



**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**

**TESIS**

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO Y LA ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN  
LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE  
INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2014.

**PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**MAESTRO EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**

**AUTOR:**

Br. CARPIO VÁSQUEZ WENDY DEL CARMEN

**ASESORA**

Mg. Sc. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA

**LINEA DE INVESTIGACIÓN**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

CHICLAYO – PERÚ  
2017

## **PAGINA DE JURADO**

**Dra. Marina Caján Villanueva**

**Presidente**

**Mg. Abel Contreras Venero**

**Secretario**

**Mg. SC Patricia Del Rocío Chavarry Ysla**

**Vocal**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Carpio Vásquez Wendy Del Carmen egresado (a) del Programa de Maestría (x) Doctorado ( ) Maestría en Gestión de los servicios de la salud de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado con DNI N° 40554532

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor (a) de la tesis titulada: **RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2014.** La misma que presento para optar el grado de: Maestría en Gestión de los servicios de la salud.
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, 14 de Marzo del 2017

Firma

Nombres y apellidos: Wendy Del Carmen Carpio Vásquez

DNI:40554532

## **DEDICATORIA**

A DIOS, por darme la vida e iluminarme  
cada día en mi carrera profesional para  
el beneficio de mis pacientes.

A mi amada familia, por brindarme su amor,  
Confianza y apoyo incondicional para superarme  
en cada momento de mi vida y lograr  
el éxito profesional

**Wendy**

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades del Hospital Regional Docente Las Mercedes por brindarme su apoyo en la realización de mi tesis.

Debo agradecer de manera especial a mi Asesora Mg. Sc. Patricia Chávarry Ysla por motivarme en la realización de esta tesis bajo su dirección, apoyo y confianza en mi trabajo.

Finalmente, mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y a los distinguidos docentes quienes nos ilustran en las aulas con sus conocimientos.

**Wendy**

## PRESENTACIÓN

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación intitulado: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2014, con fines de obtener el grado de Maestro en GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.

Esta investigación presenta información acerca de la relación existente entre la calidad de servicio por parte del equipo multidisciplinario y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo durante el año 2014, la información recogida a través de la aplicación de los instrumentos indican que efectivamente existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con VIH, permitiendo en el futuro no solo que el tratamiento sea efectivo disminuyendo la probabilidad de transmitir el VIH a otras personas, sino lograr una adherencia estricta al TARGA evitando el fallo terapéutico y aparición de mutantes resistentes que pueden emerger por falta de la misma.

Segura que los resultados de esta investigación redundaran en la mejora de la calidad del servicio en beneficio de las personas que viven con VIH.

**Wendy**

**INDICE**

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	5
Índice de Tablas	7
Resumen	8
Abstract	9
I Introducción	10
1 Planteamiento del Problema	12
1.2 Justificación	16
1.3 Objetivos	17
1.4 Hipótesis	18
1.5 Marco Teórico	18
II Marco Metodológico	38
2 Variables	38
2.1 Definición Conceptual	38
2.2 Definición Operacional	39
2.3 Tipo de Estudio	43

2.4 Diseño	43
2.4.1 Población y Muestra	44
2.4.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	45
2.4.3 Métodos de Investigación	46
2.4.4 Técnicas e Instrumentos	48
2.4.4.1 Instrumentos	49
2.5 Métodos de Análisis de Datos	52
III Resultados	53
IV Discusión de Resultados	64
V Conclusiones	69
VI Sugerencias	64
VII Referencias Bibliográficas	71
Anexos	74



**INDICE DE TABLAS**

Tabla N° 01 Nivel de Calidad de servicio donde se atienden las PVVS	47
Tabla N° 02 Nivel de adherencia al TARGA de las PVVS	48
Tabla N° 03 Calidad de servicio según adherencia al TARGA	49
Tabla N° 04 Calidad de servicio según dimensión fiabilidad de las PVVS	50
Tabla N° 05 Calidad de servicio según dimensión capacidad de respuesta de los PVVS	51
Tabla N° 06 Calidad de servicio según dimensión seguridad de las PVVS	52
Tabla N° 07 Calidad de servicio según dimensión empatía de las PVVS	53
Tabla N° 08 Calidad de servicio según dimensión aspectos tangibles de las PVVS	54
Tabla N° 09 Edad de las PVVS del estudio	55
Tabla N° 10 Grado de instrucción de las PVVS del estudio	56
Tabla N° 11 Distribución respecto al sexo de las PVVS del estudio	57

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

**Marco Metodológico:** estudio no experimental, transaccional, correlacional. La muestra estuvo conformada por 63 PVVS que reciben TARGA; para medir la satisfacción se utilizó el cuestionario SERVQUAL y para medir la adherencia el cuestionario CEAT-VIH.

**Resultados:** El 28,6% fueron varones y el 71,4% mujeres; el rango de edad estuvo principalmente comprendido entre los 19 y 35 años con el 50,8% y el 39,5% entre 36 y 45 años. Según el grado de instrucción, el 54,0% tiene secundaria, el 25,4% superior técnica, el 7,9% universitario. En cuanto a la adherencia al TARGA, el 33,3% adherencia adecuada, el 30,2% adherencia insuficiente, el 27% adherencia estricta y el 9,5% baja. Referente a la calidad de atención que brinda el servicio, el 34,9% refiere estar moderadamente satisfecho, el 31,7% satisfecho, el 4,8% muy satisfecho; mientras el 28,6% refiere estar muy insatisfecho.

**Conclusiones:** La mayoría de las PVVS refieren estar moderadamente satisfechos con la calidad atención que brinda el servicio, presentando una adherencia adecuada. Por lo tanto, si existe relación entre la calidad del servicio y la adherencia al TARGA.

**Palabras Clave:** Calidad del servicio, adherencia, TARGA.

## ABSTRACT

Objective: To determine the correlation between quality of service and adherence to highly active antiretroviral therapy for people living with the Human Immunodeficiency Virus Regional Teaching Hospital Las Mercedes - Chiclayo, 2014. Methodological Framework: non-experimental, transactional study correlational. The sample consisted of 63 PVVS receiving TARGA; to measure satisfaction the SERVQUAL questionnaire was used to measure adherence and the CEAT-HIV questionnaire. Results: 28.6% were male and 71.4% female; the age range was mainly between 19 and 35 years with 50.8% and 39.5% between 36 and 45 years. Depending on the level of education, 54.0% have secondary, technical 25.4% higher, 7.9% college. Regarding adhesion to PVVS, adequate adhesion 33.3% 30.2% insufficient adhesion, strict adherence 27% and 9.5% lower. Regarding the quality of care provided by the service, 34.9% reported being moderately satisfied, 31.7% satisfied, very satisfied 4.8%; while 28.6% reported being very dissatisfied. Conclusions: Most of PVVS report being moderately satisfied with the quality of care provided by the service, introducing adequate adhesion. Therefore, there is a relationship between service quality and adherence to TARGA.

Keywords: Quality of service, adherence , TARGA

## I. INTRODUCCIÓN

“El Virus de inmunodeficiencia humana es una epidemia a nivel mundial convirtiéndose en uno de los más importantes problemas de salud pública del presente siglo” (Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Díaz, & Reyes, 2009).

*El progreso que la ciencia ha logrado en los últimos años en cuanto a las pruebas diagnósticas de laboratorio, cuidados y tratamiento antirretroviral, han permitido conocer mejor la magnitud del problema logrando de esta manera implementar estrategias que permitan un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención . (Alvis et al., 2009)*

“Con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable” (Alvis et al., 2009).

*El TARGA, es un avance importante para las ciencias de la salud ya que representa el incremento en la supervivencia y mejora en la calidad de vida de las personas que viven con VIH por la disminución de las enfermedades oportunistas asociadas a la infección . (Alvis et al., 2009)*

*A pesar que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es importante mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita, de no mantenerla se produciría un incremento en la actividad viral y con ello se podría desarrollar la resistencia a los fármacos . (Alvis et al., 2009)*

*Por tal motivo, la adherencia cumple un papel clave para garantizar la efectividad de los fármacos y se ha demostrado que una incorrecta adherencia está relacionada con*

*el aumento de los ingresos hospitalarios, por la evolución del VIH a SIDA, y es la principal causa del fracaso terapéutico . (Alvis et al., 2009)*

El equipo multidisciplinario asistencial del sistema de salud es un componente importante para la adherencia del TARGA, por ello es necesario investigar si la calidad del servicio tiene relación con la adherencia al TARGA en las personas que viven con VIH, para superar sus expectativas, identificar las principales causas de insatisfacción e implementar estrategias para mejorar; siendo necesario para ello, que el equipo multidisciplinario utilice todos sus conocimientos y habilidades para brindar un servicio de calidad sin dejar de lado los principios éticos para respetar la dignidad y los derechos de las personas que viven con VIH.

El presente trabajo de investigación fue formulado, motivada por conocer la relación entre la calidad de servicio del personal de salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad TARGA, en las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

El estudio de investigación consta del capítulo I Introducción donde se considera el planteamiento y origen del problema, la formulación de la pregunta; la justificación, los objetivos, la hipótesis y el marco teórico. El capítulo II contiene las variables y su definición conceptual y operacional, tipo y diseño del estudio, población y muestra; los criterios de inclusión y exclusión, el método de investigación, técnicas e instrumentos y el método de análisis de datos. En el capítulo III se encuentran los resultados de la investigación, en el capítulo IV la discusión de los resultados, en el capítulo V las conclusiones de la investigación; en el capítulo VI las sugerencias, en el capítulo VII las referencias bibliográficas y finalmente se presentan los anexos y el plan estratégico para mejorar la calidad de atención a las personas viviendo con VIH en el servicio.

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene como consecuencia una elevada morbilidad y mortalidad en el mundo, además de menguar la economía familiar, como la de los servicios de salud” (Ortuño, Oropeza, Aparicio, & Orozco, 2012).

*Su fase más avanzada, el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, y la proyección a futuro sobre la expansión de esta infección se transforma en una enorme carga para los sobrecargados sistemas de salud asistenciales de la mayoría de los países afectados . (Ortuño et al., 2012)*

“A nivel mundial el VIH/SIDA es un problema de salud pública relevante y uno de los desafíos más grandes para la vida y dignidad de los seres humanos” (Ortuño et al., 2012). “Afecta a todas las personas sin distinción de su condición económica, edad, sexo o raza” (Ortuño et al., 2012). “Alrededor de 25 millones de personas en todo el mundo han fallecido a causa de esta infección desde el comienzo de la epidemia y 40.3 millones, están actualmente viviendo con VIH/SIDA en términos globales” (Ortuño et al., 2012). “En América se estima que 28 millones de personas viven con el VIH; En América Latina y el Caribe son más de dos millones, de ellos 200,000 contrajeron la enfermedad en el 2002” (Ortuño et al., 2012).

*En los años noventa, en el mundo se desarrolló el concepto de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), quedando demostrado en innumerables estudios el beneficio en la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA que lo reciben, desde entonces el reto global es implementar programas de salud pública*

*para brindar el acceso al tratamiento en los países desarrollados* . (Afani & Gallardo, 2011)

“En la primera década del siglo XXI los avances en la terapia antirretroviral, representan un aumento significativo en la supervivencia para las personas viviendo con VIH” (Afani & Gallardo, 2011).

*La terapia antirretroviral empleada actualmente busca la supresión profunda y duradera de la replicación viral, sin embargo dada su complejidad y el contexto socio cultural político y económico en el cual se desarrolla, puede presentar algunos factores que podrían evidenciarse en el incumplimiento del tratamiento por parte del paciente* . (Afani & Gallardo, 2011)

*En el Perú, la epidemia se ha convertido en un problema acuciante por las características y tendencias que va mostrando; son cada vez más los casos de personas que se infectan a menor edad y cada vez son más las mujeres infectadas, revelando la realidad heterosexual de la epidemia. Se han reportado 66776 casos de VIH desde 1983 hasta la fecha* . (Tafur, Ortiz, Alfaro, García, & Faus, 2008)

“Adicionalmente, la mayor frecuencia de casos se presenta en las ciudades más pobladas del país, las que muestran mayor vulnerabilidad y dificultades para el control de la epidemia” (Tafur et al., 2008).

“La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA diseña y norma los procesos de organización relacionados a la cultura de salud, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA” (Ministerio de Salud, 2012).

*En el año 2004, en el Perú se estableció el TARGA gratuito en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA siendo una de las mejores estrategias ya que reduce la replicación viral y por consiguiente las hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, cáncer por VIH y por ende la mortalidad; promoviendo de esta manera el uso de los servicios de salud y mejora de la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que las reintegra a sus actividades cotidianas permitiendo que continúen su vida aparentemente sin limitación . (Ministerio de Salud, 2012)*

“Esta situación ha incrementado el porcentaje de personas que reciben TARGA suscitando la participación activa del equipo multidisciplinario de salud en el cuidado de las personas que viven con VIH/SIDA” (Ministerio de Salud, 2012).

“Aproximadamente un tercio de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), toma su medicación según indicaciones médicas. Incluso, cuando los pacientes comprenden las consecuencias de la no adherencia a la medicación, la tasa de adherencia es subóptima” (Córdoba, 2011). “A diferencia de otras enfermedades crónicas, para evitar las consecuencias de la réplica rápida y la tasa de mutación del VIH se requieren niveles muy altos de adherencia (p.ej. el 95 %) para alcanzar la supresión duradera de carga viral” (Córdoba, 2011). “Sin embargo estudios recientes en personas que viven con VIH han revelado tasas de adherencia bajas, similares a aquellos vistos para otras enfermedades crónicas” (Córdoba, 2011). “La adherencia subóptima rápidamente puede conducir a la resistencia; entonces puede ser transmitida a otras personas” (Córdoba, 2011). “Por lo tanto, la adherencia al TARGA debe ser casi perfecta para alcanzar la supresión viral durable” (Córdoba, 2011). “Las nuevas combinaciones de agentes antirretrovirales potentes, conocidos como TARGA, han probado ser eficaces en reducir la carga viral y el mejoramiento clínico de los pacientes” (Córdoba,



2011). “Pero, la gran cantidad píldoras, los complejos esquemas de medicación y la baja tolerancia a los efectos secundarios indeseables, hace que la adherencia sea difícil de sostener” (Córdoba, 2011). “La adherencia es de gran importancia para obtener resultados exitosos en el TARGA, haciendo indispensable contar con nuevas y buenas estrategias para maximizar el adecuado mantenimiento del tratamiento” (Córdoba, 2011).

