia	Antes	54.94	9.095	100
	Después	73.60	8.526	100
	Total	64.27	12.837	200
Programa del Adulto Mayor	Antes	74.72	9.776	100
	Después	94.39	4.705	99
	Total	84.51	12.490	199
Total	Antes	64.83	13.675	200
	Después	83.94	12.488	199
	Total	74.36	16.207	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

Si se agrupa los resultados de puntuación en tres niveles de atención humanizada, se tiene los resultados que se muestran en la Tabla 5 y la Figura 4, donde se puede observar que en los servicios de emergencia la atención es regular en un 67.5% y en un 9.0% es deficiente; en cambio en el Programa de adulto mayor el 75.4% consideran que la atención humanizada de la salud es buena y tan solo el 24.6% lo considera como regular.

Tabla 5. Percepción de la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019

Nivel de atención	Emergencia %	Programa del Adulto Mayor %	Total %
Deficiente	9.0%	0.0%	4.5%
Regular	67.5%	24.6%	46.1%
Buena	23.5%	75.4%	49.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

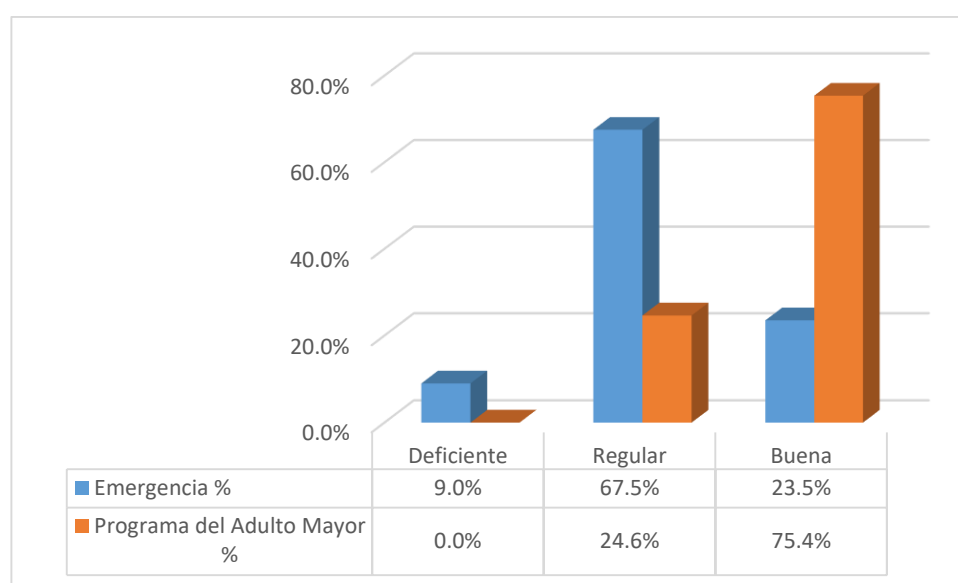


Figura 4. Percepción de la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019

A continuación procederemos a realizar una descripción de la percepción que tienen los pacientes del Hospital III de Tacna, sobre cada una de las dimensiones de la variable atención humanizada de la salud. En la Tabla 6 y Figura 5, se observa en el servicio de emergencia que el 48.5% considera que la atención técnica científica humanizada de salud es regular y el 15.0% percibe que la atención es deficiente. Por otro lado, tenemos que en el Programa del adulto mayor el 82.4% considera que la atención es buena y solo el 17.1% expresa que la atención es regular.

Tabla 6. Percepción de la atención técnico científica humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Emergencia %	Programa Adulto Mayor %	Total %
Deficiente	15.0%	0.5%	7.8%
Regular	48.5%	17.1%	32.8%
Buena	36.5%	82.4%	59.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

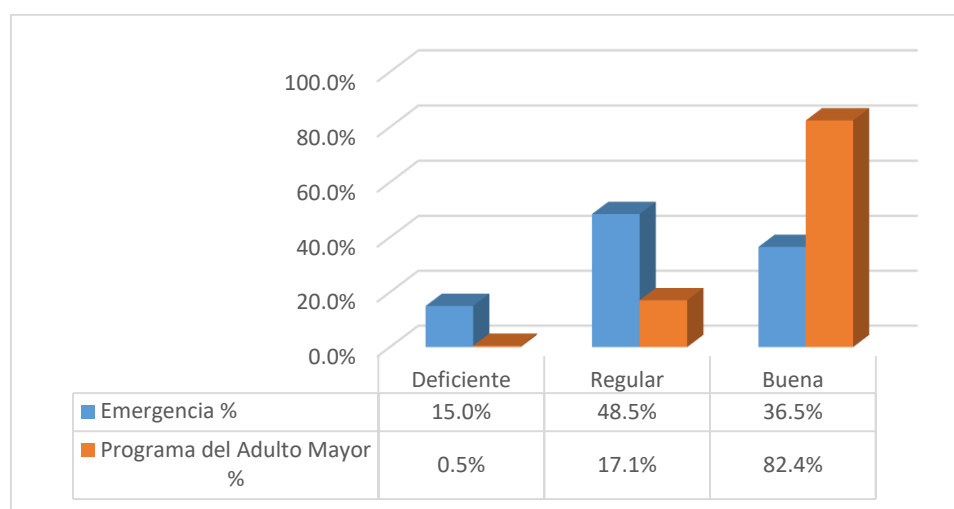


Figura 5. Percepción de la atención técnico científica humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019

En cuanto se refiere a la segunda dimensión de la atención humanizada de la salud se observa en el Tabla 7 y la Figura 6, que en el servicio de emergencia el 61.5% considera que las relaciones interpersonales en la atención humanizada de salud es regular y el 13.0% percive que la atención es deficiente. Por otro lado, tenemos que en el Programa del adulto mayor el 80.9% considera que la atención es buena y solo el 19.1% expresa que la atención es regular.

Tabla 7. Percepción de las relaciones interpersonales en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Emergencia %	Programa Adulto Mayor %	Total %
Deficiente	13.0%	0.0%	6.5%
Regular	61.5%	19.1%	40.4%
Buena	25.5%	80.9%	53.1%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

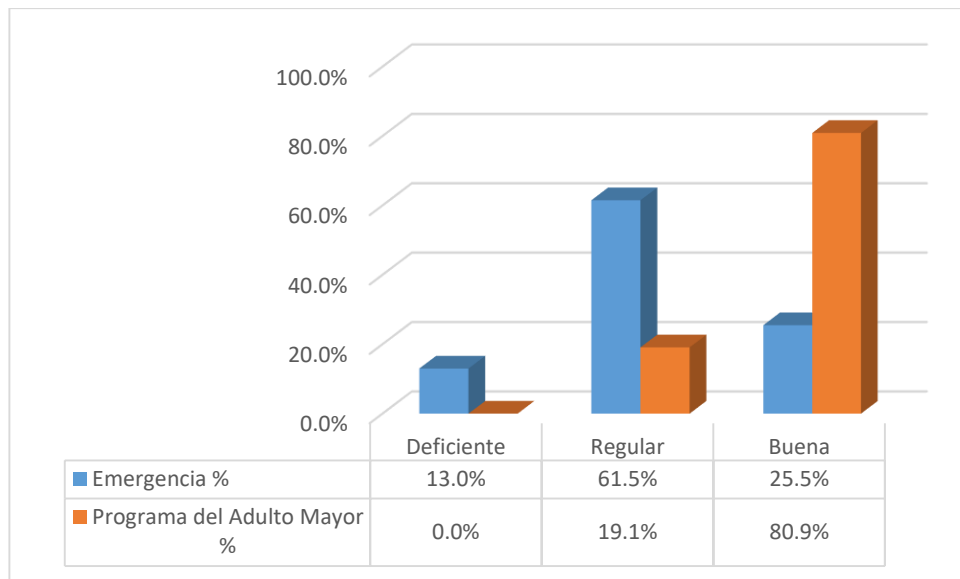


Figura 6. Percepción de las relaciones interpersonales en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019

En cuanto se refiere a la percepción del entorno en la atención humanizada de la salud se observa en el Tabla 8 y la Figura 7, que en el servicio de emergencia el 47.5% considera que la atención es regular y el 37.0% percibe que la atención es buena. Por otro lado, tenemos que en el Programa del adulto mayor el 71.9% considera que la atención es buena y el 27.1% expresa que la atención es regular.

