



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
POGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Conocimiento del quechua y calidad de atención en los
establecimientos de salud Huaylas – Ancash 2022

AUTORA:

Cuaila Rea, Gisela Mirna (orcid.org/0000-0001-5592-9114)

ASESOR:

Dr. Sosa Aparicio, Luis Alberto (orcid.org/0000-0002-5903-4577)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHIMBOTE – PERÚ

2022

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a Dios por estar siempre a mi lado, por brindarme la vida y bendición, sobre todo porque tengo la certidumbre que me acompaña todos los días de mi vida. A mi familia que son la fuente inagotable de apoyo, amor, respeto e inspiración para lograr los objetivos planteados en mi vida, también a mis amigos y compañeros Adriana, Cecilia y Aurelio por su constancia y motivación durante esta etapa, así también a todas las personas que de una u otra me han brindado su ayuda y consideración.

Gisela Cuaila

Agradecimiento

A toda la comunidad educativa de la Universidad Cesar Vallejo, por acogerme en su contexto educativo como uno de los suyos, por las instrucciones valerosas y por las vivencias que me llevo de esta prestigiosa alma máter.

La Autora.

Índice de contenidos

| | Pág. |
|--|------|
| Carátula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice de contenidos | iv |
| Índice de tablas | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO | 4 |
| III. METODOLOGÍA | 12 |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 12 |
| 3.2. Variables y operacionalización | 13 |
| 3.3. Población, muestra y muestreo | 14 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 14 |
| 3.5. Método de análisis de datos | 16 |
| 3.6. Aspectos éticos | 17 |
| IV. RESULTADOS | 18 |
| V. DISCUSIÓN | 22 |
| VI. CONCLUSIONES | 28 |
| VII. RECOMENDACIONES | 29 |
| REFERENCIAS | 30 |
| ANEXOS | 36 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Nivel de conocimiento del quechua y calidad de atención | 18 |
| Tabla 2 Nivel de conocimiento del idioma quechua por parte del personal asistencial | 19 |
| Tabla 3 Calidad de atención del personal asistencial | 20 |
| Tabla 4 Prueba de Pearson para las variables | 21 |

RESUMEN

Con una población mundial cada vez más numerosa, las barreras lingüísticas son un reto para que los profesionales sanitarios y los pacientes alcancen altos niveles de satisfacción. El objetivo es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del quechua y cuál es su influencia en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022. La metodología fue descriptiva correlacional de corte transversal con un enfoque cuantitativo no experimental. El instrumento empleado fue el cuestionario para cada variable, empleando una escala tipo Likert a 80 participantes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. El resultado obtenido fue que existe una relación significativa entre el conocimiento de quechua y la calidad de atención. Concluyendo que es necesario implementar canales de comunicación para mejorar la calidad de atención del personal asistencial con pacientes quechua-hablantes.

Palabras clave: Conocimiento, quechua, calidad de atención, personal asistencial.

ABSTRACT

With a global population more numerous every time, the linguistic barriers are a challenge for sanitary professionals and patients to reach high levels of satisfaction. The objective is to determine the relationship between the knowledge of Quechua and its influence on the quality of attention of care staff on health services of Huaylas - Anchas, 2022. The method was descriptive correlational of transversal cut with a non-experimental, quantitative sight. The employed instrument was a questionnaire for each variable, using a Likert scale to 80 participants that fulfilled the inclusion and exclusion criteria. The obtained result was that exists a significant relationship between the knowledge of Quechua and the quality of attention. Concluding that is necessary to implement ways of communication to improve the quality of attention of the care staff to Quechua-speakers patients.

Keywords: Knowledge, Quechua, quality of care, health care personnel.

I. INTRODUCCIÓN

Con una población mundial cada vez más numerosa, las barreras lingüísticas suponen un reto para que los profesionales sanitarios y los pacientes mejoren su satisfacción, presten una asistencia sanitaria de calidad y mantengan la seguridad del paciente. Para hacer frente a estos retos, muchas grandes organizaciones sanitarias ofrecen servicios de interpretación para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, la satisfacción del paciente y la comunicación. Sin embargo, estos servicios aumentan el coste y la duración del tratamiento (Al Shamsi, et al., 2020).

Como afirman Floyd, A. y Sakellariou, D. (2017), las desigualdades en materia de salud, como el trato desigual relacionado con las barreras lingüísticas, se asocian a diferencias en el acceso a la asistencia sanitaria y, por tanto, a resultados sanitarios desiguales. Por ejemplo, estudios recientes han demostrado que los pacientes que no hablan la lengua local están en desventaja en cuanto al acceso a los servicios sanitarios. Asimismo, varios estudios han demostrado que los pacientes que se enfrentan a barreras lingüísticas tienen peores resultados sanitarios en comparación con los pacientes que hablan su propia lengua.

Esto se complementa con una aportación de Moissac (2018), quien menciona que existe evidencia documentada del hecho de que los bajos niveles de conocimiento sobre la aplicación de los diferentes idiomas afectan indirectamente a la calidad de la atención sanitaria que reciben los usuarios. Las barreras lingüísticas contribuyen a reducir los niveles de satisfacción entre los pacientes y los profesionales sanitarios, así como a disminuir la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus clientes. Los pacientes que se enfrentan a barreras lingüísticas son más propensos a utilizar más servicios sanitarios y a experimentar mayores tasas de acontecimientos adversos.

En el ámbito latino, muchos hospitales han puesto en marcha programas para mejorar el acceso a los servicios de las diversas poblaciones, pero la traducción sigue siendo insuficiente para abordar las barreras lingüísticas que impiden a la comunidad latina recibir una atención adecuada. En particular, los pacientes se ven privados de información importante sobre los hospitales porque

los sitios web de los hospitales tienen pocas traducciones de idiomas, como el español (American Hospital Association, 2015).

En respuesta, se han emprendido varias iniciativas para romper las barreras lingüísticas, como el Instituto Nacional de Ciencias de la Salud (2020), que trabaja con otras entidades informáticas para diseñar una aplicación digital que optimice el proceso de comunicación entre el personal sanitario y los quechuahablantes. La función de esta aplicación era permitir la grabación y (previa autorización) la traducción del audio durante las consultas y conversaciones con los profesionales sanitarios. Al no requerir conexión a Internet, la herramienta tiene un alcance global.

Esto ilustra los problemas que existen entre los profesionales sanitarios y los pacientes cuando no se utiliza la aplicación. Cuando ambas partes se expresan en idiomas diferentes, el profesional se comunica en español y el paciente en quechua, los distintos mensajes que se intercambian no se entienden, creando una importante barrera de comunicación. Además, los problemas se reflejan en la descripción de los signos y síntomas, el nivel de prescripción de la medicación, el nivel de recomendación de la misma y, por último, en la comunicación con la familia del paciente. (Chuquimia et al, 2011).

Toda esta problemática se configura en un problema de resistencia al cambio, debido a que el prestador se niega al conocimiento del idioma nativo y uso de tecnología que pudiera ayudar, dificultando la relación entre el paciente – profesional, surgiendo la pregunta de investigación se configura de la siguiente manera: ¿En qué medida el conocimiento del quechua influye en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022?

El estudio es relevante porque analiza la perspectiva desde un enfoque profesional con respecto al nivel de conocimiento y aplicación de un idioma diferente al de origen en contexto de salud. La implicancia social de este estudio repercute directamente a los beneficiarios, en este caso los pacientes nativos y oriundos de la zona que acuden al establecimiento de salud, así como también a los beneficiarios indirectos que son los profesionales sanitarios. (Hernández-Sampieri, et al 2018).

Por otro lado, con respecto al aporte práctico parte de las recomendaciones de la tesis en el sentido de la utilización y mejor comunicación con los pobladores del ámbito de Huaylas, la justificación teórica es contributiva para entender las implicancias socioculturales en la comunicación sanitaria con el paciente, así como valorar el medio y el mensaje claro y veraz que recibe el paciente. Finalmente, la utilidad metodológica, determina que los instrumentos del presente estudio pueden ser aplicados en otros que tengan similar propósito. (Millán, 2018).

El objetivo general se propone: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del quechua y cuál es su influencia en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022. Los objetivos específicos quedan definidos de la siguiente manera: primero determinar el nivel de conocimiento del idioma quechua por parte del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash; Conocer la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash, establecer la relación que existe entre el conocimiento del idioma quechua y la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud Huaylas – Ancash.

Como hipótesis general en la presente investigación: Un adecuado nivel del conocimiento del idioma quechua influye en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022. y como hipótesis específicas: Existe un nivel alto del conocimiento del idioma quechua por parte del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash, 2022; Existe calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash, 2022. De esta forma, la Hipótesis nula de la investigación será: El nivel del conocimiento del idioma quechua influye en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022 y la hipótesis alternativa: El nivel del conocimiento del idioma quechua no influye en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022

II. MARCO TEÓRICO

En cuanto a los estudios anteriores analizados en un contexto internacional, Carpio y Tamayo (2013), en su investigación “Impacto del idioma nativo en la atención médica a los pacientes migrantes quechuas en el Centro de Salud Chane 2014”, tuvo como objetivo general contribuir a la mejora de la atención médica de la población migrante quechua en el centro de salud Chané. La metodología empleada fue cualitativa de corte transversal, aplicando entrevistas en profundidad a personas que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio. Seguidamente se elaboró un árbol de problemas, una matriz lógica y una propuesta de implementación. Los resultados justifican la importancia de contar con personal capacitado para atender a pacientes quechua hablantes, asimismo, se logra un impacto positivo en la comunicación y la satisfacción. Concluyendo que se debe mantener un personal que domine dos lenguas para poder atender a los pacientes del centro de salud.

Abohalaka, et al (2021) determinaron las barreras lingüísticas percibidas en el acceso a los servicios sanitarios según los refugiados sirios y los métodos utilizados para abordar esta cuestión. Este estudio descriptivo de 221 participantes de enfoque cuantitativo fue aplicado en dos hospitales de Ankara. Los resultados mostraron que el 11,1% dijo hablar turco, sólo el 48,5% utilizó intérpretes del hospital y el resto recurrió a intérpretes ad hoc o personales y no recibió ninguna ayuda. La conclusión fue que, en las políticas y proyectos destinados a reducir las barreras lingüísticas para acceder a los servicios sanitarios, debe darse prioridad a los refugiados más desfavorecidos por factores socioeconómicos.

Mientras tanto, en su estudio descriptivo, Ali y Watson (2017), investigaron las perspectivas de las enfermeras sobre las barreras lingüísticas y su impacto en la prestación de atención a los pacientes con dominio limitado del inglés de diversos orígenes lingüísticos. La metodología empleó entrevistas individuales y discusiones en grupos de discusión recogiendo datos de 59 enfermeras que trabajan en organizaciones de atención terciaria en el Reino Unido. Los resultados identificaron tres temas -la multietnicidad y las barreras lingüísticas, el impacto de las barreras lingüísticas y la comunicación a través de intérpretes- como los aspectos más

importantes de la prestación de cuidados y parte integrante del papel profesional de los enfermeros, independientemente del área clínica o la especialidad.