En el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, desde el año 2005 hasta la actualidad se atienden 785 PVVS, de los cuales 464 reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), Se reportó durante este período 59 pacientes que abandonaron su tratamiento y 10 pacientes con resistencia a los fármacos retrovirales y se encuentran recibiendo terapia de rescate.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

“La creciente y alarmante cifra de personas que viven con VIH/SIDA y que requieren del tratamiento antirretroviral de manera indefinida justificó el presente trabajo de investigación, ya que el paciente debe cumplir estrictamente con el tratamiento” (Oviedo, Romero, March, López , Perea, & AVALON, 2009). “El incumplimiento en la toma del tratamiento antirretroviral tiene consecuencias graves para el paciente, la comunidad y el sistema sanitario” (Oviedo et al., 2009).

*Una persona que vive con VIH/SIDA que no toma el TARGA con la pauta indicada no sólo tiene menores probabilidades de disminuir la carga viral, sino que puede crear resistencia a la medicación; lo cual impide que el tratamiento sea efectivo y aumenta la probabilidad de transmitir el VIH a otras personas, con una cepa de virus resistente a la medicación . (Oviedo et al., 2009)*

“Para los sistemas sanitarios implica un desajuste en el coste-efectividad, por la baja calidad de vida en las personas afectadas y por invertir recursos en un tratamiento que no siempre obtiene resultados positivos” (Oviedo et al., 2009).

El equipo asistencial y el sistema sanitario son componentes esenciales para la adherencia; por tal motivo se investigó si la calidad que ofrece el servicio tiene relación con la adherencia al TARGA para superar las expectativas, exigencias de manera integral e identificar las principales causas de insatisfacción de los pacientes para implementar estrategias de mejora; siendo necesario para ello, que el equipo multidisciplinario realice una atención con calidad haciendo uso de sus conocimientos, habilidades y principios éticos para respetar los derechos y dignidad del paciente.

*Lograr una adherencia óptima al TARGA, evitar el fallo terapéutico y aparición de mutantes resistentes son los beneficios del estudio de investigación; ya que al analizar la adherencia como un fenómeno vinculado al ser humano de manera integral, nos revela que no sólo los factores relacionados a la medicación afectan a las personas que viven con VIH/SIDA que inician la terapia . (Afani & Gallardo, 2011)*

“Por tal motivo el éxito de la intervención pasa por comprender estos factores y la implementación de estrategias que contribuyan a superarlos” (Afani & Gallardo, 2011).

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Determinar si existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

#### **Objetivos Específicos**

Identificar el nivel de calidad de servicio brindada a los pacientes (PVVS), según las dimensiones, atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

Identificar el Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad de los PVVS atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

Identificar las principales causas de insatisfacción respecto a la calidad de servicio en los pacientes (PVVS) atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

Proponer estrategias de mejora para la calidad de atención en pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo.

#### **1.4. HIPÓTESIS**

Si existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014

#### **1.5. MARCO TEÓRICO**

##### **1.5.1. Antecedentes Internacionales:**

**Ortuño, Oropeza, Aparicio y Orozco (2012)** Realizaron un estudio en Carabobo - Venezuela, titulado: *“Determinación de los factores que favorecen la adherencia Terapéutica de pacientes con VIH atendidos en la consulta del servicio de Infectología de la ciudad hospitalaria Enrique Tejera”*. “Investigación de tipo descriptiva de corte transversal, Se analizaron variables socio económicas, conocimiento del tratamiento, adherencia subjetiva y adherencia objetiva, a través de un cuestionario estructurado aplicado a 115 pacientes” (Ortuño, Oropeza, Aparicio, & Orozco, 2012). “Resultados: El 44,3% de los pacientes cumplían con la adherencia terapéutica objetiva” (Ortuño et al., 2012). “El nivel socioeconómico relacionado con la adherencia terapéutica objetiva,

resultó significativa ( $P < 0,0001$ )” (Ortuño et al., 2012). “La interconsulta de psiquiatría está asociada a la adherencia terapéutica objetiva en el 62,7% de los pacientes” (Ortuño et al., 2012). “Entre la adherencia terapéutica subjetiva y objetiva, se encontró asociación significativa ( $P < 0,0001$ )” (Ortuño et al., 2012). “Existe asociación significativa ( $P < 0,0001$ ) entre el nivel de conocimiento del tratamiento y la adherencia terapéutica objetiva” (Ortuño et al., 2012). Concluyeron que:

*La clase media alta favorece a una eficaz adherencia terapéutica, asistencia a interconsultas con Psiquiatría y un nivel de conocimiento adecuado acerca del tratamiento; el tiempo de diagnóstico se relaciona con la adherencia de manera no determinante; la polimedicación no se asocia de manera significativa . (Ortuño et al., 2012)*

Este importante estudio nos permitió vislumbrar con mayor claridad los factores que favorecen la adherencia Terapéutica de pacientes con VIH que en muchos casos no son tomados en cuenta como la clase socioeconómica, la atención de interconsultas con Psiquiatría además de un nivel de conocimiento adecuado acerca del tratamiento.

**Goulart (2011)** en su investigación en Florianópolis - Brasil, y titulada: “Adherencia al régimen terapéutico antirretroviral por personas con VIH – SIDA en un servicio público de referencia”.

*Realizó un estudio transversal con muestra no probabilística, realizado con 172 personas con terapia antirretroviral por más de 3 meses, atendidas en el ambulatorio de un servicio de referencia en Infectología, que respondieron al*

*cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) . (Goulart, 2011)*

“La recolección de datos fue de julio a diciembre de 2010” (Goulart, 2011). “Resultados: El 62,2% presento un grado de adhesión bajo y el 28,5% irregular” (Goulart, 2011). “La adhesión al tratamiento antirretroviral por personas con VIH/SIDA está asociada a las variables psicosociales y demográficas” (Goulart, 2011). “Se observaron asociaciones significativas con el sexo ( $p = 0.0026$ ), la escolaridad ( $p = 0.0094$ ), la presencia de otras dolencias ( $p = 0.0213$ ) y la adhesión” (Goulart, 2011). “Se observó una chance 3,34 veces mayor (IC: 1,11 a 10,07) de los hombres a no adherir al tratamiento que en las mujeres” (Goulart, 2011). “En escolaridad, las personas con segundo grado tienen 71% menos chance ( $1 - 0,29$ ) de adhesión irregular que las de primer grado” (Goulart, 2011). “Hubo también asociación significativa entre la forma que el paciente adquirió el HIV y la adhesión  $P = 0.0283$ ” (Goulart, 2011). “Se observó la mayor tasa de no-adhesión en personas que usaron drogas inyectables 93,8%”(Goulart, 2011). “Apenas 37,3% de la muestra relató haber recibido algún tipo de información sobre su condición de salud” (Goulart, 2011).

La investigación señala que la adhesión al tratamiento antirretroviral por personas con VIH/SIDA está asociada a las variables psicosociales y demográficas resaltando asociaciones con el sexo y el nivel de escolaridad.

**Córdoba (2011)** en su investigación en Río de Janeiro, titulada: “*Variables Psicosociales Asociadas a Adherencia a Terapia Antirretroviral de Gran Actividad: Una Revisión Sistemática*”. “Fueron considerados veinticinco artículos, que incluyeron a

14.089 personas” (Córdoba, 2011). “El método más utilizado para evaluar la adherencia al TARGA fue el autorreporte” (Córdoba, 2011).

*Diecinueve estudios evaluaron adherencia usando cuestionarios autoadministrados, cinco el método electrónico MEMS caps. (Micro Electronic Monitoring Systems, Aardex. L), uno combinó el sistema MEMS con el sistema de conteo de pastillas y uno utilizó el sistema de conteo de pastillas únicamente .* (Córdoba, 2011)

*Conclusión: se identificaron como barreras para la obtención de niveles óptimos de adherencia: dolencias o trastornos físicos y emocionales (depresión, estrés), dificultades en el acceso a los servicios de salud y al tratamiento, ser usuario de drogas o abuso de alcohol, condiciones sociales desfavorables, creencias negativas acerca de la enfermedad y efectos secundarias no deseados al tratamiento .* (Córdoba, 2011)

La investigación señala como principal barrera para la obtención de niveles óptimos de adherencia: las dolencias, trastornos físicos, emocionales como la depresión y el estrés. Además el cuadro se ve agravado cuando el paciente es usuario de drogas, alcohol y presenta condiciones sociales desfavorables.

**Jarquín, Y. (2010)** Nicaragua. Tesis de maestría en salud Pública titulada: *“Calidad De Atención En Personas Con VIH atendidas en consulta externa Hospital Roberto Calderón Managua”*. “Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 137 personas y 9 trabajadores de salud que diariamente brindan atención en el

servicio” (Jarquín, 2010). “Los instrumentos utilizados fueron; Una encuesta aplicada a las/os usuarios, un formato para recolectar información básica de los expedientes clínicos, una encuesta dirigida al personal del servicio y una guía de observación” (Jarquín, 2010).

*Entre los hallazgos se destaca que 2 de cada 5 hombres con VIH que asisten al Hospital Roberto Calderón se encuentran en edades que oscilan entre 31 y 42 años de edad, en su mayoría solteros, con altos niveles de educación quienes con mayor frecuencia trabajan y gozan de menor dependencia económica . (Jarquín, 2010)*

“Se evidenció satisfacción del 85% de los usuarios/as con la atención recibida en el servicio” (Jarquín, 2010). “La atención médica fue reconocida de mucho impacto para el mejoramiento de la salud por la mayoría de ellos” (Jarquín, 2010).

*Las limitaciones en relación a la calidad de atención están vinculadas al cumplimiento de protocolos y estándares, principalmente los que implican el llenado de historia clínica y examen físico así como, la utilización de medios diagnósticos importantes en la toma de decisiones como el conteo sistemático de CD4, carga viral, perfil bioquímico y análisis para el diagnóstico de coinfección TB-VIH y otras infecciones oportunistas . (Jarquín, 2010)*

El estudio evidenció satisfacción del 85% de los usuarios/as con la atención recibida, un pronóstico alentador para nuestra investigación que además señala que las principales limitaciones en relación a la calidad de atención están vinculadas al cumplimiento de protocolos y estándares.



**Soler, Malfrán, Carbonell, Soler y Díaz (2013).** Realizaron un estudio en Santiago de Cuba, titulado: “*Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/SIDA*”.

*Mediante la evaluación de sistemas y servicios de salud en el Policlínico Docente José Martí Pérez de Santiago de Cuba, durante el 2009, a fin de evaluar la calidad de la atención médica (38 médicos y 38 enfermeras de la familia) a las 58 personas que viven con VIH/SIDA en esta área, según las dimensiones científico-técnica, de satisfacción de los usuarios, conocimientos de los proveedores de salud y efectividad . (Soler, Malfrán, Carbonell, Soler, & Díaz, 2013)*

*Un grupo de expertos, establecieron criterios explícitos, descriptivos y normativos, construyeron indicadores y prefijaron estándares para valorar aspectos sobre la estructura, el proceso y los resultados; se constató que existían deficiencias en la estructura de los consultorios médicos, con limitación de los recursos materiales e insuficientes conocimientos de los prestatarios del sector en aspectos fundamentales de la epidemiología de la infección y el seguimiento a los afectados . (Soler et al., 2013)*

Concluyeron que “fueron los indicadores con peores resultados; además la evaluación de los indicadores de impacto seleccionados fue inadecuada” (Soler et al., 2013). “Finalmente, se recomendó llevar a cabo actividades de capacitación sistemática para los proveedores de salud” (Soler et al., 2013).

La Calidad de la atención médica a través de un grupo de expertos confirmó “insuficiencias en la estructura de los consultorios médicos, con restricción de los recursos materiales y escasos conocimientos de los prestatarios del sector en aspectos fundamentales de la epidemiología de la infección y del seguimiento a estos afectados” (Soler et al., 2013).

### 1.5.2. Antecedentes Nacionales:

**Rivas y Cavero (2013).** Realizaron un estudio en Chiclayo, titulado “*Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA*” del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Encontraron que la media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre Calidad de Vida física y mental y Adherencia al TARGA. Concluyeron que existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física (Rivas y Cavero 2013)

**Altuna (2011)** Lima, en su investigación titulada: “*Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA*”. “Estudió la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/Sida del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)” (Altuna, 2011). “Se optó por una metodología cualitativa que incluyó observación directa no participante, entrevistas a

profundidad semi estructuradas y entrevistas informales” (Altuna, 2011). “El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 19 de enero y el 12 de abril del 2010” (Altuna, 2011). “La selección de una metodología cualitativa responde a la necesidad de conocer el punto de vista de los informantes directamente en campo” (Altuna, 2011). Concluyendo que “existen problemas en la infraestructura del HNAL, la relación establecida con el personal de salud, la concepción existente al derecho a la atención en salud, y la calidez en el servicio” (Altuna, 2011); “siendo esta última la que posee mayores problemas, lo que limita la adherencia de las personas viviendo con VIH al tratamiento” (Altuna, 2011).

*Esta calidez del servicio es sólo medible a través de un análisis comunicacional de la relación entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH que ahí se atienden, por lo tanto, se constituye en el principal problema de la Estrategia Sanitaria . (Altuna, 2011)*

*En efecto, el interés de la presente investigación no se encuentra en tomar mediciones exactas sino en conocer la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL y así comprender los mecanismos y causas de los conflictos y las estrategias de comunicación desarrolladas por las personas viviendo VIH . (Altuna, 2011)*

La investigación está referida a los problemas y actitudes de las PVVS frente a la atención en TARGA en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza donde la infraestructura del hospital tiene mayor incidencia en la calidez del servicio.

**Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz y Reyes (2009).** Lima, realizaron una investigación, titulada: *“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH/SIDA”*. “Mediante un estudio transversal en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; se aplicó un cuestionario estructurado para evaluar la adherencia al TARGA y factores asociados a 465 pacientes” (Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Díaz, & Reyes, 2009). “Para determinar la asociación, se empleó la prueba de chi cuadrado y t de student, se estableció un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ , y para calcular el riesgo se utilizó el OR, con intervalos de confianza de 95%” (Alvis et al., 2009). “Resultados: la edad promedio fue de  $36,8 \pm 9,1$  años; 64,1% era varón” (Alvis et al., 2009). “El 35,9% resultó ser no adherente” (Alvis et al., 2009).

*Los factores independientes asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07) . (Alvis et al., 2009)*

“La prevalencia de no adherencia fue mayor a la reportada previamente en este mismo hospital, pero similar a la encontrada en diferentes estudios, pese a la heterogeneidad de los mismos” (Alvis et al., 2009).

“Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral” (Alvis et al., 2009).

## 1.6. BASE TEÓRICA

“El VIH es un retrovirus que, por la interacción de la glicoproteína gp 120 de su membrana con los receptores celulares CD4, penetra en las células del organismo, sobre todo en los linfocitos T CD4” (Roca, 2001). “En el interior de las células, la transcriptasa inversa del VIH copia el ARN viral a ADN, que se integra en el ADN celular” (Roca, 2001). “En dichas células se forman nuevos viriones, para cuya maduración son fundamentales enzimas como las proteasas” (Roca, 2001). “Finalmente las células infectadas se destruyen a consecuencia de la acción patógena del VIH” (Roca, 2001).

La infección por VIH causa un profundo cuadro clínico epidemiológico que se inicia cuando el virus ingresa al cuerpo de la persona por vía sexual o sanguínea para luego unirse a los linfocitos. Los linfocitos T CD4 (linfocitos memoria) tienen un papel fundamental en el sistema inmunológico, su déficit determina la presencia de numerosos cuadros patológicos asociados a infecciones oportunistas y neoplasias; ocasionando el deterioro orgánico extremo y muerte del paciente. A esta etapa final de la infección se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA.

“El diagnóstico de la infección por el VIH se realiza mediante la detección de anticuerpos contra el virus: en primer lugar se emplea el test de ELISA, y si es positivo se efectúa un test confirmatorio, generalmente el Western Blot” (Palomba, 2002).

“En la mayoría de los países desarrollados la principal vía de transmisión del VIH es la sexual” (Rivas & Cavero, 2013). “Sin embargo, en España la forma de infección más importante es la parenteral por la adicción a las drogas” (Rivas & Cavero, 2013). “Asimismo, en los países en vías de desarrollo predomina la infección por vía sexual” (Rivas & Cavero, 2013). “Otras formas de infección son la inoculación accidental, la transfusión de sangre o

hemoderivados, el trasplante de órganos infectados, vía transplacentaria, en el parto y la lactancia” (Rivas & Cavero, 2013).

“En USA entre 1990-1995, la epidemia del SIDA fue la primera causa de muerte en adultos de 25 a 40 años” (Gotuzzo, 2007). “En la población económicamente activa en 5 países de África la edad promedio de vida se redujo en 10 años” (Gotuzzo, 2007). “Este tenebroso fenómeno se fue modificando con la aparición y acceso al TARGA en los países que lo iban incorporando en su sistema de salud” (Gotuzzo, 2007).

“El TARGA consta de varios medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH, causante del SIDA” (Palomba, 2002). “Diferentes antirretrovirales actúan en varias etapas del ciclo vital del VIH” (Palomba, 2002). “Los fármacos antirretrovirales en la actualidad pertenecen a dos grupos: los inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) y los inhibidores de la proteasa” (Palomba, 2002). “Los inhibidores de la TI a su vez pueden ser análogos de los nucleósidos o no análogos de los nucleósidos. (1,11)” (Palomba, 2002). “Para que sean realmente eficaces, estos medicamentos deben emplearse en combinaciones de 3 o 4 fármacos y se conoce como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA” (Palomba, 2002). “En la actualidad las combinaciones más recomendadas son la asociación de dos análogos de los nucleósidos con un inhibidor de la proteasa o bien con efavirenz” (Palomba, 2002).

“Los objetivos del TARGA son: 1) Incremento de los linfocitos CD4; 2) Recuperación de la respuesta inmune específica; 3) Control de la replicación viral, 4) Evitar la emergencia de resistencias; 5) Evitar efectos secundarios; 6) Reducir la transmisión del VIH” (Palomba, 2002).

“Después de instaurado el tratamiento se debe esperar una reducción de 10 veces los valores plasmáticos de carga viral en los primeros dos meses” (Rivas & Cavero, 2013). “Se ha

estimado que la pérdida de 3 dosis mensuales de la medicación puede inducir algún germen de resistencia en un año, en 5% de la población” (Rivas & Cavero, 2013).

En el Perú la administración del TARGA se inicia con la implementación del Programa de Control de ITS VIH SIDA (PROCITSS), el mismo que desarrolló el “Plan CONTRASIDA 2000 – 2005, que posteriormente fue actualizado para el bienio 2004-2006, desarrollando las bases para implementar un programa de salud pública que facilite el acceso de los medicamentos a los usuarios en forma integral considerando la participación social; implicando la adecuación de los sistemas de salud, así como el desarrollo de nuevos instrumentos gerenciales para administrar el programa. Los avances en la terapia antirretroviral, representan un aumento significativo en la sobrevivencia de las personas viviendo con VIH, en ese contexto la adherencia es un excelente predictor de la respuesta al tratamiento.

Por consenso se consideró como definición de adherencia: “El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas”.

*Porque existen métodos, directos o indirectos que evalúan la adherencia al tratamiento, las pruebas de laboratorio representan un método directo y son aceptadas como los mejores indicadores de la competencia inmunitaria del paciente, determinan la eficacia del régimen terapéutico, con el recuento de linfocitos TCD4, se realiza al inicio o en el cambio de tratamiento en pacientes con un valor menor de 350.000 céls/ml (obtenidos en dos tomas diferentes); otra prueba de laboratorio evalúa la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento determinando el RNA del VIH , donde el tratamiento eficaz, tiene una cifra menor de 50 copias/mL de plasma . (Ortuño et al., 2012)*

“Ambas cifras de laboratorio deben ser vigiladas cada tres o seis meses para evaluar la respuesta del virus al tratamiento” (Ortuño et al., 2012).

“Aún no se ha encontrado el método ideal para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral, en numerosas investigaciones se han utilizado métodos como el recuento de tabletas y los dispositivos MEMS (Monitor electrónico de medicamentos)” (Tafur et al., 2008).

*El autoreporte es el método más utilizado para evaluar la adherencia en países en vías de desarrollo por su bajo costo y fácil aplicación, por esta razón la validación de este tipo de herramientas en el entorno cultural del Perú, es muy importante . (Tafur et al., 2008)*

*El Ministerio de Salud (2012) reconoce, en sus documentos oficiales, que:*

*La calidad en la prestación de los servicios de salud es una preocupación medular en la gestión del sector y hace suya la definición de calidad enunciada por Avedis Donabedian (1980): La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es la medida en que se espera que la atención prestada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario .*

*El beneficiario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad; el primer nivel es el de las expectativas básicas en el cual espera que la atención sea fiable, con educación recubierta de competencia, cortesía, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados al tratamiento; en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, con atención individualizada, apropiada comunicación y una implicación personal en el*



*cuidado; y el tercer nivel comprende la apariencia física de las instalaciones y del personal así como una relación costo-beneficio favorable . (Casalino, 2008)*

*Está demostrado que medir la satisfacción del usuario con la calidad de los servicios médicos puede predecir la aceptación de los pacientes para seguir los tratamientos y prescripciones que se les haga, que está relacionado con la continuidad de uso de los servicios de salud y con menor cantidad de acusaciones y juicios por mala práctica . (Sociedad Española de Calidad Asistencial [SECA], 2012)*

*Es también importante considerar la calidad de los servicios desde el punto de vista de la educación médica puesto que los servicios donde los médicos son formados contribuyen a reforzar actitudes positivas en los estudiantes y permiten la construcción del perfil profesional diseñado por sus programas y escuelas . (SECA, 2012)*

“Por otro lado, la insatisfacción de los pacientes con el servicio que reciben puede llegar a ser un severo limitante para la formación de futuros profesionales” (SECA, 2012).

“Existe evidencia que la calidad de atención en términos de estructura y procesos de atención puede tener un impacto en la satisfacción del paciente y la supervivencia” (Jarquín, 2010). “La atención que se brinda a personas con VIH se debe basar en aspectos éticos, que permitan ofrecerle una atención integral, completa, equitativa, respetuosa; sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud” (Jarquín, 2010).

“Son muchos los factores que determinan la satisfacción del paciente, pero se da un gran valor a la oportunidad en la atención, la calidad del trato y la integralidad del programa” (GeSIDA, 2012).

*El alto grado de satisfacción encontrado puede estar afectado por los conocimientos en derechos y el imaginario de los pacientes respecto a lo que es una atención adecuada, pues parece que tienden a dar un gran valor a la presencia del profesional especializado y dejan de lado el valor de la participación de otras disciplinas de área social que constituyen un factor clave en la integralidad en la atención en VIH/SIDA . (GeSIDA, 2012)*

### **1.6.1. Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial.**

“Los profesionales de salud definen calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente” (Rodríguez & Grande, 2014).

*Esta visión enfatiza el primero de los componentes, la excelencia científico-técnica, con la que se proveen los cuidados y en menor grado la interacción de la relación entre los profesionales como proveedores y el paciente como receptor; es el paciente quien hace énfasis en este último componente . (Rodríguez & Grande, 2014)*

Los determinantes claves de la calidad técnica son:

“La **adecuación** de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados se prestan” (Rodríguez & Grande, 2014). “Algunos autores lo describen como *hacer bien lo que se debe hacer*” (Rodríguez & Grande, 2014). “Depende del conocimiento, competencia, tiempo y recursos disponibles” (Rodríguez & Grande, 2014).

“La **calidad de relación** entre profesionales y pacientes depende de varios elementos: comunicación, confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender al paciente de acuerdo a sus valores” (Rodríguez & Grande, 2014).

“El tercer componente es el **económico organizativo**, las instituciones, deben realizar una atención de calidad a pesar de los recursos limitados optimizando su utilización” (Rodríguez & Grande, 2014). “Ninguna aproximación será válida si no incluye los tres componentes que acabamos de describir” (Rodríguez & Grande, 2014).

**Figura 1**



**Fig. 01.** “Atributos básicos de la calidad asistencial” (Rodríguez & Grande, 2014).

“Los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria se centrarán en prestar una atención” (Rodríguez & Grande, 2014):

- “Segura: Evitar los errores en los pacientes *Primum non nocere*” (Rodríguez & Grande, 2014).

- “Efectiva: prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreuso o el infrauso de los recursos” (Rodríguez & Grande, 2014).
- “Centrada en el paciente: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas” (Rodríguez & Grande, 2014).
- “En el momento adecuado: evitar los retrasos innecesarios Eficiente: evitar gastos innecesarios” (Rodríguez & Grande, 2014).
- “Equitativa: proveer los mismos cuidados para las mismas necesidades, sin distinción social del paciente” (Rodríguez & Grande, 2014).

**Tabla 2**

**Componentes y atributos de la calidad asistencial**

<b>Componentes</b>	<b>Atributos</b>
Científico-técnico	Eficacia Accesibilidad Agilidad
Interpersonal/relacional	Confort
Organizativo/económico	Efectividad Continuidad Trato
	Equidad Seguridad Información

**Fuente:** (Rodríguez & Grande, 2014).

### 1.6.2. Evaluación y mejora de la calidad asistencial.

“Conocer el nivel de calidad de atención que presta un centro hospitalario pasa por valorar los tres grandes aspectos o determinantes de la misma: la adecuación, la excelencia y la satisfacción de quien recibe esa atención” (Rodríguez & Grande, 2014).

“El grado de adecuación de los diferentes procedimientos que se aplican a los pacientes muestra la variabilidad en la aplicación de los mismos” (Rodríguez & Grande, 2014).

“Cuando un procedimiento ha demostrado su eficacia, el siguiente paso es hacer que sea efectivo. Buscar la efectividad lleva a lograr la excelencia de nuestro trabajo” (Rodríguez & Grande, 2014).

*Entendido así, promover la calidad asistencial es promover la efectividad y, siendo ambiciosos, es promover la eficiencia, pues en la demanda ilimitada de necesidades en la que se mueve el sector sanitario, especialmente el sector público, es obligado elegir la alternativa menos costosa de todas las efectivas . (Rodríguez & Grande, 2014)*

*Por último, en lo que se refiere al tercer determinante, buscar la satisfacción del paciente con la atención recibida, dándole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones y para mantener el comportamiento ético, es una de las obligaciones más importantes de quienes trabajamos en este sector . (Rodríguez & Grande, 2014)*

## 1.7. MARCO CONCEPTUAL

**INFECCIÓN POR EL VIH (VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA):** “El diagnóstico de infección por VIH requiere que se tenga un resultado positivo en una prueba confirmatoria (Inmunofluorescencia indirecta-IFI, Western Blot, o Inmunoanálisis de tipo lineal -LIA) o en pruebas de antígeno para VIH” (Ministerio de Salud, 2012).

**TARGA (TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD):** “Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica de las personas con infección por VIH” (Ministerio de Salud, 2012).

**ADHERENCIA AL TARGA:** “Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de TARGA que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación Viral” (Ministerio de Salud, 2012). “La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico” (Ministerio de Salud, 2012). “Grado de cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA (médicas o psicológica-conductuales), por ejemplo, porcentaje del total de medicación que el paciente realmente toma frente a lo que recibe” (Ministerio de Salud, 2012).

### **CALIDAD DE SERVICIO:**

*Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados*

*tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario* . (Ministerio de Salud, 2012)

“La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud” (Ministerio de Salud, 2011).