Tabla 8. Percepción del entorno en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Emergencia	Programa del Adulto Mayor	Total
	%	%	%
Deficiente	15.5%	1.0%	8.3%
Regular	47.5%	27.1%	37.3%
Buena	37.0%	71.9%	54.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

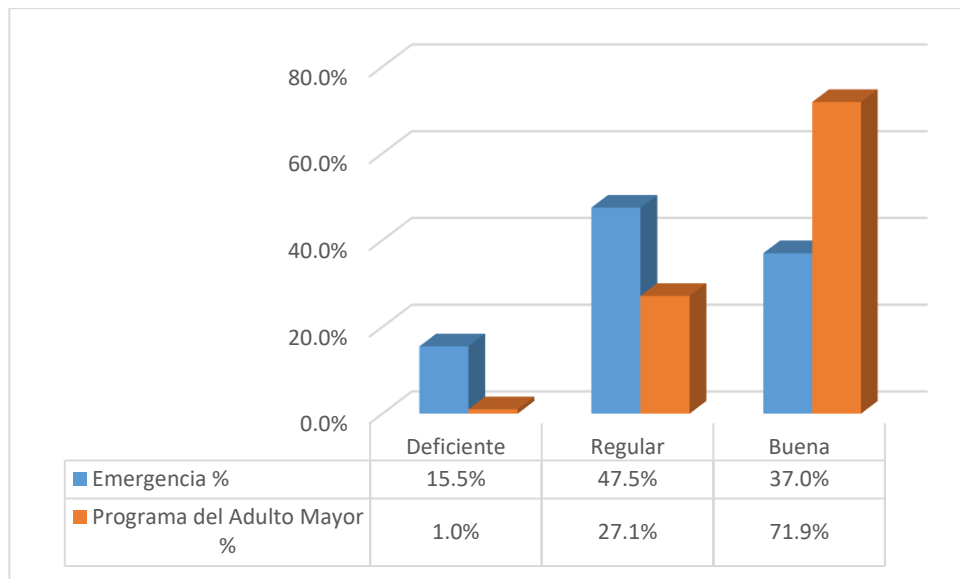


Figura 7. Percepción del entorno en la atención humanizada en dos servicios del Hospital III de Tacna – 2019

3.2. Impacto de la capacitación en la atención humanizada

En cuanto se refiere a la percepción de los pacientes respecto al impacto de la capacitación en la atención humanizada del Hospital III de Tacna se observa en el Tabla 9 y la Figura 8, que si hay un impacto significativo, puesto que la percepción que tenían los pacientes antes de la capacitación en un 66% era un servicio humanizado regular, dato que después de la capacitación disminuye al 26.1%. Por otro lado se tiene que antes de la capacitación solo el 26.0% percibía que el servicio humanizado era bueno; pero luego de la capacitación el porcentaje de pacientes que perciben como bueno el servicio sube al 72.9%.

Tabla 9. Impacto de la capacitación en la atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Antes de la capacitación	Después de la capacitación	Total
	%	%	%
Deficiente	8.0%	1.0%	4.5%
Regular	66.0%	26.1%	46.1%
Buena	26.0%	72.9%	49.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

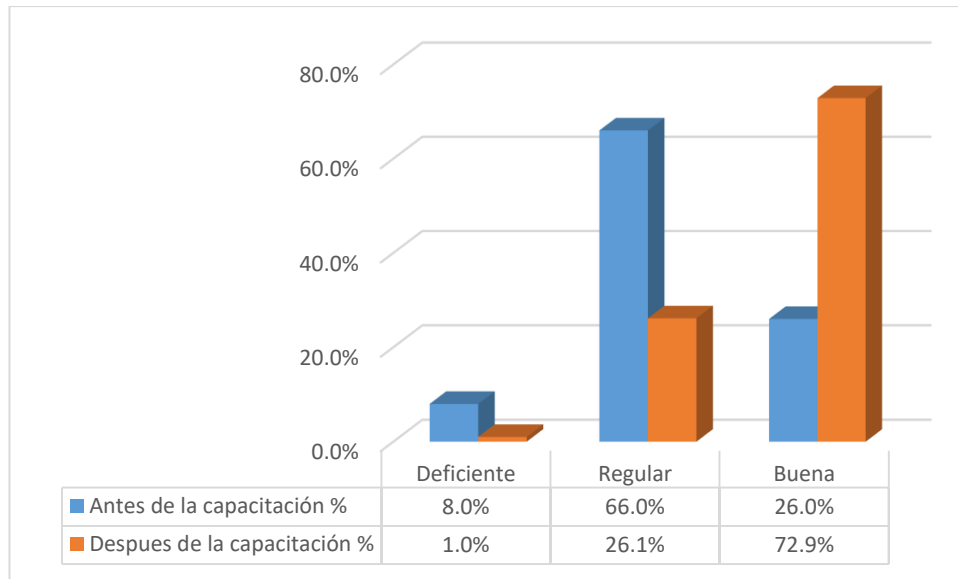


Figura 8. Impacto de la capacitación en atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

El impacto de la capacitación en la atención técnico-científica humanizada del Hospital III de Tacna, se observa en el Tabla 10 y la Figura 9, donde se muestra que la percepción que tenían los pacientes antes de la capacitación en un 49.0% era un servicio humanizado regular, pero que después de la capacitación disminuye al 16.6%. Por otro lado se tiene que antes de la capacitación el 36.5% percibía que el servicio humanizado era bueno; pero luego de la capacitación el porcentaje de pacientes que perciben como bueno el servicio sube al 82.4%.

Tabla 10. Impacto de la capacitación en la atención técnico-científica humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Antes de la capacitación	Después de la capacitación	Total
	%	%	%
Deficiente	14.5%	1.0%	7.8%
Regular	49.0%	16.6%	32.8%
Buena	36.5%	82.4%	59.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

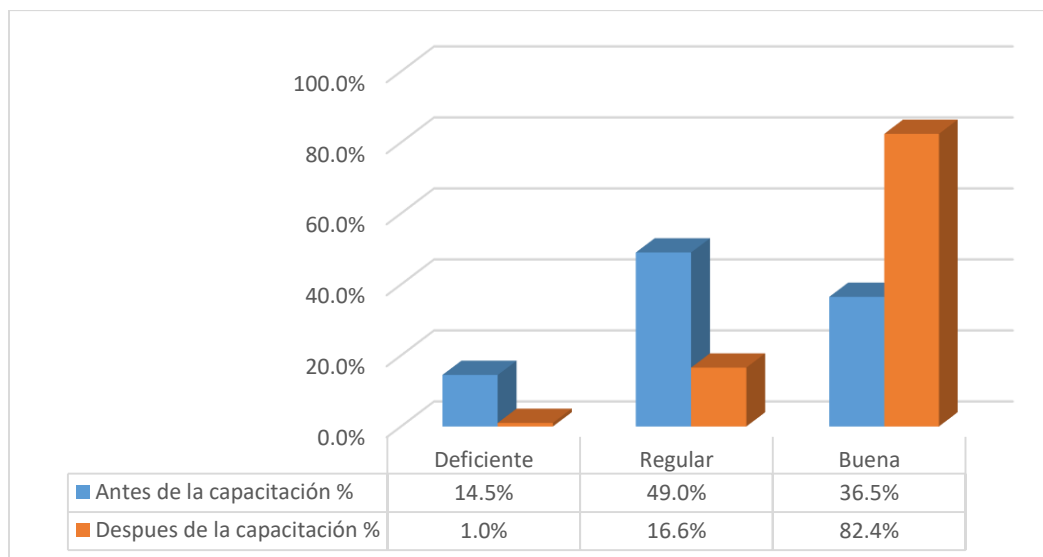


Figura 9. Impacto de la capacitación en la atención técnico - científica humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

El impacto de la capacitación en las relaciones interpersonales para una atención humanizada en los servicios de salud del Hospital III de Tacna, se observa en el Tabla 11 y la Figura 10, donde se observa que los pacientes antes de la capacitación en un 57.0% tenían una percepción de que las relaciones interpersonales para una atención humanizada eran regulares, pero después de la capacitación disminuye al 23.6%. Por otro lado se tiene que antes de la capacitación el 31.5% percibía que las relaciones interpersonales para una atención humanizada eran buenas; pero luego de la capacitación el porcentaje de pacientes que perciben como bueno el servicio sube al 74.9%.

Tabla 11. Impacto de la capacitación en las relaciones interpersonales para una atención humanizada en los servicios del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Antes de la capacitación	Después de la capacitación	Total
	%	%	%
Deficiente	11.5%	1.5%	6.5%
Regular	57.0%	23.6%	40.4%
Buena	31.5%	74.9%	53.1%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
N° Total	200	199	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

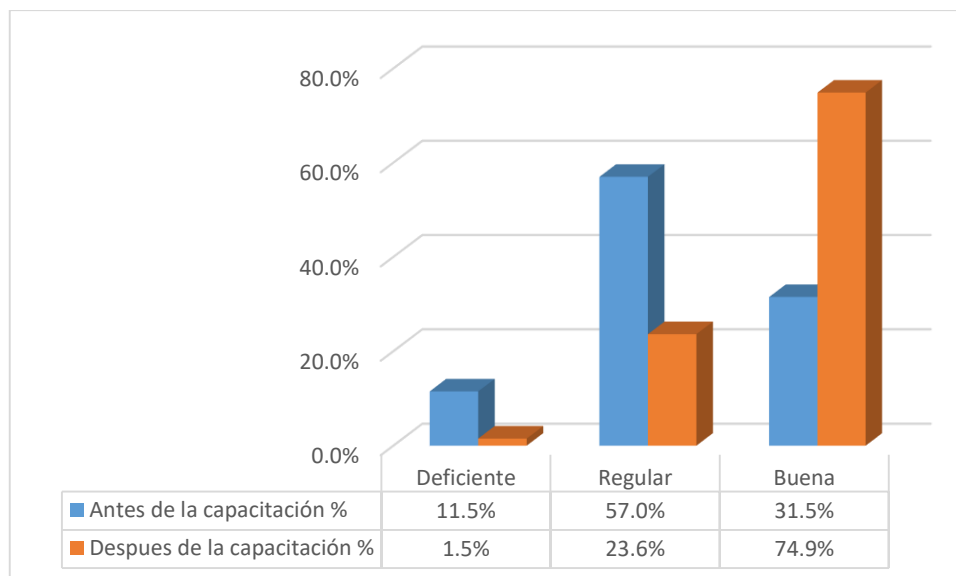


Figura 10. Impacto de la capacitación en las relaciones interpersonales para una atención humanizada en el Hospital III de Tacna - 2019

El impacto de la capacitación en el entorno para una atención humanizada en los servicios de salud del Hospital III de Tacna, se observa en el Tabla 12 y la Figura 11, donde se muestra que los pacientes antes de la capacitación en un 59.0% tenían una percepción de que en el entorno de una atención humanizada esta era regular, pero después de la capacitación disminuye al 15.6%. Por otro lado se tiene que antes de la capacitación el 27.5% percibían que en el entorno de una atención humanizada esta era buena; pero luego de la capacitación el porcentaje de pacientes que perciben como bueno el servicio sube al 81.4%.