Un estudio propuesto por Shamsi, H., et al. (2020) investigó el impacto de las barreras lingüísticas en la asistencia sanitaria y propuso soluciones a este reto. La metodología, identifico estudios publicados sobre las implicaciones de las barreras del idioma en la atención médica utilizando dos bases de datos: PubMed y Medline. Incluyendo 14 estudios que cumplieron con los criterios de selección. En total se incluyeron 300 918 participantes, con una participación en cada estudio que varió de 21 a 22 353 personas. Los resultados reportaron que las barreras las barreras lingüísticas en la atención sanitaria conducen a una mala comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, lo que reduce la satisfacción de ambos, la calidad de la prestación sanitaria y la seguridad del paciente.

Zakaria et al. (2021), en Bangladesh, investigaron si la comunicación entre médico y paciente varía según la etnia en las consultas médicas de atención primaria. En el estudio participó una muestra de 850 pacientes bengalíes y de minorías étnicas que acudieron a una consulta médica. Los datos se recogieron mediante un cuestionario estructurado posterior a la visita. Los resultados mostraron que los pacientes bengalíes recibían un comportamiento de comunicación más favorable por parte de los médicos bengalíes que los pacientes de las minorías étnicas, y los resultados de la regresión lineal mostraron que el nivel de educación de los encuestados, el uso de Internet y los conocimientos sanitarios eran significativamente asociados con puntuaciones más altas en el comportamiento de comunicación.

Desde una perspectiva nacional, Huaman (2019), en su investigación “Gestionando para garantizar una atención de calidad al usuario quechua hablante que acude al servicio de consulta externa del HVRG- Huaraz, 2018”, tuvo como objetivo lograr disminuir la insatisfacción de pacientes quechua hablantes que visitan el servicio de consulta externa del hospital. La metodología aplicada fue un plan de gestión para capacitar al personal sanitario con el fin de atender a pacientes. Los resultados obtenidos detallan el impacto positivo que tiene la implementación de talleres, capacitación y campañas de difusión sobre el uso del idioma quechua. Concluyendo que es necesario que el gobierno implemente

políticas de integración del idioma quechua para mejorar el servicio de atención al cliente en usuarios.

Oyola, A. y Quispe, M. (2016) explicaron en su contribución a la investigación que el aprendizaje del quechua como segunda lengua es esencial, ya que los profesionales de la salud en formación son propensos a ser responsables de tratar con pacientes cuya lengua principal es el quechua. Resultado, identificaron los factores más importantes que dan valor al idioma quechua, entre ellos reportan: el número de habitantes, la distribución geográfica, los canales de comunicación y por último la influencia económica y política de los quechua hablantes. Concluyendo que el aprendizaje y comprensión del idioma quechua depende de la valoración que le dé el profesional de la salud.

Del mismo modo, Alarco (2014) afirma en su estudio que solo tres de las 27 facultades de medicina tienen planes de estudio que incluyen cursos en su lengua materna, incluyendo el quechua, ya que aproximadamente el 50% más de los estudiantes son propensos a elegir SERUMS en provincias quechua hablantes, que pueden llegar al 90%. sugiere que las autoridades de la facultad de ciencias de la salud deberían considerar la enseñanza del quechua en cursos como el de inglés.

El aprendizaje del quechua depende, por tanto, de la valoración que hagan los profesionales de la salud, considerando que el punto de partida es desechar la idea errónea de que la lengua materna está asociada al atraso y garantizar la formación, como, por ejemplo, realizando cursos con profesores especializados en estas lenguas y fomentando su uso en las visitas médicas (García, 2016).

En cuanto a los fundamentos teóricos que refuerzan el concepto de variables, por un lado, se considera que el comportamiento de comunicación médico-paciente (PMCC) es un proceso clave en la utilización de los servicios sanitarios; un PMCC exitoso puede contribuir a la satisfacción del paciente y a la adherencia al tratamiento, a la mejora de los resultados sanitarios, a la reducción de los costes de los errores médicos y contribuyen a mejorar la satisfacción laboral. Además, la interacción positiva entre médico y paciente promueve el intercambio de conocimientos y la adquisición de los mismos, lo que puede superar cualquier desacuerdo durante la visita médica (Ahmed, 2012).

Matusitz y Spear (2014) afirman que las interacciones positivas entre médico y paciente pueden facilitar el intercambio y la adquisición de conocimientos, y superar las diferencias de opinión durante las consultas médicas. Sin embargo, cuando los médicos y los pacientes son de grupos raciales o étnicos diferentes, varios factores (por ejemplo, las barreras lingüísticas, las actitudes paradójicas sobre la enfermedad y la dolencia) pueden dificultar la creación de una relación productiva.

Del mismo modo, la cultura, definida como "los patrones integrados de comportamiento humano, incluidos los pensamientos, la comunicación, los comportamientos, las costumbres, las creencias, los valores y las instituciones de los grupos raciales, étnicos, religiosos y sociales" (Cross et al, 1989), es relevante para la atención sanitaria de todos. Sin embargo, la importancia de la raza/etnia como indicador cultural importante es quizá especialmente destacable para los pacientes de minorías étnicas en EE.UU., que casi siempre tienen una relación enconada con sus médicos.

Por otro lado, en cuanto a las variables de conocimiento, se refieren a la información percibida en la mente de un individuo, que es personal y subjetiva, ligada a la interpretación, el pensamiento y el juicio, que puede ser útil o no. (Villamil, 2008) Cuando la información se procesa en la mente de un individuo, se convierte en conocimiento (Alavi y Leidner, 2003).

Tsoukas y Vladimirou (2001) conceptualizan el conocimiento como una capacidad individual desarrollada por los seres humanos para definir distinciones y juicios en un contexto determinado, una teoría o ambos. Para emitir juicios, es importante desarrollar tanto la capacidad intelectual como la habilidad para hacer distinciones y la situación de la persona dentro de un contexto generado colectivamente.

Denning (2018) define el conocimiento como el hecho o estado de saber algo con familiaridad, adquirido a través de la experiencia o la asociación. Además, señaló que el conocimiento es una idea o comprensión que posee una entidad y que se utiliza para emprender acciones eficaces para alcanzar los objetivos de la organización.

Brown y Duguid (2001, citado en Domínguez y Martins, 2014) consideran que el conocimiento se produce y se mantiene a nivel colectivo. Estos autores afirman que el conocimiento se produce bajo un trabajo continuo y que este fenómeno se denomina comunidad de práctica. Laza y Sánchez (2012), por su parte, fundamentan la importancia del conocimiento y la práctica en materia de salud y lo consideran la base para el diagnóstico, la comprensión del comportamiento de las personas y el desarrollo de programas de salud más eficientes.

Según Mamani (2017), citando a Huertas y Gómez (1990), para lograr una medición aproximada del conocimiento, es necesario realizar un proceso inductivo-técnico y, a través de los resultados, observar la capacidad intelectual de los individuos evaluados. Esto permite hacer síntesis y juicios de valor para tomar decisiones estratégicas en el contexto analizado. Así, la medición puede dividirse en tres etapas: i) recogida de información (instrumentada o no), ii) análisis y tratamiento de la información recogida y de los respectivos juicios, y iii) toma de decisiones a partir de los juicios emitidos por el evaluador.

En cuanto a la clasificación de las dimensiones del conocimiento, Spender (1996) señala que existen cuatro tipos de conocimiento: conocimiento consciente, conocimiento objetivo, conocimiento automático y conocimiento colectivo. El autor señaló aquí la diferencia entre el conocimiento tácito y el explícito y destacó el aspecto ontológico del conocimiento. El conocimiento explícito está relacionado con las formas abstractas, mientras que el conocimiento tácito está relacionado con las experiencias. (Alcívar, 2020) En cuanto a la diferencia entre el conocimiento personal y el social, el primero es intrínsecamente transferible de persona a persona, mientras que el conocimiento social está disponible públicamente y está integrado en las rutinas, las normas y la cultura. (Ríos, 2021)

En cuanto a los enfoques teóricos relacionados con la calidad de la atención, las diferencias raciales y algunas étnicas en la atención sanitaria se han definido como diferencias en la calidad de la atención sanitaria que son independientes de los factores relacionados con el acceso, las necesidades clínicas, las preferencias y la capacidad de intervención (como describen Smedley et al. Street (2003), la

etnia y la cultura influir en los resultados sanitarios a través de la conducta de comunicación entre el proveedor y el paciente de al menos tres maneras.

En primer lugar, las distintas etnias suelen hablar lenguas y dialectos diferentes, aunque hablen el mismo idioma. (Santo, 2020) En segundo lugar, los estilos de comunicación preferidos pueden diferir entre los distintos grupos culturales, especialmente en lo que respecta al asertividad y la expresividad. Por último, los diferentes orígenes étnicos pueden tener diferentes explicaciones con respecto a la salud personal. (Apaolaza, 2018)

Por otro lado, según Sánchez (1998, citado en Quiroz, 2021), la calidad de un servicio se debe a los juicios producidos por el usuario y, por tanto, engloba un conjunto de características o ideas de un objeto o servicio que puede ser calificado como mejor o peor que otras alternativas Se establece que.

Según la Revista del Departamento de Contabilidad y Finanzas de la Universidad Tecnológica de Sonora (2013), el término calidad engloba una variedad de acciones realizadas por las organizaciones de cualquier negocio o naturaleza para optimizar la percepción de los usuarios y lograr un alto nivel de satisfacción. La existencia de diferentes organizaciones sanitarias permite a los usuarios compararlas y evaluar sus puntos fuertes y débiles.

El concepto de gestión de la calidad ha cobrado mayor relevancia como requisito para cualquier organización que pretenda prestar servicios con altos estándares de calidad (Camisón et al. 2006). Los criterios evalúan aspectos como las necesidades y demandas de los consumidores y usuarios de servicios, la competencia externa y el análisis de la ventaja comparativa en un sector o industria. También pretende optimizar la utilización de los recursos, los procesos y el diseño de los sistemas, que son factores decisivos para la competitividad y la viabilidad de las empresas modernas. (Velazco, 2022)

La teoría más conocida de la calidad en los servicios sanitarios es la propuesta por Donabedian (1986), que conceptualiza la calidad como la satisfacción de todos los beneficios y necesidades de los pacientes y usuarios. Estos posibles beneficios se traducen al mismo tiempo en características factibles en función de los medios y recursos humanos disponibles para la atención.

La calidad en la prestación de servicios sanitarios se entiende como las características por las que se prestan estos servicios. Está determinada por la estructura y los procesos de atención, consistentes en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, maximizando los beneficios para la salud sin aumentar proporcionalmente esos riesgos (Álvarez, 2007).

Para lograr una atención sanitaria de calidad, se debe contar con la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos necesarios, desde la planificación y la organización hasta la prestación de los servicios sanitarios a los usuarios, de manera eficiente y eficaz para minimizar al máximo los riesgos y las complicaciones y aumentar la satisfacción de los usuarios (Coronado, 2013).

