



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE DERECHO

**“INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCIÓN DEL
CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA EN RELACIÓN AL DERECHO A LA
SALUD EN EL HOSPITAL II-ESSALUD TARAPOTO, PERIODO
ENERO- JULIO 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
ABOGADO**

AUTOR:

Est. EDÚ WENCESLAO GRÁNDEZ LOZANO

ASESORA:

Dr. GRETHEL SILVA HUAMANTUMBA

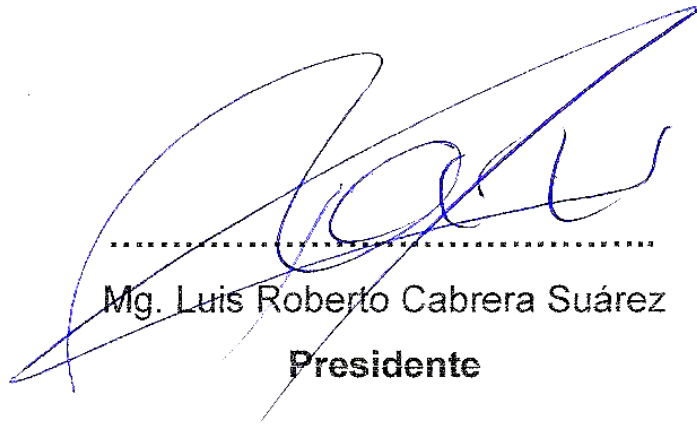
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

DERECHO CONSTITUCIONAL

Tarapoto – Perú

2017

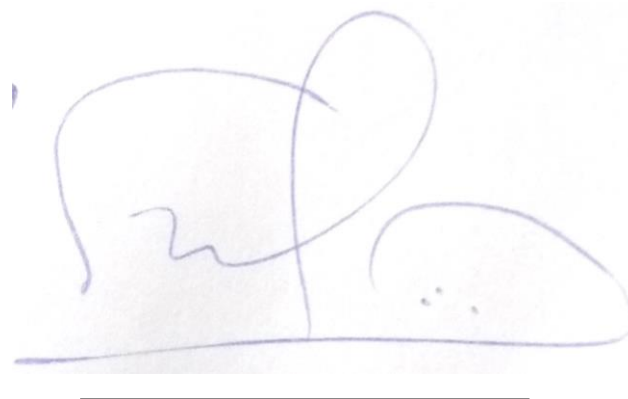
PÁGINAS DEL JURADO:



Mg. Luis Roberto Cabrera Suárez
Presidente



Dra. Grethel Silva Huamantumba
Secretaria



Mg. Luis Enrique Dasilva Querevalú
Vocal

DEDICATORIA

Al ser superior

Por darme la vida y mantenerme con salud, y ser la brújula a seguir.

A mis padres

A la Sra. Noelith Lozano Romero, mi querida madre ejemplo de gratitud y cariño, por su invalorable apoyo moral y ejemplo de enseñanza y superación, a mi Padre Eduardo Grandez López por su perseverancia y nunca darse por vencido y seguir mis días en estar larga carrera universitaria.

A mis seres queridos

Mi hermano Charly Rioja Lozano, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su apoyo en las largas noches de desvelo estudiando.

AGRADECIMIENTO

Como muestra de gratitud al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad especialmente a aquellas personas que han contribuido en la elaboración del presente trabajo de investigación, con la cual materializo el anhelo de seguir creciendo profesionalmente.

A la Abog. Grethel Silva Huamantumba; mi Asesora, por su desinteresada y activa participación en la elaboración del presente trabajo de investigación; a las autoridades de la Universidad Cesar Vallejo – Tarapoto por su visión de futuro; a la Escuela de Derecho, del cual me siento orgulloso de formar parte; a los miembros del Jurado Abog. Mg. Luz Saavedra Silva, al Abog. Luis Enrique Dasilva Querevalú; a los colaboradores del Hospital II-ESSALUD Tarapoto, por las facilidades brindadas para acceder a la información necesaria y finalmente a toda mi familia; agradecimiento sincero.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

DECLARACIÓN JURADA

Yo **Edú Wenceslao Grandez Lozano**, estudiante de la Escuela de Derecho de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 71501385, con la tesis titulada **“Ineficacia del Protocolo de Percepción del Cuidado Humanizado a Pacientes en el Servicio de Emergencia en Relación al Derecho a la Salud en el Hospital II – EsSalud Tarapoto, periodo Enero – Julio 2016”**.

Declaro bajo juramento que:

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

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

Tarapoto, Mayo del 2017.



Edú Wenceslao Grandez Lozano

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

En cumplimiento a lo dispuesto en el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad César Vallejo, se pone a vuestra consideración la presente Tesis Titulada **“INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RELACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN EL HOSPITAL II-ESSALUD TARAPOTO, PERIODO ENERO – JULIO 2016”**. La misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Grado Académico de Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas.

El Autor.

INDICE

PAGINA DEL JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
1 INTRODUCCIÓN:	11
1.1 Realidad Problemática:	11
1.2 Trabajos Previos:.....	17
1.3 Teorías Relacionadas al Tema:.....	21
1.3.1 Protocolo de percepción del cuidado humanizado:.....	21
1.3.2 Percepción del cuidado humanizado:	22
1.4 Trato humanizado:.....	27
1.4.1 Definición:	28
1.4.2 Factores que influyen en la interacción humana del cuidado.	28
1.4.3 Gestión del cuidado:	29
1.4.4 Derecho a la salud:	32
1.5 Formulación del Problema:.....	35
1.6 Justificación del Estudio:	35
1.7 Hipótesis:.....	36
1.7.1 Hipótesis general.	36
1.7.2 Hipótesis Afirmativa.	36

1.7.3	Hipótesis Negativa.....	36
1.8	Objetivos:	36
1.8.1	Objetivo General:.....	36
1.8.2	Objetivos Específicos.....	36
2	MÉTODOLOGIA.....	37
2.1	Diseño de investigación:.....	37
2.2	Variables, Operacional	38
2.3	Población y muestra	41
2.4	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad.....	41
2.4.1	Validación:	41
2.4.2	Confiabilidad:	41
2.5	Métodos de Análisis de Datos.	43
2.5.1	Forma de Tratamiento de los datos:	43
2.5.2	Procedimientos de recolección de datos:	43
2.5.3	Métodos de análisis de datos:.....	43
2.6	Aspectos Éticos (No corresponde).	43
3	RESULTADOS.....	44
4	DISCUSIONES:.....	55
5	CONCLUSIONES:.....	59
6	RECOMENDACIONES:	59
7	REFERENCIAS:.....	60

RESUMEN

La atención humanizada es un problema delicado; tal es el caso que ESS Salud en el año 2015 presentó su avance de humanización de la atención en salud donde se arribó a lo siguiente que: Los hospitales nacionales Edgardo Rebagliati, Guillermo Almenara y Alberto Sabogal presentaron avances en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Oncopediatría, respectivamente, donde se brindaron atención oportuna a pacientes críticos y pediátricos con neoplasias malignas, así como atención domiciliaria y especializada, también el Instituto Nacional Cardiovascular presentó experiencias exitosas en la implementación del Programa de Trasplantes, cuyo resultado arroja un 83% de tasa de sobrevivencia al año del paciente post trasplantado, frente a un 39% sin trasplante cardiaco. Como formulación de problema se señaló: ¿Cómo se evidencia la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud en el hospital II-ESSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016? La hipótesis de la investigación es: La ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado es evidente a consecuencia que en el servicio de emergencia no existe el personal idóneo que brinde asesoría al paciente. Como objetivo general se indica que: Determinar la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud en el HOSPITAL II-ESSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016 y objetivos específicos: Identificar el número de casos- denuncias de pacientes por un inadecuado trato de acuerdo al protocolo de cuidado humanizado en el distrito de Tarapoto, mediante una búsqueda documental/ Establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado en relación a los pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD- Tarapoto, mediante una encuesta/ Establecer el grado de relación entre el protocolo de cuidado humanizado y el derecho a la salud.

Palabras claves: Protocolo de cuidado humanizado- urgencia- emergencia- atención- derecho a la salud.

ABSTRACT

Humanized care is a sensitive problem as day-to-day policyholders complain about the care provided in hospitals; Such is the case that ESS Health in the year 2015 presented its progress of humanization of health care where it was arrived at as follows: National hospitals Edgardo Rebagliati, Guillermo Almenara and Alberto Sabogal presented advances in the Intensive Care Unit (ICU)) And Oncopediatría, respectively, where critical care and pediatric patients with malignant neoplasias, as well as home and specialized care were provided, also the National Cardiovascular Institute presented successful experiences in the implementation of the Transplantation Program, which results in 83% Post-transplant patient survival rate per year compared with 39% without heart transplantation. As a problem formulation, it was pointed out: How is it evident the inefficacy of the protocol of perception of humanized care to patients in the emergency service in relation to the right to health in the hospital II-ESSALUD Tarapoto, January-July 2016? The hypothesis of the research is: The inefficacy of the protocol of perception of humanized care is evident as a consequence that in the emergency service there is no suitable staff that provides counseling to the patient. As a general objective it is indicated that: To determine the inefficacy of the protocol of perception of humanized care to patients in the emergency service in relation to the right to health in HOSPITAL II-ESSALUD Tarapoto, January-July 2016 and specific objectives: Number of cases - complaints of patients due to inadequate treatment according to the protocol of humanized care in the district of Tarapoto, through a documentary search / Establish the guidelines of the protocol of perception of humanized care in relation to the patients who are in the service Of the Hospital II ESSALUD- Tarapoto, through a survey / Establish the degree of relationship between the humanized care protocol and the right to health.

Keywords:

Protocol of humanized care- urgency- emergency- care- right to health

1 INTRODUCCIÓN:

1.1 *Realidad Problemática:*

- **En Colombia**, por la Corte Constitucional de la Corte Republicana de Colombia mediante la sentencia T-361/14, se establece el derecho fundamental a la salud, protección constitucional especial; donde refiere que: El derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y, que puede ser invocado a través de la acción de tutela cuando este resultare amenazado o vulnerado, para lo cual, los jueces constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos vulnerados. Asimismo, el derecho a la continuidad en el servicio de salud; deber de las EPS de garantizar a los pacientes el acceso efectivo a los servicios de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por ello existe una garantía para acceder a los servicios de salud, los cuales se deben prestar libres de obstáculos burocráticos y administrativos.

De esa forma, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta e impide su efectiva recuperación física y emocional. Es decir, los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

El concepto de derecho fundamental, es quizá el más importante de las Constituciones contemporáneas. Colombia acogió esta figura en la Constitución de 1991. Una definición sintética de estos derechos es la siguiente: son los derechos inherentes a la persona humana. Usualmente se les ha identificado con los derechos individuales, sin embargo en Colombia han sido reconocidos por la Corte Constitucional algunos derechos pertenecientes a la llamada segunda generación, es decir, ha reconocido como derechos fundamentales ciertos derechos sociales que son necesarios para que la persona humana cuente con una vida digna.