Tabla 12. Impacto de la capacitación en el entorno de una atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

Nivel de atención	Antes de la capacitación	Después de la capacitación	Total
	%	%	%
Deficiente	13.5%	3.0%	8.3%
Regular	59.0%	15.6%	37.3%
Buena	27.5%	81.4%	54.4%
Total %	100.0%	100.0%	100.0%
Nº Total	200	199	399

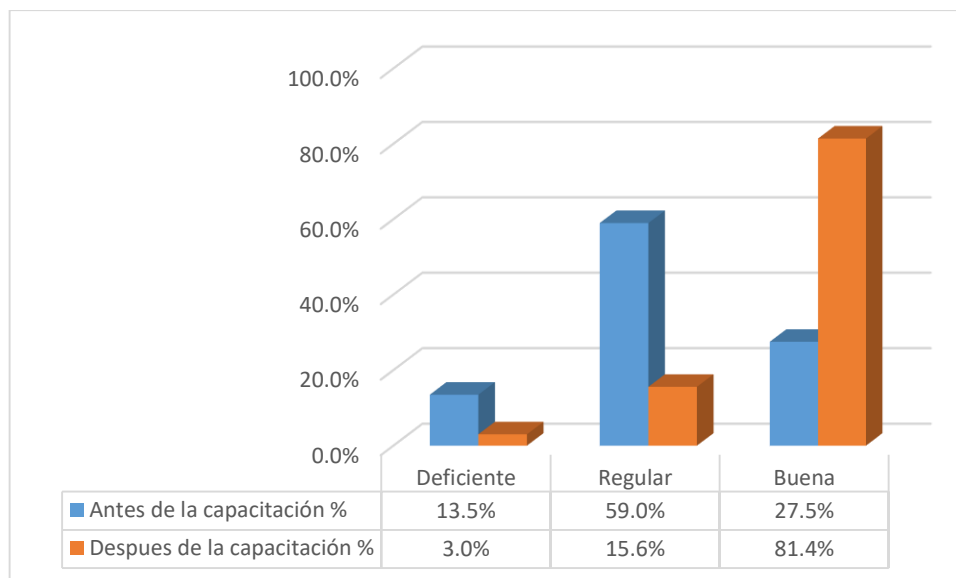


Figura 11. Impacto de la capacitación en el entorno de una atención humanizada del Hospital III de Tacna - 2019

3.3. Análisis comparativo para la percepción de la atención humanizada

A continuación mostraremos los resultados del análisis de varianza, para el diseño experimental que se ha utilizado, para comparar si existe diferencias entre los dos servicios del Hospital III de Tacna y si la capacitación tuvo efecto en la mejora de la atención humanizada de la salud y sus tres dimensiones: técnico-científica, relaciones interpersonales y entorno.

Considerando como variable dependiente la atención humanizada de la salud, los resultados del análisis de varianza que se muestra en la Tabla 13, donde se observa que si existe diferencia altamente significativa entre el servicios de emergencia y el programa de adulto mayor con una $F_c = 600.194$ y un Sig. De 0.000. Este dato es complementado con los resultados de la Tabla 3, donde se tiene un promedio de 64.27 para emergencia y 84.51 para el programa del adulto mayor, que efectivamente es superior al promedio de emergencia.

También se encuentra diferencia altamente significativa, desde el punto de vista de la estadística, en la percepción que tienen los pacientes sobre la atención humanizada antes y después de la capacitación con una $F_c = 535.753$ y un Sig. de 0.000. Si recurrimos a la Tabla 4, se corrobora esta diferencia con los promedios de percepción que es de 64.83 antes de la capacitación y de 83.94 después de la capacitación.

En cuanto se refiere a la interacción de estos dos factores (servicio y capacitación), no se encuentra diferencia significativa puesto que la $F_c = 0.375$ y un Sig. de 0.541; lo que implica que estos dos factores interactúan en forma independiente uno del otro, observar la Figura 12, donde se muestra que no hay interacción por ser dos líneas paralelas.

En el ANOVA también se muestra una R^2 de 0.742, que nos expresa que este es un modelo adecuado.

Tabla 13. ANOVA para la atención humanizada de la salud

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	77518,869 ^a	3	25839.623	377.780	0.000
Intersección	2209367.480	1	2209367.480	32301.368	0.000
Servicio	41052.446	1	41052.446	600.194	0.000
Capacitación	36644.736	1	36644.736	535.753	0.000
Servicio * Capacitación	25.637	1	25.637	0.375	0.541
Error	27017.436	395	68.399		
Total	2310973.000	399			
Total corregido	104536.306	398			

a. R al cuadrado = ,742 (R al cuadrado ajustada = ,740)

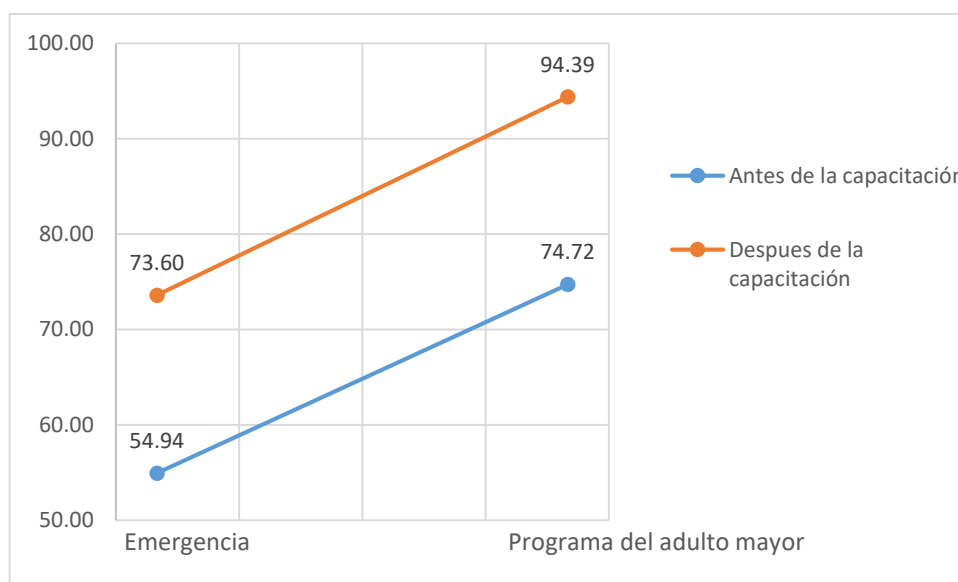


Figura 12. Interacción del servicio y la capacitación en la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna - 2019

Considerando la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud, los resultados del análisis de varianza nos muestra en la Tabla 14, que si existe diferencia entre el servicios de emergencia y el programa de adulto mayor con una $F_c =$

365.196 y un Sig. De 0.000. Este dato es complementado con los resultados de la Tabla 15, donde se tiene un promedio de 16.19 para emergencia y 21.08 para el programa del adulto mayor; que efectivamente es superior al promedio de emergencia.

También se encuentra diferencia altamente significativa, desde el punto de vista de la estadística, en la percepción que tienen los pacientes sobre la atención humanizada antes y después de la capacitación con una $F_c = 349.010$ y un Sig. de 0.000. Si recurrimos a la Tabla 14, se corrobora esta diferencia con los promedios de percepción que es de 16.24 antes de la capacitación y de 21.03 después de la capacitación; considerando un rango de puntaje entre 5 y 25.

En cuanto se refiere a la interacción de estos dos factores (servicio y capacitación), no se encuentra diferencia significativa puesto que la $F_c = 0.933$ y un Sig. de 0.335; lo que implica que estos dos factores interactúan en forma independiente uno del otro, observar la Figura 13, donde se muestra que no hay interacción por ser dos líneas paralelas.

Tabla 14. ANOVA de la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	4692,404 ^a	3	1564.135	237.724	0.000
Intersección	138615.492	1	138615.492	21067.366	0.000
Servicios	2402.858	1	2402.858	365.196	0.000
Capacitación	2296.359	1	2296.359	349.010	0.000
Servicios * Capacitación	6.139	1	6.139	0.933	0.335
Error	2598.954	395	6.580		
Total	145724.000	399			
Total corregido	7291.358	398			

a. R al cuadrado = ,644 (R al cuadrado ajustada = ,641)

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud

Servicios incluidos	Capacitación	Media	Desviación estándar	N
Emergencia	Antes	13.91	2.807	100
	Después	18.46	3.066	100
	Total	16.19	3.715	200
Programa del Adulto Mayor	Antes	18.57	2.728	100
	Después	23.62	1.243	99
	Total	21.08	3.299	199
Total	Antes	16.24	3.616	200
	Después	21.03	3.485	199
	Total	18.63	4.280	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