En cuanto a las dimensiones de la calidad de la atención, Dueñas (2006) menciona que existen aspectos que son influyentes en el juicio de valor de la satisfacción del usuario, los cuales pueden ser: la Dimensión Humana: engloba y considera los criterios interpersonales que refuerzan el concepto de bioética asistencial; la Dimensión Humana: engloba y considera el concepto de bioética asistencial. Esta dimensión está reforzada por varios autores y por teorías validadas en el ámbito de la atención sanitaria, pero aún no se considera principal e importante. También incluye un conjunto de estrategias y metodologías que mejoran el proceso de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, gestionando la individualidad del paciente y respetando las diferencias y normas individuales. (Hernandez, 2019)

Otro aspecto a tener en cuenta es el del entorno. Esto se refiere a la satisfacción con la atención y podría significar un entorno adecuado y privado para las consultas, con ventilación, iluminación, higiene y otros elementos apropiados. (Tumi, 2020) En efecto, se tienen en cuenta los factores relacionados con la comodidad y los elementos y recursos que garantizan una adecuada interacción con los profesionales sanitarios. (Isasa, 2014) Aspectos científicos y técnicos: se refiere a los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos por el profesional sanitario y correctamente validados por la titulación acreditada. Una de las deficiencias que impiden aprovechar este aspecto es la falta de recursos humanos y de productos en este campo (Dueñas, 2006). Conociendo la medida en que el

conocimiento de la lengua quechua afecta a la calidad de la atención prestada por los profesionales sanitarios, se pueden aplicar estrategias de intervención cuando sea necesario y realizar actividades para aumentar el conocimiento de la lengua quechua.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Corresponde a una investigación de tipo básica, pues la finalidad fue realizar un análisis sobre un problema relevante en un contexto determinado y, en base a ello, generar conocimiento y plantear los enfoques teóricos ya propuestos pero adaptados a la realidad estudiada (Muntané, 2010). Asimismo, presenta un enfoque cuantitativo, porque el procesamiento de datos se hizo mediante un programa estadístico que mostró los resultados mediante tablas, gráficos o figuras (Hernández y Mendoza, 2018).

Nivel de investigación: Asimismo, el nivel de investigación fue correlacional porque media la influencia que existe entre las variables conocimiento del quechua y calidad de atención. La investigación correlacional es un tipo de investigación no experimental que facilita la predicción y explicación de la relación entre variables. Los investigadores utilizan un diseño de investigación correlacional para medir dos o más variables e investigar hasta qué punto están relacionadas. (Seeram, 2019)

Diseño de investigación: No experimental, porque no hubo manipulación parcial o total del comportamiento de las variables o de los individuos intervinientes en la investigación. De corte transversal, debido a que los instrumentos fueron aplicados una sola vez durante el tiempo determinado de recojo de información. De alcance, descriptivo, porque comprende el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la investigación, así como la descripción del comportamiento de cada una de ellas. (Alban, 2020)

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Conocimiento del quechua

Definición conceptual: Es la capacidad individual desarrollada por el ser humano para definir distinciones o juicios en determinado contexto, teoría o ambos. (Condor, 2021)

Definición operacional: Competencia relacionada al aprendizaje del quechua; en la presente investigación se medirá con una encuesta que mediará las dimensiones: Conocimiento consciente, Conocimiento objetivo, Conocimiento automático, Conocimiento colectivo. Finalmente, esta será validada por juicio de expertos.

Dimensiones: Conocimiento consciente, Conocimiento objetivo, Conocimiento automático, Conocimiento colectivo.

Variable 2: Calidad de atención

Definición conceptual: Es el grado mediante el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de satisfacer adecuadamente las necesidades esperadas de la población considerando criterios profesionales basados en evidencia (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Definición operacional: La variable calidad de atención será medida mediante la aplicación de un cuestionario que analizará las dimensiones: Humana, Científico-Tecnológica, Entorno.

Dimensiones: Humana, Científico-Tecnológica, Entorno

3.3. Población

La población estuvo constituida por 80 individuos que cumplen con los debidos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Personal profesional que atención directa al usuario externo que trabaje en la Red de Salud del estudio.
- Profesionales que realicen trabajo de campo.
- Contrato de modalidad fija.
- Horario de trabajo horario completo.
- Trabajo de tipo presencial.

Criterios de exclusión:

- Profesionales originarios de la zona.
- Profesionales que cumplen trabajo eventual.
- Personal que no deseen participar en el estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Una técnica correspondiente para recoger todos los datos necesarios de los participantes fue una encuesta, debido a que la información sobre las variables derivadas del problema estudiado puede obtenerse sistemáticamente a través de preguntas sobre un tema concreto en una encuesta (López et al, 2019).

Un cuestionario es el instrumento ideal para este estudio, utilizando dos cuestionarios para recoger datos basados en criterios establecidos que pueden ser evaluados en diferentes escalas. Del mismo modo, elimina aspectos que no son necesarios para el estudio y reduce la realidad a un número exacto de datos esenciales (Arias et al., 2016).

Para analizar el nivel de conocimiento de la lengua quechua, se consideró un cuestionario basado en la elaboración propia y adaptado por el autor de la encuesta. La primera parte del instrumento abarca los datos generales de los participantes, luego 16 preguntas conforman el cuestionario y se califican de acuerdo a la escala Likert (Matas, 2018): (1) muy de acuerdo, (2) de acuerdo, (3) indiferente, (4) en desacuerdo, (5) muy en desacuerdo. El instrumento fue validado según el juicio de expertos y la confiabilidad del instrumento según Kolmogorov Smirnov fue 0,953.

Para medir la calidad de la atención se consideró el formato desarrollado por Quiroz (2021), pero se adaptó según la situación contextual del estudio. Los 11 ítems se clasifican en la escala de Likert como (1) nada, (2) casi nunca, (3) a veces, (4) casi siempre y (5) siempre. El instrumento fue validado según el juicio de expertos y la confiabilidad del instrumento según el Alfa de Cronbach fue 0,807

Ambos instrumentos fueron validados mediante el juicio de expertos por parte de tres expertos con maestría o doctorado en el campo de la investigación y cinco años de experiencia en el campo de la gestión pública (Garrote, et al 2015).

Procedimientos

El grupo de procesos adecuado para realizar la investigación utilizando los instrumentos ya indicados anteriormente, fue siguiendo los siguientes lineamientos: Como primer eslabón del proceso, se envió una carta dirigida a la responsable del área de Posgrado con el objetivo de solicitar un documento concerniente a la presentación del investigador (o maestrante).

Por otro lado, como siguiente paso y con la carta llenada correctamente, se requirió el permiso de la Institución u Organización (o del representante de la misma) en donde se ejecutó la investigación, a través de la carta solicitada inicialmente. Posteriormente, con los

datos y documentos correspondientes, se determinó a calendarizar el proceso de recolección de datos, esto con la finalidad de no intervenir inoportunamente en las actividades de la población en estudio, quienes fueron la principal fuente de información. Por último, los datos obtenidos fueron plasmados en una base de datos del programa Microsoft Excel para su análisis estadístico. (Alban, et al 2020).

3.5. Método de análisis de datos

Con el procedimiento anterior, se logró establecer un orden estadístico para procesar la data correspondiente, que se realizó en dos fases: una fase descriptiva, en la cual se expuso sintéticamente todos los datos recopilados a través del análisis de las respuestas con respecto a los ítems y las respectivas dimensiones. La segunda fase es la inferencial donde se contrataron las hipótesis según pruebas estadísticas de correlación.

Posteriormente, se dio inicio la fase inferencial, en la cual se procedió a la consolidación de datos en la plataforma Microsoft Excel y la elaboración de la base de datos. Consiguientemente, los datos ordenados se importaron al SPSS v.26, que, según Souto-Seijo (2019) es un software diseñado para proporcionar recursos y herramientas que permiten resolver hipótesis inmediatamente, así como también interpretar datos descriptivos desde un enfoque numérico, además de ejecutar procedimientos para aclarar las relaciones entre variables, identificar tendencias y realizar predicciones.

Dentro del programa estadístico se procesaron las encuestas obteniéndose tablas que corresponden a la estadística descriptiva, mientras que para analizar la correlación entre las variables se aplicó la estadística inferencial, para lo que inicialmente se aplicó la prueba de normalidad para determinar el tipo de distribución de los datos siendo que si el valor de significancia era menor a 0.05 se acepta la

Ha, y usa la correlación de Spearman; pero si el valor de significancia era mayor o igual a 0.05 se acepta la H_0 , y usa la correlación de Pearson (Flores y Flores, 2021).

3.6. Aspectos éticos

De acuerdo con las directrices propuestas por el Comité de Investigación y los principios éticos de Belmont, se aplicaron criterios como la beneficencia y la no maleficencia. Esto significa que no se cause ningún daño físico o psicológico a los sujetos que participaron en la investigación y, del mismo modo, que los conocimientos adquiridos no se utilicen para falsificar información. También se garantizó la libertad de expresión de los usuarios para que no se vean perjudicados durante la investigación y el desarrollo. En cuanto al principio de autonomía, se refiere a que los participantes en la investigación que aceptaron participar son libres y no fueron coaccionados, y tienen la facultad de abandonar la investigación si así lo decidían, sin sufrir ningún tipo de represalia ahora o en el futuro, para perseguir el ejercicio de su derecho a la autodeterminación. Por último, el principio de justicia se refiere al trato equitativo de todos los participantes en el proyecto de investigación, sin prácticas discriminatorias o excluyentes (Campo, et al. 2021).

IV. RESULTADOS

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del quechua y cuál es su influencia en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022.

Tabla 1

Nivel de conocimiento del quechua y su influencia en la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022

| | | | Nivel de conocimiento del quechua | | | Total |
|---------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-------|--------|-------|
| | | | Bajo | Medio | Alto | |
| Calidad de atención | Malo | Recuento | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | % del total | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Regular | Recuento | 37 | 8 | 0 | 45 |
| | | % del total | 46,3% | 9,8% | 0,0% | 56,1% |
| | Buena | Recuento | 15 | 20 | 0 | 35 |
| | | % del total | 19,5% | 24,4% | 0,0% | 43,9% |
| Total | Recuento | 52 | 28 | 0 | 80 | |
| | % del total | 65,8% | 34,2% | 0,0% | 100,0% | |

Nota: Elaboración propia

En la Tabla 1 se observa el nivel de conocimiento del quechua y su influencia en la calidad de atención del personal asistencial, donde de 80 entrevistados, el 46.3% presento un bajo nivel de conocimiento del idioma quechua y perciben una calidad de atención regular, en tanto el 24.4% presento un nivel medio de conocimiento del quechua y una buena calidad de atención, el 19.5% tuvo un bajo nivel de conocimiento del quechua y una buena calidad de atención, mientras que el 9.8% tuvo un nivel medio de conocimiento de quechua y una calidad de atención regular. Ninguno de los entrevistados mostró poseer un alto nivel de conocimiento del idioma quechua y a su vez percibir una mala calidad de atención por parte del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas - Ancash, 2022.