El título II capítulo I de nuestra Carta Política se ocupa según se indica de forma expresa de los "derechos fundamentales", sin embargo la Corte Constitucional ha sostenido que el Constituyente no determinó en forma taxativa cuáles eran los derechos constitucionales fundamentales, sino que fue su voluntad conferir simplemente un efecto indicativo a la ubicación y titulación de las normas constitucionales.

Por consiguiente, hay que concluir que en nuestro país los derechos fundamentales no sólo son los que aparecen en el título y capítulos referidos, en vista de ello nuestra Corte Constitucional utiliza para reconocer los derechos fundamentales otros criterios¹.

Para la Corte hay criterios principales y subsidiarios de interpretación. Acoge como principales: el que se trate de un derecho esencial de la persona y el reconocimiento expreso de la Constituyente (un caso ejemplificativo es el artículo 44 que se refiere a los derechos de los niños como derechos fundamentales); acoge como criterios auxiliares, los cuáles no bastan por sí solos: la inclusión del derecho en tratados internacionales, que se trate de un derecho de aplicación inmediata; que posea un "plus" para su modificación (se refiere a los que requieren de referendo para ser reformados) y por último la ubicación y denominación.

Así mismo, para que un determinado derecho sea tenido como fundamental la Corte Constitucional Colombiana considera que debe reunir tres requisitos: conexión directa con los principios constitucionales, eficacia directa y contenido esencial (núcleo básico del derecho).¹ Corte Constitucional. Sentencia T- 778 de junio de 1992. Magistrado Ponente: Ciro Angarita Barón.

Hace dos años se implementaron nuevas reformas a la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, sancionada en ese año por el presidente Juan Manuel Santos, a pesar de los supuestos cambios, la normativa recibe críticas de sectores de la sociedad civil.

A dos años de aplicada la Ley Estatutaria de Salud 1751 (LES) de 2015, la regulación de sistema sanitario recibe críticas, denuncias y exigencias porque el derecho fundamental a la salud de los colombianos aún no está garantizado. Recientemente la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud (MNDS), movimiento social que reúne a diferentes organizaciones de la sociedad civil en Colombia, emitió un comunicado explicando que “el país continúa sufriendo los problemas de un sistema que más allá de leyes, requiere con urgencia voluntad política para enderezar su rumbo”. En el texto, instan a pacientes, trabajadores y pueblo en general a exigir al Ministerio de Salud y al Gobierno colombiano un verdadero cumplimiento de la ley promulgada en favor de la salud como un derecho fundamental. “El pueblo colombiano, que durante años luchó por alcanzar la institucionalización de la salud como un derecho fundamental autónomo, irrenunciable en lo individual y lo colectivo, vive ahora un sistema lleno de barreras de acceso, hospitales públicos y privados al borde de la ruina”, criticó el documento.

- **Por su parte en España**, la Revista Catalana de drep public (2013) publica sobre el derecho a la salud en la Jurisprudencia del Tribunal Español Guillermo Escobar; donde: El Tribunal Constitucional aborda indirectamente el derecho a la salud desde dos perspectivas: su conexión con el derecho a la vida e integridad física y moral y su conexión con la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. El artículo 15 CE reconoce el derecho a la vida e integridad, que puede contemplarse como uno de los fundamentos posibles del derecho a la salud, cuestión esta relevante a la hora de determinar su contenido. Además, entre los derechos de los artículos 15 y 43.1 existe una marcada unidad fenomenológica, de ahí que en la jurisprudencia comparada no resulte infrecuente que cuando un tribunal, por razones procesales, no pueda proteger el derecho a la salud como tal, este sea protegido a través de las normas de reconocimiento del derecho a la vida e integridad; tal es la línea seguida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y, como veremos a continuación, por el Tribunal Constitucional español. Frente a ello se evidencio un caso de vulneración del derecho a la salud desarrollado en la subcomisión de extranjería.

Llegó a España desde Brasil en 2008 con la esperanza de un futuro mejor. Huyó fundamentalmente del rechazo social sufrido día a día por su condición sexual: mujer de 33 años, nacida varón, transexual. Actualmente Brasil es uno de los países con mayor número de crímenes contra transexuales y homosexuales. En el momento de su llegada, España está sumergida en una profunda crisis económica y la realidad con la que se encuentra es totalmente diferente del anhelado sueño de la Europa de derechos e igualdades. *“Desde que llegué a España he tenido que buscarme la vida, con mucho sufrimiento. No entiendo ni hablo bien el idioma, no tengo muchos amigos ni familia...”* Dice A pesar de años de búsqueda, F.L.D.S. no consigue encontrar trabajo legal que le permita subsistir dignamente. En 2014 caduca su pasaporte y debido a su precaria situación económica, carece de posibilidades para viajar a Barcelona- donde se encuentra el Consulado- desde Alicante y realizar los trámites de renovación. Como consecuencia de ello, pasa a estar en situación administrativa irregular dentro del territorio español.

En 2015 el CIPS (Centro de Información y Prevención del SIDA) le diagnostica una enfermedad infectocontagiosa. En situación administrativa irregular y sin recursos económicos está imposibilitada para acceder a la sanidad pública debido los requisitos impuestos en el Real Decreto 16/2012 (Real Decreto 16/2012, 20 de abril, *De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*). Dicho decreto vinculó el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos, rompiendo con el modelo de Sistema Nacional de Salud existente hasta ese momento.

Esta nueva normativa vulnera claramente el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas) que dice: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad,*

invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” La Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”

- **En el Perú;** la atención humanizada es un problema delicado en la medida que los asegurados día a día se quejan de la atención brindada en los hospitales; tal es el caso que Es salud en el año 2015 presentó su avance de humanización de la atención en salud donde se arribó a lo siguiente que: Los hospitales nacionales Edgardo Rebagliati, Guillermo Almenara y Alberto Sabogal presentaron avances en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Oncopediatría, respectivamente, donde se brindaron atención oportuna a pacientes críticos y pediátricos con neoplasias malignas, así como atención domiciliaria y especializada, también el Instituto Nacional Cardiovascular presentó experiencias exitosas en la implementación del Programa de Trasplantes, cuyo resultado arroja un 83% de tasa de supervivencia al año del paciente post trasplantado, frente a un 39% sin trasplante cardiaco.

Este programa ganó el Premio Creatividad Empresarial 2015. Asimismo, EsSalud estableció el 14 de febrero como el Día Nacional de Humanización, a través una resolución de Presidencia Ejecutiva, para que trabajadores y asegurados recuerden la importancia de la humanización y los valores, entre ellos el respeto, la empatía y la confianza.

Del mismo modo mediante el portal institucional del Ministerio de la Salud, febrero (2016) refiere que se humanizara la atención de los médicos en los hospitales públicos, donde indica que las: **Horas extra compensadas.** *“La desconfianza que pueda existir en el personal médico por el pago de esas horas extras será superada, ajustaremos el mecanismo que ya existe en el Sistema Integrado de Salud (SIS)”*. Asimismo, no **trabajarán gratis.** “No pedimos que nadie trabaje gratis y tenemos que hacer que la maquinaria funcione”, expresó y detalló que el sistema para pagar horas complementarias o extras no estuvo funcionando.

- **Y en Tarapoto** el protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes hospitalizados no se respeta a consecuencia que el paciente asegurado del ESSALUD no recibe el trato digno que requiere en un nosocomio; que líneas adelante se describirá. El Cuerpo Médico, el día 27 de enero 2014 solicitó a la dirección un informe acerca del estado actual del traslado al hospital nuevo con CARTA N° 002 – CM – HIIT - RATAR – ESSALUD – 2014. El 28 de marzo hace conocer a la dirección su total desacuerdo con el traslado al hospital nuevo indicando las deficiencias notadas en el hospital nuevo según CARTA N° 005– CM – HIIT - RATAR – ESSALUD – 2014.

El 23 de abril se informa acerca de la inundación de la emergencia y se hace conocer el desacuerdo con la inauguración del Hospital, pues no estaba recibido y tenía serias deficiencias de funcionamiento, como consta en la CARTA N° 010– CM – HIIT - RATAR – ESSALUD – 2014, además de invitar a una reunión de coordinación, para evaluar y solucionar los problemas observados. No nos contestaron y no nos convocaron. En razón a todo lo anterior, consideramos que el acto médico de atención al paciente asegurado en todos sus niveles brindado a los pacientes en el HOSPITAL NUEVO, se ve afectado por las razones arriba expuestas, pudiendo ocasionar graves consecuencias a pesar de los esfuerzos de los médicos por tratar de dar la mejor atención en tamaña situación adversa.

En razón a esto el Cuerpo Médico deslinda todo tipo de responsabilidad relacionada con la atención de los pacientes asegurados, haciendo responsables, a las autoridades de EsSalud quienes pretenden enmascarar la verdadera situación actual enviando inclusive una comisión, que trataría de justificar las deficiencias del HOSPITAL NUEVO. Informamos también a la comunidad que el Cuerpo Médico del Hospital II Tarapoto EsSalud, está llano a colaborar con todas las acciones destinadas a mejorar la calidad de la atención a los asegurados, pues consideramos al HOSPITAL NUEVO como la casa de todos los asegurados la cual hay que defenderla y mejorarla. El Seguro Social es de todos los asegurados. Defendamos lo nuestro. Tarapoto 15 de mayo 2014/Junta Directiva Cuerpo Médico Hospital II Tarapoto Es Salud

1.2 Trabajos Previos:

A NIVEL INTERNACIONAL.

Como antecedente internacional se señala el trabajo de **Gonzales Burgos, Julie Tatiana (2009)** con el título: **Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de una institución II y III nivel, por la Pontificia Universidad Javeriana, donde concluye que:** **Primero:** En cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de las pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos. **Segundo:** Se identificaron las características de la población objeto de estudio, las cuales se muestran en la (tabla 3), registrando pacientes entre los 15 y 45 años de edad, en todos los casos pertenecientes al estrato 3 y con un diagnóstico clasificado en trabajo de parto, pos cesaría y pos parto normal.

En donde se evidencio que el rango de edad predominante se encuentra entre los 25 y 34 años de edad. Y el diagnóstico clínico relevante fue pos parto normal. **Tercero:** Según los resultados obtenidos, en la (tabla 4); las 9 categorías pueden ser ordenadas de mayor a menor, entendiéndose como mayor la categoría donde las pacientes calificaron mejor el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería.