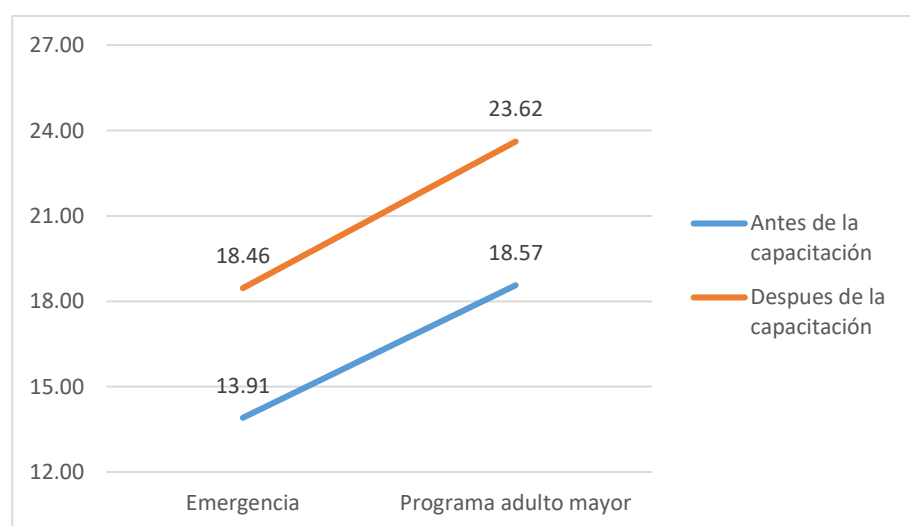


Figura 13. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión técnico-científica para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019

Para la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud, los resultados del análisis de varianza nos muestra en la Tabla 16, que si existe diferencia entre el servicios de emergencia y el programa de adulto mayor con una $F_c = 605.108$ y un Sig. de 0.000. Este dato es complementado con los resultados de la Tabla 17, donde se tiene un promedio de 31.94 para emergencia y 43.17 para el programa del adulto mayor; que efectivamente es superior al promedio de emergencia.

También se encuentra diferencia altamente significativa, desde el punto de vista de la estadística, en la percepción que tienen los pacientes sobre la atención humanizada antes y después de la capacitación con una $F_c = 453.575$ y un Sig. de 0.000. Si recurrimos a la

Tabla 16, se corrobora esta diferencia con los promedios de percepción que es de 32.70 antes de la capacitación y de 42.41 después de la capacitación; considerando un rango de puntaje entre 10 y 50.

En cuanto se refiere a la interacción de estos dos factores (servicio y capacitación), no se encuentra diferencia significativa puesto que la $F_c = 0.002$ y un Sig. de 0.966; lo que implica que estos dos factores interactúan en forma independiente uno del otro, observar la Figura 14, donde se muestra que no hay interacción por ser dos líneas paralelas.

Tabla 16. ANOVA para la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	22033,890 ^a	3	7344.630	352.025	0.000
Intersección	563033.682	1	563033.682	26985.967	0.000
Servicio	12624.937	1	12624.937	605.108	0.000
Capacitación	9463.355	1	9463.355	453.575	0.000
Servicios * Capacitación	0.039	1	0.039	0.002	0.966
Error	8241.257	395	20.864		
Total	592532.000	399			
Total corregido	30275.148	398			

R al cuadrado = ,728 (R al cuadrado ajustada = ,726)

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud.

Servicios incluidos	Capacitación	Media	Desviación estándar	N
Emergencia	Antes	27.06	4.934	100
	Después	36.82	4.789	100
	Total	31.94	6.889	200
Programa del Adulto Mayor	Antes	38.33	5.481	100
	Después	48.05	2.447	99
	Total	43.17	6.459	199
Total	Antes	32.70	7.679	200
	Después	42.41	6.791	199
	Total	37.54	8.722	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación

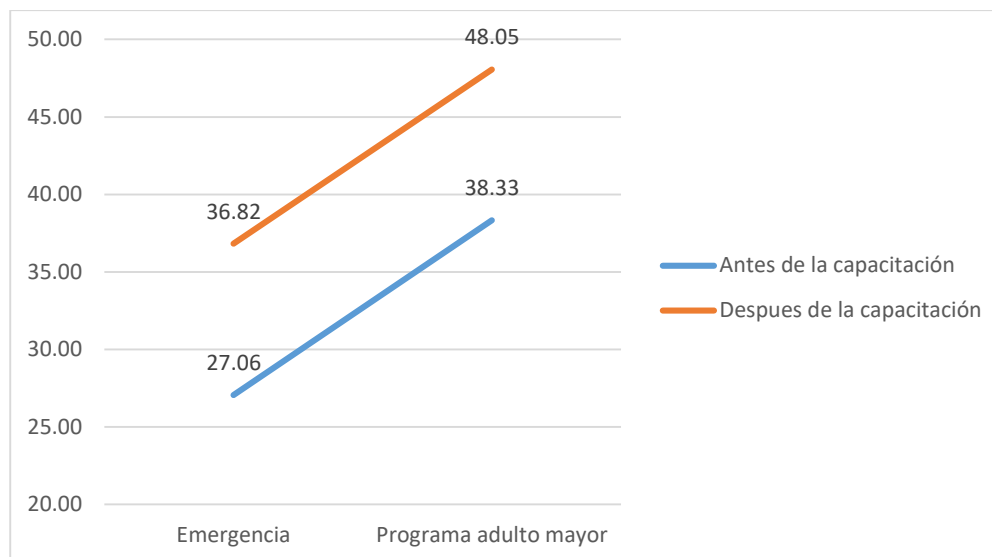


Figura 14. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión relaciones interpersonales para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019.

Para la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud, los resultados del análisis de varianza nos muestra en la Tabla 18, que si existe diferencia entre el servicios de emergencia y el programa de adulto mayor con una $F_c = 201.983$ y un Sig. de 0.000. Este dato es complementado con los resultados de la Tabla 19 donde se tiene un promedio de 16.15 para emergencia y 20.16 para el programa del adulto mayor; que efectivamente es superior al promedio de emergencia.

También se encuentra diferencia altamente significativa, desde el punto de vista de la estadística, en la percepción que tienen los pacientes sobre la atención humanizada antes y después de la capacitación con una $F_c = 253.868$ y un Sig. de 0.000. Si recurrimos a la Tabla 18, se corrobora esta diferencia con los promedios de percepción que es de 15.90 antes de la capacitación y de 20.51 después de la capacitación; considerando un rango de puntaje entre 5 y 25.

En cuanto se refiere a la interacción de estos dos factores (servicio y capacitación), no se encuentra diferencia significativa puesto que la $F_c = 0.920$ y un Sig. de 0.338; lo que implica que estos dos factores interactúan en forma independiente uno del otro, observar la Figura 15, donde se muestra que no hay interacción por ser dos líneas paralelas.

Tabla 18. ANOVA para la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3834,292 ^a	3	1278.097	151.831	0.000
Intersección	132297.623	1	132297.623	15716.246	0.000
Servicio	1700.270	1	1700.270	201.983	0.000
Capacitación	2137.031	1	2137.031	253.868	0.000
Servicios * Capacitación	7.744	1	7.744	0.920	0.338
Error	3325.066	395	8.418		
Total	139295.000	399			
Total corregido	7159.358	398			

a. R al cuadrado = ,536 (R al cuadrado ajustada = ,532)

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud.

Servicios incluidos	Capacitación	Media	Desviación estándar	N
Emergencia	Antes	13.97	2.990	100
	Después	18.32	3.165	100
	Total	16.15	3.766	200
Programa del Adulto Mayor	Antes	17.82	3.125	100
	Después	22.73	2.217	99
	Total	20.26	3.656	199
Total	Antes	15.90	3.610	200
	Después	20.51	3.510	199
	Total	18.20	4.241	399

Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación.

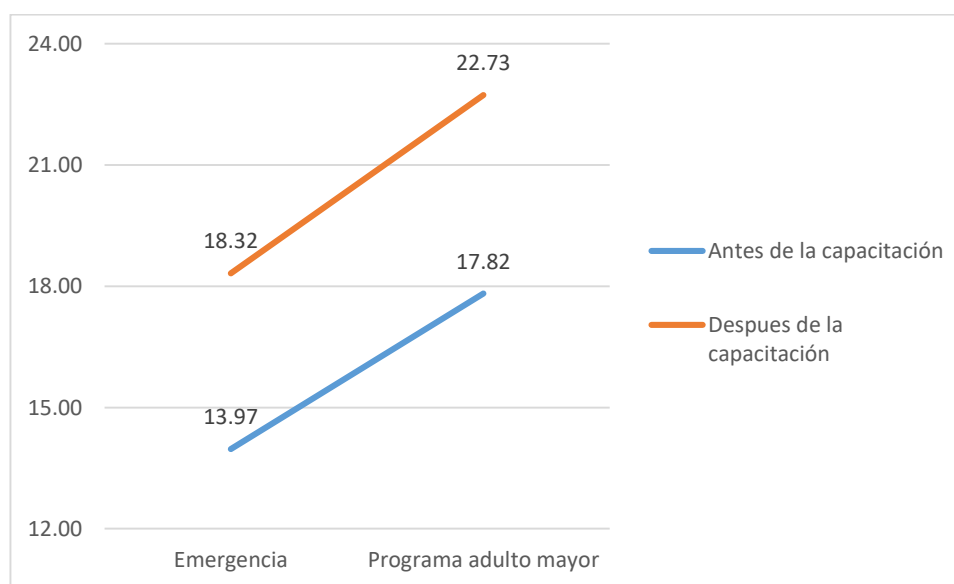


Figura 15. Interacción del servicio y la capacitación en la dimensión entorno para la atención humanizada de la salud del Hospital III de Tacna – 2019

IV. DISCUSIÓN

La investigación fue conducida en la Red Asistencial Tacna, en una población de pacientes de la cual se seleccionó el Programa del Adulto Mayor de uno de los CAS y el Servicio de Emergencia del Hospital III de Tacna. Se efectúa una encuesta a un grupo de 100 pacientes antes y 100 después de conducir un proceso de capacitación en emergencia y 100 pacientes antes y 99 después de la capacitación en el Programa del Adulto Mayor; haciendo un total de 399 encuestados. Las encuestas fueron tomadas entre los meses de junio y julio antes de la capacitación y los meses de noviembre y diciembre después de la capacitación. La capacitación, se efectúa por separado en cada servicio, incluyendo los siguientes aspectos: importancia de la atención humanizada, análisis de los resultados de la encuesta antes de la capacitación y aspectos que se debe mejorar para una buena atención humanizada de la salud.