Objetivo específico 1: Determinar el nivel de conocimiento del idioma quechua por parte del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash.

Tabla 2

Nivel de conocimiento del idioma quechua por parte del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash

| Nivel de conocimiento del quechua | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Bajo | 53 | 65.9 |
| Medio | 27 | 34.1 |
| Alto | 0 | 0.0 |
| Total | 80 | 100.0 |

Nota: Elaboración propia

En la Tabla 2 se observa el nivel de conocimiento del personal asistencial, donde de 80 entrevistados, el 65.9% presento un bajo nivel de conocimiento del idioma quechua, en tanto el 34.1% presento un nivel medio de conocimiento, ninguno de los entrevistados mostró poseer un alto nivel de conocimiento del idioma quechua.

Objetivo específico 2: Conocer la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash.

Tabla 3

Calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud de Huaylas – Ancash

| Calidad de atención | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Malo | 0 | 0.0 |
| Regular | 45 | 56.1 |
| Buena | 35 | 43.9 |
| Total | 80 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3, se observa la calidad de atención del personal asistencial, donde de 80 entrevistados, el 56.1% expreso que la calidad de atención es regular, mientras que el 43.9% menciono que la calidad de atención es buena; ninguno de los encuestados aseguro de la calidad de atención fuese mala.

Objetivo específico 3: Establecer la relación que existe entre el conocimiento del idioma quechua y la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud Huaylas – Ancash.

Prueba de normalidad

Según los resultados del Test de Shapiro-Wilk, el valor de significancia para la variable del conocimiento del quechua fue 0.632 y el valor de significancia para la variable de calidad de atención fue 0.287 ($p = 0.05$), por lo tanto, se afirma que los datos presentan una distribución paramétrica, y el estadístico a emplear es la prueba de correlación de Pearson.

Prueba de correlación

Según los resultados de la Tabla 4, el valor de significancia fue 0.025, que es inferior a 0.05, por lo que se acepta la H_a y se concluye que existe relación significativa entre el conocimiento del quechua y la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud Huaylas – Ancash. En cuanto al tipo de correlación que existe entre las variables se tiene que el valor de correlación de Pearson es -0.350, por lo que la relación es negativa y baja.

Tabla 4

Prueba de Pearson para las variables conocimiento del quechua y calidad de atención

| | | Conocimiento del quechua | Calidad de atención |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| Conocimiento del quechua | Correlación de Pearson | 1 | -0.350* |
| | Sig. (bilateral) | | 0.025 |
| | N | 80 | 80 |
| Calidad de atención | Correlación de Pearson | -0.350* | 1 |
| | Sig. (bilateral) | 0.025 | |
| | N | 80 | 80 |

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). Elaboración propia

V. DISCUSIÓN

El conocimiento es la capacidad individual que permite a las personas emitir juicios para distinguir en un contexto generado colectivamente (Tsoukas y Vladimirov, 2001). La salud es una cuestión de conocimiento. Los especialistas toman decisiones en función de los síntomas y las sensaciones del paciente, pero para ello deben escuchar primero al paciente y mantener una comunicación eficaz para que el especialista pueda hacer sugerencias al paciente y ayudarlo a entender los procedimientos médicos realizados durante la consulta.

Según Oyola y Quispe (2016), es importante aprender el quechua como segunda lengua durante la formación, ya que los profesionales de la salud son propensos a ser responsables de la atención de pacientes cuya primera lengua es el quechua, y es importante que todos los profesionales de la salud entiendan a cada paciente, y en Perú el quechua es la segunda lengua más hablada, por lo que es importante aprenderla como base para la comunicación médico-paciente. Así, el dominio del quechua depende de la reputación de los profesionales de la salud, ya que cuanto más eficazmente se comunique el médico que lo atiende con el paciente, mejor será la calidad de la atención sanitaria (García, 2016).

Este estudio investigó el impacto del dominio de la lengua quechua en la calidad de la atención al paciente. Los resultados presentados en la Tabla 1 muestran que el 46.3% de los encuestados declararon un bajo dominio de la lengua quechua y una calidad de atención normal, el 24.4% declararon un dominio medio de la lengua quechua y una buena calidad de atención, el 19.5% declararon un bajo dominio de la lengua quechua y una buena calidad de atención, y el 9,8% declararon un dominio medio de la lengua quechua y una calidad de atención media. Estos resultados difieren con los de Zakaria et al. (2021), que descubrieron que, en los pacientes bengalíes, el nivel de conocimientos se asociaba a una mejor conducta de comunicación entre el médico y el paciente.

Al respecto, se puede mencionar que en el Perú, las pocas capacidades lingüísticas son percibidas como un problema de salud pública cada vez más importante, especialmente para las personas con limitaciones lingüísticas, siendo

que existe una gran cantidad de pacientes hablan otras lenguas, como el quechua, aymara, ashaninka, etc., los cuales son poco practicados, siendo así que al comparar los resultados del estudio realizado dentro del contexto nacional y otros estudios a nivel internacional se contemplan resultados altamente diferentes, ya que en estudios como el de Tough et al. (2017), donde las diferencias entre la comprensión del lenguaje fueron suplidas mediante capacitación y por personal traductor; caso que no se da dentro del país, donde el profesional se instruye de forma independiente para brindar atención en programas como SERUMS, donde si existe un interés por reducir estas brechas lingüísticas.

La Tabla 2 muestra que el 65,9% de los trabajadores de la salud tenían un bajo dominio del quechua y el 34,1% un dominio moderado, ya que el quechua es el segundo idioma más común en el sistema de salud de Huaylas. Este resultado difiere del de Abohalaka, et al. (2021), ya que el 11,1% del personal declaró hablar turco, uno de los idiomas más utilizados en los centros de salud, el 48,5% utilizó intérpretes del hospital y los demás no recibieron ninguna asistencia. Esto demuestra que existe una barrera lingüística en el acceso a los servicios sanitarios.

En relación con estos hallazgos, cabe destacar que los conocimientos adquiridos a través de la experiencia o la asociación ayudan al personal a comprender mejor y a actuar con eficacia para lograr sus objetivos (Denning, 2018). El conocimiento les ayuda a comprender mejor a los pacientes, donde surge la comunicación para la que se requieren conocimientos mínimos sobre el quechua. En tanto para Madero-Zambrano et al. (2021), del paciente y del médico son elementos esenciales para lograr la excelencia médica, la adecuada satisfacción de las necesidades del usuario y la seguridad del paciente; según Fernández et al. (2019) las relaciones de confianza que surgen a través de la comunicación entre médicos y pacientes son la base de una atención de calidad con un enfoque holístico, integral, individual y universal.

A partir de estos podemos mencionar que el bajo dominio del quechua influye en mientras que la atención es normal, por lo que se desprende que la atención del personal de salud pretende brindar una buena atención pese a no comprender bien al paciente, y existe una alta probabilidad que este empeño del

profesional sea percibido como normal, siendo que este valor debería ser contrastado con la satisfacción del paciente. Asimismo, cabe señalar que existe poca información respecto a las limitaciones lingüísticas entre la persona y los pacientes, por lo que no es posible comparar estos resultados con otras investigaciones.

En relación a los resultados presentados en la Tabla 3, el 56,1% de los encuestados considera que la calidad de la atención de los profesionales de la salud es normal y el 43,9% considera que es buena en los servicios de salud de Huaylas-Ancash. En relación con este resultado, se puede hacer referencia a Alarco (2014), quien afirmó que el plan de estudios actual incluye cursos en lenguas maternas, incluyendo el quechua, porque más del 50% de los estudiantes tienen que garantizar la atención a todos los pacientes, incluyendo a los quechua-hablantes.

Se ha demostrado que los déficits en la calidad de la atención se deben principalmente a factores relacionados con el acceso, las necesidades clínicas, las preferencias y las habilidades de intervención (Smedley et al. 2003). Las habilidades de intervención, en particular, están relacionadas con la comprensión de la lengua quechua; como señala Street (2003), la etnia y la cultura influyen en los resultados sanitarios a través del comportamiento comunicativo de los proveedores de atención sanitaria y los pacientes; siendo que la calidad del servicio, se basa en los juicios que hacen los usuarios sobre un conjunto de características y percepciones de un servicio.

La calidad de atención dentro de los sistemas de salud permite a los profesionales mejorar significativamente cada proceso de atención al paciente, siendo que la calidad asegura que se cumplan cada uno de los criterios mínimos considerados para cumplir con velar por la salud de cada paciente, que es la función principal de los hospitales y centros de atención en salud. (Huamantuco, 2019)

Por otro lado, podemos mencionar que no existe información a nivel nacional que haya evaluado la calidad de atención y las brechas lingüísticas, siendo que no existen comparaciones sobre la importancia la influencia de la calidad de atención

dentro de esta línea de investigación particular. Bajo este contexto, se requiere mayor información al respecto, siendo que se ha prestado poca importancia a la calidad de atención de pacientes quechua-hablantes.

La Tabla 4 muestra que existe una correlación significativa (valor $p = 0,025$), baja y negativa (correlación de Pearson = $-0,350$) entre el conocimiento del idioma quechua y la calidad de la atención de los profesionales de la salud en el servicio de salud Huaylas – Ancash. A pesar del escaso conocimiento de la lengua quechua, que supone barreras lingüísticas para los pacientes y una menor calidad de la atención, los resultados muestran que la calidad de la atención mejora en el entorno evaluado.

En relación con estos resultados, se puede hacer referencia a Shamsi et al. (2020), que señalan que las barreras lingüísticas en la asistencia sanitaria conducen a una mala comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, lo que reduce la satisfacción de ambas partes y afecta a la calidad de la atención y a la seguridad del paciente Matusitz y Spear (2014) encontraron que señaló que cuando los médicos y los pacientes pertenecen a grupos raciales y étnicos diferentes, varios factores (por ejemplo, las barreras lingüísticas y las actitudes paradójicas hacia la enfermedad y la dolencia) dificultan el establecimiento de una relación productiva. Laza y Sánchez (2012), por su parte, destacan la importancia del conocimiento y la práctica en temas de salud, considerándolo como la base para realizar diagnósticos, entender el comportamiento de las personas y desarrollar programas de salud más efectivos.

En tanto, respecto a la correlación entre las variables no se han encontrado estudios que hayan evaluado realmente las brechas lingüísticas dentro del ámbito nacional y extranjero, siendo que no existen estudios que tengan un abordaje hospitalario con respecto a la atención brindada y el cómo se sienten los pacientes que usan otros lenguajes, los cuales pese a ser autóctonos del Perú son poco empleados dentro de los sistemas de salud.

Cayuela et al. (2019), compara las brechas en la salud con los pacientes con disfunciones o con capacidades disimiles, que difícilmente pueden acceder a la

atención médica, ya que no cuentan con capacidades para comunicarse efectivamente y también dentro de los sistemas de salud tampoco se cuentan con especialistas que usen el lenguaje de señas, que se asemeja mucho con los pacientes que no comprenden el español o no saben hablarlo.