Del mismo modo se cita el trabajo de **Morales Gonzales, Cristhian Giovanni (2009)** con el título: **Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención del personal de salud en una institución de primer nivel de atención en salud, a cargo de la Pontificia Universidad Javeriana- Bogotá; donde concluye que:** **Primero:** Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que el objetivo del

estudio es determinar el Nivel de Satisfacción de los pacientes que asistieron al Servicio de Urgencias en una Institución de primer Nivel de Atención en Salud, durante febrero a abril de 2009, se puede concluir que la mayoría de los pacientes que participaron en este, manifiestan sentir agrado con la atención de enfermería, en términos de accesibilidad. **Segundo:** Explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento. **Tercero:** Con respecto a las características socio-demográficas se determinó que dentro de la población estudiada fue de predominio femenino, ya que son las encargadas de la parte de salud en el hogar por ende son las que más consultan. Con un rango de edades que oscilan principalmente entre 20 y 30 años, con un nivel de escolaridad primaria en la gran mayoría de los encuestados. **Cuarto:** El Cuestionario CARE-Q hace el análisis individual de las categorías encontrándose la accesibilidad la cual obtiene el mayor nivel de satisfacción frente al cuidado de enfermería con un 45% y en contraposición se encuentra la categoría explica / facilita, conforta y se anticipa; estas obtuvieron el nivel de satisfacción más bajo con un 35 %.

Se señala como antecedente internacional **el trabajo de Trujillo Sarmiento Gissella (2016) con el título: Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica en CALI, a cargo de la Pontificia Universidad Javeriana Cali- Colombia; donde se concluye que: Primero:** Es importante recordar que la Humanización en salud se ha convertido en un tema relevante para las entidades clínicas. Una de las razones se ubica en el año 2013, cuando el Ministerio de Salud Pública lanza un boletín haciendo un llamado a los actores involucrados en el sistema de salud para que asuman un rol activo en la implementación de políticas Humanizadas dirigidas al paciente y al personal de la institución, con el fin de contribuir a la mejora en la calidad de los servicios de salud. **Segundo:** Partiendo de un estudio dirigido por el Ministerio de protección social (2007), se reflejó que las principales problemáticas para los usuarios son la asignación de citas, la calidad del personal médico y asistencial y los tramites excesivos.

Dichas problemáticas se evidenciaron tanto en los resultados cuantitativos como en los cualitativos de esta investigación, pues el personal asistencial y administrativo refiere que hay dificultades en las variables mencionadas.

Tercero: Lo expuesto en el párrafo anterior abre paso a examinar la hipótesis previamente presentada en esta investigación, la cual menciona que las necesidades y percepciones en humanización son diferentes en los colaboradores asistenciales y administrativos por los contextos en los cuales desarrollan sus actividades diarias.

Si se presentan diferencias marcadas en muchas de las preguntas, las necesidades de humanización y la percepción que tienen de la clínica como organización tienden a ser las mismas respuestas para ambos grupos. Y es que a pesar de que las personas trabajen en áreas distintas, son parte de una misma organización, enterándose la gran mayoría del personal que anda bien y que anda mal en su lugar de trabajo y de esta manera, así no los afecte directamente la situación problema que se pueda estar presentando en cierta área de su empresa, todos los colaboradores van a sentir que esto los implica en cierto punto, por eso quizá los problemas que se mencionan son tan generales como lo es la asignación de citas en una entidad de salud.

A NIVEL NACIONAL

Como antecedente nacional se señala el trabajo de: **Silvia Jhon, Fausto (2015) con el título: Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público a cargo de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas donde concluye que: Primero:** La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respecto y enfrentar el final de la vida con dignidad. **Segundo:**

Los niños son una prioridad para la sociedad y es así como la atención en salud deberá ofrecer una garantía de la calidad de los servicios, basada en imperativos éticos.

Asimismo, se cita el artículo de investigación científica por Chaw Ortega Isabel (2015) con el título: Los derechos de las personas y la humanización de la atención en la salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud- Ministerio de Salud, donde refiere que: **Primero:** El paciente tiene derecho a elegir libremente al médico o al establecimiento de salud, a recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, solicitar opinión de otro médico, distinto al que la institución le ofrece. **Segundo:** A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios, a conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento. **Tercero:** El derecho a recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder, recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud.

Y finalmente el expediente N° 2016-2004-AA/TC- Lima/ Sentencia del Tribunal Constitucional, de fecha 29 de Enero del 2004, el demandante José Luis Correa Condori interpone recurso extraordinario contra el Estado Peruano representado por el Estado Peruano donde se indica que: Con fecha 18 de diciembre de 2002, el recurrente interpone acción de amparo contra el Estado peruano, representado en este caso por el Ministerio de Salud, solicitando que se otorgue tutela a sus derechos constitucionales a la vida y a la protección integral a la salud en su condición de paciente con VIH/SIDA, la que deberá consistir en: a) la provisión constante de medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH/SIDA, que deberá efectuarse a través del programa del Hospital Cayetano Heredia; y b) la realización de exámenes periódicos, así como las pruebas de CD4 y carga viral, ambos a solicitud del médico tratante y/o cuando la necesidad de urgencia lo requiera.

1.3 Teorías Relacionadas al Tema:

1.3.1 Protocolo de percepción del cuidado humanizado:

RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm, XXV (1): 56-68.

1.3.1.1.-Percepción: Rivera Alvarez, L. (2007) Percepción de comportamientos de cuidado. La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en relación enfermera – ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, y cómo se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora.

1.3.1.2.-Cuidado Humanizado:

ORRES PIQUE, A. (2001) Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la facultad. Editorial Ceja, Bogotá. **ORRES PIQUE, A. (2001) Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la facultad.** Es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente – enfermera, además del dominio de lo técnico– científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve. **A la perspectiva del investigador se señala como cuidado humanizado;** como el conjunto de acciones fundamentadas por conocimiento técnico – científico, al igual que la interacción permanente y continua que establece el equipo de enfermería con el paciente que asiste al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia para lograr el bienestar y la recuperación para que se vincule a sus actividades cotidianas.

1.3.2 Percepción del cuidado humanizado:

Grupo de cuidado. Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. (2000). Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos, 2000 Cap. 1. P. 8. Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. **RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly (2007).**

Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1): 56-68, RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country, refiere que: Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado, se categorizan en comportamientos de cuidado humanizado: Sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

Watson J. (2009) Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua, refiere que: La “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

Paterson J, Zderad L. (1976). Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988. Por otro lado, Paterson enfatiza la relación que se establece entre el personal de salud y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de que un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería.

Paterson J, Zderad L. (1976). Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988. Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones.

1.3.1.4.- Categoría del sentimiento del paciente:

Alvis C. Tania y col. Op cit. p. 46, citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1): 56-68. Teniendo en cuenta los estudios revisados se puede concluir que el primer encuentro, o contacto enfermera - paciente, conforma una relación interpersonal en el que dos personas inician una comunicación, una relación, en donde se pone en marcha un determinado proceso, produciendo un intercambio comunicativo, reconociendo sus sentimientos, así como su realidad, explorando el proceso de evolución del paciente. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como "La relación de cuidado humanizado en

la persona hospitalizada genera en él sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera - paciente tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, recibir calor humano y cariño, estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como ser humano. Sentimientos que se constituyen en la oportunidad de sanación y crecimiento tanto de la enfermera como del paciente”

Bautista. R, Luz. M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander; AQUÍ CHAN, Vol. 08, No 1, refiere: A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” en la categoría “Conforta” plantea comportamientos que permiten dar ánimo, involucrar a familiares y brindar las mejores condiciones para que el paciente se sienta bien, satisfecho y atendido. En cuanto a la categoría de sentimiento, Richard. S. Lazarus, (1991), sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio. Considerando el sentimiento y la emoción como conceptos interrelacionados, en el cual la emoción englobaría al sentimiento. Por ello define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, como lo dice Watson en dos de los diez factores que ejerce el profesional de enfermería.

1.3.2.1 -Categoría apoyo emocional:

Páez R. (2000) La ética de las virtudes y enfermería, revista mexicana de enfermería cardiológica. Refiere que: El apoyo emocional que se les brinda a las personas, es el complemento indispensable para un adecuado tratamiento. El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a lo propuesto por Nightingale en donde “un personal de salud debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... no puede ser ligera habladora; nunca debe contestar

preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta” y esto corresponde a la relación ayuda – confianza propuesta por Watson.

Ésta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es el apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, con calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente, aliento y le permite percibir un entorno familiar, alegre y entretenido.

1.3.2.2 Categoría de apoyo físico:

Se basa en hacer sentir bien al paciente, esto implica que cada enfermera al valorar a su paciente lo trate como una persona que merece respeto no como una enfermedad más, el mirarlo a la cara cuando se le habla, disminuir su dolor, atender sus necesidades y brindar comodidad tanto física como mental, es por esto que es de gran importancia brindar apoyo físico a cada uno de los pacientes que consultan diversos servicios.

Alvis C. Tania y col. Op cit. P. citado por RIVERA ALVAREZ, L. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1). De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es el componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas pero significativas, como son el mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor”. Para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de

confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

1.3.2.3 Categoría priorizar al ser cuidado:

Cada paciente es único y por tanto sus pensamientos y actitudes también, es por esto que el profesional de enfermería debe tratar a los pacientes como seres únicos, priorizar cuidados, atender a cada uno de los llamados las veces que sea necesario, es de gran importancia llamar a cada paciente por su nombre puesto que esto los hace sentir que no son un paciente más.

1.3.2.4 Categoría empatía:

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él y capaz de sostener una conversación o relación terapéutica, para que así sea más fácil ponerse en su lugar y buscar respuestas adecuadas a sus necesidades, llegando a compartir sus sentimientos e ideas para llegar a tal fin. De acuerdo a esto Alvis C.

Tania y col definen esta categoría como “Dentro del cuidado humanizado, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana.

Watson J. (1999) Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3 ed. California: Universidad de Colorado. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

1.3.2.5 I Nivel de atención:

Resolución No. 5261. Niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. (1994) Brindará apoyo al I nivel de atención, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero, adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población.

Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneo para realizar cirugía mayor poco compleja.

1.3.2.6 II Nivel de atención:

Resolución No. 5261. Niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. (1994). Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: Gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad.

1.4 *Trato humanizado:*

La humanización hace alusión al ser humano y todo lo concerniente a él. La atención personalizada es el interés de los profesionales por las personas. El trato humanizado ha sido definido como: “interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad.

1.4.1 Definición:

El cuidado humanizado se refiere a la esencia en la profesión de enfermería y es la manera de cómo cada enfermera/o demuestra lo humano que es brindar los cuidados a través de la actitud, valores y principios tanto profesionales como personales, es una interacción entre los conocimientos y sentimientos por cada enfermo que permite establecer una asistencia de calidad como expresión humana manifestada durante el cuidado ofrecido por enfermería al paciente. Se puede decir que el cuidado humanizado es tratar con respeto al otro y con ética, teniendo en cuenta como profesionales y como seres humanos que las actitudes del personal producen un cambio en la otra persona, éste debe darse en forma integral en todo momento de la vida, no solo durante el proceso de la enfermedad. Con respecto al cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto debe considerarse especial, debido a que la mujer durante ese proceso pasa por varios cambios biológicos, de tipo emocional y social, en ese momento necesita mucho apoyo familiar pero muchas veces no es posible debido a que no se permite el acompañamiento del esposo o un familiar durante este proceso en los hospitales.

1.4.2 Factores que influyen en la interacción humana del cuidado.

- a) **Naturaleza de la interacción humana del cuidado:** La participación profesional que se da entre el cuidador y la persona cuidada es una de las acciones de enfermería, la interacción permite al paciente expresar sus sentimientos, dando a conocer sus expectativas vividas del cuidado de enfermería que ha recibido para la satisfacción de sus necesidades, y el enfermero desarrolla su propósito que es la enfermería. Para los enfermeros la intencionalidad de la relación enfermero-paciente no debe limitarse solo a pretender resultados o tener cambios por medio de la aplicación de procedimientos basados en la obediencia y en el instinto, por esto la interacción se utiliza para mantener la salud. Durante el proceso de interacción la enfermera/o debe utilizar su experiencia clínica

según su preparación académica; pero también debe demostrar sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades de comunicación.

- b) **Fases de la interacción:** La interacción entre el personal de salud-paciente se desarrolla por varias etapas. La primera es denominada “de iniciación” aquí se da la orientación del paciente e identificación de sus necesidades con el personal de enfermería para que lo pueda ayudar. La segunda es “de mantenimiento” acá se espera disminuir los niveles de ansiedad por parte de los pacientes y aumentar la confianza mutua con el personal de enfermería. La tercera es “determinación” en esta el paciente ha logrado algunas de sus metas y está preparado para el retorno a su hogar.

- c) **Condiciones del paciente para la interacción:** La interacción debe darse según el estado de orientación y percepción que presenten los pacientes en los servicios de salud, ellos pueden estar alertas o confusos, desorientados e inconscientes debido a su estado de salud o por los medicamentos. La edad de los pacientes también hace que se adopten diferentes enfoques y estrategias para la interacción por parte de enfermería. No importando las condiciones sociales y de salud de los pacientes, enfermería debe tener la capacidad para escuchar, recolectar información para hacer inferencias y juicios clínicos sobre la condición del paciente, además la capacidad de toma de decisiones correspondientes en cada situación que se presente.

1.4.3 Gestión del cuidado:

Se entiende como Gestión de Cuidado la realización de un conjunto de acciones bajo ciertos criterios éticos y profesionales propios de los profesionales en salud, que se llevan a cabo para el logro de las metas establecidas por las diferentes entidades y/o instituciones a las que pertenece el profesional. Su finalidad es el cuidado de las personas, tomando en cuenta sus derechos y situación actual de salud **Kérouack (1996)** plantea que la gestión del cuidado es “Un proceso heurístico

dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

“La importancia de la gestión del cuidado radica en: preservar y promover la calidad de los cuidados, mejorar la oferta de servicios a las personas con necesidades de salud insatisfechas, reforzar la eficacia de los recursos, favorecer la desconcentración de las decisiones en un proceso clínico, facilitar la contribución activa de los distintos grupos profesionales, enriquecer la comunicación y disminuir la rigidez institucional; basados en lo anterior es que el profesional enfermero debe velar por el cumplimiento integral de todas estas metas procurando cuidados holístico a los usuarios y así dando resoluciones atinentes a sus demandas.

1.4.3.1 Atención en salud y cuidado humanizado:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1988, define calidad como el “desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad puede costear y que tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad y morbilidad”.

Avedis Donabedian, considerado el padre de la calidad, define calidad de la atención en salud como: "El tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención", y propone tres dimensiones para la calidad: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Estas influyen de manera directa en la percepción del cuidado de los usuarios. En relación a lo anterior el mismo autor plantea que existen diferentes perspectivas de calidad: La de los usuarios externos, paciente y comunidad, quienes focalizan su visión en relación a su mejoría y recuperación, cobertura y oportunidad de los servicios,

accesibilidad y la relación con los profesionales, la cual es fundamental para evaluar satisfacción usuaria.

Desde la perspectiva del equipo de salud: otorgar atención segura, oportuna, basada en sólidos conocimientos, con tecnología avanzada y recursos disponibles. Y en cuanto a los administradores y financiadores: eficiencia, eficacia, compromiso y competencias del equipo de salud. Hace algunos años, la calidad no se consideraba medible, Vuori y Donabedian (1996) indican tres motivos generales para el necesario control de la calidad: éticos, sociales y de seguridad y económicos.

A partir de esto se hizo necesario plantear métodos que permitieran controlar la calidad dentro del contexto sanitario. El documento de “Salud Pública en las Américas” del año 2002 define como novena función esencial la “garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”.

Aquí se responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención en salud en el sector público y privado a través del monitoreo continuo de la calidad, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud.

El MINSAL define atención sanitaria de calidad como “la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

Sin embargo, el profesional de enfermería no solo se aboca a la resolución de las necesidades biológicas del individuo, si no que engloba un todo biopsicosocial, basado en la entrega de cuidados de calidad.

1.4.4 Derecho a la salud:

Definición:

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajos saludables y seguros, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo

1.4.4.1 Marco de protección del Derecho a la salud.

- ✓ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
 - ✓ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
 - ✓ Convención sobre los Derechos del Niño, 1989. Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos
 - ✓ Carta Social Europea, 1961
 - ✓ Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988.

La Organización Mundial de la Salud, OMS organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, define el derecho a la salud, como el “Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dependiendo de la óptica que se le imprima, la definición puede ir surtiendo alguna variación; por ejemplo, desde el punto de vista físico, el concepto de salud se entiende como uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad del ser humano.

1.4.4.2 Justiciabilidad del derecho a la salud:

Actualmente el derecho a la salud se ha movido entre dos enfoques: el enfoque de la reforma y el de la salud como derecho fundamental. Tal como lo expone Esperanza Echeverry, desde la primera óptica, las reformas a la salud se han inscrito dentro de un proyecto estratégico mundial estructural de transformación del modelo de acumulación del capital, uno de cuyos ejes es la reforma del Estado y la redefinición del alcance y contenido de la política social. En este contexto se contempla la reconfiguración del sector salud para convertirlo en espacio estratégico de rentabilidad financiera internacional.

En América Latina, la reforma del Estado se ha presentado en los años ochenta orientada hacia el ajuste y en los noventa hacia la sustentación técnica de las propuestas, sin embargo, las líneas gruesas de la estrategia se han mantenido articuladas por la disminución del papel del Estado en lo social y por una nueva concepción de política social y de derechos centrada en: 1) la responsabilidad individual, 2) la rentabilidad de servicios y 3) el mercado como agente en la asignación de recursos.

Estas directrices han guiado el proceso de reforma de la salud en América latina, promovidas por el Banco Mundial y condicionadas por los préstamos de los organismos financieros multilaterales. Los efectos de la reforma a la salud han sido negativos: 1) aumento de la segmentación en el acceso a los servicios, 2) profundización de iniquidades socio-sanitarias y 3) abandono de las funciones estatales en salud pública.

El enfoque de la reforma, asociado al Consenso de Washington, recurre a estrategias que implican un recorte de las responsabilidades del Estado en materia de salud. Se sustenta en el principio utilitarista de justicia distributiva, según el cual el Estado otorga un mínimo de servicios, más como concesiones que como derechos. Este mínimo se concreta en política pública a través de: (i) Descentralización de la política social; (ii) focalización de los servicios, con preferencia por los

subsidios a la demanda; (iii) mercantilización, para introducir la competencia y eliminar el monopolio que tenía el Estado; y (iv) el desarrollo de los servicios sociales referenciando proyectos que compitan por los recursos públicos

Por su parte, el enfoque de la salud dentro del marco de los derechos sociales como derechos humanos fundamentales, no ha sido dominante. Basada en los instrumentos jurídicos internacionales, esta tendencia incorpora las características y los principios rectores de los derechos humanos, que son:

- 1) Universalidad y accesibilidad en la asistencia sanitaria.
- 2) Indivisibilidad e interdependencia, que suponen el reconocimiento y el disfrute de otros derechos sociales.
- 3) Dimensión individual y colectiva.
- 4) Progresividad e irreversibilidad, que implican una inversión estatal sistemática y el no retroceso en los logros alcanzados.
- 5) Irrenunciabilidad, porque ningún ser humano puede renunciar a sus derechos fundamentales.
- 6) Gratuidad, entendida como la no sujeción a restricciones económicas para el acceso y la equidad. El derecho a la salud como derecho fundamental, se refrenda con la consagración en el artículo 12 del Pacto, de la salud como un “derecho humano fundamental”.

Diferencias entre urgencia y emergencia:

- 1) Emergencia: Es la situación de salud que se presenta repentinamente requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida. Algunos ejemplos de ello son: Pérdida de conocimiento, abundante pérdida de sangre o hemorragia, dificultad respiratoria prolongada, dolor intenso en la zona del pecho, convulsiones, electrocución, asfixia por inmersión, caídas desde alturas, accidentes de tránsito. En estos casos, las personas no pueden manejar esta situación y se necesita de los profesionales especializados (médicos, paramédicos, bomberos, etc.) para que puedan ocuparse de ella.

2) Urgencia: Es una situación de salud que también se presenta repentinamente pero sin riesgo de vida y puede requerir asistencia medica dentro de un periodo de tiempo razonable (dentro de las dos o tres horas) En cuanto a lo relacionado con urgencias solo se constituyen los accidentes leves es decir que no son graves y en el cual las personas pueden controlarlos debidamente hasta que vengan los médicos, paramédicos, bomberos todo ello a fin de atender la situación.

1.5 *Formulación del Problema:*

¿Cómo se evidencia la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud en el hospital II-ESSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016?

1.6 *Justificación del Estudio:*

Teórica: Para el desarrollo del trabajo se consultará con las normas de protocolo del cuidado humanizado en el Hospital II ESSALUD- Tarapoto, así como lo establecido en la Constitución Política del Perú.

Metodológica: Teniendo en consideración que el estudio se orienta al amparo de los derechos del paciente para los casos de una atención no humanizada en el hospital II ESSALUD TARAPOTO.

Práctica: La presente investigación centra su importancia en la necesidad de proporcionar soluciones a un trato no humanizado por parte del personal médico del hospital II ESSALUD- Tarapoto.

Pertinencia del estudio: El tema fue escogido porque en un plano local y nacional la problemática de la atención en hospitales es deficiente.

1.7 Hipótesis:

1.7.1 Hipótesis general.

La ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado es evidente a consecuencia que en el servicio de emergencia no existe el personal idóneo que brinde asesoría al paciente.

1.7.2 Hipótesis Afirmativa.

La ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado se evidencia de manera alarmante a consecuencia que en el servicio de emergencia no existe el personal idóneo que brinde atención al paciente.

1.7.3 Hipótesis Negativa.

La ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado no se evidencia de manera alarmante a consecuencia que en el servicio de emergencia se brinda una atención minuciosa y delicada por parte del personal encargado.

1.8 Objetivos:

1.8.1 Objetivo General:

Determinar la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud en el HOSPITAL II-ESSSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016.

1.8.2 Objetivos Específicos

- 1) Identificar el número de casos- denuncias de pacientes por un inadecuado trato de acuerdo al protocolo de cuidado humanizado en el distrito de Tarapoto, mediante una búsqueda documental.

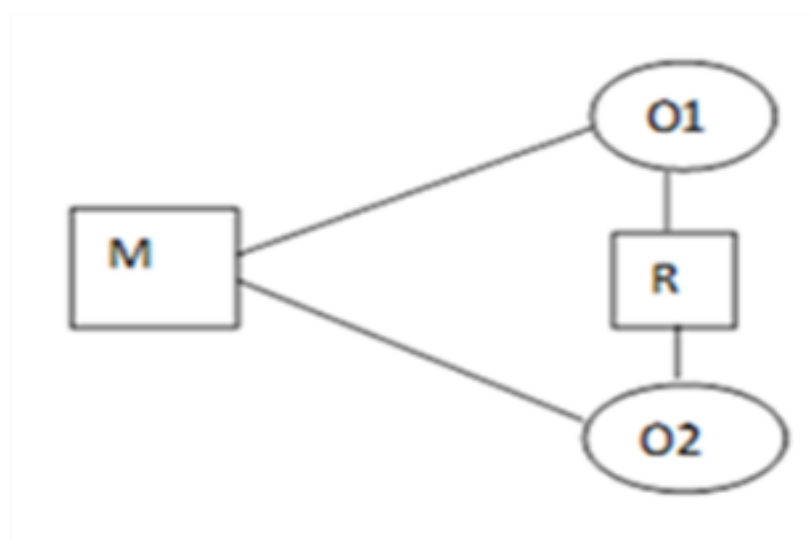
- 2) Establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado en relación a los pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD- Tarapoto, mediante una encuesta.
- 3) Establecer el grado de relación entre el protocolo de cuidado humanizado y el derecho a la salud.

2 METODOLOGIA

2.1 *Diseño de investigación:*

Hernández, Fernández y Batista. L (2014), Metodología de la Investigación: será Transversal correlacionales/causales; porque tienen como objetivo describir las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, los datos se recolectaron en un solo espacio y tiempo, con el propósito de describir y analizar las variables en el momento dado.

Los diseños transeccionales o transversal correlacionales – causales, las causas y sus efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o suceden durante el desarrollo del estudio y quien los investiga los observa y los reporta.



2.2 *Variables, Operacional*

- **VARIABLE 1: PROTOCOLO DE CUIDADO HUMANIZADO.**
- **VARIABLE 2: DERECHO A LA SALUD.**

Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Variable 1 Protocolo de cuidado humanizado</p>	<p>La humanización hace alusión al ser humano y todo lo concerniente a él. La atención personalizada es el interés de los profesionales por las personas. El trato humanizado ha sido definido como: "interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una</p>	<p>La primera variable se medirá a través del análisis de la búsqueda documental recepcionada en cada uno de los casos identificados.</p>	<p>Cuidado humanizado</p>	<p>Categoría apoyo emocional.</p>	<p>Escala Nominal</p>
				<p>Categoría de apoyo físico.</p>	
				<p>Categoría priorizar al ser cuidado.</p>	
				<p>Categoría empatía.</p>	

	asistencia con calidad.				
Variable 2: Derecho a la salud.	El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible.	La variable "Derecho a la salud" será medida mediante una encuesta dirigida a los pacientes en el hospital II ESSALUD-TARAPOTO	Enfoque de reforma	Principio utilitarista de justicia distributiva	Escala Nominal
			Enfoque de la salud	Accesibilidad en la asistencia sanitaria.	
				Indivisibilidad e interdependencia,	
Progresividad					

2.3 Población y muestra

2.3.1.- **Población:** Para la presente investigación se considera el número de casos donde se evidencian la vulneración del derecho a la salud de los pacientes en el Hospital II- ESSALUD TARAPOTO.

2.3.2.- **Muestra:** Para el presente caso se considera el total de la población, siendo ello un total de **12 Pacientes**.

2.3.3.-**Muestreo:** Se considera la totalidad de la población.

2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad.

2.4.1. Técnicas e instrumentos:

Tabla N° 01: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

TECNICAS	INSTRUMENTOS	INFORMANTES
Revisión Documentaria	Búsqueda Documental	Casos - denuncias de pacientes por un inadecuado trato de acuerdo al protocolo de cuidad humanizado.
Encuesta	Encuesta estructurada.	Pacientes del servicio de emergencia.

Fuente: Elaboración Propia.

2.4.1 Validación:

La validación de los instrumentos se hará mediante la firma de (03) profesionales en derecho, especializados en la materia del Derecho Constitucional.

2.4.2 Confiabilidad:

Para la confiabilidad de los instrumentos de aplicación se hizo uso de la herramienta estadística denominada Alfa de Cronbach.

Confiabilidad de la encuesta para establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado en relación a los pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD - Tarapoto:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	12	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	12	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,886	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PREG1	66,35	627,770	,855	,891
PREG2	66,40	657,108	,882	,889
PREG3	66,05	625,646	,893	,884
PREG4	66,03	634,297	,888	,883
PREG5	65,84	626,623	,890	,887
PREG6	66,05	625,646	,883	,885
PREG7	66,03	634,297	,880	,892
PREG8	65,84	626,623	,882	,888
PREG9	65,84	626,623	,887	,890
PREG10	66,59	643,219	,884	,893

2.5 *Métodos de Análisis de Datos.*

2.5.1 Forma de Tratamiento de los datos:

Habiéndose obtenido los datos mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados se procederá a su clasificación y almacenamiento en una matriz de datos que creará el investigador, para luego ser ingresada y procesada mediante un sistema idóneo. Finalmente, los datos se presentarán mediante tablas y gráficos estadísticos.

2.5.2 Procedimientos de recolección de datos:

Mediante el uso de los instrumentos señalados y a través del programa epi info se hará el respectivo cuadro estadístico que responde al objetivo de estudio.

2.5.3 Métodos de análisis de datos:

Los resultados obtenidos por la aplicación del instrumento: Entrevista se trabajarán a través de un paquete estadístico EPINFO.

2.6 *Aspectos Éticos (No corresponde).*

3 RESULTADOS

3.1.1 Instrumento de Investigación - Búsqueda Documental:

Conclusión:

De lo revisado en los casos de denuncias de pacientes a consecuencia de un trato inadecuado por el protocolo de cuidado humanizado obtenidos mediante la búsqueda documental se puede deducir que si existen casos relacionados a trato inadecuado de pacientes y esto se da sobre todo por la atención ya que no es del todo efectiva y que dado que es un servicio muy saturado la atención debe primar en esos casos.

La mayoría de casos son denuncias establecidas dentro de este procedimiento y que en efecto alguno no contemplan hechos relevantes por lo que la denuncia queda sin efecto.

3.1.2 Encuesta – Establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado:

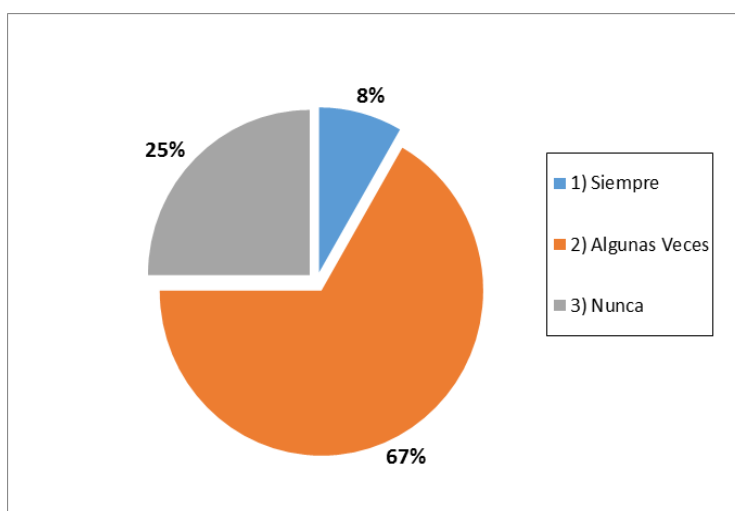
Tabla N° 01: El personal de emergencia se identifica con su nombre al ingresar al ambiente del servicio.

Pregunta 01	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	1	8.33%
2) Algunas Veces	8	66.67%
3) Nunca	3	25.00%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 01: Identificación del personal de emergencia en el servicio de emergencia.

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.



En referencia al Gráfico N° 01; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 8.33% manifestó que el personal de emergencia siempre se identifica con su nombre al ingresar al servicio lo

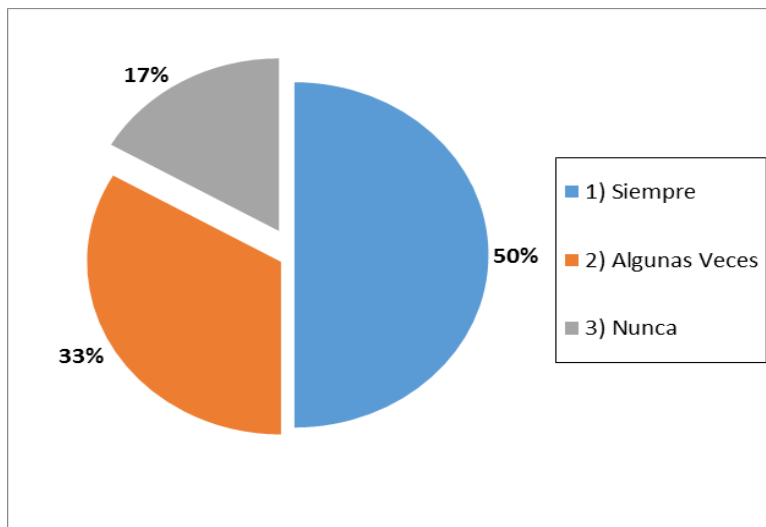
que demuestra inclusive mayor respeto y dedicación hacia el paciente, por otra parte el 66.67% señaló que algunas veces el personal suele identificarse lo que denota ciertos problemas internos que puedan suceder en lo interno del servicio; finalmente el 25% señaló que nunca el personal de emergencia se identifica al ingresar al servicio, lo que resalta la falta de respeto e identificación hacia la institución.

Tabla N° 02: Cuando Ud., tiene alguna necesidad para su cuidado y llama al personal de emergencia, acuden de manera inmediata.

Pregunta 02	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	6	50.00%
2) Algunas Veces	4	33.33%
3) Nunca	2	16.67%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 02: Atención inmediata por parte del personal de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud. En referencia al Gráfico N° 02; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 50.00%

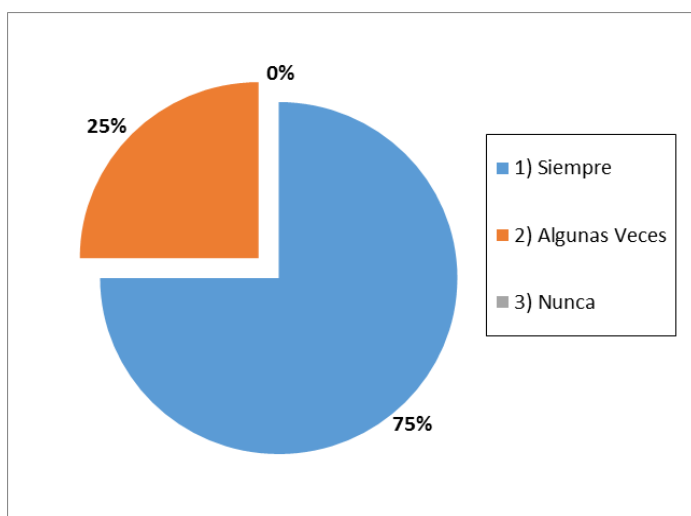
manifestó que el personal de emergencia acude de inmediato frente a alguna necesidad que pueda padecer el paciente lo que implica compromiso para la atención del mismo, por otra parte el 33.33% señaló que solo algunas veces el personal de emergencia acude de inmediato frente a alguna necesidad que pueda padecer el paciente lo que revela cierta falta de seguimiento al cuidado del paciente; finalmente el 16.67% señaló que nunca el personal de emergencia acude de manera inmediata en la necesidad que pueda padecer el paciente lo que figura como un indicador negativo para el personal encargado.

Tabla N° 03: El personal de emergencia muestra preocupación porque se le brinde los alimentos adecuados.

Pregunta 03	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	9	75.00%
2) Algunas Veces	3	25.00%
3) Nunca	0	0.00%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 03: Responsabilidad en la alimentación del paciente por parte del personal de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

En referencia al Gráfico N° 03; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 75.00% manifestó que el personal de emergencia siempre muestra

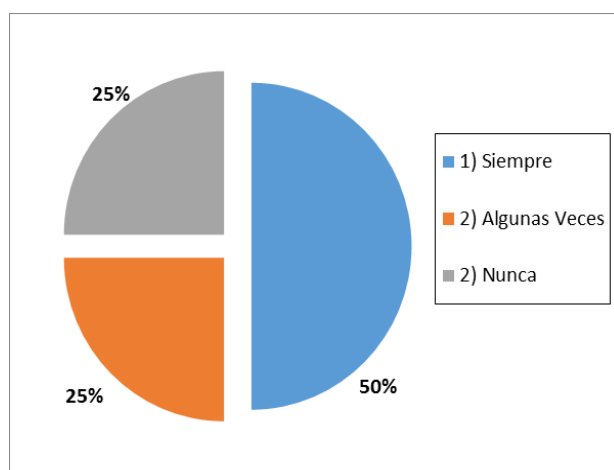
preocupación porque se le brinde los alimentos adecuados dado que para ellos es un factor particular y delicado en la salud y cuidado del paciente; finalmente el 25% restante señaló que algunas veces el personal de emergencia muestra preocupación porque los alimentos sean los adecuados para los pacientes y es que esto depende del estado al cual presenta su ingreso al servicio toda vez recordando que la variación del estado se presenta constantemente para el servicio de emergencia.

Tabla N° 04: Cuando sus familiares lo visitan, el personal de emergencia tiene un trato cordial hacia ellos.

Pregunta 04	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	6	50.00%
2) Algunas Veces	3	25.00%
2) Nunca	3	25.00%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 04: Trato cordial por parte del personal de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

En referencia al Gráfico N° 04; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 50.00% manifestó que cuando sus familiares los visitan el personal

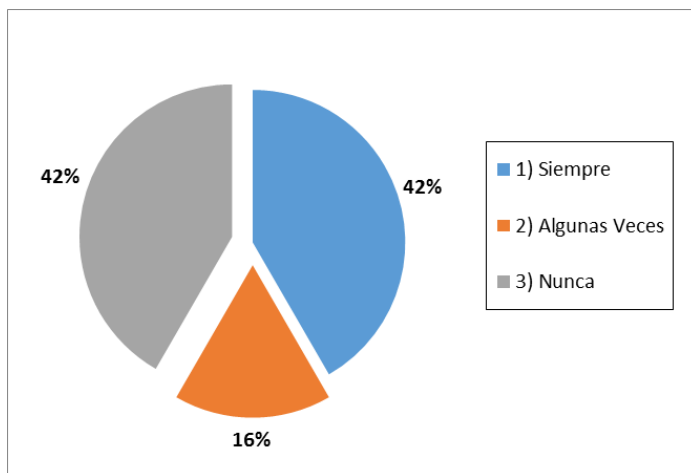
de emergencia siempre tiene un trato cordial hacia ellos pues eso demuestra respeto no solo al paciente sin embargo no son todos los que participan de este indicador cosa que también es mal vista por la sociedad, por otra parte el 25.00% señaló que algunas veces sus familiares son tratados cordialmente por el personal de emergencia dato que refleja cierta impacto en el cuidado del paciente; finalmente el 25% restante recalco que nunca sus familiares son tratados cordialmente cifra alarmante en la que se deben tomar medidas para su pronta mejora en la población.

Tabla N° 05: Observa que el personal de emergencia se preocupa porque Ud., descanse.

Pregunta 05	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	5	41.67%
2) Algunas Veces	2	16.67%
3) Nunca	5	41.67%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 05: Preocupación por el descanso de los pacientes por parte del personal de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

En referencia al Gráfico N° 05; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 41.67% manifestó que el personal de

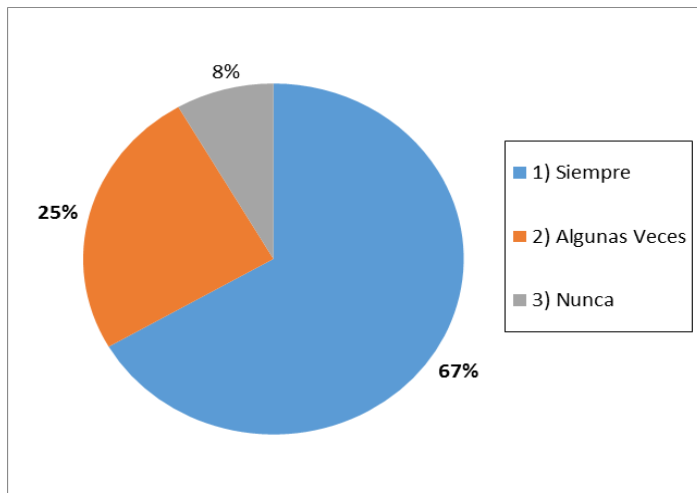
emergencia siempre se preocupa por el descanso del paciente lo que implica seguir mejorando constantemente ese aspecto en beneficio del paciente, por otra parte el 16.67% señaló que algunas veces el personal de emergencia se preocupa por el descanso del paciente esto debido a lo saturado que suele ser el lugar y que deben realizar sus labores correspondientes; finalmente el 41.67% resalto que nunca el personal de emergencia se preocupa porque el paciente descanse debido al nivel de atención que presenta el área y el estrés.

Tabla N° 06: El ambiente donde está Ud., hospitalizado, lo observa limpio.

Pregunta 06	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	8	66.67%
2) Algunas Veces	3	25.00%
3) Nunca	1	8.33%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 06: Limpieza en los ambientes del servicio de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

En referencia al Gráfico N° 06; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 66.67%

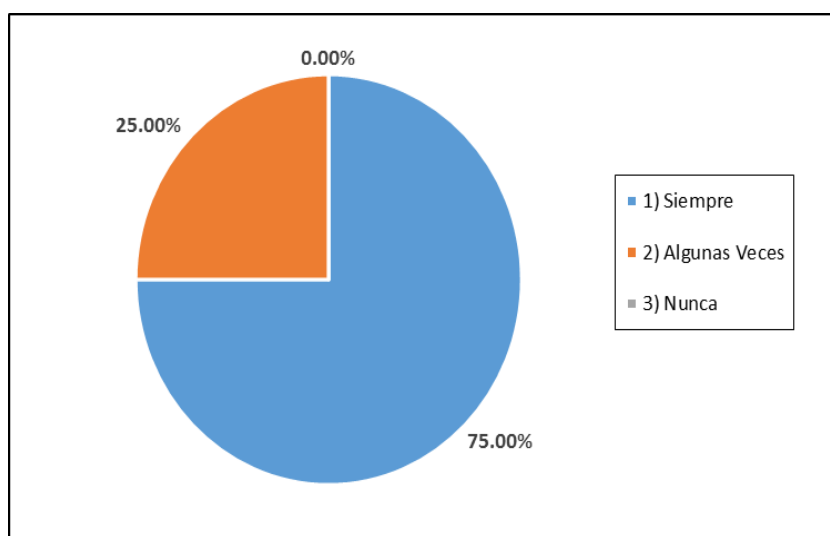
manifestó que siempre el servicio de emergencia lo observan limpio esto debido a que es un elemento fundamental para este servicio por la magnitud de los diferentes casos que se presentan, por otra parte el 25.00% señalo que algunas veces lo observan limpio al servicio de emergencia ya que como han podido constatar tienen que esperar a personal de limpieza a que recién se apersona al área; finalmente el 8.33% recalco que nunca observan limpio el servicio de emergencia ya que se presentó un caso dónde aún se podía visualizar el material desechado.

Tabla N° 07: El ambiente donde Ud., se encuentra atendido tiene buena iluminación.

Pregunta 07	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	9	75.00%
2) Algunas Veces	3	25.00%
3) Nunca	0	0.00%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 07: Iluminación del servicio de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

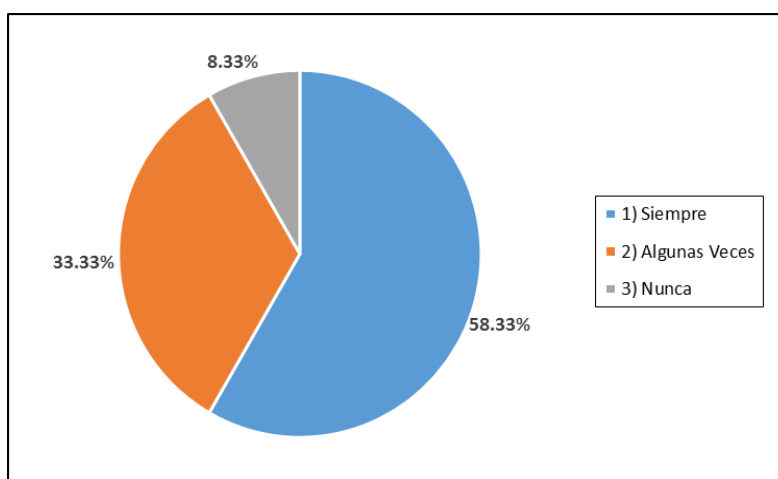
En referencia al Gráfico N° 07; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 75.00% manifestó que siempre la iluminación del servicio de emergencia es buena aquí se acomoda a la infraestructura adoptada por el servicio y los colores iluminados del servicio; finalmente el 25% resalto que algunas veces la iluminación del servicio de emergencia es buena esto sucede por la ubicación de las camillas sobre todo cuando el servicio presenta saturación y se tiende a usar espacios no programados.

Tabla N° 08: El ambiente “clima” donde Ud., está atendido es confortablemente fresco.

Pregunta 08	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	7	58.33%
2) Algunas Veces	4	33.33%
3) Nunca	1	8.33%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 08: Clima apropiado del servicio de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud. En referencia al Gráfico N° 08; del 100% de la población

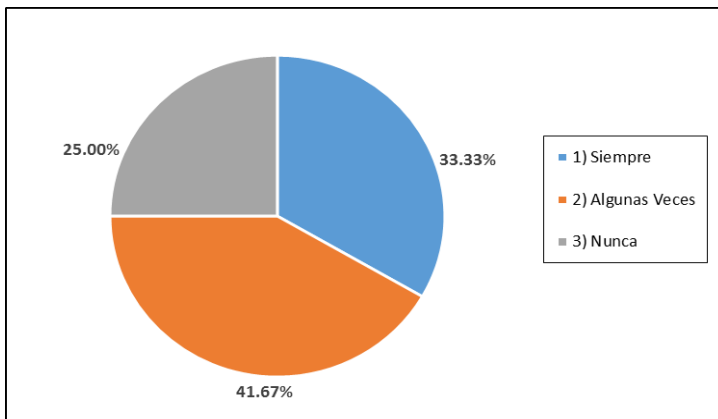
encuestada, representada por 12 pacientes, el 58.33% manifestó que siempre el clima es confortablemente fresco y esto como parte fundamental en el proceso de vitalizar al paciente y toda vez recordando que nos encontramos en una zona cálida, por otra parte el 33.33% señalo que algunas veces el clima es confortablemente fresco debido a la saturación del servicio suelen presentarse este tipo de incomodidades originadas por la falta de espacio; finalmente el 8,33% señalo que nunca el clima es confortablemente fresco dado que también es una cuestión de costumbre adaptarse a las condiciones de la zona.

Tabla N° 9: El personal de emergencia solicita su participación – colaboración al momento que van a realizarle un procedimiento médico.

Pregunta 09	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	4	33.33%
2) Algunas Veces	5	41.67%
3) Nunca	3	25.00%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 09: Solicitud de cooperación al paciente del servicio de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

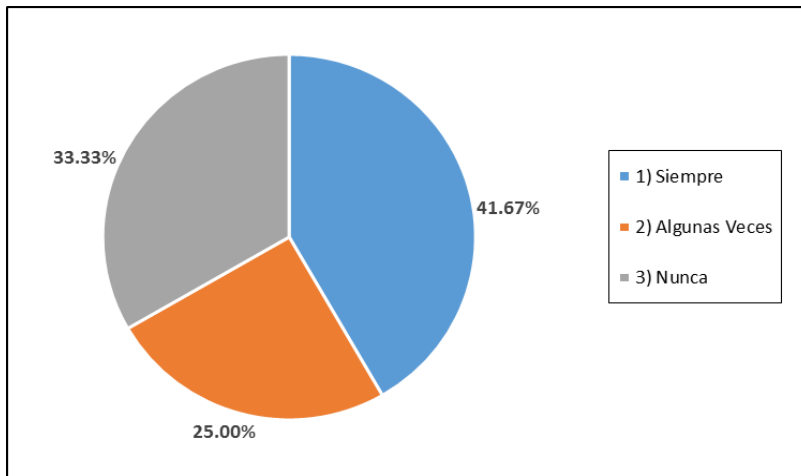
En referencia al Gráfico N° 09; del 100% de la población encuestada, representada por 12 pacientes, el 33.33% manifestó que siempre el personal de emergencia solicita su colaboración cuando le realizan un procedimiento médico lo cual representa cierto trabajo en equipo en aras de poder mejorar la salud del paciente, por otra parte el 41.67% señaló que algunas veces solicitan su colaboración frente a un procedimiento médico debido a la baja complejidad que presenta el caso; finalmente el 25% señaló que nunca solicitan su colaboración frente a un procedimiento médico dato que refleja poca confianza y comunicación por parte del personal de servicio.

Tabla N° 10: Durante su estancia en el servicio de emergencia, Ud., se siente tranquilo por la atención que le brindan.

Pregunta 10	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1) Siempre	5	41.67%
2) Algunas Veces	3	25.00%
3) Nunca	4	33.33%
TOTAL	12	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

Gráfico N° 10: Tranquilidad del paciente frente a la atención que recibe del personal de emergencia.



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del servicio de emergencia – EsSalud.

En referencia al Gráfico N° 10; del 100% de la población encuestada,

representada por 12 pacientes, el 41.67% manifestó que siempre se sienten tranquilos por la atención que les brindan en el servicio de emergencia cosa que definitivamente se debe también fortalecer muchas cosas respecto a la atención, por otra parte el 25% señalo que algunas veces se sienten tranquilos por la atención que les brindan en el servicio de emergencia toda vez recordando que son cuestiones – aspectos que pueden mejorarse dentro de esta línea para satisfacer mejor a la población; finalmente el 33.33% señalo que nunca se sienten tranquilos por la atención que les brindan indicador que tiene impacto en la población y que causa desvalor para la institución.

4 DISCUSIONES:

Para pasar a discutir el presente trabajo de investigación podemos tomar como referencia el antecedente planteado por **Gonzales Burgos, Julie Tatiana (2009)**, en su investigación, **Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de una institución II y III nivel, por la Pontificia Universidad Javeriana** puesto que concluye que en cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de las pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Según los resultados obtenidos, las 9 categorías pueden ser ordenadas de mayor a menor, entendiéndose como mayor la categoría donde las pacientes calificaron mejor el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería.

Asimismo lo mencionado guarda relación con la teoría planteada por **Rivera Alvarez, L. (2007)** en su libro **Percepción de comportamientos de cuidado**, donde menciona lo siguiente: La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en relación enfermera – ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, y cómo se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora.

Por Consiguiente todo lo comentado anteriormente se puede discrepar con los resultados obtenidos en la presente investigación puesto que en referencia al **Gráfico N° 02**; de la encuesta aplicada a los pacientes , el 50.00% manifestó que el personal de emergencia acude de inmediato frente a alguna necesidad que pueda padecer el paciente lo que implica compromiso para la atención del mismo, por otra parte el 33.33% señaló que solo algunas veces el personal de emergencia acude de inmediato frente a alguna necesidad que pueda padecer el paciente lo que revela cierta falta de seguimiento al cuidado del paciente; finalmente el 16.67% señaló que nunca el personal de emergencia acude de manera inmediata en la necesidad que pueda padecer el paciente lo que figura como un indicador negativo para el personal encargado.

Por otro lado se tiene en cuenta el antecedente de **Trujillo Sarmiento Gissella (2016)** en su investigación: **Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica en CALI, a cargo de la Pontificia Universidad Javeriana Cali- Colombia**; donde se concluye que: Partiendo de un estudio dirigido por el Ministerio de protección social (2007), se reflejó que las principales problemáticas para los usuarios son la asignación de citas, la calidad del personal médico y asistencial y los tramites excesivos. Dichas problemáticas se evidenciaron tanto en los resultados cuantitativos como en los cualitativos de esta investigación, pues el personal asistencial y administrativo refiere que hay dificultades en las variables mencionadas.

Lo expuesto en el párrafo anterior abre paso a examinar la hipótesis previamente presentada en esta investigación, la cual menciona que las necesidades y percepciones en humanización son diferentes en los colaboradores asistenciales y administrativos por los contextos en los cuales desarrollan sus actividades diarias. Y es que a pesar de que las personas trabajen en áreas distintas, son parte de una misma organización, así no los afecte directamente la situación problema que se pueda estar presentando en cierta área de su empresa, todos los colaboradores van a sentir que esto

los implica en cierto punto, por eso quizá los problemas que se mencionan son tan generales como lo es la asignación de citas en una entidad de salud.

Asimismo ello se relaciona con la teoría planteada por **RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly (2007)**, en su libro **Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country**, donde menciona que se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado, se categorizan en comportamientos de cuidado humanizado: Sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

Por Consiguiente todo lo comentado anteriormente se puede corroborar con los resultados obtenidos en la presente investigación puesto que en referencia al **Gráfico N° 03**; los pacientes manifestaron lo siguiente, el 75.00% manifestó que el personal de emergencia siempre muestra preocupación porque se le brinde los alimentos adecuados dado que para ellos es un factor particular y delicado en la salud y cuidado del paciente; finalmente el 25% restante señaló que algunas veces el personal de emergencia muestra preocupación porque los alimentos sean los adecuados para los pacientes y es que esto depende del estado al cual presenta su ingreso al servicio toda vez recordando que la variación del estado se presenta constantemente para el servicio de emergencia.

Finalmente tenemos el antecedente de **Silvia Jhon, Fausto (2015)** en su investigación **Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público a cargo de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas donde concluye que:** La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las

personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respecto y enfrentar el final de la vida con dignidad. Los niños son una prioridad para la sociedad y es así como la atención en salud deberá ofrecer una garantía de la calidad de los servicios, basada en imperativos éticos.

En consecuencia lo comentado se relaciona con la teoría planteada por **Luz Nelly (2007)**, en su libro **Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country**, refiere que: Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado, se categorizan en comportamientos de cuidado humanizado: Sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

Por Consiguiente todo lo comentado anteriormente se puede corroborar con los resultados obtenidos en la presente investigación puesto que en referencia al **Gráfico N° 05**, los pacientes manifestaron lo siguiente; el 41.67% manifestó que el personal de emergencia siempre se preocupa por el descanso del paciente lo que implica seguir mejorando constantemente ese aspecto en beneficio del paciente, por otra parte el 16.67% señaló que algunas veces el personal de emergencia se preocupa por el descanso del paciente esto debido a lo saturado que suele ser el lugar y que deben realizar sus labores correspondientes; finalmente el 41.67% resalto que nunca el personal de emergencia se preocupa porque el paciente descanse debido al nivel de atención que presenta el área y el estrés.