## II. MARCO METODOLÓGICO

### 2.1. VARIABLES

#### 2.1.1. Definición Conceptual.

##### **Variable independiente:**

**Calidad de servicio:** “En su interpretación más amplia significa calidad de trabajo, calidad de la información, calidad del proceso, calidad de la dirección, calidad de la empresa. (Ishikawa)” (Ministerio de Salud, 2011).

*Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario . (Ministerio de Salud, 2011)*

##### **Variable Dependiente:**

**Adherencia al TARGA:** “Se define como el cumplimiento adecuado de la medicación antiretroviral, la que debe ser mayor a 95%” (Ministerio de Salud, 2011). “Es el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Ministerio de Salud, 2011).



### 2.1.2. Definición operacional.

#### **Variable independiente:**

**Calidad de servicio:** “Desde la óptica de las percepciones de los clientes, puede ser definida como: la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones” (Horovitz, 1991).

“Esta variable fue evaluada a través del cuestionario de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el MINSA según R.M. N°527-2011/MINSA” (Ministerio de Salud, 2011).

La encuesta fue la SERVQUAL modificada distribuida en cinco dimensiones de evaluación de la calidad. (Ver Anexo 3).

- Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05
- Capacidad de respuesta: Preguntas del 06 al 09
- Seguridad: Preguntas del 10 al 13
- Empatía: Preguntas del 14 al 18
- Aspectos Tangibles: Preguntas del 19 al 22

#### **Variable Dependiente:**

“Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). “La adherencia al TARGA es la capacidad del paciente para

implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (OPS, 2011).

“Esta variable fue evaluada a través del cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH) que es un instrumento que reporta la adherencia en personas en tratamiento antirretroviral mayores de 18 años” (Tafur et al., 2008).

“El cuestionario abarca 5 dimensiones: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico- paciente, creencias del paciente y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos” (Rivas & Cavero, 2013). “Los puntajes fluctúan de 17 a 89 puntos, categorizándose como baja adherencia ( $\leq 73$  puntos), Adherencia insuficiente (74 a 80 puntos), Adherencia adecuada (81 a 85 puntos) y Adherencia estricta ( $>85$  puntos)” (Rivas & Cavero, 2013).

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA	TECNICA Y/O PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS
<b>CALIDAD DE SERVICIO</b>	<b>Fiabilidad</b>	Define la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.	01,02,03,04 y 05	Ordinal	ENCUESTA SERVQUAL
	<b>Capacidad de respuesta</b>	Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno	06,07,08 y 09		
	<b>Seguridad</b>	Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud.	10 ,11,12 y 13		
	<b>Empatía</b>	Muestra la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender las necesidades del otro	14,15,16,17 y 18		
	<b>Aspectos tangibles</b>	Aspectos físicos que el usuario percibe de la institución	19,20,21 y 22		

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	CATEGORIAS	ESCALA	TECNICA Y/O PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS
<b>ADHERENCIA AL TARGA</b>	Cumplimiento del tratamiento	Horario y dosis establecida por médico tratante	5, 12	Baja adherencia (<73 puntos)	Ordinal	Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH)
	Antecedentes de la falta de adherencia	Se investiga las posibles causas para dejar de tomar sus medicamentos	1, 2, 3, 4	Adherencia insuficiente (74-80 puntos)		
	Interacción médico - paciente	Califica la relación con su médico tratante	6,13			
	Creencias del paciente relacionadas al tratamiento	Respecto a los efectos secundarios, como afecta a su salud y vida diaria	7, 8, 9, 10, 11, 14, 15 , 16	Adherencia adecuada (81 - 85 puntos)		
	Estrategias para mejorar adherencia	Estrategias para recordar la toma de los fármacos antirretrovirales	20	Adherencia estricta (>85 puntos)		

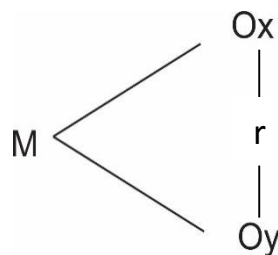
### 2.1.3. Tipo de Estudio.

Estudio no experimental, transaccional, propositivo y correlacional.

“Los estudios transaccionales o transversales son los que se encargan de recolectar datos en un momento único, describe variables en ese mismo momento o en un momento dado” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). “Es propositiva porque es una actuación crítica y creativa, caracterizado por planear opciones o alternativas de solución a los problemas suscitados por una situación” (Hernández et al., 2006). “Es correlacional porque tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables (en un contexto en particular)” (Hernández et al., 2006).

### 2.1.4. Diseño.

Se aplicó el siguiente Diseño:



Donde

M: pacientes con TARGA del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.

Ox : Calidad de atención.

Oy: Adherencia al TARGA.

### 2.1.4.1. Población y Muestra.

#### **Población.**

La población está formada por todos los pacientes con VIH/SIDA (PVVS) que son atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo desde el año 2005 hasta la actualidad y que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) que son 464 pacientes.

#### **Muestra.**

La muestra es un subconjunto de la población, seleccionado de tal forma, que sea representativo de la población en estudio . Para este estudio la muestra estará conformada por 63 pacientes.

El tamaño de muestra fue obtenida mediante la formula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 p q N}$$

Donde

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;

p es la variabilidad positiva;

q es la variabilidad negativa;

N es el tamaño de la población;

E es la precisión o el error.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1)E^2 + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.05) * (0.95) * (464)}{(464-1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)}$$

$$n = \frac{0.182476 * 464}{(463) * (0.05)^2 + 0.182476}$$

$$n = \frac{84.668864}{1.339976}$$

$$n = 63.18$$

$$n = 63$$

Luego para el estudio siguiente se tiene en cuenta una población de 63 pacientes y se considerará una confianza del 95%, un porcentaje de error del 5% y con la proporción del valor esperado conocida consideremos  $p= 0.05$ .

#### **2.1.4.2. Criterios de inclusión y exclusión.**

##### **Criterios de inclusión:**

- Paciente mayor de 19 y menor de 60 años inscrito en el libro de registro y que recibe TARGA.
- Paciente que acepte participar en el estudio de Investigación firmando previamente el Consentimiento Informado.
- Paciente que acude constantemente a recibir atención integral como mínimo una vez por el Equipo multidisciplinario.

- Usuario lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.
- Todo paciente independientemente de su idioma, de su grado de instrucción, sexo y preferencia sexual.

**Criterios de exclusión:**

- Paciente con impedimento físico (sordo, mudo).
- Paciente diagnosticado con problema de salud mental que le impidiera responder adecuadamente las preguntas formuladas.
- Paciente que viene por primera vez a recibir atención.
- Paciente que está hospitalizado.
- Paciente con tratamiento suspendido.
- Paciente que se encuentre en estado alcohólico notorio.
- Paciente bajo efecto de drogas.

**2.1.4.3. Métodos de investigación.**

En el presente estudio se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

**Observación:** Fue el proceso que me permitió conocer la realidad mediante la observación directa de los sucesos diarios en la atención a los pacientes que viven con VIH en el hospital.

**Análisis:** Me permitió describir la secuencialidad de los sucesos que acontecen cada día y sus múltiples relaciones en la atención a los pacientes que viven con VIH en el hospital.



**Síntesis:** Me permitió unir los elementos dispersos producto del análisis concatenándolos y relacionándolos nuevamente.

**Abstracción:** Mediante la cual he logrado considerar aislada y conceptualmente la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con VIH/Sida; con el fin de facilitar mi comprensión estableciendo la relación de los sucesos y el nexo esencial entre ellos.

**Inductivo:** Procedimiento mediante el cual logré partir de los hechos individuales a los generales, lo que me permitió la formulación de la hipótesis.

**Deducción:** La cual me ha permitido razonar correctamente para llegar a una conclusión. Es decir, los conceptos generales los he alimentado continuamente con los sucesos que ocurren diariamente en el servicio donde reciben atención los pacientes que viven con VIH para llegar a conclusiones concretas y reales.

#### **2.1.4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

##### **Técnicas.**

“En el presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas de investigación”  
(Sánchez & Reyes, 2006):

##### **De Gabinete: El Fichaje.**

“Se utilizaron para fijar conceptos, organizar y precisar aspectos importantes considerados en las diferentes etapas de la investigación” (Sánchez & Reyes, 2006). Las fichas utilizadas fueron:

Ficha de Resumen: “Fueron utilizadas en la síntesis de conceptos y aportes de diversas fuentes, particularmente sobre contenidos teóricos o antecedentes consultados” (Sánchez & Reyes, 2006).

Ficha Textuales: “Utilizadas en la transcripción literal de contenidos, sobre su versión bibliográfica o fuente informativa original” (Sánchez & Reyes, 2006).

Fichas Bibliográficas: “Utilizadas en el registro permanente de datos sobre las fuentes recorridas y consultadas que darán el soporte científico correspondiente a la investigación” (Sánchez & Reyes, 2006).

##### **De Campo:**

“Fichas de Observación” (Sánchez & Reyes, 2006).

“Encuestas” (Sánchez & Reyes, 2006).

#### **2.1.4.4.1. Instrumentos.**

Plan de estrategias para la mejora de la calidad de atención en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo. (Anexo N° 01)

##### **a) Consentimiento informado:**

Corresponde a la ejecución de los aspectos éticos del estudio, que se entregará a cada participante, antes de iniciar la recolección de datos. (Anexo 2).

##### **b) Cuestionario SERVQUAL:**

Es una escala multidimensional elaborada por Parasuraman et al (1988), diseñada y validada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios. Es un instrumento de medición de la calidad de los servicios de salud que tiene elevada confiabilidad y validez comprobada para medir la calidad de servicios. Define la calidad de atención como la brecha o diferencia (E-P) entre las expectativas (E) y las percepciones (P) de los usuarios . (Anexo 3)

Personal calificado y adecuadamente identificado hizo uso de la encuesta SERVQUAL del Ministerio de Salud de forma directa

con las personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana asistentes al Hospital Regional Docente Las Mercedes. La cual incluye 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad:

Parte I.- Datos generales relacionados con edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de usuaria y financiador de salud .

Parte II.- Datos específicos; incluye en su estructura 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco dimensiones de evaluación de la calidad .

Dimensiones:

- Fiabilidad (F): Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido. Preguntas del 01 al 05 .
- Capacidad de respuesta (CR): Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable. Preguntas del 06 al 09 .
- Seguridad (S): Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza. Preguntas del 10 al 13 .
- Empatía (E): Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender

adecuadamente las necesidades del otro. Preguntas del 14 al 18 .

- Aspectos tangibles (T): Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad. Preguntas del 19 al 22 .

**c) Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral ( CEAT- VIH)**

Se ha aplicado el instrumento validado por el MINSA (2011) Instrumento que reporta la adherencia al TARGA en personas mayores de 18 años. Adaptado para su uso en el Perú por Tafur, et al. El CEAT-VIH ha demostrado ser una adecuada herramienta para evaluar el nivel de adherencia e identificar los factores positivos o negativos que influyen en los PVVS con un Fiabilidad ( $\alpha = 0,706$ ) y validez de criterio externa: respecto al recuento de linfocitos TCD4 ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,005$ ), y respecto a la carga viral ( $r=-0,548$ ,  $p<0,005$ . (Anexo 4)

El cuestionario abarca 5 dimensiones:

- “Cumplimiento del tratamiento” (Rivas & Cavero, 2013).
- “Antecedentes de la falta de adherencia” (Rivas & Cavero, 2013).
- “Interacción médico- paciente” (Rivas & Cavero, 2013).

- “Creencias del paciente” (Rivas & Cavero, 2013).
- “Utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos” (Rivas & Cavero, 2013).

“Los puntajes fluctúan de 17 a 89 puntos, categorizándose como baja adherencia ( $\leq 73$  puntos), Adherencia insuficiente (74 a 80 puntos), Adherencia adecuada (81 a 85 puntos) y Adherencia estricta ( $>85$  puntos)” (Rivas & Cavero, 2013).

#### **2.1.5. Métodos de Análisis de Datos.**

Para el procesamiento de los datos se utilizó la informática, siendo éstos ingresados en una base de datos creada por computadora en el programa Excel y luego al Software SPSS versión 19 .

Para contrastar la Hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado leída al 95% de confiabilidad. (Anexo N° 05)

### III RESULTADOS

**TABLA N° 01: NIVEL DE CALIDAD DE SERVICIO DONDE SE ATIENDEN LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

CALIDAD DE SERVICIO	N°	%
Muy Satisfecho	3	4,8
Satisfecho	20	31,7
Moderadamente Satisfecho	22	34,9
Muy Insatisfecho	18	28,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

La TABLA N° 1 muestra que el 34,9% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, manifiesta estar Moderadamente Satisfecho respecto a la Calidad del Servicio, por otro lado el 4,8% manifiesta estar Muy Satisfecho, tal y como se observa en la Figura N° 2