Esto permite afirmar que esta población debe percibir una menor calidad asistencial así como una menor satisfacción global dentro de los servicios de atención médica, ya que la ausencia de comunicación puede resultar frustrante, sobre todo al considerar que estas personas asisten a los servicios de salud por tener algún padecimiento, lo que los convierte en sujetos altamente vulnerables, siendo que las atenciones para esta población resulta difícil, más aún si estos muchas veces no cuentan con un acompañante que les brinde apoyo durante el proceso de atención.

Para Santos y Freire (2019), que también evaluó a pacientes con sordera, los cuales tienen dificultades para comunicarse efectivamente con el médico tratante, menciona que la falta de utilización y conocimientos de un lenguaje de señas del personal médico es percibida como una de las principales barreras comunicacionales del paciente, percibiendo inseguridad después de la consulta, ya que no comprenden en absoluto lo que recomienda el médico. Plasmando esta realidad con los pacientes quechua-hablantes podemos inferir que estos perciben también inseguridades durante el proceso de atención, siendo que al no comprender adecuadamente al médico no aplicarían todas o ninguna de las recomendaciones que se les brinda, o siendo que pueden percibir de forma negativa la atención y su calidad.

Es claro que este problema tiene poca importancia dentro de la literatura científica, justificado por los pocos datos que informan las brechas lingüísticas entre la población peruana dentro de los servicios de salud, los cuales corresponden una prioridad sobre todo después de la gran cantidad de enfermedades que han surgido en los últimos años, donde la salud de todos es vulnerable, pero se toman pocas decisiones importantes, discriminando sistemáticamente este gran problema dentro del sistema de salud nacional e internacional.

Las fortalezas de este estudio radican en la ubicación del mismo, siendo uno de los principales enfoques para abordar las barreras lingüísticas que existen hoy en día en los servicios de salud del Perú, particularmente el análisis que fue llevado a cabo dentro de una de las zonas con mayor población de hablantes del idioma quechua.

El tamaño relativamente pequeño de la muestra de este estudio también limita la posibilidad de generalizar sobre las barreras lingüísticas en Perú. Sin embargo, estas limitaciones son un resultado ingenioso que proporciona datos importantes sobre la alfabetización quechua en los centros de salud de Huaylas – Ancash.

VI. CONCLUSIONES

Primera. El 46.3% presento un bajo nivel de conocimiento del idioma quechua y perciben una calidad de atención regular; el 24.4% presento un nivel medio de conocimiento del quechua y una buena calidad de atención; el 19.5% tuvo un bajo nivel de conocimiento del quechua y una buena calidad de atención; y el 9.8% tuvo un nivel medio de conocimiento de quechua y una calidad de atención regular.

Segunda. El 65.9% del personal asistencial presento un nivel bajo de conocimiento del idioma quechua y el 34.1% del personal asistencial presento un nivel medio de conocimiento del idioma quechua en los servicios de salud Huaylas – Ancash.

Tercera. El 56.1% percibió que la calidad de atención del personal asistencial es regular y el 43.9% percibió que la calidad de atención del personal asistencial es buena en los servicios de salud Huaylas – Ancash.

Cuarta. Existe una relación significativa (p valor = 0.025), baja y negativa (Correlación de Pearson = -0.350) entre el conocimiento del quechua y la calidad de atención del personal asistencial en los servicios de salud Huaylas – Ancash.

VII. RECOMENDACIONES

Primera. Implementar canales de comunicación para mejorar la calidad de atención del personal asistencial a los pacientes quechua-hablantes.

Segunda. Desarrollar talleres y cursos de quechua dirigidos a todo el personal que labora en los servicios de salud Huaylas – Ancash, para mejorar la comunicación entre los pacientes quechua-hablantes y el personal de salud.

Tercera. Desarrollar talleres de atención al paciente, con énfasis en la comunicación personal de salud-paciente y la importancia del trato humanitario con los pacientes.

Cuarta. Implementar estrategias de comunicación en español y quechua, con fines de hacer más eficiente la comunicación de los servicios de salud Huaylas – Ancash y los pacientes que acuden por atención médica.

REFERENCIAS

- Abohalaka, R. & Tekeli, S. (2021). Determination of perceived language barriers according to Syrian refugees visiting two hospitals in Ankara. *Turkish Journal of Public Health*, 19 (2), 92-105. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjph/issue/64227/796038>
- Ahmed R. (2012) Interpersonal health communication an ecological perspective. In: *The handbook of global health communication*, 26: 144. <https://doi.org/10.1002/9781118241868>.
- Alban, G., Arguello, A., & Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173.
- Alcívar, M., Alarcón, C., & Ferrin, H. (2020). Talento humano y la gestión del conocimiento en las microempresas. *Podium*, (37), 71-88.
- Apaolaza, H. (2018). Aprendizaje y evaluación de la comunicación no verbal en ELE. Propuesta teórica y estudio empírico sobre los gestos emblemáticos.
- Shamsi, H., Almutairi, A., Mashrafi, S., & Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 35 (2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201401/>
- Alarco, J. (2014). ¿Es necesaria la enseñanza de idioma quechua en nuestra facultad?. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
- Alavi M, (2003). Review: Knowledge Management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *Miss Quarterly* [Internet] 2003; [Consultado 12 marz 2021] 25(1): 107 – 136.
- Alban, G., Arguello, A., & Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173.

- Ali, P. & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of clinical Nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14204>
- Álvarez F. (2007) Concepto y definición de calidad. *Ecoe Ediciones; Bogotá: pp 99-100*. <https://booksmedicos.org/calidad-y-auditoriaen-salud/>
- American Hospital Association. (2015). A toolkit for achieving success and sharing your story. <https://www.ihaconnect.org/Quality-Patient-Safety/Documents/AHA123forEquityToolkitweb.pdf>
- Brown, J., & Duguid, P. (2001). Knowledge and organization: A social-practice perspective. *Organization Science*, 12, 40-57.
- Camisón, C., González, T., Cruz, S. (2006). *Gestión de la Calidad: Concepto, Enfoques, Modelos y Sistemas*. España: Madrid. Pearson Pentice Hall. Doi: ISBN: 84-205-4262-8
- Campo, M., López, Y., & Ques, Á. (2021). Pautas y principios éticos en la preparación de un proyecto de investigación en salud. *Ética de los cuidados*, 14, e13472-e13472.
- Carpio, N., & Tamayo, C. (2013). Impacto del idioma nativo en la atención médica a los pacientes migrantes quechuas en el Centro de Salud Chane 2014 (Doctoral dissertation).
- Chuquimia, J., & Laredo, D. (2011). Autoevaluación de la enseñanza-aprendizaje del idioma quechua en la escuela Nacional de Salud y Deportes (Doctoral dissertation, Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Carrera de Lingüística e Idiomas).
- Coronado, R.; Cruz, E.; Macías, S.; Arellano, A. & Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab* 25(1):26-33. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>

- Condor, N., Huamán, J., & Vasquez, R. (2021). Traducción y adaptación cultural del examen mental de Carlos Alberto Segúin para el idioma quechua huancavelicano. *Horizonte de la Ciencia*, 11(21), 297-314.
- Denning, S. (2018). What is knowledge? Blog Steven Denning. <http://www.stevedenning.com/Knowledge-Management/what-is-knowledge.aspx>
- Domínguez, R. & Martins, M. (2014). Knowledge Management: an Analysis From the Organizational Development. *Journal of technology management & innovation*, 9(1), 131-147. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-27242014000100011
- Donabedian A. Quality assurance in our health care system. En: Donabedian A. *Quality assurance and utilization review*; 1986. p. 6-12.
- Flores, C., & Flores, K. (2021). Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos productivos: Anderson-Darling, Ryan-Joiner, Shapiro-Wilk y Kolmogórov-Smirnov. *Societas*, 23(2), 83-106.
- Floyd, A., Sakellariou, D. (2017). Acceso a la atención médica para mujeres refugiadas con alfabetización limitada: capas de desventaja. *Int J Equity Health* . Noviembre; 16(1):195. 10.1186/s12939-017-0694-8.
- García, A., & Ilanz, M. (2016). La verdad es que no queremos aprender quechua. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 77, No. 3, pp. 293-294). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Garrote, P., & del Carmen Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas*, (18), 124-139.
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Hernandez, D., & Palacios, E. (2019). Humanización y trato digno en el área de la salud de la ESE Marco Fidel Suarez de Bello (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).
- Huaman, K. Gestionando para garantizar una atención de calidad al usuario quechua hablante que acude al servicio de consulta externa del HVRG-Huaraz, 2018.
- Huamantuco, M. (2019). Relación entre el Nivel de Satisfacción del Paciente y la Calidad de Atención del Servicio de Nutrición, durante el tiempo de Hospitalización de la Red Asistencial Tacna Hospital III Daniel Alcides Carrión-Arequipa-2018.
- Isasa, L. (2014). Formación del profesional sanitario en la comunicación con el paciente extranjero: estrategias y recursos. *Panace*, 15(40), 243-257.
- Laza, C. & Sánchez, G. (2012). Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enfermería Global*, 11(26), 408-415. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200025>
- López, R.; Avello, R.; Palmero, D.; Sánchez, S. & Quintana, M. (2019). Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Revista Cubana de Medicina Militar* 48 (2). <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/331#:~:text=La%20validaci%C3%B3n%20de%20instrumentos%2C%20es,validaci%C3%B3n%20de%20un%20instrumento%20cient%C3%ADfico>.
- Mamani, Y. (2017). Conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la micro red jae-puno. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano). http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7916/Mamani_Diaz_Yemy_Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47.
- Matusitz J, Spear J. (2014) Effective doctor–patient communication: an updated examination. *Soc Work Public Health*. 29(3):252–66. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>.
- Millán, T. (2018). Investigación cualitativa en el campo de la salud: Un paradigma comprensivo [Qualitative research in the field of health: An understanding paradigm]. *Revista chilena de pediatría*, 89(4), 427–429. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000710>
- Oyola-Garcia, A., & Ouispe-Illanzo, M. (2016). La verdad es que no queremos aprender quechua. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 293-294.
- Rios, T. (2021). La gestión del conocimiento y la cultura organizacional en la empresa Santiago Rodríguez Banda SAC 2019.
- Santo, M., Gallardo, M., & Alamán, A. (2020). Acercamiento al fenómeno de la discriminación laboral en la enseñanza del español como lengua extranjera. marcoELE. *Revista de Didáctica Español Lengua Extranjera*, (31), 1-23.
- Santos-Revilla, G. (2016) Enseñanza de lenguas originarias en las facultades de medicina peruanas. *Rev Peru Med Exp* 33(1);183-4.
- Seeram, E. (2019). An overview of correlational research. *Radiologic technology*, 91(2), 176-179.
- Smedley, B., Stith, A., Nelson, A. (2003) Institute of Medicine, committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care. In: Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in healthcare. *Washington (DC): National Academies Press (US)*. <https://doi.org/10.17226/12875>.