Los resultados de la atención humanizada de la salud en datos agrupados en tres categorías, nos muestran en emergencia, que el mayor porcentaje de los pacientes encuestado consideran que la atención humanizada de salud es regular en un 67.5%; debido en mayor porcentaje a causas que tienen que ver con las relaciones interpersonales, que también tienen un alto porcentaje de regular 61.5%. y con el entorno en 47.5% como regular. Estos resultados coinciden con los de Romero et. al. (2013), quienes señalan que la percepción de que siempre el cuidado es humanizado es de 55,4%. Además, señalan de que las características del cuidado humanizado que mejor fueron evaluadas son el de priorizar al ser humano con el 58.8%, dar apoyo emocional al paciente con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2%. Guerrero et. al. (2015), indican que el 52% de los enfermeros dan un regular cuidado humanizado, y solo el 26% ofrecen un buen cuidado. Espinoza et al (2010) informa que el 44% de paciente perciben que algunas veces se les da apoyo en el cuidado, en un 47,7% el apoyo emocional y en un 35,4% apoyo físico.

Indagando en mayor profundidad las causas por las que se obtiene este resultado en las relaciones interpersonales, encontramos que en el ítem 10 del cuestionario, donde se les pregunta si: ¿En el Hospital expresan preocupación por su estado físico, sentimientos y necesidades?, el 14% responde que nunca y el 21% casi nunca y en el ítem 11, donde se interroga si: ¿En el Hospital hacen un seguimiento continuo de tus problemas de salud?, el 13% responde que nunca y el 20% casi nunca. Estas evidencias nos permiten concluir que en emergencia el 35% consideran que no están preocupados por su estado físico, ni tampoco por sus sentimientos y necesidades; estos conceptos coinciden con los de Correa (2016), quien

señala que la atención de los profesionales de salud no está orientada al servicio del ser humano en su integridad y donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible. En cambio, en el Programa del Adulto Mayor el 75.4%, consideran que la atención humanizada de la salud es buena, en este caso los pacientes perciben en un alto porcentaje que los servidores de salud tienen respeto y preservan la intimidad y privacidad de los pacientes; además de que en el CAS se tiene respeto por las características individuales de los pacientes, sus decisiones y su cultura.

En cuanto se refiere a la dimensión entorno se encontró que las causas principales de la opinión de los pacientes en emergencia son debidas a que perciben en el hospital que no tiene equipos funcionales y en la cantidad suficiente, no cuenta con infraestructura y equipamiento adecuados para una atención humana de los pacientes y que los ambientes hospitalarios no garantizan la intimidad de los pacientes. En cambio, en el Programa del adulto mayor las razones por las cuales consideran que se tiene una buena atención son debido a que en el Hospital se tiene especial cuidado por la limpieza en los ambientes, equipos, utensilios, servicios auxiliares y personal que atiende en el área hospitalaria; además de que en el hospital se muestra que se tiene respeto por las normas y buenas costumbres.

El efecto de la capacitación se percibe en los resultados obtenidos, antes de la capacitación se tuvo la percepción de regular en el 66.0% y después de la capacitación esta percepción de regular desciende al 26.1%; en cambio la percepción de una buena atención humanizada sube de 26.0% antes de la capacitación, al 72.9% después de la capacitación. Las causas de esta mejora las podemos apreciar en las respuestas que se dan antes y después de la capacitación a los ítems, en las tres dimensiones de la variable atención humanizada de la salud.

En la dimensión técnico-científica, la percepción que se tiene antes de la capacitación es de regular en el 49.0% y después de la capacitación esta percepción de regular desciende al 16.6%; en cambio la percepción de una buena atención humanizada sube de 36.5% antes de la capacitación, al 82.4% después de la capacitación; debido fundamentalmente a que el efecto de la capacitación se produjo en que los pacientes reciban la atención que su caso requiere y que los servidores de salud muestren interés y cordialidad con los acompañantes y familiares del paciente; mejora en la seguridad en la forma como se prestan los servicios de hospitalización; los pacientes notan el tratamiento que recibe, logra cambios positivos en su estado de salud. Rojas (2019) afirma que el avance tecnológico alcanzado en el diagnóstico y

tratamiento de las enfermedades, no ha ido de la mano con el avance en el desarrollo de habilidades no técnicas en los equipos de salud. Para uno de los funcionarios de la Red Asistencial de EsSalud Tacna, considera que la percepción que tienen los usuarios, de que la atención es Buena en un 75.4%, en el Programa del Adulto Mayor, se debe a diversos factores, dentro de los cuales los más importantes dentro del plano institucional son el clima laboral positivo que se tiene en el CAS del Cono Sur de Tacna, el trabajo en equipo; la capacitación constante, como instancia de análisis y reflexión y el liderazgo y gestión proactiva de sus funcionarios. Por otro lado, la relación con los pacientes es a través de una atención continuada, preventiva e integral de acuerdo a las necesidades del paciente y con un trato familiar y personalizado. En cambio, la percepción que tienen los pacientes en emergencia del Hospital es regular en un 67.5%, debido al estrés al que están sometidos los trabajadores por la fuerte demanda de los pacientes; así como la necesidad y requerimiento que tiene los usuarios de una atención inmediata y urgente.

En la dimensión de relaciones interpersonales, la percepción que se tiene antes de la capacitación es de regular en el 57.0% y después de la capacitación esta percepción de regular desciende al 23.6%; en cambio la percepción de una buena atención humanizada sube de 31.5% antes de la capacitación, al 74.9% después de la capacitación; debido fundamentalmente los servidores de salud tienen respeto y preservan la intimidad y privacidad de los pacientes; porque en el hospital se tiene respeto por las características individuales de los pacientes, sus decisiones y su cultura; porque para la información que dan, usan términos que si se puede entender; porque ha mejorado el trato cordial, cálido y empático con los pacientes; y porque los profesionales y trabajadores son veraces y honestos, no esconden problemas. Sin embargo, queda por mejorar que en el Hospital expresan preocupación, no solo, por el estado físico de los pacientes; también deben considerar sus sentimientos y necesidades; además de que deben de hacer un seguimiento continuo de los problemas de salud del paciente. Estos aspectos coinciden de alguna manera con las características del comportamiento humanizado que Rivera, L.; Triana, Á. (2007) atribuye a las enfermeras; destacando la atención que prioriza a la persona, que considera los sentimientos del paciente, dándole apoyo emocional, generando empatía con el paciente con su proactividad y las cualidades personales propias de la enfermera.

En la dimensión del entorno, la percepción que se tiene antes de la capacitación es de regular en el 59.0% y después de la capacitación esta percepción de regular desciende al

15.6%; en cambio la percepción de una buena atención humanizada sube de 27.5% antes de la capacitación, al 81.4% después de la capacitación; debido fundamentalmente a que en el Hospital se tiene especial cuidado por la limpieza en los ambientes, equipos, utensilios, servicios auxiliares y personal que atiende en el área hospitalaria; así como también, porque se muestra que se tienen respeto por las normas y buenas costumbres. Sin embargo, los pacientes reiteran que el hospital no tiene equipos funcionales y en la cantidad suficiente para una atención humana de los pacientes. En una entrevista realizada al Gerente de la Red de Salud Tacna, nos manifiesta que se han efectuado las siguientes acciones, con la finalidad de mejorar la atención en el servicio de emergencia:

- Apertura de una nueva sala de cirugía e incremento de un médico cirujano por la noche en emergencia, generando como efecto indirecto la descongestión en emergencia
- Ampliación del ancho de banda de 6 a 19 Mb y capacitación del personal para mejorar la atención oportuna al paciente a través de un sistema automatizado y digitalizado del sistema de emergencia
- Se ha incrementado, a tres turnos, la atención en el Consultorio de Atención Inmediata CAI; así como la capacidad resolutoria de los médicos de emergencia
- Se ha fortalecido las acciones de monitoreo y seguimiento por parte del equipo de gestión.

Para probar si la capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019; se efectúa la prueba estadística de Fischer, a través del proceso de análisis de varianza ANOVA, tanto para la variable atención humanizada de la salud, como para sus tres dimensiones: técnico-científico, relaciones interpersonales y entorno. Los resultados que se obtuvieron nos demuestran en todos los casos de que existe diferencia altamente significativa entre los dos servicios y de igual manera antes y después de la capacitación.

Se demuestra la hipótesis de que los servicios tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 600.194$, Sig. = 0.000; además se determina que el promedio del puntaje obtenido en el Programa del adulto mayor es de 84.51 (para un rango de puntuación de [20, 100]), que es estadísticamente mayor que el de emergencia que fue de 64.27. También se demuestra que existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de

la capacitación con una $F_c = 535.753$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido después de la capacitación es de 83.94 (para un rango de puntuación de [20, 100]), que es estadísticamente mayor que el de antes de la capacitación que fue de 64.83. También se demuestra que no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.375$, $\text{Sig.} = 0.541$.