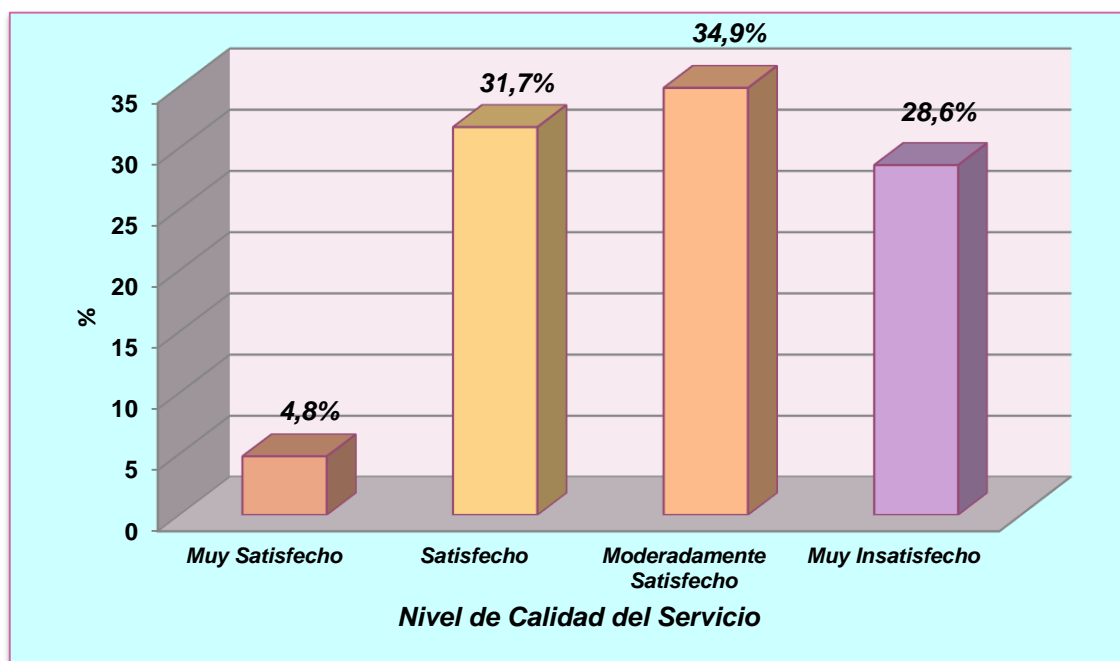


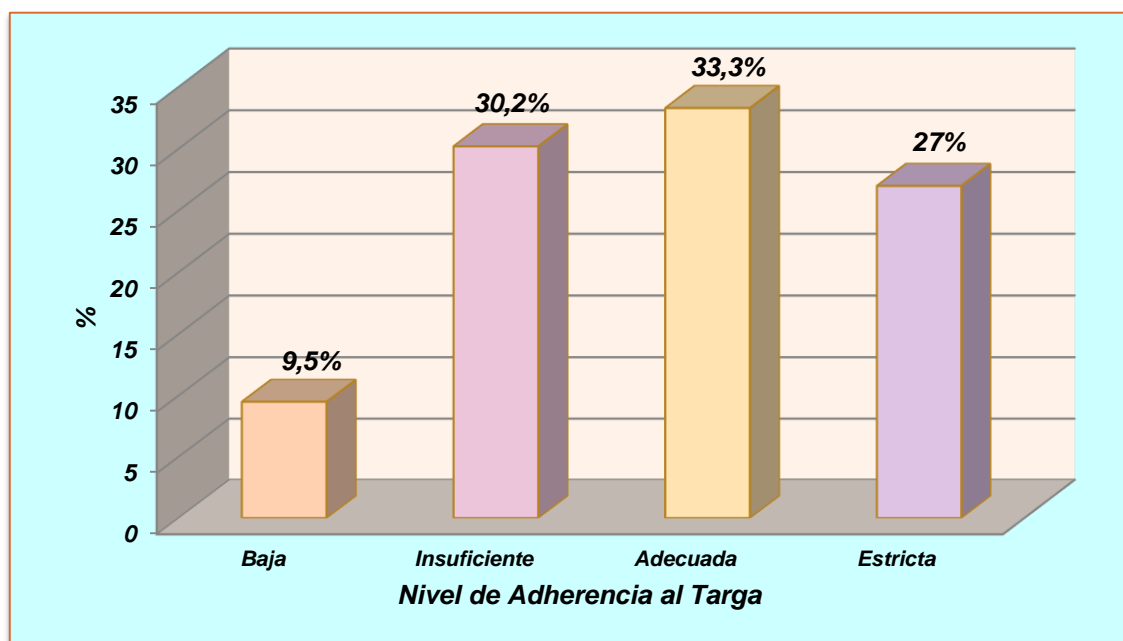
FIGURA N° 01: Encuesta SERVQUAL

**TABLA N° 02: NIVEL DE ADHERENCIA AL TARGA DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

<b>NIVEL DE ADHERENCIA AL TARGA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Baja	6	9,5
Insuficiente	19	30,2
Adecuada	21	33,3
Estricta	17	27
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Encuesta de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

La TABLA N° 2 encontramos que el 33,3% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes presenta un nivel de Adherencia al TARGA Adecuada, por otro lado el 9,5% presenta un nivel de Adherencia al TARGA Baja, tal y como se observa en la Figura N° 3



**FIGURA N° 02: Encuesta de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)**



**TABLA N° 03: CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN ADHERENCIA AL TARGA EN LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2014**

CALIDAD DE SERVICIO	ADHERENCIA AL TARGA									
	Baja		Insuficiente		Adecuada		Estricta		TOTAL	
TOTAL	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
		6	9.5	19	30.2	21	33.3	17	27	63
Muy Satisfecho	0	0	0	0	2	3,2	1	1,6	3	4,8
Satisfecho	3	4,8	5	7,9	6	9,5	6	9,5	20	31,7
Moderadamente Satisfecho	2	3,2	7	11,1	8	12,7	5	7,9	22	34,9
Muy Insatisfecho	1	1,6	7	11,1	5	7,9	5	7,9	18	28,6

FUENTE: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

En la TABLA N°3, se puede observar que el 12,7% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes manifiesta estar Moderadamente Satisfecho respecto a la Calidad del Servicio con una Adherencia al TARGA Adecuada, por otro lado el 1.6% manifiesta estar Muy Satisfecho con una Adherencia al TARGA Estricta, tal y como se muestra en la Figura N° 1

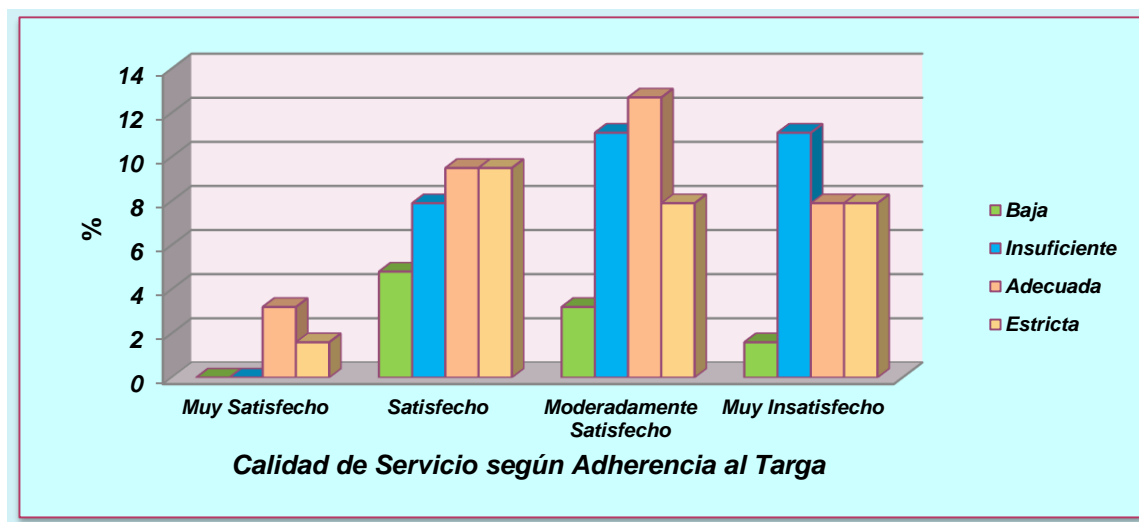


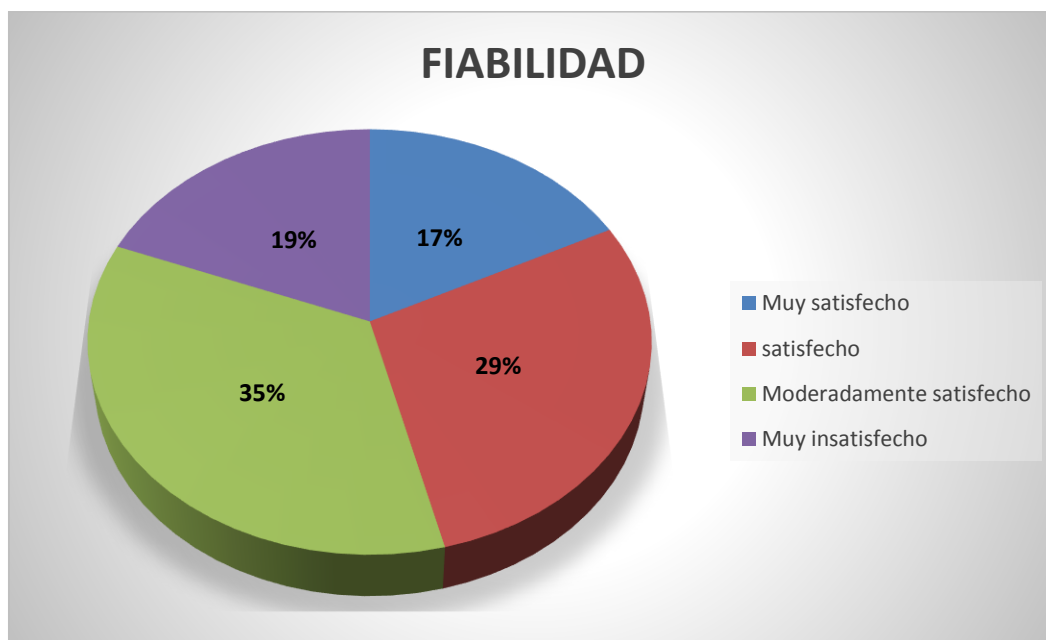
FIGURA N° 03: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

**TABLA N° 04: CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN DIMENSIÓN FIABILIDAD DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

FIABILIDAD	N°	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Muy Satisfecho	11	17.5
Satisfecho	18	28.6
Moderadamente Satisfecho	22	34.9
Muy Insatisfecho	12	19.0

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

En la TABLA N° 4 se aprecia que el 34,9% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran moderadamente satisfechos con respecto a Fiabilidad, por otro lado el 19,0% se encuentra Muy Insatisfecho, tal y como se llega a observar en la Figura N° 4



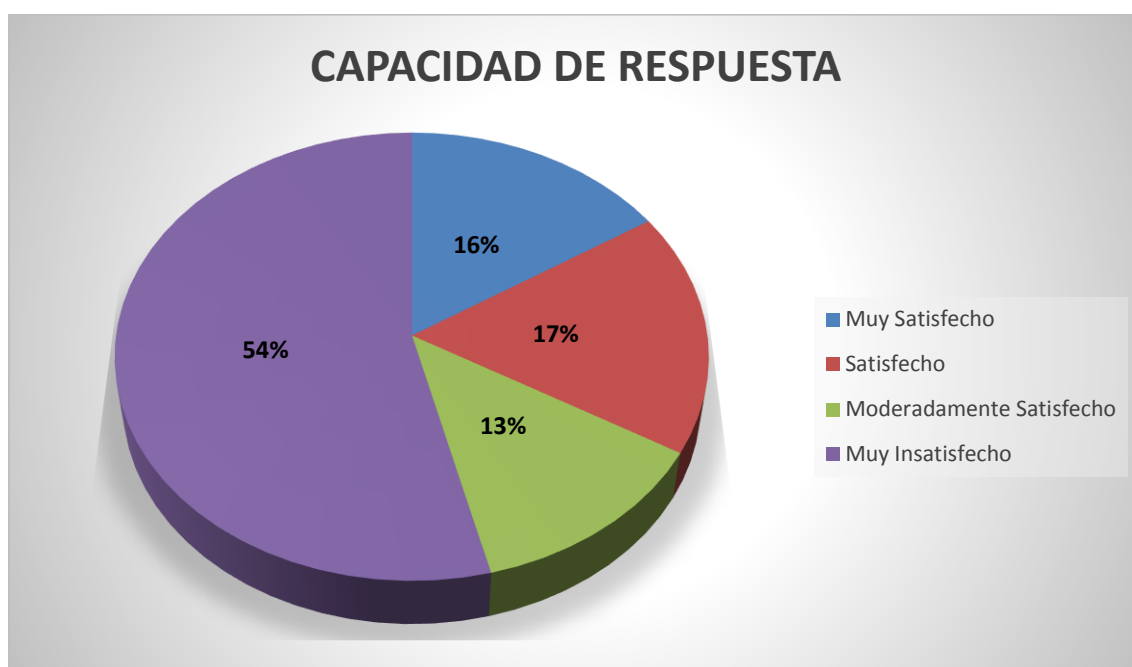
**FIGURA N° 04: Encuesta SERVQUAL**

**TABLA N° 05: CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LOS PACIENTES VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

CAPACIDAD DE RESPUESTA	N°	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Muy Satisfecho	10	15.9
Satisfecho	11	17.5
Moderadamente Satisfecho	8	12.7
Muy Insatisfecho	34	53.9

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

En la TABLA N° 5 se puede apreciar que el 53.9% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran muy Insatisfechos respecto a la Capacidad de Respuesta, por otro lado el 15.9% se encuentran Muy Satisfechos, tal y como se puede observar a continuación en la Figura N° 05



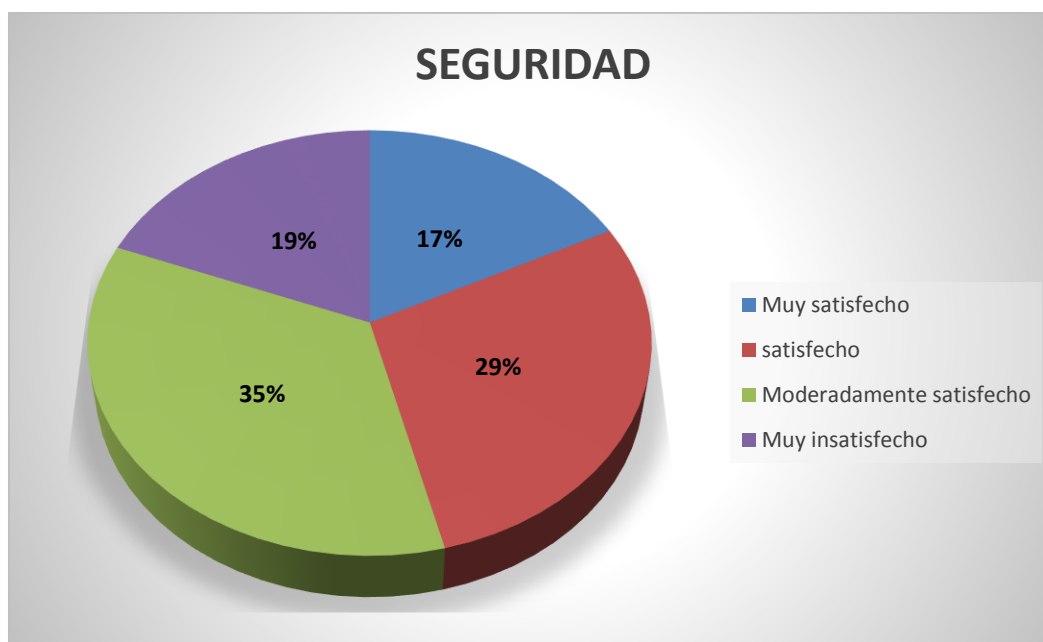
**FIGURA N° 05: Encuesta SERVQUAL**

**TABLA N° 06: CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN DIMENSIÓN SEGURIDAD DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