Souto-Seijo, A., Estévez, I., Iglesias Fustes, V., & González-Sanmamed, M. (2020). Entre lo formal y lo no formal: un análisis desde la formación permanente del profesorado. *Educar*, 56(1), 91-107.

Street, J. (2003). Communication in medical encounters: an ecological perspective. In: Thompson TL, Dorsey AM, Miller KI, Parrott R, editors. *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2003. p. 63–89

Tsoukas, H., Vladimirov, E. (2001). What is organizational knowledge? *Jour of Manag Stu [Internet]* 2001 [Consultado 14 marz 2021]; 38 (7): 973 – 993

Tumi, S. (2020). Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la calidad de atención odontológica brindada por el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2019.

Velazco, C. (2022). Diseño de un sistema integral de gestión de la tecnología e innovación en una empresa del sector médico.

Villamil, H. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas. *Educación y desarrollo social*, 2(1), 71-89.

Zakaria, M., Karim, R., Rahman, M. *et al.* (2021). Disparity in physician-patient communication by ethnicity: evidence from Bangladesh. *Int J Equity Health* 20, 65

[https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01405-](https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01405-6)

6

ANEXOS

ANEXO 01. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores | Escala de medición |
|-----------------------|--|---|--------------------------|-------------------------------------|---|
| Nivel de conocimiento | Es la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales (Alavi y Leidner, 2003) | Competencia relacionada al aprendizaje de la telemedicina; en la presente investigación se medirá con una encuesta validada por juicio de expertos. | Conocimiento consciente | Capacidad de aprendizaje | Cuestionario con preguntas de opción única ALTO: 16-27 MEDIO: 28- 55 BAJO: 56-80 |
| | | | | Fuentes de información | |
| | | | Conocimiento objetivo | Nuevo Lenguaje | |
| | | | | Atención de salud en idioma quechua | |
| | | | | Oferta de enseñanza | |
| | | | Conocimiento automático | Definición de términos | |
| | | | | Características del idioma | |
| | | | | Formas de comunicación | |
| | | | Conocimiento colectivo | Aceptación del paciente | |
| | | | | Precisión en la traducción | |
| Calidad de atención | Es la gestión llevada a cabo para garantizar un servicio con altos estándares de calidad respondiendo y atendiendo todas las necesidades de los usuarios en salud. | | Humana | Cortesía | |
| | | | | Confidencialidad | |
| | | | | Comunicación | |
| | | | | Comprensión | |
| | | | Científico – Tecnológica | Fiabilidad | |
| | | | | Profesionalidad | |
| | | | | Credibilidad | |
| | | | | Seguridad | |
| | | | Entorno | Integralidad | |
| | | | | Oportunidad | |
| | | | | Continuidad | |

| ÍTEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO CONSCIENTE | TA | DA | I | D | TD |
| 1. Es usted consciente de que puede aprender fácilmente el idioma Quechua | | | | | |
| 2. En general, usted cuenta con fuentes de información para aprender el idioma quechua | | | | | |
| DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO OBJETIVO | | | | | |
| 5. En general, para usted representa un esfuerzo para aprender este nuevo lenguaje | | | | | |
| 6. En términos generales, usted puede realizar la atención en idioma quechua | | | | | |
| 7. En el lugar de trabajo existe oferta académica para la enseñanza del nuevo idioma | | | | | |
| DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO AUTOMÁTICO | | | | | |
| 9. En general, usted puede definir algunas palabras y términos médicos en idioma quechua | | | | | |
| 10. En general, usted tiene conocimiento básico del idioma | | | | | |
| 11. Por lo general, usted emplea formas de comunicación no verbal con el paciente quechua hablante. | | | | | |
| 12. Según las normas establecidas por la entidad, se lleva un registro de todos los procedimientos. | | | | | |
| DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO COLECTIVO | | | | | |
| 13. En general, el paciente acepta la forma de comunicación que usted le proporciona al momento de la consulta | | | | | |
| 14. Usted, por lo general, solicita traducción al momento de la consulta | | | | | |
| 15. En general, usted tiene interés y motivación por aprender el idioma | | | | | |
| 16. Usted reconoce que el idioma quechua es difícil de aprender y practicar | | | | | |

Cuestionario para medir la calidad de atención del personal asistencial

A continuación, se le presentan ítems, por lo que se recomienda que lea bien los enunciados y luego marca con una equis (X) en la alternativa de respuesta que considere como correcta. Considera la escala de Likert: (1) Nunca; (2) Casi Nunca; (3) A veces; (4) Casi siempre; (5) Siempre

| ÍTEM | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|
| CALIDAD DE LA ATENCIÓN | | | | | |
| Dimensión 1: DIMENSION HUMANA | | | | | |
| Usted, como personal de salud es cortés durante el servicio de atención. | | | | | |
| Usted, como personal de salud guarda confidencialidad sobre el problema sanitario de su paciente. | | | | | |
| Usted, como personal de salud desarrolla una buena comunicación durante la consulta. | | | | | |
| Usted, como personal de salud es comprensivo con los problemas de índole sanitario de sus pacientes | | | | | |
| Dimensión 2: DIMENSION CIENTÍFICO – TECNOLÓGICO | | | | | |
| Usted, como personal de salud considera fiable el servicio ofrecido en el establecimiento sanitario | | | | | |
| Usted, como personal de salud, en el servicio que ofrece tiene un alto nivel de profesionalismo. | | | | | |
| El servicio de salud ofrecido tiene alta credibilidad | | | | | |
| El servicio de salud ofrecido resulta ser seguro y efectivo | | | | | |
| Dimensión 3: DIMENSIÓN ENTORNO | | | | | |
| El servicio de la organización atiende de manera eficiente el proceso de atención de los pacientes. | | | | | |
| El servicio de la organización atiende de manera oportuna el proceso de atención | | | | | |
| El servicio de atención debe permanecer en el largo plazo. | | | | | |

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS NORTE



PERÚ
Ministerio
de Salud

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Caraz, 06 de junio del 2022

Carta N° 120-2022-REGION-A-DIRES-A-RED-S-H-N/DE

SEÑOR (A) : Dra. ROSA MARÍA SALAS SANCHEZ
Jefa de la Escuela de Posgrado UCV-CHIMBOTE
PRESENTE.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Antes que nada reciban un cordial saludo; Y a la vez en respuesta a su solicitud permiso para realizar el trabajo de investigación .

"CONOCIMIENTO DEL QUECHUA Y CALIDAD DE LA ATENCION EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD HUAYLAS NORTE"

De la estudiante C.D.GISELA MIRNA CUAILA REA ,DNI N° 41944001, se acepta el permiso de realizar trabajo de investigación dentro de la institución sobre el conocimiento del Quechua y Calidad de Atención en los establecimientos de salud, Huaylas 2022.

a su vez recalcar que la información recabada para dicho estudio es eminentemente con fines académicos, los mismo que serán de absoluta confidencialidad para el grupo en estudio; a su vez, los resultados deberán ser presentados a la institución al finalizar la investigación, para los fines que se estime pertinente.

Por lo antes expuesto, se le otorga todas las facilidades del caso, con la finalidad que pueda desarrollar sin contratiempos la respectiva investigación, salvaguardando siempre la integridad y seguridad de nuestros y respetando las normas institucionales.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

C.c Archivo
EWAR/cpf.


GOBIERNO REGIONAL ANCASH
DIRECCION DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
Dr. Edgar Wilfredo Alvarez Ramirez
C.E.P. N° 050912
DIRECTOR EJECUTIVO

ANEXO 4. CARTA DE PRESENTACIÓN

CARTA DE PRESENTACIÓN

Dra. SOLIS ROJAS, BETZABET ZAIDA

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, y asimismo hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la Escuela de Post Grado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la UCV, Filial CHIMBOTE, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar una investigación con el objetivo de obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

El título del Proyecto de investigación es: "Conocimiento del Quechua y calidad de atención en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash, 2022" y siendo imprescindible contar con la evaluación y validación de profesionales especializados y expertos para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotado conocimiento de la variable y problemática, sobre el cual realiza su ejercicio profesional.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que presta a la presente.

Atentamente.



Firma

D.N.I: 41944001

Celular: 979605024

ANEXO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES Y SUS DIMENSIONES

I. Variable Nivel de conocimiento del quechua:

Sánchez (2019) lo define como la capacidad humana de comprender el idioma quechua para mejorar la capacidad de interactuar de los profesionales con los usuarios de atención de la salud.

Dimensiones:

Conocimiento consciente: Conocimiento individual y de carácter explícito que confiere una mayor facilidad de codificación y de transmisión.

Conocimiento objetivo: Conocimiento individual de carácter explícito que se forma desde una naturaleza organizacional.

Conocimiento automático: Conocimiento individual de carácter implícito que surge desde las habilidades, experiencias o destrezas del individuo.

Conocimiento colectivo: Conocimiento social de naturaleza tácita compuesto por normas culturales que existen como resultado del trabajo conjunto o suma de conocimientos individuales.

Indicadores: Capacidad de aprendizaje, Fuentes de información, Nuevo Lenguaje, Atención de salud en idioma quechua, Oferta de enseñanza, Definición de términos, Características del idioma, Formas de comunicación, Aceptación del paciente, Precisión en la traducción.

Consta de 13 ítems.

II. Variable Calidad de la atención del personal asistencial:

Boada-Niño (2019) lo define como la percepción y expectativa, en las que los pacientes consideran, la presentación física de las instalaciones, la presentación adecuada de los utensilios y elementos, la confianza en los conocimientos y las habilidades del personal de salud.

Dimensiones:

Humana: Capacidad de comprender o entender los requerimientos de los pacientes.

Científico-Tecnológico: Fiabilidad, credibilidad y seguridad de los profesionales en el ejercicio de sus labores.

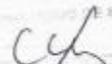
Entorno: Conjunto de circunstancias o factores que aseguran la integralidad, oportunidad y continuidad de los servicios.

Indicadores: Cortesía, Confidencialidad, Comunicación, Comprensión, Fiabilidad, Profesionalidad, Credibilidad, Seguridad, Integralidad, Oportunidad, Continuidad.

Consta de 11 ítems.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

| Nº | Dirección del ítem | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias/Observaciones |
|---|--------------------|---|--------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| DIMENSIÓN 1: HUMANA | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Directo | Usted, como personal de salud es cortés durante el servicio de atención. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | Directo | Usted, como personal de salud guarda confidencialidad sobre el problema sanitario de su paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | Directo | Usted, como personal de salud desarrolla una buena comunicación durante la consulta. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Directo | Usted, como personal de salud es comprensivo con los problemas de índole sanitario de sus pacientes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DIMENSIÓN 2 : CIENTIFICO-TECNOLOGICO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 5 | Directo | Usted, como personal de salud considera fiable el servicio ofrecido en el establecimiento sanitario | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | Directo | Usted, como personal de salud, en el servicio que ofrece tiene un alto nivel de profesionalismo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | Directo | El servicio de salud ofrecido tiene alta credibilidad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | Directo | El servicio de salud ofrecido resulta ser seguro y efectivo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DIMENSIÓN 3: ENTORNO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 9 | Directo | El servicio de la organización atiende de manera eficiente el proceso de integralidad de los pacientes (Acciones preventivas, curativas, individuales y colectivas) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | Directo | El servicio de la organización atiende de manera oportuna el proceso de atención | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 11 | Directo | El servicio de atención se mantiene de forma continua a largo plazo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |


 2583 5064

| | | | | | | |
|----|---------|---|---|---|---|--|
| 10 | Directo | En general, el paciente acepta la forma de comunicación que usted le proporciona al momento de la consulta. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 11 | Directo | Usted, por lo general, solicita traducción al momento de la consulta. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 12 | Directo | En general, usted tiene interés y motivación por aprender el idioma. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 13 | Directo | Usted reconoce que el idioma quechua es difícil de aprender y practicar. | ✓ | ✓ | ✓ | |

MINISTERIO DE SALUD
[Firma]
Dr. Daniel A. Ruiz Rojas
75835061

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador *Mg. Betzabet Salis Rojas*

DNI: *25835064*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | | |
|----|---------|-----------------------------------|
| 01 | Maestra | Gestión de los Servicios de Salud |
| 02 | Doctora | Gestión Pública y Gobernabilidad. |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | | | | |
|----|-----------------------------|-------|-----------------------------|--------------------|
| 01 | Red de Salud Huaylas Norte | Salud | coordinador Presupuestal | 2013 - 2022 |
| 02 | Red de Salud Huaylas Norte | Salud | Dirección de Administración | 2017 - 2018 |
| 03 | Red de Salud Huaylas Norte. | Salud | Dirección de la ODI | 2016 - 2019 - 2022 |

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es incluido para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se evidencia alguna dificultad alguna al enunciado del ítem, es claro, exacto y directo.

Nota: Su validez se le otorga cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 25835064

08 de junio del 2022

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

| Nº | Dirección del ítem | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias/Observaciones |
|---|--------------------|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|---------------------------|
| | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTO CONSCIENTE | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Directo | Es usted consciente de que puede aprender fácilmente el idioma Quechua. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | Directo | En general, usted cuenta con fuentes de información para aprender el idioma quechua. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DIMENSIÓN 2: CONOCIMIENTO OBJETIVO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 3 | Directo | En general, para usted representa un esfuerzo para aprender este nuevo lenguaje. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Directo | En términos generales, usted puede realizar la atención en idioma quechua. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | Directo | En el lugar de trabajo existe oferta académica para la enseñanza del nuevo idioma. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DIMENSIÓN 3: CONOCIMIENTO AUTOMÁTICO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 6 | Directo | En general, usted puede definir algunas palabras y términos médicos en idioma quechua. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | Directo | En general, usted tiene conocimiento básico del idioma. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | Directo | Por lo general, usted emplea formas de comunicación no verbal con el paciente quechua hablante. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | Directo | Según las normas establecidas por la entidad, se lleva un registro de todos los procedimientos. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DIMENSIÓN 4: CONOCIMIENTO COLECTIVO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA
Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador *Mg. Betzabet Solis Rojas*

DNI: *25835064*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | | |
|----|---------|-----------------------------------|
| 01 | Maestra | Gestión de los Servicios de Salud |
| 02 | Doctora | Gestión Pública y Gobernabilidad |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | | | | |
|----|----------------------------|-------|-----------------------------|--------------------|
| 01 | Red de Salud Huaylas Norte | Salud | Coordinador Presupuestal | 2013-2022 |
| 02 | Red de Salud Huaylas Norte | Salud | Dirección de Administración | 2017 y 2018 |
| 03 | Red de Salud Huaylas Norte | Salud | Dirección de la ODT | 2016 - 2019 - 2022 |

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, en contenido, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 25835064

08 de junio del 2022

ANEXO 6. CARTA DE PRESENTACIÓN



CARTA DE PRESENTACIÓN

Mg. CARBAJAL AVILA, YESI MARITZA

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, y asimismo hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la Escuela de Post Grado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la UCV, Filial CHIMBOTE, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar una investigación con el objetivo de obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

El título del Proyecto de investigación es: "Conocimiento del Quechua y calidad de atención en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash, 2022" y siendo imprescindible contar con la evaluación y validación de profesionales especializados y expertos para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotado conocimiento de la variable y problemática, sobre el cual realiza su ejercicio profesional.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que presta a la presente.

Atentamente,

Firma

D.N.I: 41944001

Celular: 979605024

ANEXO 7. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES Y SUS DIMENSIONES

I. Variable Nivel de conocimiento del quechua:

Sánchez (2019) lo define como la capacidad humana de comprender el idioma quechua para mejorar la capacidad de interactuar de los profesionales con los usuarios de atención de la salud.

Dimensiones:

Conocimiento consciente: Conocimiento individual y de carácter explícito que confiere una mayor facilidad de codificación y de transmisión.

Conocimiento objetivo: Conocimiento individual de carácter explícito que se forma desde una naturaleza organizacional.

Conocimiento automático: Conocimiento individual de carácter implícito que surge desde las habilidades, experiencias o destrezas del individuo.

Conocimiento colectivo: Conocimiento social de naturaleza tácita compuesto por normas culturales que existen como resultado del trabajo conjunto o suma de conocimientos individuales.

Indicadores: Capacidad de aprendizaje, Fuentes de información, Nuevo Lenguaje, Atención de salud en idioma quechua, Oferta de enseñanza, Definición de términos, Características del idioma, Formas de comunicación, Aceptación del paciente, Precisión en la traducción.

Consta de 13 ítems.

II. Variable Calidad de la atención del personal asistencial:

Boada-Niño (2019) lo define como la percepción y expectativa, en las que los pacientes consideran, la presentación física de las instalaciones, la presentación adecuada de los utensilios y elementos, la confianza en los conocimientos y las habilidades del personal de salud.

Dimensiones:

Humana: Capacidad de comprender o entender los requerimientos de los pacientes.

Científico-Tecnológico: Fiabilidad, credibilidad y seguridad de los profesionales en el ejercicio de sus labores.

Entorno: Conjunto de circunstancias o factores que aseguran la integralidad, oportunidad y continuidad de los servicios.

Indicadores: Cortesía, Confidencialidad, Comunicación, Comprensión, Fiabilidad, Profesionalidad, Credibilidad, Seguridad, Integralidad, Oportunidad, Continuidad.

Consta de 11 ítem

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

| Nº | Dirección del ítem | D I M E N S I O N E S / Í t e m s | Pertinencia ^a | | Relevancia ^a | | O aridad ^b | | Sugerencias/ Observaciones |
|---|--------------------|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|----------------------------|
| | | | SI | No | SI | No | SI | No | |
| D I M E N S I Ó N 1: CONOCIMIENTO CONSCIENTE | | | | | | | | | |
| 1 | Drecto | Es usted consciente de que puede aprender fácilmente el idioma Quechua. | SI | | SI | | SI | | |
| 2 | Drecto | En general, usted cuenta con fuentes de información para aprender el idioma quechua. | SI | | SI | | SI | | |
| D I M E N S I Ó N 2: CONOCIMIENTO OBJETIVO | | | | | | | | | |
| 3 | Drecto | En general, para usted representa un esfuerzo para aprender este nuevo lenguaje. | SI | | SI | | SI | | |
| 4 | Drecto | En términos generales, usted puede realizar la atención en idioma quechua. | SI | | SI | | SI | | |
| 5 | Drecto | En el lugar de trabajo existe oferta académica para la enseñanza del nuevo idioma. | SI | | SI | | SI | | |
| D I M E N S I Ó N 3: CONOCIMIENTO AUTOMÁTICO | | | | | | | | | |
| 6 | Drecto | En general, usted puede definir algunas palabras y términos médicos en idioma quechua. | SI | | SI | | SI | | |
| 7 | Drecto | En general, usted tiene conocimiento básico del idioma. | SI | | SI | | SI | | |
| 8 | Drecto | Por lo general, usted emplea formas de comunicación no verbal con el paciente quechua hablante. | SI | | SI | | SI | | |
| 9 | Drecto | Según las normas establecidas por la entidad, se lleva un registro de todos los procedimientos. | SI | | SI | | SI | | |
| D I M E N S I Ó N 4: CONOCIMIENTO COLECTIVO | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--------|---|----|--|----|--|----|--|--|
| 10 | Drecto | En general, el paciente acepta la forma de comunicación que usted le proporciona al momento de la consulta. | SI | | SI | | SI | | |
| 11 | Drecto | Usted, por lo general, solicita traducción al momento de la consulta. | SI | | SI | | SI | | |
| 12 | Drecto | En general, usted tiene interés y motivación por aprender el idioma. | SI | | SI | | SI | | |
| 13 | Drecto | Usted reconoce que el idioma quechua es difícil de aprender y practicar. | SI | | SI | | SI | | |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Mg. CARBAJAL AVILA, YESI MARITZA

DNI: 41316277

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | GRADO ACADÉMICO | MENCIÓN | AÑO |
|----|-----------------|-----------------------------------|------|
| 01 | MAESTRA | GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD | 2016 |
| 02 | | | |
| 03 | | | |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | INSTITUCIÓN | SECTOR | CARGO/PUESTO | INICIO | FIN |
|----|----------------------------|--------|---|------------|------------|
| 01 | RED DE SALUD CONCHUCOS SUR | SALUD | COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD | 01/04/2022 | ACTIVA |
| 02 | RED DE SALUD CONCHUCOS SUR | SALUD | DIRECTORA DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | 08/01/2021 | 17/03/2022 |
| 03 | | | | | |

¹Perlinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión
Mg. Yesi Carbajal Avila
CEP: 48345 - DNI: 41316277

08 de junio del 2022

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL
PERSONAL ASISTENCIAL
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL**

| Nº | Dirección del ítem | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Cariada ³ | | Sugerencias/ Observaciones |
|---|--------------------|--|--------------------------|----|-------------------------|----|----------------------|----|----------------------------|
| | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| DIMENSIÓN 1: HUMANA | | | | | | | | | |
| 1 | Dirección | Usted, como personal de salud es cortés durante el servicio de atención. | Si | | Si | | Si | | |
| 2 | Dirección | Usted, como personal de salud guarda confidencialidad sobre el problema sanitario de su paciente. | Si | | Si | | Si | | |
| 3 | Dirección | Usted, como personal de salud desarrolla una buena comunicación durante la consulta. | Si | | Si | | Si | | |
| 4 | Dirección | Usted, como personal de salud es comprensivo con los problemas de índole sanitario de sus pacientes. | Si | | Si | | Si | | |
| DIMENSIÓN 2: ENTORNO TECNOLÓGICO | | | | | | | | | |
| 5 | Dirección | Usted, como personal de salud considera fiable el servicio ofrecido en el establecimiento sanitario. | Si | | Si | | Si | | |
| 6 | Dirección | Usted, como personal de salud, en el servicio que ofrece tiene un alto nivel de profesionalismo. | Si | | Si | | Si | | |
| 7 | Dirección | El servicio de salud ofrecido tiene alta credibilidad. | Si | | Si | | Si | | |
| 8 | Dirección | El servicio de salud ofrecido resulta ser seguro y efectivo. | Si | | Si | | Si | | |
| DIMENSIÓN 3: ENTORNO | | | | | | | | | |
| 9 | Dirección | El servicio de la organización atiende de manera eficiente el proceso de integración de los pacientes. (Acciones preventivas, curativas, individuales y colectivas). | Si | | Si | | Si | | |
| 10 | Dirección | El servicio de la organización atiende de manera oportuna el proceso de atención. | Si | | Si | | Si | | |
| 11 | Dirección | El servicio de atención se mantiene de forma continua a largo plazo. | Si | | Si | | Si | | |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL**Observaciones:**Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador Mg. CARBAJAL AVILA, YESI MARITZA