5 CONCLUSIONES:

- 1) De la investigación se concluye que si existen casos relacionados a trato inadecuado de pacientes y esto se da sobre todo por la atención ya que no es del todo efectiva y que dado que es un servicio muy saturado la atención debe primar en esos casos. La mayoría de casos son denuncias establecidas dentro de este procedimiento y que en efecto alguno no contemplan hechos relevantes por lo que la denuncia queda sin efecto.
- 2) Que de la investigación se concluye que los lineamientos de protocolo de percepción del cuidado humanizado se indica que un 75.00% manifestó que el personal de emergencia siempre muestra preocupación porque se le brinde los alimentos adecuados dado que para ellos es un factor particular y delicado en la salud y cuidado del paciente; finalmente el 25% restante señaló que algunas veces el personal de emergencia muestra preocupación porque los alimentos sean los adecuados para los pacientes y es que esto depende del estado al cual presenta su ingreso al servicio toda vez recordando que la variación del estado se presenta constantemente para el servicio de emergencia.
- 3) Que de la investigación se concluye que el grado de relación entre el derecho a la salud y el protocolo de cuidado humanizado es media a consecuencia que no existe un programa adecuado que regula las deficiencias señaladas en los centros hospitalarios.

6 RECOMENDACIONES:

- 1) Se recomienda que en los hospitales se cree el área de fiscalización al personal de salud para identificar el seguimiento del protocolo humanizado al paciente.
- 2) Se recomienda que en los hospitales se implemente activamente el servicio de abogados en hospitales; a consecuencia que los derechos del paciente en su mayoría se ven vulnerados.
- 3) Se recomienda que para crear un grado de relación entre el protocolo de cuidado humanizado y el derecho a la salud; se necesita que el gobierno

regional cree fondos que aseguren el derecho del paciente a un trato adecuado y favorable.

7 REFERENCIAS:

1) LIBROS.

- 1) **Hernández, Fernández y Baptista, L. (2006)** Metodología de la investigación.
- 2) **RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1): 56-68.**
- 3) **ORRES PIQUE, A. (2001)** Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la facultad. Editorial Ceja, Bogotá.
- 4) **Grupo de cuidado. Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. (2000) Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos, 2000 Cap. 1. P. 8.**
- 5) **Watson J. (2009) Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua.**
- 6) **Paterson J, Zderad L. (1976). Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988.**
- 7) **Alvis C. Tania y col. Op cit. p. 46, citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1): 56-68.**
- 8) **Bautista. R, Luz. M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander; AQUÍ CHAN, Vol. 08, No 1.**
- 9) **Paez R. (2000) La ética de las virtudes y enfermería, revista mexicana de enfermería cardiológica.**
- 10) **Alvis C. Tania y col. Op cit. P. citado por RIVERA ALVAREZ, L. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1).**
- 11) **Resolución No. 5261. Niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. (1994)**
- 12) **Resolución No. 5261. Niveles de responsabilidad y niveles de**

complejidad de la atención en salud. (1994)

- 13) **Resolución No. 5261. Niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. (1994).**

2) TESIS.

1. **Gonzales Burgos, Julie Tatiana (2009).** Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de una institución II y III nivel. Pontificia Universidad Javeriana.
2. **Morales Gonzales, Cristhian Giovanni (2009).** Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención del personal de salud en una institución de primer nivel de atención en salud. Pontificia Universidad Javeriana- Bogotá.
3. **Trujillo Sarmiento Gissella (2016).** Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica en CALI. Pontificia Universidad Javeriana Cali- Colombia.
4. **Silvia Jhon, Fausto (2015).** **Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.**
5. **Chaw Ortega Isabel (2015).** Los derechos de la persona y la humanización de la atención en la salud. Instituto de Gestión de Servicios de Salud- Ministerio de Salud.

3) REVISTAS.

- 1) **Revista Catalana de drep public (2013).** Derecho a la salud en la Jurisprudencia del Tribunal Español Guillermo Escobar.

4) EXPEDIENTES:

- 1) Expediente N° **2016-2004-AA/TC- Lima/ Sentencia del Tribunal Constitucional**, de fecha 29 de Enero del 2004, el demandante Jose Luis Correa Condori interpone recurso extraordinario contra el Estado Peruano representado por el Estado Peruano.

ANEXOS



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN- ENCUESTA.

Dirigido a los pacientes e relación al protocolo de percepción del cuidado humanizado en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD- TARAPOTO.

Buenos días:

Soy estudiante de Pre- grado de la Universidad Cesar Vallejo- facultad de Derecho. Me encuentro realizando mi trabajo de investigación denominado: **INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RELACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN EL HOSPITAL II-ESSALUD TARAPOTO, PERIODO ENERO- JULIO 2016.** Agradeceré a usted se sirva contestar a las preguntas planteadas con la mayor sinceridad posible.

CUESTIONARIO:

N° Ítem	Ítems	Siempre	Algunas Veces	Nunca
01	El personal de emergencia se identifica con su nombre al ingresar al ambiente del servicio.			
02	Cuando Ud., tiene alguna necesidad para su cuidado y llama al personal de emergencia, acuden de manera inmediata.			
03	El personal de emergencia muestra preocupación porque se le brinde los alimentos adecuados			
04	Cuando sus familiares lo visitan, el personal de emergencia tiene un trato cordial hacia ellos.			
05	Observa que el personal de emergencia se preocupa porque Ud., descanse.			
06	El ambiente donde está Ud., hospitalizado, lo observa limpio.			
07	El ambiente donde Ud., se encuentra atendido tiene buena iluminación.			
08	El ambiente "clima" donde Ud., está atendido es confortablemente fresco.			
09	El personal de emergencia solicita su participación – colaboración al momento que van a realizarle un procedimiento médico.			
10	Durante su estancia en el servicio de emergencia, Ud., se siente tranquilo por la atención que le brindan.			

Muchas Gracias.

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombre del experto: Cesar Pelaes Vega

Grado Académico: Magister

Institución donde labora: Consultorio Jurídico Cesar Vallejo Tarapoto

Cargo que desempeña: Director de Consultorio

Título de la Investigación: INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RELACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN EL HOSPITAL II-ESSALUD TARAPOTO, PERIODO ENERO-JULIO 2016

Instrumento motivo de evaluación: Búsqueda Documental.

Autor del Instrumento: EDÚ WENCESLAO GRÁNDEZ LOZANO

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado es decir libre de ambigüedades.				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán mensurar las variables en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la acusación directa					x
ORGANIZACION	Los ítems traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables, en todas sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a la hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				x	
SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia en cantidad y calidad.				x	
INTENCIONALIDAD	Los ítems demuestran estar adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencia inherentes a la acusación directa					x
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					x
COHERENCIA	Los ítems expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.				x	
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.				X	
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y más adecuado.					x
Subtotal					24	20

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombre del experto: Tafur Bardales Gissela

Grado Académico: Abogada

Institución donde labora: Notaria Barrios Falcon

Cargo que desempeña: Asistente legal

Título de la Investigación INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RELACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN EL HOSPITAL II-ESSALUD TARAPOTO, PERIODO ENERO- JULIO 2016

Instrumento motivo de evaluación: Encuesta

Autor del Instrumento: EDÚ WENCESLAO GRÁNDEZ LOZANO

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado es decir libre de ambigüedades.					x
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán mensurar las variables en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				x	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la productividad laboral				x	
ORGANIZACION	Los ítems traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables, en todas sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a la hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					x
SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia en cantidad y calidad.					x
INTENCIONALIDAD	Los ítems demuestran estar adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencia inherentes a la productividad laboral.				x	
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.			x		
COHERENCIA	Los ítems expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.				x	

METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					x
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y más adecuado.				x	
Subtotal				3	20	20
TOTAL				43		

II. OPINION DE APLICABILIDAD: El instrumento de investigación es aceptable y esta listo para su aplicacion

III. PROMEDIO DE VALORACION:

El promedio de valoración está en el valor de 43 puntos.

Tarapoto, Marzo de 2017



Gissela Tafur Bardalez
ABOGADA
CASM N° 328

Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPOTESIS	INSTRUMENTOS										
INEFICACIA DEL PROTOCOLO DE PERCEPCION DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RELACION AL DERECHO A LA SALUD DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL II-ESSSALUD TARAPOTO, PERIODO ENERO- JULIO 2016	¿Cómo se evidencia la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud de los pacientes en el hospital ii-ESSSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016.?	OBJETIVO GENERAL Determinar la ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado a pacientes en el servicio de emergencia en relación al derecho a la salud de los pacientes en el HOSPITAL II-ESSSALUD Tarapoto, periodo enero- julio 2016.	La ineficacia del protocolo de percepción del cuidado humanizado es evidente a consecuencia que en el servicio de emergencia no existe el personal idóneo que brinde asesoría al paciente.	ENCUESTA ENTREVISTA.										
				DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Transversal causal.										
				TIPO DE INVESTIGACIÓN Investigación <u>correlacional</u>										
		OBJETIVOS ESPECIFICOS												
VARIABLES E INDICADORES:		<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar el número de casos- denuncias de pacientes por un inadecuado trato de acuerdo al protocolo de cuidado humanizado en el distrito de Tarapoto, mediante una búsqueda documental 2) Establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado en relación a los pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD- Tarapoto, mediante una encuesta. 3) Establecer el grado de relación entre el protocolo de cuidado humanizado y el derecho a la salud. 												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VAIRABLES</th> <th>INDICADORES</th> <th>ESCALADE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Variable 1 Protocolo de cuidado humanizado</td> <td>Categoría apoyo emocional.</td> <td rowspan="3">Escala Nominal</td> </tr> <tr> <td>Categoría de apoyo físico.</td> </tr> <tr> <td>Categoría priorizar al ser cuidado.</td> </tr> <tr> <td>Variable 2 Derecho a la salud</td> <td>Principio utilitarista de justicia distributiva</td> <td>Escala Nominal</td> </tr> </tbody> </table>	VAIRABLES				INDICADORES	ESCALADE MEDICIÓN	Variable 1 Protocolo de cuidado humanizado	Categoría apoyo emocional.	Escala Nominal	Categoría de apoyo físico.	Categoría priorizar al ser cuidado.	Variable 2 Derecho a la salud	Principio utilitarista de justicia distributiva	Escala Nominal
VAIRABLES	INDICADORES				ESCALADE MEDICIÓN									
Variable 1 Protocolo de cuidado humanizado	Categoría apoyo emocional.	Escala Nominal												
	Categoría de apoyo físico.													
	Categoría priorizar al ser cuidado.													
Variable 2 Derecho a la salud	Principio utilitarista de justicia distributiva	Escala Nominal												

8.5 Recuento de Datos:

- ✓ Instrumento de Investigación: Encuesta – Establecer los lineamientos del protocolo de percepción del cuidado humanizado en relación a los pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD - Tarapoto:

PREGUNTAS / ENCUESTADOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
01	1	2	2	2	1	1	3	1	2	3
02	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
03	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2
04	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1
05	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2
06	1	2	2	2	1	1	3	1	2	3
07	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
08	1	2	2	2	1	1	3	1	2	3
09	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
10	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2
11	1	2	2	2	1	1	3	1	2	3
12	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3