SEGURIDAD	N°	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Muy Satisfecho	11	17.5
Satisfecho	18	28.6
Moderadamente Satisfecho	22	34.9
Muy Insatisfecho	12	19.0

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

En la TABLA N° 06 se puede apreciar que el 34,9% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran Moderadamente satisfechos respecto a la Seguridad, por otro lado el 19.0% se encuentran Muy Insatisfechos, tal y como se puede observar a continuación en la Figura N° 06



**FIGURA N° 06: Encuesta SERVQUAL**

**TABLA 07: CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN DIMENSIÓN EMPATÍA DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

EMPATÍA	Nº	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Muy Satisfecho	11	17.5
Satisfecho	5	7.9
Moderadamente Satisfecho	37	58.7
Muy Insatisfecho	10	15.9

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

En la TABLA N° 07 se puede apreciar que el 58,7% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran Moderadamente Satisfechos respecto a la Empatía, por otro lado el 15,9% se encuentran muy Insatisfechos, tal y como se llega a observar a continuación en la Figura N° 07

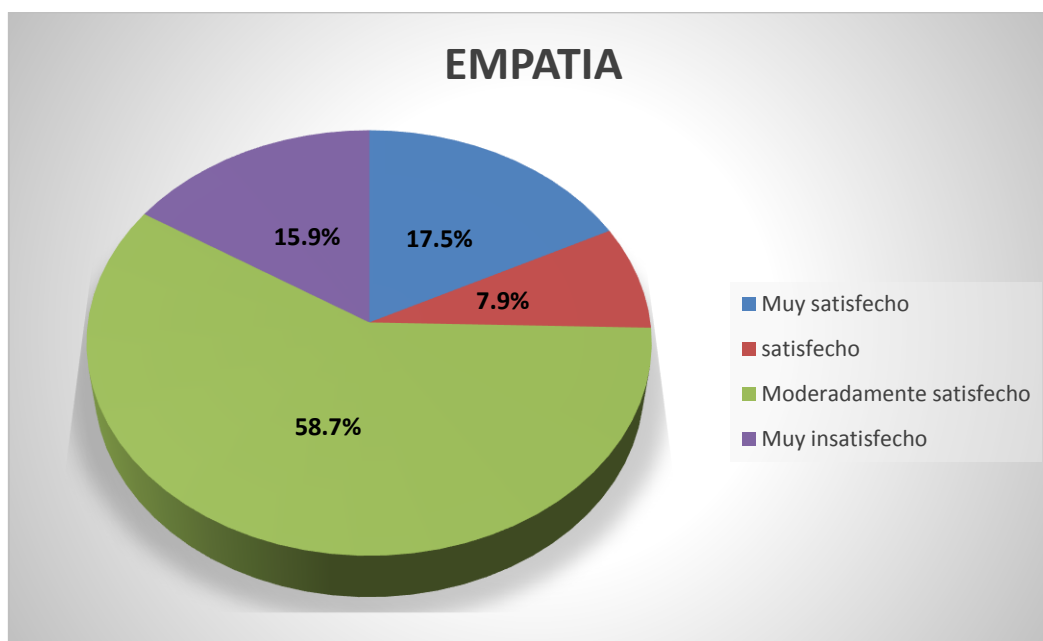


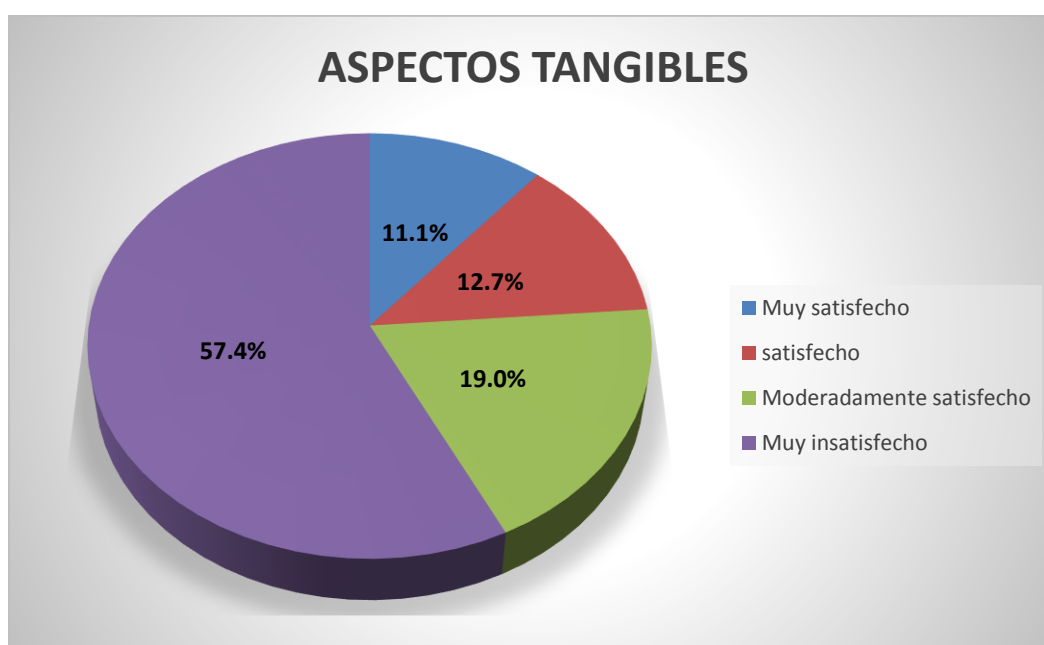
FIGURA N° 07: Encuesta SERVQUAL

**TABLA 08: CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN DIMENSION ASPECTOS TANGIBLES DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

ASPECTOS TANGIBLES	Nº	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Muy Satisfecho	07	11.1
Satisfecho	08	12.7
Moderadamente Satisfecho	12	19.0
Muy Insatisfecho	36	57.4

FUENTE: Encuesta SERVQUAL

En la TABLA N° 08 se puede apreciar que el 57.4% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran muy insatisfechos respecto a los Aspectos Tangibles, por otro lado sólo el 11.1% se encuentran Muy satisfechos, tal y como se puede observar a continuación en la Figura 08.



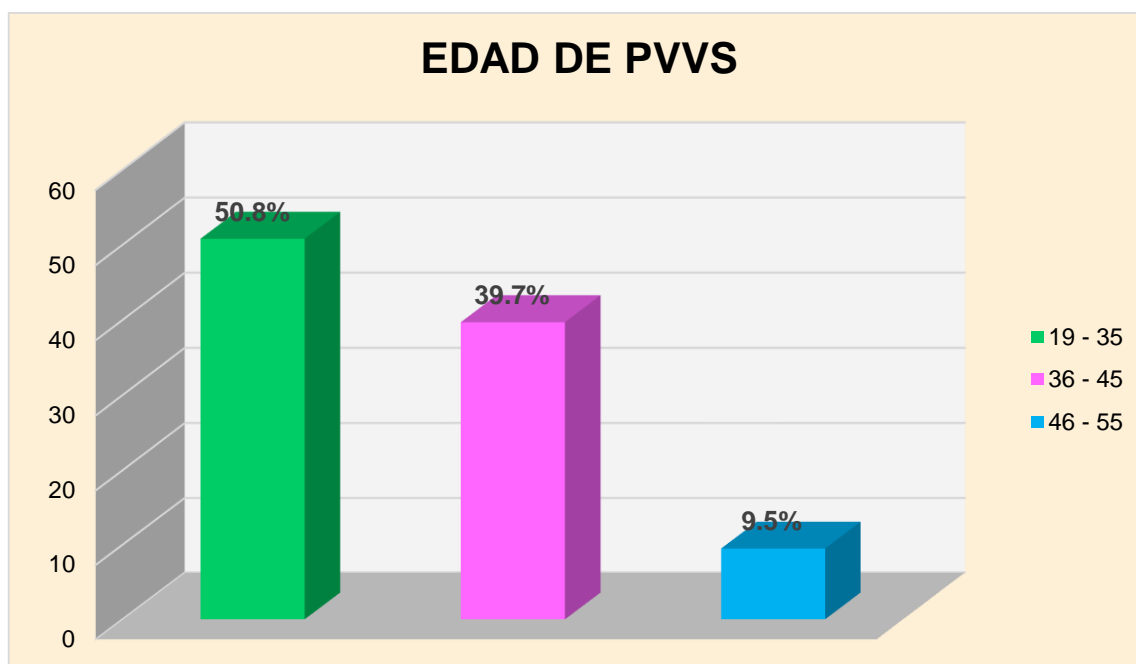
**FIGURA N° 08: Encuesta SERVQUAL**

**TABLA 09: EDAD DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL ESTUDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

EDAD DE PVVS	Nº	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
19 – 35 años	32	50,8
36 – 45 años	25	39,7
46 – 55 años	6	9,5

FUENTE: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

En la TABLA N° 09 se puede apreciar que el 50,8% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes tiene entre 19 -35 años, el 39,7% entre 36 – 45 años y el 9,5% entre 46 – 55 años respectivamente, tal y como se puede observar a continuación en la Figura 09.



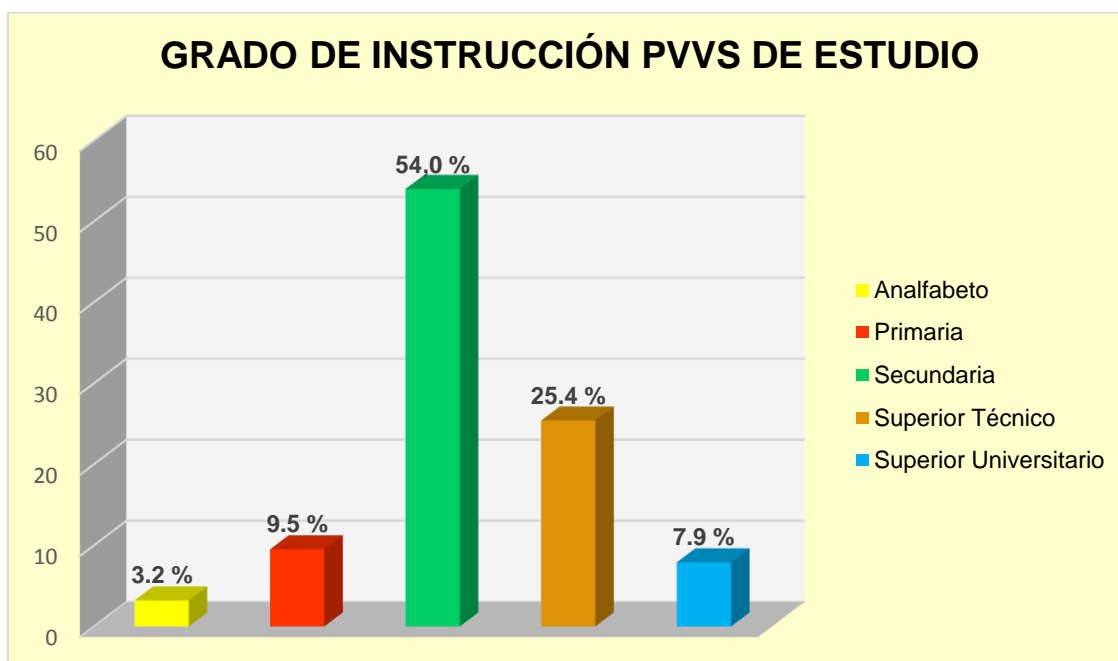
**FIGURA N° 09: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)**

**TABLA 10: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DEL ESTUDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

EDAD DE PVVS	Nº	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Analfabeto	2	3,2
Primaria	6	9,5
Secundaria	34	54,0
Superior Técnico	16	25,4
Superior Universitario	5	7,9

FUENTE: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

En la TABLA N° 10 se puede apreciar que el 54,0% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes tienen estudios de Secundaria, el 25,4% Superior Técnico, el 9,9% Superior Universitario mientras que el 3,2% es Analfabeto, tal y como se puede observar a continuación en la Figura 10.



**FIGURA N° 10: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)**

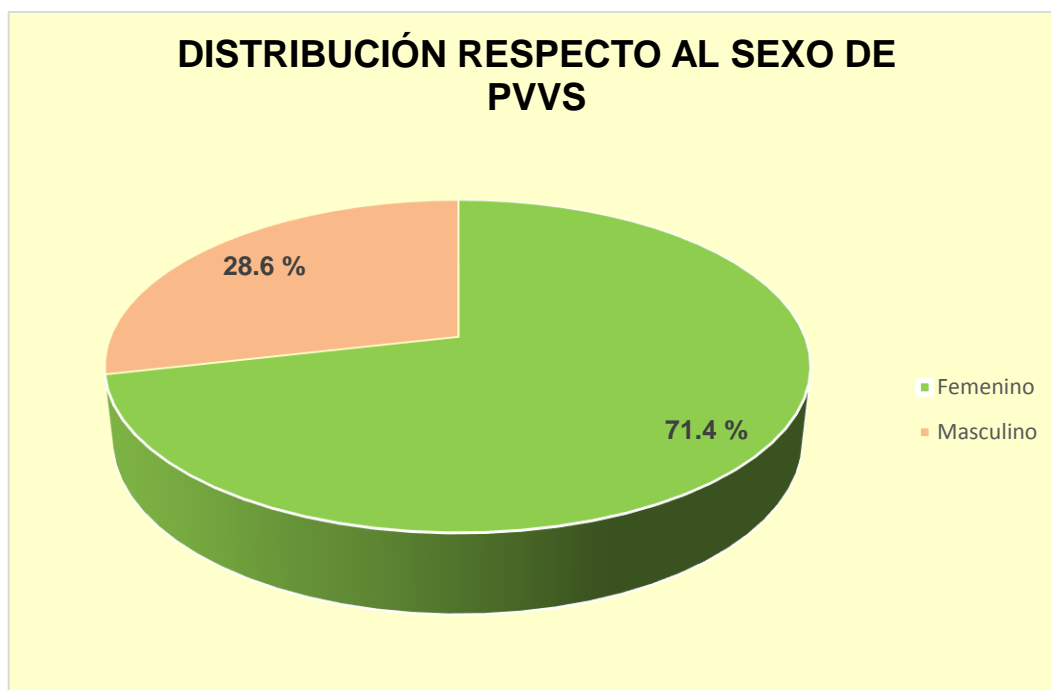


**TABLA 11: DISTRIBUCIÓN RESPECTO AL SEXO DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH DE ESTUDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014**

EDAD DE PVVS	Nº	%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
Femenino	45	71,4
Masculino	18	28,6

FUENTE: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

En la TABLA N° 11 se puede apreciar que el 71,4% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes es de sexo Femenino y el 28,6% de sexo Masculino, tal y como se puede observar a continuación en la Figura 09.



**FIGURA N° 11: Encuesta SERVQUAL y de Evaluación al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)**

## IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se analizó la relación entre la calidad de atención del servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVS) para generar las posibles estrategias de intervención.

La población de estudio estuvo constituida por 63 pacientes que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA en el HRDLM de Chiclayo en el año 2014, de los cuales el 28,6% fueron varones y el 71,4 mujeres; a diferencia de Alvis, et al. (2009) donde el 64,1% era varón y Rivas, J. y Cavero, R. (2013) en el mismo hospital refiere que el 63% fueron varones y el 37% mujeres.

El rango de edad estuvo comprendido principalmente entre los 19 y 35 años con el 50,8% y el 39,5% entre 36 y 45 años, no presentado diferencia sustancial con la investigación Rivas, J. y Cavero, R. (2013), donde la media de edad fue de 34 +/-10,6 años, mientras que la población de estudio de Jarquin, Y. (2010) tenían entre 31 y 42 años.

En cuanto al grado de instrucción, el 54,0% de los entrevistados refirió tener sólo secundaria, el 25,4% superior técnica, el 7,9% universitario, el 3,2% refiere ser analfabeto y el 9,5% tener sólo primaria; en contraposición del estudio realizado por Rivas, J. y Cavero, R. 2013 donde el 16% tuvieron estudios superiores, 45% secundaria completa y 38% sólo primaria.

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de realizar el tratamiento en forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo

No existe un método ideal para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral, en numerosas investigaciones se han utilizado métodos como el recuento de tabletas y los dispositivos MEMS (Monitor electrónico de medicamentos). El auto reporte es el método más utilizado para evaluar adherencia en países en vías de desarrollo por su bajo costo y fácil aplicación, y es por esta razón que la validación de este tipo de herramientas al entorno cultural de Perú, es muy importante. (Tafur, Ortíz & Alfaro, 2008).

Para cumplir con el objetivo del TARGA, de suprimir de manera duradera la replicación del virus de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) es necesario una adherencia estricta u óptima, tipificada según la Norma Técnica del MINSA como aquella en la que el paciente ha logrado consumir más del 95% de las dosis; en nuestro estudio el 33.3% tuvo una adherencia adecuada, el 30.2% adherencia insuficiente, el 27% adherencia estricta y el 9.5% baja adherencia, similares resultados a los encontrados por Rivas, J. y Cavero, R. (2013) donde la adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %.

Existe una creciente evidencia de que la calidad de la atención en términos de estructura y de procesos de atención puede tener un impacto en la satisfacción del paciente y la supervivencia. La atención que se brinda a las personas que viven con VIH debe estar basada en aspectos éticos, que permitan ofrecerle una atención integral, completa,

equitativa, respetuosa; sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud.

Respecto a la calidad de servicio en el Hospital Las Mercedes las PVVS entrevistados, el 34,9% refiere estar moderadamente satisfecho, el 31,7% satisfecho, el 4,8 muy satisfecho; mientras el 28,6% refiere estar muy insatisfecho; Defiriendo en 13,6% con los resultados del estudios a la Calidad en PVVS de Jarquin (2010) en el cual evidenció una satisfacción del 85% de los usuarios con la atención recibida.

El nivel de satisfacción es el balance de las expectativas y la percepción, es el estado de conformidad y bienestar que siente la persona desde que ingresa al establecimiento y es tratado con respeto, amabilidad, cortesía, cordialidad observando en el saludo, el llamado por su nombre, además del apoyo al esfuerzo y colaboración del paciente con refuerzos positivos por ser ello un voto de confianza que los anima a seguir adelante, cuidando los comentarios delante del paciente pues no solo aumenta la angustia, sino que también son fuente de incertidumbre. Manifestar cierto interés por la persona, sus percepciones y necesidades, los cuales generan un clima de confianza para que el usuario exprese sus preocupaciones y resuelva dudas en caso que las presente. Brindarles información entendible, clara y haciendo uso de un tono de voz adecuado.

En cuanto a las principales causas de insatisfacción de los PVVS podemos observar que sobre la calidad de atención en sus diferentes dimensiones; en cuanto a los aspectos Tangibles el 57.4% está muy insatisfecho, y sólo el 12.7% y 11.1% de los pacientes está satisfecho y muy satisfecho; semejante a lo encontrado por Altuna, G (2011).en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza donde uno de los problemas encontrados fue la infraestructura en los ambientes donde se brinda el TRAGA.

Referente a la Capacidad de Respuesta que tiene el personal de salud se puede apreciar que el 53.9% de los pacientes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes se encuentran muy Insatisfechos respecto a esta dimensión, por otro lado sólo el 15.9% se encuentran Muy Satisfechos; esto puede deberse a que los pacientes que acuden a atenderse a dicho hospital se les indica regresar a su centro de salud respectivo a solicitar una referencia para poder ser atendidos demorando por lo tanto la atención y el inicio del TARGA.

Por lo que se puede manifestar que la mayoría de usuarios que reciben TARGA refieren tener un nivel de satisfacción moderada e insatisfecha evidenciado cuando el usuario no es llamado por su nombre, no reciben ningún estímulo al esfuerzo (felicitación) cuando cumple lo indicado respecto al cuidado de su salud, no le brindan suficiente confianza para expresar sus preocupaciones, temores, dudas y solo a veces son respetados sus derechos, privacidad y protegida su intimidad. Asimismo brindar educación, orientación sobre prevención del VIH/IDA a la pareja sexual, familia y/o acompañante. Comunicar y explicar previamente que procedimientos se va a realizar, realizar procedimientos adecuados de manera completa, correcta y segura (indicación/administración del tratamiento) dejar indicaciones escritas y cita periódicamente, indagar sobre razones de inasistencia, administración y Provisión de recursos, brindar facilidades para obtener medicamentos y realizar exámenes indicados; fomentar la participación del acompañante en el cuidado del PVVS, derivar a personal especializado (Trabaja en equipo) y realiza acciones con rapidez adecuada.

Finalmente se debe enfatizar que si existe relación entre la calidad de atención que se brinda a las personas que viven con VIH/SIDA y la adherencia al TARGA, así tenemos que: el 12,7% manifiesta estar moderadamente satisfecho respecto a la calidad de servicio

con una adherencia adecuada al TARGA, el 1,6% manifiesta estar muy satisfecho con la calidad de servicio y tienen una adherencia estricta; mientras que el 11,1% refiere estar muy insatisfecho con la calidad de servicio y tiene una adherencia insuficiente

## V CONCLUSIONES

El 34,9% de la población estudiada, refiere estar moderadamente satisfecho con la calidad del servicio, el 28,6% muy insatisfecho y sólo el 4,8% refiere estar muy satisfecho.

El 33% de la población estudiada tiene una adherencia adecuada al TARGA, 27% estricta, 30,2% insuficiente y 9,5% baja.

Si existe relación entre la calidad del servicio y la adherencia al TARGA en las PVVS que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo

Las principales causas de insatisfacción de los PVVS está relacionada con la capacidad de respuesta y los aspectos tangibles.

La población de estudio estuvo constituida por 63 PVVS, de los cuales el 28,6% fueron varones y el 71,4% mujeres; el rango de edad estuvo comprendido principalmente entre los 19 y 35 años con el 50,8% y el 39,5% entre 36 y 45 años; en cuanto al grado de instrucción, el 54,0% de los entrevistados refirió tener sólo secundaria, el 25,4% superior técnica, el 3,2% refiere ser analfabeto

## **VI SUGERENCIAS**

Se debe perseverar y continuar enfocando nuestros esfuerzos en la concienciación respecto a los beneficios de la adherencia al TARGA, como en las acciones de apoyo emocional y psicológico como elementos clave para el éxito de la adherencia.

Con los resultados de la investigación el equipo multidisciplinario debe formular estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención que brinda a los usuarios que reciben TARGA y así lograr que se sientan satisfechos.

Contar con un buzón de sugerencias donde los PVVS según su criterio manifiesten libremente su satisfacción o insatisfacción respecto a la atención recibida.

El equipo multidisciplinario en forma conjunta elabore programas de capacitación y propuestas dirigidas a mejorar los aspectos de: consejería para el hogar, fomentando que el usuario pregunte y exprese lo que piensa, dialogar con ellos sobre los aspectos condicionantes del nivel de satisfacción e insatisfacción así como el tiempo de espera, duración de la consulta, entre otros y de esta manera satisfacer sus demandas.

Formular estrategias que garanticen financiamiento para recursos humanos y técnicos que mejoren el proceso de atención y que garanticen la profilaxis y tratamientos de las infecciones oportunistas.

Realizar estudios de investigación aplicando el enfoque cualitativo referente la calidad de atención y satisfacción del usuario.



## VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afani, A., & Gallardo, A. M. (2011). Resistencia a la terapia antirretroviral en la infección por virus de inmunodeficiencia Humana. *Revista Chilena de Infectología*, XXVIII(05), 461 - 469.
- Altuna, G. (2011). *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación*. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (Diciembre de 2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, LXX(04), 266 - 272.
- Casalino, G. E. (2008). Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, XXI(04), 143 - 152.
- Córdoba, M. D. (Mayo de 2011). *Biblioteca Virtual de salud. Rio de Janeiro*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Variables Psicosociales asociadas a adherencia a terapia antirretroviral de gran actividad: Una Revisión Sistemática: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605141&indexSearch=ID>
- Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. (2011). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 527-2011/MINSA*. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2012-11700.
- GeSIDA. (2012). Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, XXX(06), e1 - e89.
- Gotuzzo, E. (2007). SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). *Revista Medica Herediana*, XVIII(04), 181 - 183.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación Científica*. México: MCGRAW-HILL.
- Horovitz, J. (1991). *La calidad del servicio: A la conquista del cliente*. Madrid - España: Mc Graw Hill.

- Jarquín, Y. (2010). Calidad en la atención a personas con VIH en la consulta externa del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, noviembre 2010. *Revista Universidad y Ciencia*, VII(10), 10 - 16.
- Ministerio de Salud. (2004). NT N° 2004-MINSA/DGSP-V.01 Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad – targa en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana . En D. g. personas. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2012). *Norma Técnica de Salud N° 091 -Minsa/Dgsp-V.01"Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/A Con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Lima - Perú.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington D. C.: Biblioteca Sede OPS.
- Ortuño, M., Oropeza, N. M., Aparicio, E. J., & Orozco, F. M. (Mayo de 2012). Determinación de los factores que favorecen la adherencia Terapéutica de pacientes con VIH atendidos en la consulta del servicio de infectología de la ciudad Hospitalaria Enrique Tejera para el primer semestre del año 2011. *Avances en Ciencias de la Salud*, I(02), 32 - 39.
- Oviedo, E., Romero, M., March, J. C., López , M. A., Perea, E., & AVALON, A. (2009). Uso y valoración de los servicios sanitarios y de la medicación antirretroviral en personas diagnosticadas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Gaceta Sanitaria*, XXIII(02), 121 - 126.
- Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*. Santiago - Chile: CELADE/CEPAL.
- Rivas, J. M., & Cavero, R. M. (2013). *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo-Perú, 2011*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Roca, B. (2001). *Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias de tratamiento antirretroviral*. Barcelona - España: Universitat de Barcelona.
- Rodríguez, M. P., & Grande, M. (2014). *Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo*. Madrid - España: Escuela Nacional de Sanidad.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima - Perú: Editorial Visión Universitaria.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial [SECA]. (2012). *La calidad de la atención sanitaria en pacientes vih y sida. Propuesta de indicadores de atención farmacéutica al paciente VIH y SIDA*. Sociedad Española de Calidad Asistencial.

- Soler, R., Malfrán, M. D., Carbonell, I. C., Soler, Á. L., & Díaz, C. L. (2013). Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida. *MEDISAN*, *XVII*(08), 3010 - 3017.
- Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C. O., García, E., & Faus, M. J. (2008). Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral”. *Ars Pharmaceutica*, *XLIX*(03), 183 - 198.
- Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. (2011). Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 527-2011/MINSA. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2012-11700.
- Remor, E. (2013). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH)

# ANEXOS

**ANEXO N° 01****PLAN DE ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE  
ATENCIÓN EN PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO****I.- FUNDAMENTACIÓN:**

Para lograr un buen modelo de atención de calidad a las PVVS que reciben TARGA, es necesario tomar medidas concretas para asegurar una amplia accesibilidad a los servicios y al tratamiento medicamentoso. Informando a las personas para que comprendan y reconozcan que los avances en términos de tratamiento prometen esperanzas reales para el futuro; lo cual constituye un paso importante en la reducción de los temores y ansiedades existentes alrededor de la epidemia. Ampliar la accesibilidad al tratamiento con medicamentos también puede ayudar a reducir la estigmatización y la discriminación a medida que el temor de la comunidad disminuya. (Sociedad Española De Calidad Asistencial [SECA], 2012)

Son muchos los factores que determinan el nivel de satisfacción del paciente, pero se da un gran valor de juicio a la oportunidad en la atención, la calidad del trato y la integralidad del programa. El alto grado de satisfacción encontrado puede estar afectado por el conocimiento sobre los derechos del usuario y el imaginario respecto de lo que es una atención adecuada, pues parece que siempre tienden a dar un gran valor a la presencia del personal de salud profesional y especializado, dejando de lado el valor de la participación de otras disciplinas de área social que constituyen un factor clave en el concepto de la integralidad en la atención en VIH/SIDA. (Grupo de estudio del SIDA [GESIDA], 2012)

**II.- OBJETIVO:**

Proponer estrategias de mejora en la calidad de atención en los pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.