Se demuestra la hipótesis de que los servicios tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico- científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 365.196$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido en el Programa del adulto mayor es de 21.08 (para un rango de puntuación de [5, 25]), que es estadísticamente mayor que el de emergencia que fue de 16.28. También se demuestra que existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 349.01$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido después de la capacitación es de 21.32 (para un rango de puntuación de [5, 25]), que es estadísticamente mayor que el de antes de la capacitación que fue de 16.67. También se demuestra que no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.933$, $\text{Sig.} = 0.335$.

Se demuestra la hipótesis de que los servicio tiene efecto en la mejora en las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 605.108$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido en el Programa del adulto mayor es de 43.20 (para un rango de puntuación de [10, 50]), que es estadísticamente mayor que el de emergencia que fue de 32.23. También se demuestra que existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 453.01$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido después de la capacitación es de 43.1 (para un rango de puntuación de [10, 50]), que es estadísticamente mayor que el de antes de la capacitación que fue de 33.76. También se demuestra que no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.002$, $\text{Sig.} = 0.966$.

Se demuestra la hipótesis de que los servicio tiene efecto en la mejora en el entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 201.983$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido en el Programa del adulto mayor es de 20.27 (para un rango de puntuación de [5, 25]), que es estadísticamente mayor que el de emergencia que fue de 16.34. También se demuestra que

existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 253.868$, $\text{Sig.} = 0.000$; además se determina que el promedio del puntaje obtenido después de la capacitación es de 20.74 (para un rango de puntuación de [5, 25]), que es estadísticamente mayor que el de antes de la capacitación que fue de 16.38. También se demuestra que no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.920$, $\text{Sig.} = 0.338$.

V. CONCLUSIONES

Con la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Los servicios tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 600.194$, $\text{Sig.} = 0.000$. Existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 535.753$, $\text{Sig.} = 0.000$; y no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.375$, $\text{Sig.} = 0.541$.
- Los servicios tienen efecto en la mejora de los aspectos técnico- científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 365.196$, $\text{Sig.} = 0.000$. Existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 349.01$, $\text{Sig.} = 0.000$; y no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.933$, $\text{Sig.} = 0.335$.
- Los servicios tienen efecto en la mejora en las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 605.108$, $\text{Sig.} = 0.000$. Existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 453.01$, $\text{Sig.} = 0.000$; y no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.002$, $\text{Sig.} = 0.966$.
- Los servicios tienen efecto en la mejora en el entorno para la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, durante el año 2019, con una $F_c = 201.983$, $\text{Sig.} = 0.000$. Existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 253.868$, $\text{Sig.} = 0.000$; y no existe interacción, entre tipo de servicio y capacitación con una $F_c = 0.920$, $\text{Sig.} = 0.338$.

VI. RECOMENDACIONES

De la experiencia de muchos años de la Red Asistencial Tacna y los resultados de nuestra investigación alcanzados para una atención humanizada de salud, nos permitimos sugerir las siguientes recomendaciones:

- Replicar los logros del CAS del Cono Sur de Tacna en toda la Red, poniendo énfasis en el clima laboral, trabajo en equipo, liderazgo y gestión proactiva; a través de un Programa de capacitación constante, como instancia de análisis y reflexión.
- Generar las condiciones laborales, de infraestructura y equipamiento para que los trabajadores en Emergencia disminuyan su nivel de estrés, por la fuerte demanda de los pacientes y el requerimiento de una atención inmediata y urgente.
- Se debe generar las condiciones, para que los trabajadores estén motivados en ofrecer y hacer un seguimiento en forma diligente del estado físico, sentimientos y necesidades de sus pacientes; y hacerles un seguimiento continuo, priorizando a la persona, dándole apoyo emocional, generando empatía con el paciente.
- En el hospital se deben tener un sistema de mantenimiento eficiente para que los equipos siempre estén funcionando y en la cantidad suficiente para una atención oportuna de los pacientes.
- Con la presente investigación no hemos cubierto todos los servicios de prevención y atención de salud de los pacientes en la Red Asistencial Tacna; por lo cual recomendamos asumir este reto de continuar con este trabajo de investigación que estoy seguro traerá muchas satisfacciones a la institución, como a los usuarios.

VII. PROPUESTA

Me parece importante sistematizar la experiencia que hemos tenido dentro del proceso de la investigación a través de un Plan de capacitación permanente, sobre la atención humanizada de la salud; que detallamos a continuación.

TITULO

Plan de capacitación y seguimiento de la atención humanizada en un Centro de Salud

INTRODUCCIÓN

Flippo (1970), explica que la capacitación ayuda aumentar el conocimiento y la pericia de un empleado para un puesto o trabajo. McGehee (1961) dice que la capacitación son actividades, que permiten desde adquirir una habilidad motora hasta proporcionar conocimientos técnicos, desarrollar habilidades administrativas y actitudes frente a problemas sociales. La National Industrial Conference Board de Estados Unidos, considera que la finalidad de la capacitación es ayudar a los empleados a adquirir nuevos conocimiento, práctica y conductas requeridas por la empresa, para el logro de sus objetivos. Por otra parte, se señala que capacitar implica afianzar o desarrollar habilidades para un mejor desempeño en sus actividades laborales (Desler y Varela, 2011, p.294). El autor también sostiene que la capacitación en un proceso a través del cual los trabajadores desarrollan habilidades, aptitudes y conocimientos, para el cumplimiento y desempeño en sus puestos de trabajo; y lo más importante que los trabajadores sepan que es lo que quiere la organización para que sean eficientes, eficaces y puedan desenvolverse en sus labores.

Basado en estos conceptos se condujo la investigación para ver si la capacitación tiene efecto en la mejora de la atención humanizada y los resultados nos demuestra que existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los pacientes antes y después de la capacitación con una $F_c = 535.753$, Sig. = 0.000; además se determina que el promedio del puntaje obtenido después de la capacitación es de 83.94 (para un rango de puntuación de [20, 100]), que es estadísticamente mayor que el de antes de la capacitación que fue de 64.83.

Basado en estos resultados es que proponemos una capacitación y seguimiento continuo de la atención humanizada de la salud en todos los servicios de la Red Asistencial de Tacna.

OBJETIVO:

Mejorar la atención humanizada en un Centro de Salud, a través de un Programa de capacitación y seguimiento constante, como instancia de análisis y reflexión

TEMATICA

- Importancia de la atención humanizada, con la finalidad de permitir una reflexión y análisis de las tendencias teóricas a nivel nacional e internacional.
- Análisis de la realidad problemática institucional, considerando el clima laboral, trabajo en equipo, liderazgo y gestión proactiva de sus funcionarios, entre otros aspectos.
- Análisis de los resultados de la encuesta antes de la capacitación, a través del “Cuestionario percepción de la atención humanizada de los pacientes”
- Aspectos que se debe mejorar para una buena atención humanizada de la salud

METODOLOGIA:

Inspirados en los Círculos de Calidad que se promovieron en las empresas japonesas, con la finalidad de mejorar la calidad, es que nos permitimos sugerir que se implemente en el Centro de Salud un equipo especial de capacitación y seguimiento de la Atención Humanizada de Salud, con profesionales jóvenes menores a los 35 años, y que debería efectuar en forma continuada las siguientes funciones:

- El análisis de la realidad problemática institucional, considerando el clima laboral, trabajo en equipo, liderazgo y gestión proactiva de sus funcionarios, entre otros aspectos.
- Conducir y sistematizar los resultados de una encuesta anual a través del “Cuestionario percepción de la atención humanizada de los pacientes”, que deberá ser contextualizada a la realidad de cada uno de los servicios.
- Apoyar a las autoridades y funcionarios con el soporte técnico necesario en la implementación y seguimiento de las mejoras que fueran necesarias para una buena atención humanizada de los pacientes.

REFERENCIAS.

- Aguilar E. (2008). Calidad Humana en el trabajo. Extraído el 12 de Mayo 2011.URL: http://calidadhumana.org/instructores_alberto.php .
- Aliaga, J. (2011). Psicometria: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. Recuperado 20 de junio del 2019 en: http://blog.uca.edu.ni/kurbina/files/2011/06/test-psicometrico_confiabilidad-y-validez.pdf
- Alvis T, Moreno M, Muñoz S. (2001). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. [Trabajo de posgrado, especialista en enfermería Cardio-respiratoria] Bogotá. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Tests psicológicos. México: Prentice Hall.
- Bermejo Higuera, José Carlos; Carabias Maza, Rosa; Villacieros Durbán, Marta; Moreno Lorite, Carmen (2011). Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados*. 2011 jul-dic; 4(8).
- Bernabé, W. (2012). Factores de satisfacción que influyen en la calidad de la atención a los asegurados en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna. I Trimestre 2010. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grdhhmann – Tacna. Recuperado de: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/726/TM0030.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bernal, C. A. (2010). Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Colombia: PEARSON EDUCACIÓN, 3ra Ed. ISBN: 978-958-699-128-5. 320 p.
- Chiavenato, I. (2011). Administración de Recursos Humanos, El capital humano de las organizaciones. (9.na ed.). México, D.F: McGraw-Hill.
- Cohen J.A. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *J. Advanced Nursing*. 1991;16:899-909.
- Dessler, G. y Varela, R. (2011). Administración de recursos humanos Administración de recursos humanos. 5ta Ed. PEARSON EDUCACIÓN, México.
- Donavedian, A. (1995). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana.