DNI: 41316277

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | GRADO ACADÉMICO | MENCIÓN | AÑO |
|----|-----------------|-----------------------------------|------|
| 01 | MAESTRA | GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD | 2016 |
| 02 | | | |
| 03 | | | |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | INSTITUCIÓN | SECTOR | CARGO/PUESTO | INICIO | FIN |
|----|----------------------------|--------|---|------------|------------|
| 01 | RED DE SALUD CONCHUCOS SUR | SALUD | COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD | 01/04/2022 | ACTIVA |
| 02 | RED DE SALUD CONCHUCOS SUR | SALUD | DIRECTORA DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | 08/01/2021 | 17/03/2022 |
| 03 | | | | | |

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Mg. Yesi Carbajal Avila
C.E.P. 44345 - DNI: 41316277

08 de junio del 2022

ANEXO 8. CARTA DE PRESENTACIÓN



CARTA DE PRESENTACIÓN

Mg. Esp. Junior R. Palomino Maza

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, y asimismo hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la Escuela de Post Grado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la UCV, Filial CHIMBOTE, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar una investigación con el objetivo de obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

El título del Proyecto de investigación es: "Conocimiento del Quechua y calidad de atención en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash, 2022" y siendo imprescindible contar con la evaluación y validación de profesionales especializados y expertos para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotado conocimiento de la variable y problemática, sobre el cual realiza su ejercicio profesional.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que presta a la presente.

Atentamente.

Firma

D.N.I: 41944001

Celular: 979605024

ANEXO 9. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES Y SUS DIMENSIONES

I. Variable Nivel de conocimiento del quechua:

Sánchez (2019) lo define como la capacidad humana de comprender el idioma quechua para mejorar la capacidad de interactuar de los profesionales con los usuarios de atención de la salud.

Dimensiones:

Conocimiento consciente: Conocimiento individual y de carácter explícito que confiere una mayor facilidad de codificación y de transmisión.

Conocimiento objetivo: Conocimiento individual de carácter explícito que se forma desde una naturaleza organizacional.

Conocimiento automático: Conocimiento individual de carácter implícito que surge desde las habilidades, experiencias o destrezas del individuo.

Conocimiento colectivo: Conocimiento social de naturaleza tácita compuesto por normas culturales que existen como resultado del trabajo conjunto o suma de conocimientos individuales.

Indicadores: Capacidad de aprendizaje, Fuentes de información, Nuevo Lenguaje, Atención de salud en idioma quechua, Oferta de enseñanza, Definición de términos, Características del idioma, Formas de comunicación, Aceptación del paciente, Precisión en la traducción.

Consta de 13 ítems.

II. Variable Calidad de la atención del personal asistencial:

Boada-Niño (2019) lo define como la percepción y expectativa, en las que los pacientes consideran, la presentación física de las instalaciones, la presentación adecuada de los utensilios y elementos, la confianza en los conocimientos y las habilidades del personal de salud.

Dimensiones:

Humana: Capacidad de comprender o entender los requerimientos de los pacientes.

Científico-Tecnológico: Fiabilidad, credibilidad y seguridad de los profesionales en el ejercicio de sus labores.

Entorno: Conjunto de circunstancias o factores que aseguran la integralidad, oportunidad y continuidad de los servicios.

Indicadores: Cortesía, Confidencialidad, Comunicación, Comprensión, Fiabilidad, Profesionalidad, Credibilidad, Seguridad, Integralidad, Oportunidad, Continuidad.

Consta de 11 ítems.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE CONOCIMIENTO
DEL QUECHUA**

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

| Nº | Dirección del ítem | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias/Observaciones |
|---|--------------------|---|--------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTO CONSCIENTE | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Directo | Es usted consciente de que puede aprender fácilmente el idioma Quechua. | X | | X | | X | | |
| 2 | Directo | En general, usted cuenta con fuentes de información para aprender el idioma quechua. | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN 2 : CONOCIMIENTO OBJETIVO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 3 | Directo | En general, para usted representa un esfuerzo para aprender este nuevo lenguaje. | X | | X | | X | | |
| 4 | Directo | En términos generales, usted puede realizar la atención en idioma quechua. | X | | X | | X | | |
| 5 | Directo | En el lugar de trabajo existe oferta académica para la enseñanza del nuevo idioma. | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN 3: CONOCIMIENTO AUTOMATICO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 6 | Directo | En general, usted puede definir algunas palabras y términos médicos en idioma quechua. | X | | X | | X | | |
| 7 | Directo | En general, usted tiene conocimiento básico del idioma. | X | | X | | X | | |
| 8 | Directo | Por lo general, usted emplea formas de comunicación no verbal con el paciente quechua hablante. | X | | X | | X | | |
| 9 | Directo | Según las normas establecidas por la entidad, se lleva un registro de todos los procedimientos. | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN 4: CONOCIMIENTO COLECTIVO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |

| | | | | | | | | | |
|----|---------|---|---|--|---|--|---|--|--|
| 10 | Directo | En general, el paciente acepta la forma de comunicación que usted le proporciona al momento de la consulta. | X | | X | | X | | |
| 11 | Directo | Usted, por lo general, solicita traducción al momento de la consulta. | X | | X | | X | | |
| 12 | Directo | En general, usted tiene interés y motivación por aprender el idioma. | X | | X | | X | | |
| 13 | Directo | Usted reconoce que el idioma quechua es difícil de aprender y practicar. | X | | X | | X | | |



Mgtr. Esp. Od. Julián E. Palomino Maza
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
COP 34026 - R.N.M 100 - R.N.E 3168

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL QUECHUA

Observaciones: SE ENCUENTRA LISTO ÁRA SER APLICADO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Mg. Esp. Junior R. Palomino Maza

DNI: 71851595

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | GRADO ACADÉMICO | MENCIÓN | AÑO |
|----|----------------------|--------------------------------------|------|
| 01 | TITULO PROFESIONAL | CIRUJANO DENTISTA | 2014 |
| 02 | MAGISTER | GESTION EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD | 2017 |
| 03 | SEGUNDA ESPECIALIDAD | ODONTOPEDIATRIA | 2021 |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | INSTITUCIÓN | SECTOR | CARGO/PUESTO | INICIO | FIN |
|----|---|---------|--------------------|--------|------|
| 01 | IPRESS- CONSULTORIO ODONTOLOGICO PALOMINO | PRIVADO | GERENTE/ODONTOLOGO | 2014 | 2022 |
| 02 | IPRESS- HOSPITAL DE APOYO CARAZ | PUBLICO | ODONTOLOGO | 2021 | 2021 |
| 03 | IPRESS- MICORED YUNGAY RANRAHIRCA | PUBLICO | ODONTOLOGO | 2017 | 2020 |

***Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

***Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

***Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Junior R. Palomino Maza
Mgtr. Esp. Cd. Junior R. Palomino Maza
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
COP 34038 - R N M 100 - R N E 3168

08 de junio del 2022

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL
PERSONAL ASISTENCIAL**

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

| Nº | Dirección del ítem | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias/Observaciones |
|---|--------------------|---|--------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| DIMENSIÓN 1: HUMANA | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Directo | Usted, como personal de salud es cortés durante el servicio de atención. | X | | X | | X | | |
| 2 | Directo | Usted, como personal de salud guarda confidencialidad sobre el problema sanitario de su paciente. | X | | X | | X | | |
| 3 | Directo | Usted, como personal de salud desarrolla una buena comunicación durante la consulta. | X | | X | | X | | |
| 4 | Directo | Usted, como personal de salud es comprensivo con los problemas de índole sanitario de sus pacientes | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN 2 : CIENTIFICO-TECNOLOGICO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 5 | Directo | Usted, como personal de salud considera fiable el servicio ofrecido en el establecimiento sanitario | X | | X | | X | | |
| 6 | Directo | Usted, como personal de salud, en el servicio que ofrece tiene un alto nivel de profesionalismo. | X | | X | | X | | |
| 7 | Directo | El servicio de salud ofrecido tiene alta credibilidad | X | | X | | X | | |
| 8 | Directo | El servicio de salud ofrecido resulta ser seguro y efectivo | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN 3: ENTORNO | | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 9 | Directo | El servicio de la organización atiende de manera eficiente el proceso de integralidad de los pacientes. (Accione preventivas, curativas, individuales y colectivas) | X | | X | | X | | |
| 10 | Directo | El servicio de la organización atiende de manera oportuna el proceso de atención | X | | X | | X | | |
| 11 | Directo | El servicio de atención se mantiene de forma continua a largo plazo. | X | | X | | X | | |




 Mgr. Esp. CD. Tullio K. Palomino Maza
 ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
 COP 34038 - R N M 100 - R N E 3188

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

Observaciones: SE ENCUENTRA LISTO ÁRA SER APLICADO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Mg. Esp. Junior R. Palomino Maza

DNI: 71851595

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | GRADO ACADÉMICO | MENCIÓN | AÑO |
|----|----------------------|--------------------------------------|------|
| 01 | TITULO PROFESIONAL | CIRUJANO DENTISTA | 2014 |
| 02 | MAGISTER | GESTION EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD | 2017 |
| 03 | SEGUNDA ESPECIALIDAD | ODONTOPEDIATRIA | 2021 |

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

| | INSTITUCIÓN | SECTOR | CARGO/PUESTO | INICIO | FIN |
|----|---|---------|--------------------|--------|------|
| 01 | IPRESS- CONSULTORIO ODONTOLOGICO PALOMINO | PRIVADO | GERENTE/ODONTOLOGO | 2014 | 2022 |
| 02 | IPRESS- HOSPITAL DE APOYO CARAZ | PUBLICO | ODONTOLOGO | 2021 | 2021 |
| 03 | IPRESS- MICORED YUNGAY RANRAHIRCA | PUBLICO | ODONTOLOGO | 2017 | 2020 |

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Mg. Esp. Cd. Junior R. Palomino Maza
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
COP 34038 - R.N.M 100 - R.N.E 3188

08 de junio del 2022