**III.- PRINCIPIOS RECTORES:**

Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2012). España

Norma Técnica de Atención Integral del Adulto/A con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). N° 091 Ministerio de Salud. Perú

**IV.- PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON VIH – SIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO**

Implantación de un modelo asistencial que reconozca y fomente la acreditación de los servicios, unidades de atención exclusiva (consulta ambulatoria y hospitalización), así como profesionales de la salud para garantizar la calidad asistencial en el ámbito VIH/SIDA

Realización de las acciones necesarias para la ejecución de un acto único asistencial (consulta médica, psicología, servicio social, Nutrición, farmacia, exámenes auxiliares etc. en el mismo día). Para unificar en lo posible las fechas en las que el paciente con VIH/SIDA debe acudir al hospital.

Establecimiento de un modelo de atención farmacéutica individualizada a los PVVS en tratamiento antirretroviral, con el objetivo de contribuir al adecuado control clínico del paciente a través del uso correcto de los medicamentos prescritos. El químico farmacéutico deberá atender al paciente al inicio del tratamiento y ante cualquier cambio o problema relacionado con la medicación. Idealmente, el farmacéutico debería realizar el seguimiento de todos los pacientes, pero si esto no es posible se deberá disponer de un sistema de selección de los pacientes con un mayor riesgo de problemas relacionados con los medicamentos para poder intervenir sobre ellos. El Químico farmacéutico y personal que labora en farmacia, participará en todos los aspectos terapéuticos asistenciales relacionados con la farmacoterapia antirretroviral, la revisión de nuevos fármacos, los protocolos para la prevención de la transmisión vertical, los protocolos para profilaxis tras pinchazo accidental, la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas.

Disponer de una historia clínica unificada entre todos los niveles asistenciales en el conjunto del sistema de salud (integración sistemas información electrónica), así como también facilitar que el paciente acceda a su información clínica realizando una campaña de sensibilización a profesionales sobre derechos de los pacientes en lo referente al contenido de la historia clínica, asimismo auditorías para comprobar la adecuación de los accesos de las historias digitales de los pacientes VIH

Coordinación entre el Hospital y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para la atención de los pacientes con VIH/SIDA que se encuentran en prisión, ya sea para el traslado oportuno a sus consultas y/o capacitación constante del profesional a su cargo, teniendo en cuenta que estos internos presentan, en un importante porcentaje, alteraciones psiquiátricas, y existe una alta prevalencia de trastornos duales que, en ocasiones, tienen a desvirtuar la escala de valores, priorizando el

concepto “libertad “sobre el concepto “salud”, asimismo hay una importante comorbilidad por TBC y hepatopatías víricas B y C.

Potenciar los grupos de ayuda mutua, de gran utilidad, como ya se ha demostrado en esta y otras enfermedades. Se hace necesario proporcionar a personas con problemática social importante una solución que incluya el aprendizaje de habilidades de relación familiar o grupal, mejoras culturales y educativas, alternativas adaptadas de empleo y acceso a la vivienda. El aprendizaje por parte de los propios enfermos de las técnicas de auto cuidado ha dado muy buenos resultados, disminuyendo los ingresos en los hospitales, consultas y urgencias. El apoyo psicológico (grupos de auto apoyo), la coordinación con red de salud mental y una mayor implicación de la misma en estos temas son esenciales para mejorar los resultados de la atención a estos pacientes.

Los Centros de salud periféricos y de menor complejidad, deben contar como mínimo con un equipo multidisciplinario sensibilizado compuesto por médico, enfermera y trabajadora social; además con un laboratorio donde se realicen los exámenes de laboratorio básicos el cual deberá estar ubicado en una zona asequible donde se concentren un importante número de pacientes con VIH/ SIDA. Su función será el de ayuda diagnóstica precoz de infecciones oportunistas, reacciones adversas medicamentosas e identificación de pacientes y familias para derivar y realizar seguimiento de las familias. (Validación anexo 06)



## ANEXO N° 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio titulado “RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2014”

.

Yo..... (Nombres y apellidos) -opcional  
Identificado con DNI N°..... domiciliado  
en .....

**Declaro que:**

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con.....(Nombre de la investigadora).

**Comprendo que mi participación es voluntaria.**

**Comprendo que puedo retirarme del estudio:**

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

**Por lo tanto doy libremente mi conformidad para participar en el estudio**

\_\_\_\_\_

**Firma-Participante**

\_\_\_\_\_

**Firma-Investigador**

## ANEXO 03

### CUESTIONARIO SERVQUAL

Nº Encuesta:		
<b>ENCUESTAS SEGUN SERVICIO DE ATENCIÓN, NIVEL Y CATEGORÍA</b>		
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III</b>		
<b>Nombre del encuestador:</b>	_____	
<b>Establecimiento de Salud:</b>	_____	
<b>Fecha:</b>	<b>Hora de Inicio:</b>	<b>Hora Final:</b>
<p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales.</p> <p>Agradeceremos su participación.</p>		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	1
	Acompañante	2
2. Edad del encuestado en años		
3. Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4
6. Tipo de usuario	Nuevo	1
	Continuador	2
7. Especialidad /servicio donde fue atendido:	_____	

EXPECTATIVAS									
<p>En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la <b>IMPORTANCIA</b> que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.</p> <p>Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.</p>									
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa							
02	E	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado							
03	E	Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
04	E	Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención							
05	E	Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							
06	E	Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida							
07	E	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida							
08	E	Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E	Que la atención en farmacia sea rápida							
10	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
11	E	Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención							
12	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	E	Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza							
14	E	Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud							
16	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
19	E	Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	E	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <b>HA RECIBIDO</b> , la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	
01	P	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
02	P	¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	P	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
07	P	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
08	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P	¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

**ANEXO N° 4 Cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral adaptado para su uso en Perú**

<b>Código:</b>		<b>Año de diagnóstico:</b>		<b>Tiempo de tratamiento:</b>			
<b>Edad:</b>		<b>Género:</b>		<b>Fecha:</b>			
<b>Durante la última semana:</b>			<b>Siempre</b>	<b>Más de la mitad de las veces</b>	<b>Aproximadamente la mitad de las veces</b>	<b>Alguna Vez</b>	<b>En ninguna Ocasión</b>
1 Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?							
2 Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ha dejado de tomar sus medicamentos?							
3 Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, Ha dejado de tomarlos?							
4 Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, Ha dejado de tomar los medicamentos?							
5. Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento?							
6. Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?			Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena

		<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
7	Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		<b>Nunca</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Aproximadamente la mitad de las veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Siempre</b>
12	Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

14	Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Nada intensos	Medianamente intensos	Poco intensos
16	Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17	Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

		SI	NO
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? [Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente? ..... ]		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál? .....		

## ANEXO 04

### FICHA TECNICA DE CEAT-VIH

Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento VIH (Español)

- Nombre: Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida (acrónimo CEAT-VIH)
- Fecha de publicación: 2001
- Autor: Prof. Dr. Eduardo Remor
- Procedencia: Madrid, España
- Administración: Individual
- Duración: 8 a 10 minutos (20 ítems)
- Aplicación: Adolescentes y Adultos
- Validación inicial: Muestra española (Adultos mayores de 17 años)
- Indicadores psicométricos: fiabilidad, validez de constructo (concurrente, discriminante, relacionada a un criterio externo), sensibilidad y especificidad
- Idiomas (versiones): Español europeo, Español Latinoamérica, Inglés internacional, Portugués europeo, Portugués de Brasil, Rumano
- Adaptado para uso en Perú por TAFUR, et al :

Se evaluó la comprensión del cuestionario así como sus propiedades psicométricas en una muestra de 41 pacientes con VIH y SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) por más de tres meses. El periodo de estudio estuvo comprendido entre diciembre 2005 y enero 2006, el proceso de validación incluyó la aplicación del cuestionario el mismo día de la toma de muestra para el análisis de la carga viral y de los linfocitos TCD4.

Se analizó la fiabilidad, la correlación de la puntuación con el recuento de linfocitos TCD4 y la carga viral. Los resultados mostraron una adecuada fiabilidad ( $\alpha = 0,706$ ) y validez de criterio externa: respecto al recuento de linfocitos TCD4 ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,005$ ), y respecto a la carga viral ( $r = - 0,548$ ,  $p < 0, 005$ ).

El CEAT-VIH ha demostrado ser una adecuada herramienta para evaluar el nivel de adherencia e identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en una muestra de pacientes con VIH y SIDA en Perú.

### CODIFICACIÓN PARA LAS RESPUESTAS DEL CEAT-VIH

Items	Opciones de respuesta y puntos correspondientes
1, 2, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre = 1 punto</li> <li>• Más de la mitad de la veces = 2 puntos</li> <li>• Aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos</li> <li>• Alguna vez = 4 puntos</li> <li>• En ninguna ocasion = 5 puntos</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No recuerda ninguno = 0 puntos</li> <li>• Recuerda la mitad = 1 punto</li> <li>• Recuerda todos = 2 puntos</li> <li>• Para puntuar estas repuestas se debe comprobar en el prontuário médico del paciente si las respuesta han sido correctas. No se quitan puntos por errores de ortografía.</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala = 1 punto</li> <li>• Algo mala = 2 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Mejorable = 4 puntos</li> <li>• Buena = 5 puntos</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada = 5 puntos</li> <li>• Poco = 4 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Bastante = 2 puntos</li> <li>• Mucho = 1 punto</li> </ul>
8, 9, 10 y 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada = 1 puntos</li> <li>• Poco = 2 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Bastante = 4 puntos</li> <li>• Mucho = 5 punto</li> </ul>
12 y 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No, nunca = 1 punto</li> <li>• Si, alguna vez = 2 puntos</li> <li>• Si, aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos</li> <li>• Si, bastantes veces = 4 puntos</li> <li>• Si, siempre = 5 puntos</li> </ul>



14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy insatisfecho = 1 punto</li> <li>• Insatisfecho = 2 puntos</li> <li>• Indiferente = 3 puntos</li> <li>• Satisfecho = 4 puntos</li> <li>• Muy satisfecho = 5 puntos</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy intensos = 1 punto</li> <li>• Intensos = 2 puntos</li> <li>• Medianamente intensos = 3 puntos</li> <li>• Poco intensos = 4 puntos</li> <li>• Nada intensos = 5 puntos</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho tiempo = 1 punto</li> <li>• Bastante tiempo = 2 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Poco tiempo = 4 puntos</li> <li>• Nada de tiempo = 5 puntos</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada cumplidor = 1 punto</li> <li>• Poco cumplidor = 2 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Bastante = 4 puntos</li> <li>• Muy cumplidor = 5 puntos</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucha dificultad = 1 punto</li> <li>• Bastante dificultad = 2 puntos</li> <li>• Regular = 3 puntos</li> <li>• Poca dificultad = 4 puntos</li> <li>• Nada de dificultad = 5 puntos</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si = 0 puntos</li> <li>• No = 1 punto</li> <li>• Si el examinando responde 'Si' tiene la opción de decir el número de días de omisión de la toma, esta respuesta tiene carácter cualitativo y puede ser útil para la intervención clínica, no obstante no se tiene en cuenta para la puntuación del cuestionario.</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si = 1 punto 109</li> <li>• No = 0 puntos</li> <li>• Si el examinando responde 'Si' tiene la opción de decir que estrategias ha empleado, esta respuesta tiene carácter cualitativo y puede ser útil para la intervención clínica, no obstante no se tiene en cuenta para la puntuación del cuestionario</li> </ul>

## ANEXO 05

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
<i>Nivel de la Calidad</i>	63	2,06	0,931
<i>Adherencia al TARGA</i>	63	80	0,958

Respecto al Nivel de la Calidad el promedio es de 2,06 que indica que los encuestados están satisfechos con la calidad de atención, además la adherencia al TARGA tiene un promedio de 80 que indica una adherencia adecuada.

Luego se plantea la hipótesis:

Si existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las personas viviendo con el virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2014.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad. Como sigue:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,143	9	0,021
N de casos válidos	63		

En el caso se considera 9 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,05 entonces se tiene que el valor  $\chi_{0,95}^9 = 16,9190 > 8,143$ , con nivel de significancia de  $0,021 < 0,05$  que indica que el valor encontrado  $\chi = 8,143$  se encuentra en la zona de aceptación. Concluyendo que si existe relación entre la calidad de servicio y la adherencia al TARGA.

## ANEXO N° 06

**FORMATO DE VALIDACION: PLAN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA  
LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON VIH – SIDA DEL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO**

<b>NOMBRE DEL JUEZ/EXPERTO</b>	
<b>PROFESIÓN</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>GRADO:</b>	

<b>EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:</b>	
<b>Factibilidad</b> de funcionamiento en la práctica de las estrategias propuestas por el tesista..... (Si – No).	
<b>Pertinencia:</b> Entre las estrategias propuestas y los lineamientos de salud.... (0- 5)	
<b>Coherencia:</b> Existe secuencia de las estrategias propuestas con la problemática diagnosticada en el ámbito de la investigación... (0- 5)	
<b>Congruencia:</b> Entre las estrategias propuestas y los instrumentos diseñados para su evaluación..... (0- 5)	
<b>Relación.</b> Entre los objetivos específicos y las estrategias propuestas por el tesista.... (0- 5)	
<b>PROMEDIO OBTENIDO</b>	

<b>COMENTARIOS</b>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>SUGERENCIAS</b>	

---

**JUEZ- EXPERTO**