- Ekmekdejian, M. (1999). “El valor de la dignidad y la teoría del orden jerárquico de los derechos individuales” en los valores en la constitución argentina”. coord. Germán j. Bidart campos. ediar. bs. as.
- Espinoza, L., Huerta, K., Pantoja, J., Velásquez, W., Cubas, D., & Ramos, A. (2011). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Revista deficiencia y desarrollo*, 13.
- Flippo, E. (1970). Princípios de administração de pessoal, São Paulo, Atlas p. 236.
- Gamba N C y Vargas E. (2008). Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado. Av. enferm. [online]. 2008;26(2):7179. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002008000200008&lng=es&nrm=iso>.
- Guerrero, R. Meneses, M., De La Cruz, M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Rev enferm Herediana. 2016;9(2):127-136. Recuperado el 14 de mayo en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Heras G. (2018). My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. NEJM Catal
- Instituto Nacional de Cancerología – INC (2016). Plan de humanización del Instituto Nacional de Cancerología INC de Colombia. Recuperado 14 de mayo del 2019 en: https://www.cancer.gov.co/Planeacion/2018/PLAN_DE_HUMANIZACION.pdf
- Ishikawa Kaoru y Margarita Cárdenas (2003) que es el control de calidad-la modalidad japonesa. Bogotá. editorial norma.
- Koontz, H.,Weihrich, H. y Cannice, M. (2012). Administración, una perspectiva global y empresarial. (14a ed.). México, D.F: McGraw-Hill
- Levin, R. y Rubin, D. (2004). Estadística para Administración y Economía. Ed. Pearson Educación, México. Séptima edición. ISBN: 970-26-0497-4. 952p
- Llanos, M. (2008). Bioética y desarrollo humano para una cultura de paz. Recuperado el 25 de abril del 2019. www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/bioetica.pdf
- Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Albuquerque G. (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev Enferm. 16(2): 276-81.

- Mc Gehee, W. y Thayer P.W. (1961). Training in business and industry, Nueva York, Wiley Interscience.
- Mendoza J., (2008). Medición de la calidad del servicio. <http://www.monografias.com/trabajos12/calser/calser.shtml>.
- Minsa (2007). Sistema de gestión de la calidad en salud. documento técnico RM 519-2006. Lima Perú.
- Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Repert. med.* 2009; 18(4):246-250.
- Parella, S. y Martins, F. (2003). Metodología de la Investigación cuantitativa. Caracas: Fedupel.
- Pelluchon, C. (2013). La Autonomía Quebrada . Bogotá : Universidad Javeriana facultad de filosofía .
- Pérez Ayala, M. A. (2016). ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(2), 102-117. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rabi.1484>.
- Rivera, L.; Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 56-68, ene. 2007. ISSN 2346-0261. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>>. Fecha de acceso: 03 mayo 2019.
- Rodríguez, C. (2013) Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. *Revista Normas & Calidad* 95. Recuperado el 02 de mayo del 2019. <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/73/Rev-95-Articulo%20Acreditacion.pdf>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes*; 30(2) 120-125. <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>.
- Romero, E.; Contreras, I.; Pérez, Y.; Moncada, A.; Jiménez, V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev.cienc.biomed.* 2013;4(1):60-68. ISSN: 2215-7840, 4(1), enero-junio 2013, recuperado el 03 de mayo del 2019 en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/6919/1/cuidados.pdf>
- Ruiz Bolívar, C. (2002). Instrumentos de Investigación Educativa. Venezuela: Fedupel.

Siliceo, A. (2006). Capacitación y desarrollo de personal. Editorial Limusa, 2006 - 246 páginas. Recuperado el 02 de julio del 2019, en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=CJhlsrSuIMUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=capacitaci%C3%B3n+laboral&ots=lsjU9MaA8O&sig=2WBokhGyj9DiRn5eJMaPUqi_m8s#v=onepage&q=capacitaci%C3%B3n%20laboral&f=false

Spinsanti, S. (1998). Lalleanza terapeutica. Roma: Borla.

ANEXOS

Anexo 1. *Tabla de especificaciones para atención humanizada de los pacientes*

Variable	Dimensiones	Ponderación porcentual	N° Items / Dimensión	N° Items / Indicador	Indicadores
Atención humanizada de salud	Técnico - científica	25%	5	1	• Efectividad
				1	• Continuidad
				2	• Seguridad
				1	• Integralidad
	Relaciones interpersonales	50%	10	2	• Respeto
				2	• Información
				2	• Interés manifiesto
				2	• Amabilidad
				2	• Ética
	Entorno	25%	5	1	• Orden
				1	• Privacidad
				1	• Comodidad
				1	• Equipamiento
				1	• Limpieza
	TOTAL		100%	20	

Anexo 2. Operacionalización de la variable percepción de la atención humanizada de los pacientes

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Técnico - científica	Efectividad	1. ¿Su tratamiento logra cambios positivos en su estado de salud?	Ordinal
	Continuidad	2. ¿Tu atención en el Hospital es continua, sin paralizaciones, ni repeticiones innecesarias?	
	Seguridad	3. ¿La forma como se prestan los servicios de hospitalización le parecen seguros?	
		4. ¿Se minimizan los riesgos en los servicios de salud del hospital?	
Integralidad	5. ¿Ud. recibe la atención que su caso requiere y los servidores de salud muestran interés y cordialidad por sus acompañantes y familiares?		
Relaciones interpersonales	Respeto	6. ¿Los servidores de salud tienen respeto y preservan la intimidad y privacidad de los pacientes?	Ordinal
		7. ¿En el hospital se tiene respeto por las características individuales de los pacientes, sus decisiones y su cultura?	
	Información	8. ¿En la información que te dan, usan términos que si puedes entender?	
		9. ¿La información que te suministran en el hospital es completa, veraz y oportuna?	
	Interés manifiesto	10. ¿En el Hospital expresan preocupación, no solo, por mi estado físico; también lo hacen por mis sentimientos y necesidades?	
		11. ¿En el Hospital hacen un seguimiento continuo de tus problemas de salud?	
	Amabilidad	12. ¿En el hospital tienen un trato cordial, cálido y empático con los pacientes?	
		13. ¿Los servidores de salud del Hospital son amables y prestan atención a tus preocupaciones y solicitudes?	
	Ética	14. ¿Los profesionales y trabajadores del Hospital tienen una conducta ética y moral intachable?	
		15. ¿Los profesionales y trabajadores del Hospital son veraces y honestos contigo, no esconden problemas?	
Entorno	• Orden	16. ¿En el hospital se muestra que se tiene respeto por las normas y buenas costumbres?	Ordinal
	• Privacidad	17. ¿Los ambientes hospitalarios garantizan la intimidad de los pacientes?	
	• Comodidad	18. ¿En el hospital se cuenta con infraestructura y equipamiento adecuados para una atención humana de los pacientes?	
	• Equipamiento	19. ¿En el hospital se tiene equipos funcionales y en la cantidad suficiente para una atención humana de los pacientes?	
	• Limpieza	20. ¿En el Hospital se tiene especial cuidado por la limpieza en los ambientes, equipos, utensilios, servicios auxiliares y personal que atiende en el área hospitalaria?	

Anexo 3. Matriz de consistencia de la investigación efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes, de un Hospital de Tacna, año 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable: Atención humanizada de la salud	
¿La capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada de los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019?	Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019	La capacitación y el tipo de servicio tienen efecto en la mejora de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	Dimensiones	Indicadores
			Técnico - científica	Efectividad
				Continuidad
Seguridad				
Problemas específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:		
¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico-científicos de la atención humanizada de los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019?	Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico-científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de los aspectos técnico-científicos de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	Relaciones interpersonales	Respeto
				Información
				Interés manifiesto
				Amabilidad
				Ética
¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes, en un Hospital de Tacna, año 2019?	Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora de las relaciones interpersonales de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	Entorno	Orden
				Privacidad
				Comodidad
				Equipamiento
				Limpieza
¿La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019?	Determinar si la capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	La capacitación y el tipo de servicio tiene efecto en la mejora del entorno de la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, año 2019.	Factor 1: Tipo de servicio	
			Niveles	Emergencia
				Programa del Adulto Mayor
			Factor 2: capacitación	
			Niveles	Sin capacitación.
Con capacitación				
Método y diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Tratamiento estadístico	
Tipo de estudio: • Por el fin que se persigue: Aplicada • Por el enfoque: Cuantitativa Diseño: Experimental Diseño de Tratamientos: Factorial 2 x 2	399 pacientes, distribuidos en 4 grupos de 100 cada uno, de una población total de	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario	• Tablas cruzadas • Graficas de barras • Prueba estadística de F de Fisher	

Anexo 4. Matriz de evidencias internas para la discusión

Variable y/o dimensión	Resultado			
	Por servicios	Por capacitación	ANOVA	Promedios
Atención humanizada de la salud [20,100]	<p>Emergencia: Deficiente 9.0%, Regular 67.5% y Bueno 23.5%. mayor: Regular 24.6% y Bueno 75.4%.</p>	<p>Antes: Deficiente 8.0%, Regular 66.0% y Bueno 26.0%. Después: Deficiente 1.0%, Regular 26.1% y Bueno 72.9%.</p>	<p>Servicio: $F_c = 600.194$, Sig. = 0.000. Capacitación: $F_c = 535.753$, Sig. = 0.000. Interacción: $F_c = 0.375$, Sig. = 0.541.</p>	<p>Emergencia: Antes 54.94, Después 73.60 mayor: Antes 74.72, Después 94.39.</p>
Aspectos técnico-científicos [5, 25]	<p>Emergencia: Deficiente 15.0%, Regular 48.5% y Bueno 36.5%. mayor: Deficiente 0.5%, Regular 17.1% y Bueno 82.4%.</p>	<p>Antes: Deficiente 14.5%, Regular 49.0% y Bueno 36.5%. Después: Deficiente 1.0%, Regular 16.6% y Bueno 82.4%.</p>	<p>Servicio: $F_c = 365.196$, Sig. = 0.000. Capacitación: $F_c = 349.01$, Sig. = 0.000. Interacción: $F_c = 0.933$, Sig. = 0.335.</p>	<p>Emergencia: Antes 13.91, Después 18.46 mayor: Antes 18.57, Después 23.62.</p>
Atención humanizada de la salud [20,100]	<p>Emergencia: Deficiente 9.0%, Regular 67.5% y Bueno 23.5%. mayor: Regular 24.6% y Bueno 75.4%.</p>	<p>Antes: Deficiente 8.0%, Regular 66.0% y Bueno 26.0%. Después: Deficiente 1.0%, Regular 26.1% y Bueno 72.9%.</p>	<p>Servicio: $F_c = 600.194$, Sig. = 0.000. Capacitación: $F_c = 535.753$, Sig. = 0.000. Interacción: $F_c = 0.375$, Sig. = 0.541.</p>	<p>Emergencia: Antes 54.94, Después 73.60 mayor: Antes 74.72, Después 94.39.</p>
Aspectos técnico-científicos. [5, 25]	<p>Emergencia: Deficiente 15.0%, Regular 48.5% y Bueno 36.5%. mayor: Deficiente 0.5%, Regular 17.1% y Bueno 82.4%.</p>	<p>Antes: Deficiente 14.5%, Regular 49.0% y Bueno 36.5%. Después: Deficiente 1.0%, Regular 16.6% y Bueno 82.4%.</p>	<p>Servicio: $F_c = 365.196$, Sig. = 0.000. Capacitación: $F_c = 349.01$, Sig. = 0.000. Interacción: $F_c = 0.933$, Sig. = 0.335.</p>	<p>Emergencia: Antes 13.91, Después 18.46 mayor: Antes 18.57, Después 23.62.</p>

Cuestionario percepción de la atención humanizada de los pacientes

La encuesta pretende recoger la percepción de nuestros pacientes con la finalidad de esmerarnos en una mejor atención, por lo cual suplicamos leer con mucha atención cada una de las preguntas y responder marcando con una X en el casillero correspondiente, cualquiera de las siguientes alternativas:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

Anexo 5. Cuestionario percepción de la atención humanizada de los pacientes

N.º	DIMENSIÓN/ Indicador/ ítems	Escala				
		1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Técnico - científica					
	Efectividad					
1	¿Su tratamiento logra cambios positivos en su estado de salud?					
	Continuidad					
2	¿Tu atención en el Hospital es continua, sin paralizaciones, ni repeticiones innecesarias?					
	Seguridad					
3	¿La forma como se prestan los servicios de hospitalización le parecen seguros?					
4	¿Se minimizan los riesgos en los servicios de salud del hospital?					
	Integralidad					
5	¿Ud. recibe la atención que su caso requiere y los servidores de salud muestran interés y cordialidad por sus acompañantes y familiares?					
	Dimensión 2: Relaciones interpersonales	1	2	3	4	5
	Respeto					
6	¿Los servidores de salud tienen respeto y preservan la intimidad y privacidad de los pacientes?					
7	¿En el hospital se tiene respeto por las características individuales de los pacientes, sus decisiones y su cultura?					
	Información					
8	¿En la información que te dan, usan términos que si puedes entender?					
9	¿La información que te suministran en el hospital es completa, veraz y oportuna?					
	Interés manifiesto					
10	¿En el Hospital expresan preocupación, no solo, por mi estado físico; también lo hacen por mis sentimientos y necesidades?					
11	¿En el Hospital hacen un seguimiento continuo de tus problemas de salud?					
	Amabilidad					
12	¿En el hospital tienen un trato cordial, cálido y empático con los pacientes?					
13	¿Los servidores de salud del Hospital son amables y prestan atención a tus preocupaciones y solicitudes?					

	Ética					
14	¿Los profesionales y trabajadores del Hospital tienen una conducta ética y moral intachable?					
15	¿Los profesionales y trabajadores del Hospital son veraces y honestos contigo, no esconden problemas?					
	Dimensión 3: Entorno	1	2	3	4	5
	Orden					
16	¿En el hospital se muestra que se tiene respeto por las normas y buenas costumbres?					
	Privacidad					
17	¿Los ambientes hospitalarios garantizan la intimidad de los pacientes?					
	Comodidad					
18	¿En el hospital se cuenta con infraestructura y equipamiento adecuados para una atención humana de los pacientes?					
	Equipamiento					
19	¿En el hospital se tiene equipos funcionales y en la cantidad suficiente para una atención humana de los pacientes?					
	Limpieza					
20	¿En el Hospital se tiene especial cuidado por la limpieza en los ambientes, equipos, utensilios, servicios auxiliares y personal que atiende en el área hospitalaria?					

Gracias por su participación

Anexo 6. Acta de aprobación de originalidad de tesis

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : IFC-PP-PP-02/02 Versión : 01 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo, Teresa Narváez Aranibar, docente de la Escuela de Posgrado Lima - Este de la Universidad César Vallejo, revisora de la tesis titulada: "Efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes, de un Hospital de Tarma, año 2019", del estudiante Fiablo Romeo Paca Pantigosa constato que la Investigación tiene un índice de similitud de 18 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: Lima, 17 de enero del 2020



Dr. Teresa Narváez Aranibar

DNI: 10122038

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

II ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN

Fin de la replicación y tipo de servicio en la atención brindado a los pacientes de un Hospital de Tarma, año 2007

II TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctor en administración

AUTOR:
Miguel Muñoz Acosta Para Pinedora
(CÓDIGO: 0000-0002-4170)

II ASESOR(A):
Dra. Teresa Norvick Arribar
(CÓDIGO: 0000-0002-4100-3553)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Modelos y herramientas gerenciales

ELVA PERE
2019




Resumen de coincidencias

18 %

1	Revisando a la práctica...	6 %
2	repositorio de la biblioteca...	1 %
3	repositorio de la biblioteca...	1 %
4	repositorio de la biblioteca...	1 %
5	repositorio de la biblioteca...	1 %
6	repositorio de la biblioteca...	1 %
7	repositorio de la biblioteca...	<1 %
8	repositorio de la biblioteca...	<1 %
9	repositorio de la biblioteca...	<1 %
10	repositorio de la biblioteca...	<1 %
11	repositorio de la biblioteca...	<1 %
12	repositorio de la biblioteca...	<1 %
13	repositorio de la biblioteca...	<1 %

Dictamen Final

Vista la Tesis:

"EFECTO DE LA CAPACITACIÓN Y TIPO DE SERVICIO EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA A LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TACNA, 2019"

Y encontrándose levantadas las observaciones prescritas en el Dictamen, del graduando(a):

PACA PANTIGOSO, FLABIO ROMEO

Que, se encuentra conforme a lo dispuesto por el artículo 36 del REGLAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE POSGRADO 2013 con RD N° 3902-2013/EPG-UCV, se DECLARA:

Que, la presente Tesis se encuentra autorizada con las condiciones mínimas para ser sustentada, previa Resolución que le cede la Unidad de Posgrado; asimismo, durante la sustentación el Jurado Calificador evaluará la defensa de la tesis, así como el documento respectivamente; indicando las observaciones a ser subsanadas en un tiempo determinado.

Comuníquese y archívese.

Lima, 11 de Enero de 2020



Dr. Hugo Pardo López



Dra. Teresa Narváez Araribar



GERENCIA DE RED ASISTENCIAL TACNA

COMITÉ DE INVESTIGACION

DICTAMEN N° 001 -2019

En las Instalaciones de la Oficina de Gerencia de la Red Asistencial Tacna, el día 04 de Enero del 2019, se reunieron los miembros del Comité de Investigación, bajo la presidencia del Dr. Paulo Gordillo Maydana, para evaluar el proyecto: **"EFECTO DE LA CAPACITACION Y TIPO DE SERVICIO EN LA ATENCION HUMANIZADA A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL III DANIEL A. CARRION – AÑO 2019 "** presentado por: Romeo Paca Pantigoso, en coordinación con la Gerencia y la Oficina de Planeamiento y Calidad, debido a la necesidad de contar con un instrumento de gestión para evaluar la calidad de atención humanizada, luego de la evaluación correspondiente se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. El proyecto es apto para su ejecución.
2. Essalud promueve la investigación según las líneas de investigación de la institución.
3. La aprobación está sujeta a la normativa vigente para investigaciones en Essalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008, Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD – 2016, Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016)

Tacna, 04 de enero del 2019


Dr. PAULO CESAR GORDILLO MAYDANA
GERENTE
Red Asistencial Tacna


Anexo 10. Autorización de publicación de tesis

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Flabio Romeo Paca Pantigoso, identificado con DNI No 01212856, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "EFECTO DE LA CAPACITACIÓN Y TIPO DE SERVICIO EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA A LOS PACIENTES, DE UN HOSPITAL DE TACNA, AÑO 2019"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33


FIRMA

DNI: 01212856

FECHA: 05 de marzo del 2020

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

POSGRADO, MGTR. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ PÉREZ

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Mgtr. Flabio Romeo Paca Pantigoso

INFORME TITULADO:

Efecto de la capacitación y tipo de servicio en la atención humanizada a los pacientes en un Hospital de Tacna, 2019.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Doctor en Administración

SUSTENTADO EN FECHA: 17/01/2020

NOTA O MENCIÓN: 15

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN