



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en
dos Ceritss de Lima, 2022**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Alegre Tuesta, Melissa Celeste (orcid.org/0000-0003-3616-4480)

ASESORA:

Dra. Campana Añasco De Mejia, Teresa de Jesus (orcid.org/0000-0001-9970-3117)

CO-ASESORA:

Dra. Cabrera Chaupin, Saba Asuncion (orcid.org/0000-0002-9473-5854)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A mi familia: Padres, hermanos y esposo por su amor y apoyo incondicional en cada meta propuesta a nivel académico y laboral.

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo y todos los docentes de la maestría que compartieron sus conocimientos, a mis compañeras de trabajo por animarme a desarrollar la maestría, especialmente a mi colega Antonella Loro.

Índice de contenidos

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de investigación	12
3.2 Variables y operacionalización	12
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	13
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	13
3.5 Procedimientos	13
3.6 Método de análisis de datos	14
3.7 Aspectos éticos	
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	29
VII. RECOMENDACIONES	30
Referencias	31
Anexos	

Índice de tablas

Tabla 1	Datos sociodemográficos de los pacientes con VIH	16
Tabla 2	Distribución de frecuencias de la variable cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH	17
Tabla 3	Distribución de frecuencias de las dimensiones del cumplimiento de metas de atención de dos Ceritss de Lima	18
Tabla 4	Prueba de hipótesis sobre diferencia en el cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH	19
Tabla 5	Comparación de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico del VIH	20
Tabla 6	Comparación del cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral	21
Tabla 7	Comparación del cumplimiento de metas respecto a la supresión virológica	22
Tabla 8	Comparación del cumplimiento de metas respecto al abandono de tratamiento antirretroviral	23

Índice de figuras

Figura 1 Esquema de diseño de investigación

12

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, durante el año 2022.

La metodología empleada fue básica, de enfoque cuantitativo, comparativo, de diseño no experimental, con una muestra de 235 pacientes cuyos expedientes de atención fueron revisados y se aplicó una lista de verificación, para evaluar las variables sujetas a investigación.

Los resultados evidenciaron que en el Ceritss 1 hubo un 31.9% de no cumplimiento y en el Ceritss 2 un 24.3% de no cumplimiento y solo el 19.1% y 24.7% de cumplimiento para el Ceritss 1 y Ceritss 2 respectivamente. Como conclusión se obtuvo que, si existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss, con un $\chi^2 = 0.046 < 0.05$.

Palabras clave: metas de atención, diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica, abandono al tratamiento.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the level of compliance with the goals of care for patients with HIV in two Ceritss in Lima, during the year 2022.

The methodology used was basic, with a quantitative approach, comparative of a non-experimental design, with a sample of 235 patients, whose care records were reviewed and a checklist was applied to evaluate the variables subject to investigation.

The results showed that in Ceritss 1 there was 31.9% non-compliance and in Ceritss 2 24.3% non-compliance and only 19.1% and 24.7% compliance for Ceritss 1 and Ceritss 2 respectively. As a conclusion, it was obtained that there is a significant difference in the level of compliance with the goals of care for patients with HIV in two Ceritss, with $\chi^2 = 0.046 < 0.05$.

Keywords: goals of care, HIV diagnosis, antiretroviral treatment, virological suppression, abandonment of treatment.

I. INTRODUCCIÓN

Los procedimientos para la atención integral de los pacientes con VIH/SIDA y el cumplimiento de las metas de atención establecidas están encaminadas a la mitigación de la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana y constituyen un desafío para la salud pública del país, teniendo aproximadamente 91 mil infectados por este virus. (Dirección de Prevención del VIH, ETS y Hepatitis-Ministerio de Salud, 2022). Por lo tanto, las acciones empleadas para disminuir la morbilidad asociada en pacientes con VIH deben ofrecerse en todos los niveles de salud.

Las estrategias para el control del VIH/Sida han permitido que muchos países logren el cumplimiento de aproximadamente el 100% de las metas propuestas, destacando en la región Brasil, donde se han reforzado las políticas de atención primaria dirigidas al control y seguimiento de los usuarios que presentan la infección (Sepúlveda et al, 2021). Asimismo, Gimeno (2021) menciona que el cumplimiento de las metas de atención en un hospital de España es elevado, influyendo positivamente en la satisfacción del usuario.

En América latina, Onusida (2018) menciona que la disminución de la oferta se relaciona con el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales y suministros médicos esenciales; provocando alteración y poca adherencia a la medicación, amenazando la vida de los pacientes y dificulta la reducción de nuevas infecciones y de muertes por Sida. En Perú, de acuerdo al estudio realizado por Cáceres (2019), el 68% de personas viviendo con VIH (PVVs) recibió el paquete de atención integral y en el 2021, por la pandemia del Covid 19; la oferta de servicios en casos nuevos disminuyó en un 3% respecto al 2019 (Paredes et al, 2021).

Dessler (2009) menciona que la programación de metas, evaluación del desempeño de los empleados y el desarrollo de un sistema único consolida las acciones exitosas en las empresas; ya que los esfuerzos de los trabajadores deben ser coherente con las metas de la compañía.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, definió nuevas metas respecto al manejo del VIH después del 2015, estableciendo que el 2020, 90% de PVVs deberían conocer su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas reciban TAR y finalmente, el 90% tengan supresión viral (Onusida, 2014).

A pesar de las indicaciones emitidas por diversas entidades, recomendando descentralizar la oferta de servicios hacia el primer nivel de atención, aún se evidencian deficiencias en los procesos. Durante la pandemia por Covid 19, los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida (Ceritss) se constituyeron en una alternativa viable para ofrecer tratamiento antirretroviral a pacientes recién diagnosticados sin comorbilidades; puesto que cuentan con equipo de salud capacitado e infraestructura adecuada.

Lima metropolitana y el Callao representan el 58% de los casos a nivel nacional (CDC, 2019) en el 2021, el 66% de pacientes recibieron tratamiento en centros de baja complejidad. Lima Norte, hasta el 2018, contaba con 03 hospitales que ofrecían servicios de atención integral y solo un Ceritss para cubrir la demanda incrementada por la crisis sanitaria de Covid 19, la migración extranjera y el hacinamiento de los centros de mayor complejidad, condicionando a una falta de atención para esta población vulnerable, complicando sus patologías, pero por sobre todo negando el derecho a una atención de salud, al alcance de todos.

A la fecha, se han implementado 06 nuevos Ceritss, que, según reportes del Minsa, atienden a más de dos mil pacientes, siendo importante conocer si cumplen con las metas de atención establecidas en las normas técnicas y recomendaciones de las entidades extranjeras especializadas en el control y mitigación de la pandemia del Sida que por más de 30 años no se consigue erradicar.

En ese sentido se planteó la pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022?, y las preguntas específicas ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica y el abandono del tratamiento antirretroviral?

El estudio aportó conocimiento sobre el cumplimiento de metas en este grupo específico de pacientes, con datos estadísticos que reflejaron que los centros de atención primaria especializados en ITS-VIH logran contribuir a la respuesta nacional de lucha contra el Sida.

En cuanto a justificación práctica, los resultados de la investigación permitieron obtener un modelo de cumplimiento de los procesos para ser replicados en otros establecimientos de salud y logren obtener buenas

coberturas con la finalidad de disminuir la morbilidad asociada al VIH/Sida en nuestra jurisdicción.

Como justificación metodológica, la investigación será fuente de datos para futuras investigaciones y aportará al desarrollo de un instrumento de fácil aplicación para nuevos gestores respecto a la descentralización de servicios de salud.

El objetivo del estudio fue: Determinar el nivel de cumplimiento de las metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022.

Los objetivos específicos fueron identificar el nivel de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica y el abandono del tratamiento antirretroviral.

La hipótesis general planteó si existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de las metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022 y las hipótesis específicas fueron: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica y el abandono de tratamiento antirretroviral.

II. MARCO TEÓRICO

Como antecedentes nacionales se tuvo a García et al. (2018) quienes hacen referencia a la metodología utilizada por la OMS sobre el continuo de la atención a personas con VIH (PVVs), estableciendo la línea basal de seguimiento y avance hacia las metas 90-90-90; estableciendo que al 2014 de las 72 mil PVVs estimadas el 64% había sido diagnosticado, el 46% recibía tratamiento y el 36% había logrado la supresión virológica.

En el mismo contexto, Cáceres et al. (2019) actualizaron la revisión y reportaron que al año 2017, el 78% conocía su diagnóstico, 68% estaba recibiendo tratamiento antirretroviral y el 53% tenía carga viral suprimida; a pesar de la mejoría en las cifras, aún se evidencia una brecha significativa que será difícil de alcanzar el 90% de cumplimiento al 2020 y 95% al 2030.

Paredes (2021) indica que para el 2019, había un estimado de 87000 personas con VIH y que durante la crisis sanitaria por COVID 19 se incrementaron los casos notificados en el 2020 en un 18.2% respecto al año anterior; existiendo el riesgo que no hayan sido correctamente diagnosticados y vinculados, aumentando la brecha de cobertura respecto al conocimiento de estado serológico, tratamiento y supresión virológica.

Claros (2020) realizó una investigación para conocer el nivel de abandono de tratamiento antirretroviral (TAR) en usuarios de un establecimiento de salud parroquial en Lima, encontrando una prevalencia de 9.28%, teniendo como factores causales a los efectos adversos que producen los medicamentos, sexo masculino, edad de 18 a 30 años y los que llevan menos de 2 años de tratamiento. Canchis en el 2021, realizó una evaluación en un hospital de Lima, de los factores asociados al abandono de TAR con el coformulado Atripla (03 drogas en una sola dosis), teniendo a los adultos mayores varones con mayor prevalencia de fracaso al tratamiento.

Los antecedentes internacionales revisados fueron el de Sepúlveda (2018) quien hace una comparación de logros respecto a la reducción de la tasa de varones y mujeres viviendo con VIH/Sida en 5 países sudamericanos que se asocia con los objetivos de desarrollo del milenio. Perú cumplió al 100% la implementación de políticas en atención primaria relacionadas al control y seguimiento de personas con VIH.

Mascort et al. (2018) menciona que en un estimado de 160000 PVVs en España, un 20 a 25% no conoce su diagnóstico y existe un retraso llegando a conocer su estado serológico en fases avanzadas de la infección; por lo cual es importante que los servicios de atención primaria refuercen acciones preventivas promocionales y compartan la atención especializada de pacientes estables y con tratamientos poco complejos.

Luna (2018) menciona que México al 2017, tenía un estimado de 200000 personas con VIH, de los cuales el 65% sabía de su condición, 94% recibía tratamiento y el 84% de ellos se encontraba en supresión virológica. Asimismo, realizó una medición de indicadores en 439 pacientes de un hospital, encontrando al 97.9% con inicio de terapia en forma oportuna y el 86.6% alcanzó la supresión virológica. En esa línea, Gimeno (2021) en un hospital de Madrid, tuvo una muestra de 334 usuarios, de los cuales el 97% empezó tratamiento precozmente, 96.2% tuvo carga viral indetectable y el 74.5% tuvo un cumplimiento óptimo del proceso de atención; cabe resaltar que el aspecto negativo es el diagnóstico tardío del VIH (26.4%).

En Argentina, Quignar et al. (2019), evaluó el flujo de atención de un centro médico municipal teniendo una muestra de 21 pacientes con VIH, la mayoría de los usuarios tuvo carga viral indetectable y más de 200 de CD4; así como la atención integral al 100% por el equipo de salud multidisciplinario. Tumbico et al, (2019), indica que en Ecuador se reportaron 47206 casos de VIH, disminuyendo respecto al año 2016 cuando el país se comprometió a cumplir el desafío planteado por Onusida del 90-90-90; esto gracias al fortalecimiento de la captación temprana de casos con pruebas rápidas, enfoque en población clave y grupos de riesgo.

En cuanto a la base teórica del Virus de Inmunodeficiencia Humana, se conoce que este organismo predador es muy evolucionado y evita los esfuerzos del sistema inmune para defenderse, asimismo, el desarrollo de la infección desde la adquisición del virus y su transformación al Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana) es muy variable en cada persona e independiente de la vía de transmisión. Pertenece al género Lentivirus, familia Retroviridae; son RNA virus con la enzima denominada transcriptasa reversa encargada de regular el genoma viral para la producción de nuevos viriones y

afectan consecutivamente el sistema inmunitario y el sistema nervioso central. (Soto, 2004).

Infosida (2015) menciona que el VIH 1 produce la mayor parte de las infecciones en el mundo, transmitido por contacto directo con fluidos producidos por los infectados con VIH como son el semen, secreciones vaginales, sangre de o de una madre seropositiva al producto durante el embarazo, parto la lactancia. Asimismo, el VIH 2 es endémica de África occidental; tiene el mismo tipo de transmisión, pero demora más en evolucionar a un cuadro sintomático del VIH/Sida y es menos letal.

Núñez-Melgar (1999) menciona respecto a la patogenia que al ingresar el virus al organismo hay una replicación viral rápida con viremia variable, inclusive con títulos tan altos como 10⁷ partículas /ml; presentando algunos casos sintomatología de diversa duración. Estos títulos decrecen una vez que aparece la respuesta inmunológica y el virus se queda en el sistema linfático; se puede detectar en el plasma y el número de células infectadas en la circulación disminuye a menos de un millón de células mononucleares.

Gesida (2017) establece que existe un periodo variable desde la infección (desde unos pocos meses a más de 10 años) donde no se manifiestan síntomas de la enfermedad y el virus finalmente gana la batalla; apareciendo diferentes enfermedades oportunistas (candidiasis oral, tuberculosis, neumonías, diarreas) y cánceres (linfomas u otros) indicando daño grave del sistema inmunológico.

Una meta debe ser clara, medible con plazos de cumplimiento específicos y resultados que deben alcanzar las personas u organizaciones a través de pequeñas acciones denominadas objetivos; ambos se concatenan para lograr el éxito y se fijan claramente para evitar inconvenientes (Indeed, 2021). Las metas en atención de salud sintetizan los resultados que, según los conocimientos y recursos existentes, un país o comunidad puede lograr alcanzar en un período de tiempo definido (Kroeger et al, 1987).

Las metas de producción de servicios, según el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico del Perú, están plasmadas en los planes operativos de las instituciones públicas. De esta forma se logra articular el presupuesto y programas presupuestales, para que el financiamiento asignado cierre las brechas de acceso a los servicios priorizados en los objetivos estratégicos institucionales. (Ceplan, 2017)

El Centro Nacional de Planeamiento Estratégico ofrece las pautas para realizar los planes operativos de las unidades ejecutoras, incluido el sector salud, ya sea centros especializados o de baja complejidad. En el caso de la atención para VIH, el programa presupuestal 016 TBC/VIH cuenta con el **producto 3043969: Personas diagnosticadas con VIH/Sida que acuden a los servicios y reciben atención Integral** (Ceplan, 2022) que establecen una meta física (cantidad de pacientes atendidos anualmente) con financiamiento y sujeto a evaluación y monitoreo por el Minsa; teniendo en cuenta que en el primer nivel de atención esta actividad se desarrolla en los Ceritss.

La Dirección de Prevención y Control de VIH-Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del Ministerio de Salud (2020), publicó la actualización de la **Norma Técnica de Salud Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)** mencionado que las Direcciones de Redes Integradas de Salud, Direcciones Regionales y Gerencias Regionales de Salud, definen y ejecutan las metas de pacientes esperados para el período de programación establecidos, a través de las unidades ejecutoras.

Los Ceritss son centros de atención primaria que se dedican exclusivamente a la prevención, diagnóstico y tratamiento especializado de infecciones de transmisión sexual (ITS); asimismo realizan actividades de capacitación en prevención, adherencia al tratamiento, investigación clínica y de comportamiento. Tienen personal de salud con amplia experiencia en manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería; infraestructura adecuada, equipamiento para procesar pruebas confirmatorias para VIH, sífilis y cultivos para el diagnóstico de gonorrea, insumos y medicamentos específicos (Minsa, 2009).

El equipo multidisciplinario está integrado por médico infectólogo o médico cirujano capacitado, licenciado (a) en enfermería, licenciado (a) en obstetricia, químico (a) farmacéutico y un tecnólogo médico o biólogo. Según la asignación de recursos humanos en el establecimiento, puede incorporarse un licenciado (a) en psicología, un licenciado (a) en trabajo social, un nutricionista y otros que se requieran. (Minsa, 2020)

Los Ceritss en la jurisdicción de Lima Norte cuentan a la fecha con más de dos mil pacientes con VIH recibiendo tratamiento antirretroviral, teniendo 07 establecimientos de primer nivel de atención, cuya cantidad de usuarios está por

igualar a los centros de mayor complejidad (03 hospitales). En lo que va del año se evidencia que no todos han logrado el cumplimiento de las metas de atención asignada, a pesar de contar con infraestructura, personal de salud capacitado y población con demanda de los servicios ofertados en la misma proporción.

La importancia de identificar el cumplimiento de las metas de atención para frenar la infección por VIH en los Ceritss, es que permite evaluar si las acciones desarrolladas logran el impacto esperado por las diversas entidades nacionales e internacionales y si debería considerarse establecer nuevos lineamientos adecuados a la realidad de cada región, estando a puertas de cumplir 30 años de lucha contra la pandemia del Sida. Asimismo, la comparación del cumplimiento en dos centros de salud de similares características, tanto en infraestructura como recurso humano, hará reflexionar que factores podrían estar afectando el logro de los mismos y mejorar los procesos inmersos en la atención a los pacientes.

Las dimensiones de la variable cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH están estipuladas en la normativa nacional vigente, que sigue los lineamientos establecidos por la OMS y Onusida; considerando el diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica y abandono de tratamiento.

El diagnóstico de VIH se realiza por medio de pruebas rápidas de detección de anticuerpos para VIH previa consejería; los resultados se entregan a los 15 minutos de haberse tomado el análisis. Si el usuario cuenta con dos pruebas rápidas reactivas de tercera generación de distintos fabricantes; una prueba rápida de tercera generación más una que detecta anticuerpos y antígeno (cuarta generación) reactivos, una de tercera o cuarta generación más un Elisa reactivos o una prueba rápida de cualquier generación reactiva más una prueba confirmatoria tipo carga viral, IFI o inmunoblot positiva, se considera como caso confirmado y se inicia con el enrolamiento para dar inicio con el tratamiento. (Minsa, 2020).

La meta establecida según el Plan Operativo Institucional de salud 2022, sobre la cantidad de adultos y jóvenes diagnosticados con VIH en el primer nivel de atención en Lima Norte, depende de la estimación de casos nuevos y la población asignada a cada Ceritss; considerando la presente investigación dos establecimientos de similares características (Inicio de atenciones en el año

2021, equipo de salud conformado por médico especialista, licenciadas en enfermería y obstetricia, consultorios diferenciados) con 120 y 115 pacientes respectivamente.

El tratamiento antirretroviral (TAR) disminuye la probabilidad de contraer infecciones oportunistas y el fallecimiento de pacientes con VIH, puesto que el inicio precoz normaliza la cantidad de linfocitos CD4; fortaleciendo la respuesta inmunitaria y la disminución de la transmisión al reducir la carga viral y la infectividad individual (OPS, 2019). El Minsa indica que el paciente debe iniciarlo en el plazo más corto posible (máximo 15 días), independiente del estado clínico y/o recuento linfocitario y carga viral; asimismo se indica: Hemograma completo, transaminasa glutámico pirúvica, glucosa preandial, creatinina sérica, test de embarazo en caso de ser mujer en edad fértil, radiografía de tórax, dos baciloscopias de esputo, prueba rápida para detección de sífilis, hepatitis B y C, recuento basal de linfocitos T CD4 y carga viral para VIH. (Minsa, 2020).

La OMS recomienda el uso de medicamentos menos tóxicos y prácticos, en combinación a dosis fija para el inicio de tratamiento (OPS, 2019), los esquemas de inicio y primera línea de mayor uso en los Ceritss, son de formulación única, como una cápsula o tableta que contiene dos o más fármacos como por ejemplo Atripla que contiene efavirenz, emtricitabina y tenofovir; el TLD (mezcla de tenofovir, lamivudina y dolutegravir). Al disminuir la cantidad de pastillas que toma diariamente el paciente, ayudará a cumplir adecuadamente el tratamiento. (Infosida, 2015).

El término supresión virológica se refiere a la disminución de la replicación viral a un nivel de aproximadamente 50 copias/ml en un paciente que toma tratamiento antirretroviral. La normativa vigente indica que el control de carga viral es el marcador principal de la efectividad del tratamiento, considerando para el estudio un valor de menos de mil copias en los últimos 12 meses.

Se denomina también carga viral indetectable, lo cual no representa la curación de la persona, aunque las pruebas diagnósticas puedan arrojar resultados no reactivos, ya que una cierta concentración del VIH se encuentra como reservas de virus latente dentro de las células y tejidos del organismo. (Infosida, 2015).

El abandono del tratamiento antirretroviral es la ausencia del paciente por más de treinta días consecutivos al establecimiento, que implica el no ser evaluado por el médico tratante y no le indique tratamiento. Este margen de tiempo se considera en caso el usuario sea referido a otro centro de salud que no confirma haberlo recibido, siendo el porcentaje que debe llegarse a nivel nacional menos del 10% (Minsa, 2020).

Existen diversos factores que influyen en el abandono, resaltando la inequidad al acceso de los servicios de salud, la discriminación y estigma por la seropositividad, sumado a que la mayoría de pacientes pertenecen a las poblaciones clave (homosexuales, transexuales, trabajadores sexuales) quienes tienen mayor prevalencia a la infección por VIH (Onusida, 2019). Otros factores como ubicación de la vivienda, condición socioeconómica, horarios de trabajo o uso de drogas, condicionan la ausencia o interrupción para luego retomarlo; poniendo en riesgo la supresión virológica y aumentando la probabilidad del contagio a sus parejas sexuales.

El cumplimiento de metas y objetivos según la teoría clásica de la administración propuesto por Fayol (1916) es sinónimo del logro de la eficiencia, donde se enfatiza la estructura y funciones que debe tener una organización; definiendo el acto de administración en 5 funciones que son planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar. Toda empresa necesita aplicar una metodología en sus acciones, siendo el proceso administrativo necesario para solucionar las dificultades que surgen en cualquier organización, tanto en su estructura interna como social.

Según el enfoque de gestión de recursos humanos, Chiavenato (2009) menciona que las organizaciones se preocupan principalmente en la medición, evaluación y monitoreo de cuatro aspectos básicos que son los resultados concretos y finales que debe alcanzar en un periodo determinado, el desempeño que son los medios usados para lograrlos, las habilidades o competencias individuales que aportan los trabajadores y los factores clave para conseguir el éxito de los resultados. Asimismo, considera como un método para la evaluación del desempeño la lista de verificación, que enumera las características a ser evaluadas en cada trabajador.

Dessler (2009) define la administración del desempeño como el proceso que consolida el establecimiento de metas y la evaluación del desempeño que

respalda el cumplimiento de las metas estratégicas de la empresa. Esta medición se realiza basada en las competencias y objetivos de la organización para mejorar los nudos críticos, identificar las áreas donde se debe capacitar y perfeccionar el rendimiento.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

Es tipo básico, según Baena (2014), puesto que el estudio de un problema está enmarcado solamente a indagar sobre conocimientos con la finalidad de elaborar nuevos o cambiar principios teóricos ya demostrados y así generar mayor conocimiento científico. De enfoque cuantitativo, ya que la ciencia se encarga de medir y cuantificar los fenómenos, con los datos obtenidos se pueden realizar tablas y gráficos que permiten ilustrar correctamente un fenómeno (Del Cid et al, 2011).

El diseño fue no experimental, que de acuerdo con Ñaupas (2013) es la investigación convencional que hacemos, también llamada ex post facto (Después que sucedieron los hechos) por lo cual no se pueden manipular las variables; de corte transversal cuya finalidad es describir variables para estudiar su incidencia y como se relacionan en un momento dado; comparativo y retrospectivo porque el hecho a registrar ya sucedió al momento de la planificación de la investigación (Hernández et al, 2014).

Figura 1

Esquema de diseño de investigación

M1 → O1

M2 → O2

Donde:

M: Muestra de pacientes con VIH

O1: Observación de la muestra en el Ceritss 1

O2: Observación de la muestra en el Ceritss 2

3.2 Variables y operacionalización:

Se evaluó la variable cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH, definida conceptualmente como resultados de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud que se brindan a las personas viviendo con VIH de forma integral con calidad y equidad (Minsa, 2020) que se logran alcanzar en un período de tiempo establecido (Kroeger et al, 1987).

La definición operacional se realizó mediante el ingreso de información a una lista de verificación, procedente de la revisión de los expedientes de pacientes con infección por VIH atendidos en 02 Ceritss de Lima. Se medirán 04 dimensiones basadas en los indicadores de la atención integral de la norma

técnica: Diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica y abandono de tratamiento con nivel de cumplimiento meta lograda = 4 y meta no lograda ≥ 3 (Ver anexo 1).

3.3 Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 235 pacientes con VIH atendidos en 02 Ceritss de Lima en el período de un año, cuyos expedientes de atención se encontraron ingresados en el padrón nominal de pacientes en TAR acumulados al mes de setiembre del 2022. Para la muestra se revisaron el total de expedientes, puesto que, al ser un estudio censal, requiere la evaluación de la totalidad de población, teniendo en cuenta la meta asignada según las dimensiones.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizó una lista de verificación, según Hernández (2014), es una de las técnicas más usadas para recabar información y consiste en un grupo de preguntas acerca de una o más variables por medir. Este cuestionario estuvo basado en las pautas establecidas en la normativa vigente establecida por el Ministerio de Salud.

Validez y confiabilidad

La validez se midió mediante el juicio de tres expertos, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y relevancia de las preguntas planteadas en el instrumento. Posterior a la revisión, se obtuvo la categoría de aplicable. (Ver anexo 3).

Se definió la confiabilidad como la aplicación sucesiva del instrumento a distintas unidades muestrales, permitiendo la obtención de este o similar resultado. Se midió mediante prueba piloto con 15 expedientes revisados obteniendo el K de Richardson de 0.801. (Ver anexo 3).

3.5 Procedimientos

Para la primera etapa se solicitó autorización a la oficina de intervenciones sanitarias para el acceso a los expedientes de los pacientes con VIH, considerando que se revisarían datos numéricos y no información específica de cada usuario.

Luego se coordinó con el responsable de la atención a los usuarios, las fechas para el recojo de la información y se explicó detalladamente el instrumento de recolección de datos a usar.

La tercera etapa consistió en el llenado de la lista de verificación por cada Ceritss, manteniendo la confidencialidad de los procesos de atención de los pacientes.

Finalmente, en la cuarta etapa se procesaron los resultados y se analizaron con pruebas estadísticas para luego elaborar la discusión, conclusiones y recomendaciones.

3.6 Método de análisis de datos

Se emplearon la hoja de cálculo Excel y el software IBM SPSS Statistics, para obtener resultados descriptivos, como tablas de contingencia y gráficos de barras.

La prueba de hipótesis se realizó mediante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado con un nivel de significancia del 0.05%.

3.7 Aspectos éticos

Es importante considerar lo mencionado por Ñaupas (2018), que todo problema de investigación debe tener un grado de originalidad y que permanecerá sin respuesta conocida hasta que haya concluido la investigación, sin que exista una sola forma de lograrlo. En ese sentido, no se realizará la copia de ideas o textos, sino que serán citados según normativa APA.

Asimismo, como indica Del Cid (2011), no se debe exigir la participación de las personas, sino que se solicitará el permiso para la revisión de las historias clínicas de los sujetos del estudio para la aplicación del instrumento, por medio de un documento oficial remitido por la Oficina de Capacitación y Docencia respectiva.

Con los resultados identificados, no se agrade a ninguna persona o institución, puesto que no se mencionará directamente el nombre; además, la información obtenida será confidencial y en la elaboración de las recomendaciones se mantendrá el anonimato de las entidades que facilitaron el desarrollo del estudio.

Al ser un estudio no experimental, descriptivo y comparativo, no se realizarán experimentos que perjudiquen la salud de las personas, lo cual atentaría contra el código de ética establecido por la universidad.

IV. RESULTADOS

4.1 Descriptivos

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los pacientes con VIH

Característica	Ceritss 1		Grupo Ceritss 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Hombre	104	86.7	103	89.6	207	88.1
Mujer	16	13.3	12	10.4	28	11.9
Total	120	100	115	100	235	100
Grupo etario						
Adolescente	2	1.7	2	1.7	4	1.7
Joven	64	53.3	56	48.7	120	51.1
Adulto	51	42.5	56	48.7	107	45.5
Adulto mayor	3	2.5	1	0.9	4	1.7
Total	120	100	115	100	235	100
Tipo de población						
PG	33	27.5	24	20.9	57	24.3
HSH	80	66.7	77	67.0	157	66.8
Trans	4	3.3	14	12.2	18	7.7
Bisexual	3	2.5	0	0	3	1.3
Total	120	100	115	100	235	100
Grado de instrucción						
Primaria	4	3.3	7	6.1	11	4.7
Secundaria	95	79.2	105	91.3	200	85.1
Superior	21	17.5	3	2.6	24	10.2
Total	120	100	115	100	235	100
Nacionalidad						
Peruano	104	86.7	103	89.6	207	88.1
Venezolano	16	13.3	12	10.4	28	11.9
Total	120	100	115	100	235	100

La tabla 1 agrupa los principales datos sociodemográficos identificados en ambos centros, el tipo de sexo que predomina es hombre con 89.6% en Ceritss 2 y el menor porcentaje para mujer en el mismo Ceritss, con 10.4%. Respecto al grupo etario, el mayor porcentaje lo obtiene el Ceritss 1 con el grupo joven en 53.3% y el Ceritss 2 el menor porcentaje (0.9 %) con adulto mayor; en lo concerniente al tipo de población, la condición de hombre que tiene sexo con hombre (HSH) obtiene el 67% en el Ceritss 2 y 66.7% en el Ceritss 1; el menor porcentaje obtenido lo tiene el grupo de bisexuales con 0% en el Ceritss 1 y 3% en Ceritss 2.

Finalmente, la característica del grado de instrucción, se tuvo que el 91.3% en el Ceritss 2 es secundaria y el 2.6% es superior, siendo también el menor porcentaje obtenido en el mismo centro de salud. Sobre la nacionalidad, la peruana constituye el 89.6%, siendo el mayor porcentaje encontrado en el Ceritss 2 y el menor porcentaje con la nacionalidad venezolana (10.4%) en ese mismo establecimiento.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de la variable cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH

		Grupo				Total	
		Ceritss 1		Ceritss 2		f	%
		f	%	f	%	f	%
CUMPLIMIENTO	Meta no lograda	75	31,9	57	24.3	132	56.2
	Meta lograda	45	19.1	58	24.7	103	43.8
Total		120	51.1	115	48.9	235	100

La tabla 2 evidencia que el Ceritss 1 presenta un 31.9% de meta no lograda, mientras que el Ceritss 2 un 24.3% respecto a la variable planteada, la meta lograda para el Ceritss 2 es de 24.7%, a diferencia del Ceritss 1 con 19.1% de cumplimiento. Comparando el nivel de incumplimiento existe una diferencia de 7.6% del Ceritss 1 más que el Ceritss 2 y sobre el cumplimiento; el Ceritss 2 cumple la meta en 5.2% más que el Ceritss 1.

Finalmente, respecto al total de la muestra, se observa que existe un 56.2% de no cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH, existiendo una diferencia de 12.4% más que el indicador meta lograda (43.8%) entre ambos Ceritss.

Tabla 3

Distribución de frecuencias de las dimensiones del cumplimiento de metas de atención de dos Ceritss de Lima

Dimensión		Grupo				Total	
		Ceritss 1		Ceritss 2			
		f	%	f	%	f	%
Dx VIH	No cumple	10	4.3	1	0.4	11	4.7
	Cumple	110	46.8	114	48.5	224	95.3
Total		120	51.1	115	48.9	235	100
TAR	No cumple	35	14.9	30	12.8	65	27.7
	Cumple	85	36.2	85	36.2	170	72.3
Total		120	51.1	115	48.9	235	100
C Viral	No cumple	57	24.3	40	17.0	97	41.3
	Cumple	63	26.8	75	31.9	138	58.7
Total		120	51.1	115	48.9	235	100
Abd TAR	Cumple	1	0.4	3	1.3	4	1.7
	No cumple	119	50.6	112	47.7	231	98.3
Total		120	51.1	115	48.9	235	100

La tabla 3 muestra que respecto a la dimensión cumplimiento en el diagnóstico de VIH el Ceritss 2 tiene un 48.5% de cumplimiento, mientras que el Ceritss 1 presenta el 46.8%, asimismo sobre el total de la muestra, el indicador de cumplimiento obtiene el 95.3%.

En relación con la dimensión inicio de tratamiento antirretroviral; ambos tienen un cumplimiento del 36.2%, siendo el Ceritss 2 quien tiene el menor porcentaje de no cumplimiento con 12.8% y respecto al total de la muestra se obtiene el 72.3% de cumplimiento.

Sobre la dimensión supresión virológica; el Ceritss 2 tiene el 31.9% de cumplimiento y no cumplimiento del 17%, con una diferencia menor de 7.3% que el Ceritss 1 y respecto al total de la muestra prevalece el cumplimiento de esta condición en 58.7%

Finalmente, respecto al abandono de tratamiento; el 50.6% en el Ceritss 1 no cumple con el criterio establecido para esta dimensión y a la vez obtiene el 0.4% de cumplimiento; comparando entre ambos establecimientos hay una diferencia de 0.9% del Ceritss 2 por encima del Ceritss 1.

4.2 Prueba de Hipótesis

Hipótesis general

H₁: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022.

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022.

Nivel de significancia: 0.05

Tabla 4

Prueba de hipótesis sobre diferencia en el cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,991	1	,046		
Corrección por continuidad	3,483	1	,062		
Razón de verosimilitudes	4,001	1	,045		
Estadístico exacto de Fisher				,050	,031
Asociación lineal por lineal	3,974	1	,046		
N de casos válidos	235				

Conforme se observa en la tabla 4, existe diferencia significativa en el cumplimiento de metas en la atención a pacientes con VIH ($\chi^2 = 0.046 < 0.05$) en dos Ceritss de Lima; por lo tanto, se acepta la hipótesis de estudio y se rechaza la hipótesis nula. En ese sentido el Ceritss 2 tiene un mayor logro de la meta de cumplimiento que el Ceritss 1, a pesar que no se obtuvo un porcentaje mayor en el total de la muestra para meta lograda.

Hipótesis específicas

H₁: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH en dos Ceritss de Lima, 2022.

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH en dos Ceritss de Lima, 2022.

Nivel de significancia = 0.05

Tabla 5

Comparación del cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,332	1	,007		
Corrección por continuidad	5,755	1	,016		
Razón de verosimilitudes	8,512	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,010	,006
Asociación lineal por lineal	7,301	1	,007		
N de casos válidos	235				

Sobre la hipótesis referida al diagnóstico de VIH, la tabla 5 demuestra que si existe diferencia significativa entre los dos establecimientos de salud participantes del estudio ($\chi^2=0.007 < 0.05$), aceptándose la hipótesis específica y rechazando la hipótesis nula, considerando que el Ceritss 2 tiene el mayor porcentaje de pacientes con 2 pruebas de VIH reactivas a comparación del Ceritss 1.

H₁: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima, 2022.

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima, 2022.

Nivel de significancia = 0.05

Tabla 6

Comparación del cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral

	Pruebas de chi-cuadrado			Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	,278	1	,598		
Corrección por continuidad	,146	1	,703		
Razón de verosimilitudes	,279	1	,598		
Estadístico exacto de Fisher				,662	,352
Asociación lineal por lineal	,277	1	,599		
N de casos válidos	235				

En la tabla 6 se verifica que no existe diferencia significativa en el cumplimiento de metas en el tratamiento antirretroviral en los 2 Ceritss, obteniendo un $\chi^2=0.59 > 0.05$, rechazando la hipótesis de estudio y aceptando la hipótesis nula. Esto quiere decir que ambos Ceritss cumplen con el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral, coincidiendo con el porcentaje obtenido al evaluar dicha dimensión, lo cual es una indicación recomendada por los diferentes organismos especializados en la atención del VIH/Sida.

H₁: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de las metas respecto a la supresión virológica en dos Ceritss de Lima, 2022.

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de las metas respecto a la supresión virológica en dos Ceritss de Lima, 2022.

Nivel de significancia = 0.05

Tabla 7

Comparación del cumplimiento de metas respecto a la supresión virológica

	Pruebas de chi-cuadrado			Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	3,918	1	,048		
Corrección por continuidad	3,411	1	,065		
Razón de verosimilitudes	3,933	1	,047		
Estadístico exacto de Fisher				,063	,032
Asociación lineal por lineal	3,902	1	,048		
N de casos válidos	235				

Respecto a la hipótesis planteada para la supresión virológica, se observa en la tabla 7, que existe diferencia significativa con un $\chi^2=0.048 < 0.05$; en ese sentido se da por aceptada a la hipótesis de estudio y se rechaza la hipótesis nula. El Ceritss 2 obtiene un mayor porcentaje de cumplimiento en esta dimensión relacionada con el detrimento de la replicación del VIH, indicativo del éxito del tratamiento antirretroviral en los pacientes atendidos en los establecimientos de salud que conforman la presente investigación.

H₁: Existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al abandono de tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima, 2022.

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de metas respecto al abandono de tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima, 2022.

Nivel de significancia = 0.05

Tabla 8

Comparación del cumplimiento de metas respecto al abandono de tratamiento antirretroviral

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,106	1	,293		
Corrección por continuidad	,300	1	,584		
Razón de verosimilitudes	1,152	1	,283		
Estadístico exacto de Fisher				,361	,295
Asociación lineal por lineal	1,102	1	,294		
N de casos válidos	235				

La tabla 8 señala que no existe diferencia significativa en el cumplimiento de metas sobre el abandono de tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima ($\chi^2=0.29 >0.05$) por ende se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula. Se valida con la información procesada, puesto que el porcentaje de abandono en el Ceritss 1 es menor que en el Ceritss 2, siendo un aspecto positivo a pesar del no cumplimiento en las otras dimensiones consideradas en el estudio.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de las metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima, 2022, con una muestra conformada por 235 pacientes, divididos en 120 correspondientes al Ceritss 1 y 115 del Ceritss 2. En ambos grupos prevalece el sexo masculino con 86.7% y 89.6% respectivamente, con porcentajes para las mujeres de 13.3% en el Ceritss 1 y 10.4% en el Ceritss 2; que coincide con lo indicado por el Ministerio de Salud (2022), donde la relación del contagio por VIH en varón/mujer es de 3/1.

Los grupos etarios con mayor porcentaje fueron jóvenes y adultos con 53.3% y 42.5% para el Ceritss 1, en Ceritss 2 se obtuvo el 48.7% para ambos grupos; esta información se alinea con lo mencionado por la Dirección de Prevención del VIH en el 2022, que el 51% de los casos se diagnostica entre los 20 y 34 años. Cabe resaltar que, a pesar del poco porcentaje obtenido, se vienen identificando y tratando adolescentes con VIH en centros de salud de baja complejidad.

El tipo de población predominante es el de hombre que tiene sexo con hombre, representando en el Ceritss 2 el 67% y en el 1 el 66.7% con una mínima diferencia, similar a lo obtenido por Santos et al. (2021) donde el 84% de participantes de 5 países era gay. Diversas investigaciones como la de Klein et al. (2019) enfatiza que la población de mujeres transgénero tiene 50 veces mayor probabilidad de tener VIH que las demás personas; en los establecimientos analizados tienen bajos porcentajes (4% en Ceritss 1), posiblemente por la inequidad en el acceso a este grupo vulnerable.

Asimismo, el grado de instrucción con mayor porcentaje fue el de secundaria completa con 91.3% y 79.2% para el Ceritss 2 y 1 respectivamente, en menor cantidad el nivel educativo superior con 21% y 3% para el Ceritss 1 y 2; lo cual indicaría que la diseminación del VIH por el posible desconocimiento de las vías de transmisión, no está relacionado con el bajo nivel educativo de los pacientes. Silva en el 2019, menciona que alrededor de 8 mil personas viviendo con VIH han emigrado de Venezuela por el colapso de la salud pública en ese país, en la presente investigación predomina la nacionalidad peruana con 89.6% y 86.7% para el Ceritss 2 y 1 respectivamente; pero se evidencia la existencia de usuarios venezolanos con un 16% para el Ceritss 1 y 12% para el Ceritss 2.

Referente a la **prueba de hipótesis general**, se comprobó que existe diferencia significativa en el cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima 2022, usando de la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05%; aceptándose la hipótesis planteada y rechazando la nula. Este resultado es similar al de Sepúlveda (2018), quien hace una comparación de logros entre 5 países latinoamericanos para reducir la cantidad de pacientes con VIH/Sida, existiendo diferencias; asimismo, coincide con la Organización Panamericana de Salud (2021), que el cumplimiento de metas de atención es más efectivo cuando se tienen programas informativos- educativos con consejeros pares capacitados y Romero (2022), concluye que existe diferencia entre la cantidad de atenciones a pacientes con VIH, siendo los establecimientos de tercer nivel categorías III-1 y III-2 quienes registran más usuarios atendidos debido a la complejidad que permite la atención integral del paciente seropositivo.

La influencia del compromiso en el logro de los objetivos de la institución, como indican los teóricos de la administración de recursos humanos, influye en que estos establecimientos de salud tengan diferencias en el cumplimiento de las metas de atención a las personas viviendo con VIH. Rabkin (2017), menciona que los servicios de VIH dirigidos por enfermeras, se asociaron significativamente con la calidad de la atención, lo que confirma el papel central de las enfermeras en el logro de los objetivos mundiales de salud y la necesidad de una mayor inversión en educación, formación y tutoría de enfermería.

La planificación operativa (Ilpes, 2009) se refiere al establecimiento de metas a corto plazo, las cuales permiten hacer operativas las estrategias planteadas a nivel nacional para frenar el avance de la infección por VIH. En el estudio realizado, el indicador meta no lograda obtuvo el 56.2% del total de la muestra, lo cual puede estar relacionado con las deficiencias en los servicios ofertados a los usuarios finales (pacientes); a quienes se entregan los productos estratégicos y los resultados finales o los impactos de su intervención se reflejan en el éxito de los programas descentralizados para la atención este tipo de infecciones.

Con relación a la existencia de diferencia significativa en cumplimiento de las metas respecto al diagnóstico de VIH en los dos Ceritss, se encontró un χ^2 de 0,007 menor de 0.05. Se identificó 48.5% de cumplimiento en el Ceritss 2 y

46.8% para el Ceritss 1, lo cual es una gran cantidad de usuarios enrolados en ambos servicios que conocen su estado serológico en forma oportuna. García et al, 2018; indicó que la basal de diagnóstico de VIH en el país fue de 64% para el año 2014 y 78% para el 2017, en México Luna (2018), obtuvo el 65% y Gimeno en España (2021), por el contrario, manifiesta un 26.4% de diagnóstico tardío (Estadio Sida).

National HIV/Aids Strategy (2020), enfatiza la importancia de aumentar el porcentaje de personas con VIH conocedoras de condición de seropositividad al 90% como mínimo, asimismo la vinculación del usuario inmediatamente después del diagnóstico, conseguir la supresión viral y así maximizar los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de contagio. Paredes et al. (2021) hace la precisión que durante la pandemia por Covid 19, la realización de pruebas de VIH a nivel nacional disminuyó significativamente, perjudicando el enrolamiento de casos nuevos y siendo las autopruebas de VIH recomendado por la OMS, una alternativa prometedora para aumentar el tamizaje.

Evaluando los resultados obtenidos, existe una brecha significativa para lograr el cumplimiento de esta meta según las mediciones realizadas años atrás en nuestro país; considerando que para ONUSIDA el porcentaje ideal al 2025 respecto al conocimiento del diagnóstico de VIH será del 95%. Esta misma entidad en el 2022, manifestó que deben reforzarse y ampliar los servicios de prevención del VIH dirigido por la comunidad y adoptar un enfoque de prevención centrados en poblaciones vulnerables (HSH, mujeres transgéneros, trabajadores sexuales).

La hipótesis nula, donde se estableció que no existía diferencia significativa respecto al tratamiento antirretroviral, se comprobó con un χ^2 de 0,59 mayor a 0.05. Se obtuvo porcentajes de cumplimiento del 36.2% en ambos Ceritss, estando lejos del basal planteado en 2014 (46% a nivel nacional), 94 % en México (Luna, 2018) y España 94% (Gimeno, 2021); es necesario tener en cuenta la importancia del inicio oportuno del tratamiento para VIH, Ruiz (2020), menciona que 67% de PVVs en tratamiento sintió una gran mejoría en su calidad de vida considerando que esta infección es una patología crónica. En España, Pérez-Elías (2021), destaca la importancia de la utilización de TAR durante 32 años, la cual ha evitado un gran número de muertes y casos de sida, generando

importantes ahorros económicos para el Sistema Nacional de Salud, siendo una intervención de salud pública eficiente para el Estado.

Cabe resaltar que se debe garantizar la continuidad del tratamiento, puesto que las personas infectadas por el VIH-1 requieren terapia antirretroviral de por vida, porque la interrupción del mismo conduce a una rápida viremia de rebote. (Mendoza et al, 2018) y que a pesar de que tiene un efecto preventivo considerable, debe usarse en conjunto con otras intervenciones biomédicas que disminuyan las prácticas de transmisión de VIH por contacto, como es el uso de preservativos masculinos y femeninos, reducción del uso de drogas inyectables y la circuncisión médica voluntaria (OMS, 2016).

La hipótesis específica sobre si existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento respecto a la supresión virológica, se obtuvo el valor de χ^2 igual a 0,048 menor de 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis de estudio. El porcentaje de cumplimiento en ambos Ceritss es del 31.9% para el Ceritss 2 y 26.8% para el Ceritss 1; Cáceres et al. (2019), obtuvo que en nuestro país la carga viral indetectable en los centros que brindan TAR estuvo en un 36%, Luna (2018), en un hospital mexicano obtuvo el 84% y en un hospital madrileño, Gimeno consiguió el 96.2%, siendo este último un valor considerablemente distante al conseguido en el estudio, teniendo en cuenta que Ghosn et al. (2018) menciona que el acceso insuficiente a la vigilancia virológica en muchos países de ingresos bajos y medianos siguen siendo barreras importantes haciendo que solo el 44% de las personas que viven con VIH a nivel mundial, fueron suprimidos viralmente en 2016.

El indicador supresión virológica, es considerado como un estándar de calidad para los centros que brindan tratamiento antirretroviral, así como el porcentaje de retención que está relacionado con el número de visitas que realiza el usuario al establecimiento de salud. Un estudio realizado por Klein et al, en el 2020, indica que el tipo de población de riesgo con menor porcentaje de supresión virológica son las mujeres transgéneros, recomendando que el éxito para el logro de esta meta en la mayor cantidad de usuarios es desarrollar y apoyar iniciativas para mitigar las disparidades en la atención a las poblaciones claves y retroalimentar el progreso hacia la eliminación de estas desigualdades.

Finalmente, sobre la hipótesis respecto al abandono del tratamiento antirretroviral, no se encontró diferencia significativa en los resultados obtenidos en los dos Ceritss, con un $X^2=0.293 > 0.05$, rechazándose la hipótesis de estudio y aceptando la hipótesis nula. Los porcentajes obtenidos en ambos centros de salud fueron reducidos (Ceritss 1, 0.4% y Ceritss 2, 1.3%), teniendo en cuenta que debe ser menor del 10%; lo cual es un aspecto positivo y también un estándar de calidad al momento de la evaluación de estos establecimientos; haciendo la comparación con dos centros de mayor complejidad, Claros (2020), obtuvo 9.28% de abandono al TAR y Canchis (2021), determino que una de las principales causas para el abandono fue el ser varón adulto mayor.

Chavarry-Ysla et al. (2020) menciona que en un grupo de pacientes de la etnia Perú-Amazónica Kusu Pagata, la edad promedio de los usuarios no adherentes al TAR fue de 21 años, siendo motivo de preocupación para las autoridades sanitarias, ya que en la actualidad con los avances en el tratamiento; la infección por el VIH como un proceso crónico, planteando retos para asegurar que los pacientes no desistan de acudir a sus controles, (Minsa, 2021) perfeccionado las competencias de los equipos multidisciplinarios que atenderán pacientes con VIH que presentarán otras enfermedades crónicas (cardiovasculares, osteoarticulares o metabólicas entre otras), relacionados con la cronicidad y el envejecimiento. (Mascort et al, 2018)

En ese sentido, es indispensable precisar que una línea de investigación importante sobre la temática, es una monitorización de la estadística de cumplimiento de los diferentes Ceritss, siendo una limitante la obtención de los datos en todos los Ceritss y en los centros de atención de salud, a fin de contar con una data actualizada frecuentemente que permita tomar decisiones completamente informadas y fundamentadas en la problemática.

VI. CONCLUSIONES

Primera: Existe diferencia significativa en el nivel cumplimiento de metas en la atención de pacientes con VIH en dos Ceritss de Lima con $X^2 = 0,046 < 0,05$ aceptándose la hipótesis de estudio y rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto, el Ceritss 2 tiene un mayor logro de la meta de cumplimiento que el Ceritss 1.

Segunda: Existe diferencia significativa en el nivel cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH en dos Ceritss de Lima con $X^2 = 0,007 < 0,05$ aceptándose la hipótesis de estudio y rechazándose la hipótesis nula; se considera que el Ceritss 2 tiene el mayor porcentaje de pacientes con 2 pruebas de VIH reactivas a comparación del Ceritss 1.

Tercera: No existe diferencia significativa en el nivel cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima con $X^2 = 0,598 > 0,05$ por lo que se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis; eso quiere decir que ambos Ceritss cumplen con el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral.

Cuarta: Existe diferencia significativa en el nivel cumplimiento de metas respecto a la supresión virológica en dos Ceritss de Lima con $X^2 = 0,048 < 0,05$ aceptando a la hipótesis de estudio y se rechazando la hipótesis nula; el Ceritss 2 obtiene un mayor porcentaje de cumplimiento en esta dimensión relacionada con la disminución de la carga viral del VIH, lo cual indica el éxito del tratamiento antirretroviral.

Quinta: No existe diferencia significativa en el nivel cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral en dos Ceritss de Lima con $X^2 = 0,293 > 0,05$ por ende se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula. Se concluye que el porcentaje de abandono en el Ceritss 1 es menor que en el Ceritss 2, siendo un aspecto positivo a pesar del no cumplimiento en las otras dimensiones consideradas en el estudio.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda estandarizar los indicadores referidos al cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en establecimientos de salud del primer nivel de atención que tengan las condiciones requeridas para ofertar dichos servicios.

Segunda: Fortalecer el diagnóstico de VIH no solo en los Ceritss, sino en todos los establecimientos de salud, independientemente la capacidad resolutive que cuenten, ya que servirían para que cada usuario tenga la oportunidad de realizarse un descarté e iniciar precozmente el tratamiento.

Tercera: Supervisión y monitoreo del cumplimiento de metas de atención por parte de los gestores responsables de dicha actividad, asimismo, brindar el reconocimiento a los establecimientos que cumplen con las coberturas para que sirva de estímulo y ejemplo a los demás Ceritss.

Cuarta: Garantizar el abastecimiento de insumos médicos, antirretrovirales, recurso humano capacitado y sensibilizado en la atención a pacientes con VIH, ya que serán usuarios a quienes se les brindará el paquete integral de por vida.

Quinta: Continuar con la descentralización de la atención integral a personas viviendo con VIH en establecimientos de salud de baja complejidad, siempre y cuando sean pacientes recién diagnosticados con la infección y que no presenten otras comorbilidades asociadas que deben ser resueltas en centros de mayor capacidad resolutive.

Sexta: Incentivar al personal de salud a que desarrolle actividades de investigación en los Ceritss, manteniendo los aspectos éticos que involucran la atención de pacientes con VIH.

REFERENCIAS.

Avendaño, M. (2017). *Análisis policy frames de la política pública de prevención y control del VIH/Sida en Chile*. [Tesis para optar el grado de magíster en gestión y políticas públicas, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile.

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145191>

Baena, P.G. (2017). *Metodología de la Investigación. Serie Integral por Competencias*. (3° ed.). Cd. De México. México. Grupo Editorial Patria.

Cáceres, C. (2019). *Estudio sobre el continuo de la atención de las personas viviendo con VIH*. Ministerio de Salud.

<http://pees.minsa.gob.pe/course/view.php?id=779§ion=2>

Canchis, A. (2019). *Prevalencia de abandono al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH que iniciaron terapia con atripla en el HCH durante el 2019*. [Trabajo académico para optar el título de especialista en enfermedades infecciosas y tropicales Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<https://hdl.handle.net/20.500.12866/7947>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2019). *Boletín epidemiológico Infección por VIH*.

<https://acortar.link/zWVHHO>

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (2017). *Directiva para la actualización del plan estratégico de desarrollo nacional Plataforma digital única del Estado Peruano*.

<https://acortar.link/C15btz>

Chávarry-Ysla P., Febres-Suazo R., Ynga-Chicoma M., Calleja-Torres J., & Cabrera-Cabrera, X. (2020). *Política pública transcultural y factores no adherentes al targa del VIH-Sida etnia Perú-amazónica Kusu Pagata*.

<https://acortar.link/jsevE7>

Chiavenato, I. (2009). *Gestión del Talento Humano*. (3°ed.). México D.F. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. S.A.

<https://acortar.link/msuE11>

Claros, J. (2020). *Factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-Sida hogar san camilo*

2017. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Federico Villarreal].
Repositorio Universidad Federico Villarreal.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4565>
- Del Cid, A., Méndez, R., & Sandoval F. (2011). *Investigación. Fundamentos y Metodología*. (2° ed.). México D.F. Editorial Pearson Educación.
<https://acortar.link/0jgTWi>
- Dessler, G. (2009). *Administración de recursos humanos* (10° ed.). México D.F. Pearson Educación.
<https://acortar.link/b2VGGm>
- Dirección de Prevención del VIH, ETS y Hepatitis (2022, abril) *Situación de las ITS, VIH y hepatitis en el Perú en el contexto de la COVID-19*. [Presentación de PowerPoint].
<https://acortar.link/HOalrl>
- Fayol. H. (1916). *General and Industrial Managment*.
<https://acortar.link/RbZyMD>
- García, L., Novoa, R., Humaán, B., & Benites, C. (2018). *Continuo de la atención de personas que viven con VIH y brechas para el logro de las metas 90-90-90 en Perú*. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 35 (3): 491-6. DOI 10.17843/rpmesp.2018.353.38.53.
- GeSida. (2017). *Documento informativo sobre la infección por el VIH*. Sociedad española interdisciplinaria del Sida.
<https://gesida-seimc.org/wp-profesionales.pdf>
- Ghosn, J., Taiwo, B., Seedat, S., Autran., & Katlama, C. (2018). *HIV*. *Lancet* 2018; 392: 685–97.
<http://dx.doi.org/10.1016/>
- Gimeno, A. (2021). *Cumplimiento de los indicadores de calidad asistencial GeSIDA en la atención al paciente con infección por VIH*. [Tesis de doctorado, Universidad Francisco de Vitoria de Madrid]. Depósito Digital UFV.
<http://hdl.handle.net/10641/2730>
- Glenn-Milo, Santos., Ackerman, B., Rao, Amrita., Wallach, S., Ayala, G., Lamontage, E., & Garner, A. (2021). *Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19*

- Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men.*
<https://doi.org/10.1007/s10461-020-02969-0>
- Havlir, D., Balzer, L., Charlebois, E., Clark, T., Kwarisiima, D., Ayieko, J., Kabami, J., Sang, N., & Liegler, T. *HIV Testing and Treatment with the Use of a Community Health Approach in Rural Africa.*
DOI: 10.1056/NEJMoa1809866
- Hernández, S.R, Fernández, C.C, & Baptista, L.M. (2014). *Metodología de la Investigación.* (6° ed.). México D.F. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. (2009). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público.*
<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3718>
- Indeed. (2021, abril). *Diferencia entre meta y objetivo.*
<https://acortar.link/gSkSp6>
- Infosida. (2015). *Términos relacionados con el VIH/Sida.*
<https://infosida.nih.gov/order-publications/>
- Klein, P., Psihopoulos, D., Xavier, J., & Cohen, S. (2019). *HIV-related outcome disparities between transgender women living with HIV and cisgender people living with HIV served by the Health Resources and Services Administration's Ryan White HIV/AIDS Program: A retrospective study.*
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003125>
- Kroeger, A., & Luna, R. (1987). *Atención primaria de salud. Principios y métodos.* Organización Panamericana de la Salud.
<https://acortar.link/hn3d96>
- Lima, M., Pinho, C., Ramos, C., Santos, M., & Andrade, M. (2021). *Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV.*
<https://acortar.link/tGoJ2u>
- Luna, Y. (2018). *Diseño y validación de indicadores de la calidad de atención basada en la evidencia científica de pacientes VIH-positivos de un hospital de segundo nivel de la secretaría de salud.* [Tesis de maestría,

Instituto Nacional de Salud Pública]. Catálogos Instituto Nacional de Salud Pública de México.

<https://catalogoinsp.mx/files/tes/LunaMireles.pdf>

Mascort, J., Aguado, C., Alastrue, I., Carrillo, R., Fransi, L., & Zarco, J. (2018). *VIH y atención primaria. Volver a pensar en el sida*. *Aten Primaria*. 49 (2).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.001>

Mendoza, P., Gruell, H., Nogueira, L., Pai, J., Butler, A., Millard, K., Lehmann, C., Suárez, I., Oliveira, T., Lorenzi, J., Cohen, Y., Wyen, C., & Kümmerle, T. (2018). *Combination therapy with anti-HIV-1 antibodies maintains viral suppression*.

<https://doi.org/10.1038/s41586-018-0531-2>

Ministerio de Salud. (2020). Documento Técnico “Plan Multisectorial de Prevención y Control de las ITS/VIH y Sida, 2015-2019”.

<https://acortar.link/PaWk7w>

Ministerio de Salud. (2020). *NTS N°16-MINSA/2020/DGIESP “Norma Técnica de Salud Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*.

<https://acortar.link/pcT2xM>

Ministerio de Salud. (2021). “*Norma Técnica de Salud para la atención integral de las niñas, niños y adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*”.

<https://acortar.link/8fMlzg>

Nash, D., Robertson, M., Penrose, K., Chamberlin, S., Robbins, R., Braunstein, S., Myers, J., Bisrat, A., Kulkarni, S., Waldron, L., Levin, B., & Irvinel, M. (2018). *Short-term effectiveness of HIV care coordination among persons with recent HIV diagnosis or history of poor HIV outcomes*.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204017>

Ñaupas, H., Valdivia, M.R., Palacios, J.J., & Romero, H.E. (2013). *Metodología de la Investigación Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de la Tesis*. (5° ed.). Bogotá, Colombia. Ediciones de la U.

Organización Panamericana de Salud (2016). *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave*.

<https://doi.org/10.37774/9789275320075>

Onusida (2021). *Monitoreo global del Sida 2022 (Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida del 2021.*

<https://acortar.link/1379F7>

Paredes, JL., Navarro, R., Cabrera, DM., Díaz, MM., Mejía, F., & Cáceres C. (2021). *Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19.* Rev Peru Med Exp Salud Pública, 38 (1)

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6471>.

Pan American Health Organization (2019). *Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>

Pérez-Elías, M., Podzamczar, D., Ventayol, P., Jarrín, I., Castro, A., Rubio-Rodríguez, D., & Rubio-Terrés, C. (2022). *Beneficio clínico y económico de 32 años de tratamiento antirretroviral de personas que viven con VIH en España: ¿Ha sido una intervención eficiente?*

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.05.006>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2014). *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.*

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2018). *Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026 acabar con las desigualdades, acabar con el SIDA.*

<https://acortar.link/4pvb0n>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2022) *Prevención del VIH para 2025. Hoja de Ruta.*

<https://acortar.link/WV8gF6>

Quignard, M. (2019). *Análisis del proceso de atención de pacientes con VIH-Sida adscriptos a un centro de salud del distrito noroeste de la secretaría de salud pública de rosario.* Investigación en salud, Vol.13. 2019-2020.

<https://acortar.link/PDjiW>

- Rabkin, M., Lamb, M., Osakwe, Z., Mwangi, P., El-Sadr, W., & Strasser, S. (2017). *Nurse-led HIV services and quality of care at health facilities in Kenya, 2014-2016*.
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.180646>
- Romero, P. *Situación epidemiológica de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los diferentes departamentos del Perú durante el periodo 2018-2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis Repositorio de Tesis Digitales.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/17636>
- Ruiz, P., Sánchez-Rubio, J., Molina, T., & Alonso-Vega, G. (2020). *Resultados en calidad de vida comunicados por pacientes en tratamiento antirretroviral*. *Rev. Ofil-Ilaphar* 2020, 30;2:105-107.
<https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000200008>
- Sepúlveda, D., Montaña, J., & Vargas, M. (2021). *Comparación de los modelos de atención primaria en salud desde un enfoque sanitario en Colombia y sus países fronterizos*. *Movimiento Científico*, 15 (1), 1-13. DOI: 10.33881/2011-7191.mct.15107.
- Silva, A. (2019). *Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú*.
<https://acortar.link/R5PAy1>
- Soto, L. (2004). *Mecanismos patogénicos de la infección por VIH*. *Rev invest clin* 2004 vol. 56 (2): 143-152.
<https://acortar.link/Bmag9M>
- White Office of National AIDS Policy (2020). *National HIV/Aids Strategy 2022-2025*.
<https://acortar.link/gai9H>

Anexo 01 Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	NIVEL/RANGO
Cumplimiento de Metas de atención a pacientes con VIH	Resultado de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud que se brindan a las personas viviendo con VIH de forma integral con calidad y equidad (Minsa, 2020) que se logran alcanzar en un período de tiempo establecido (Kroeger et al. 1987).	Se realizará mediante una lista de cotejo, procedente de la revisión de los expedientes de pacientes con infección por VIH atendidos en 02 Ceritss de Lima y se medirán 04 dimensiones basadas en los indicadores de la atención integral de la norma técnica de salud para el adulto con VIH: Diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, supresión virológica, abandono de tratamiento, con categorías de cumplimiento de acuerdo al porcentaje asignado a cada indicador	Diagnóstico de VIH	Prueba 1 Prueba 2		
			Tratamiento antirretroviral	Tratamiento dentro de los 15 días de confirmado el diagnóstico.	Cumple=1 No cumple=0	Meta lograda=4
			Supresión virológica	Cuenta con 01 control de carga viral <1000 copias m/l.		Meta no lograda ≤ 3
			Abandono de tratamiento antirretroviral	Ausencia del paciente por un período mayor de 30 días contados a partir del día de su cita de control.	Cumple=0 No cumple=1	

Anexo 2 Instrumentos de recojo de información

LISTA DE VERIFICACION CUMPLIMIENTO DE METAS DE ATENCION A PACIENTES CON VIH

Fecha de revision de expediente:		Código:		N° expediente:	
CERITSS:					
I. Datos Generales					
Edad:		Distrito donde reside:		Tipo de poblacion: PG () HSH () MT () TS ()	
Sexo:		Estado civil:		Pais de nacimiento:	
Grado de Instrucción:	Primaria		Secundaria		Superior
II. Datos de la atención:					
Diagnóstico de VIH					
1) Cuenta con dos pruebas rápidas de tamizaje de VIH reactivas según indica la norma técnica vigente:				Cumple	No cumple
Fecha prueba 1:					
Fecha prueba 2:					
Tratamiento antirretroviral:					
2) Inicio el tratamiento antirretroviral dentro de los quince días de haber sido diagnosticado con la infección por VIH				Cumple	No cumple
Fecha inicio de tratamiento:					
Supresión virológica:					
3) Cuenta con 01 control de carga viral menor o igual a 1000 copias ml a los tres y/o seis meses de iniciado el tratamiento antirretroviral				Cumple	No cumple
Fecha de controles:					
Número de copias:					
Abandono de tratamiento					
4) Ausencia del paciente por un período mayor de 30 días contados a partir del día de su cita de atención.				Cumple	No cumple
Tiempo de abandono en días:					

Anexo 3 Validez y confiabilidad

N°	Grado Académico	Validadores	Resultado
1	Doctor	Nory Maribel Oviedo Sarmiento	Aplicable
2	Doctor	Juan Carlos Benites Azabache	Aplicable
3	Doctor	Walter Félix Salazar Panta	Aplicable

Estadísticas de fiabilidad

K de Richardson	N de elementos
0.801	15

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_{tt} = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Anexo 4 Certificado de validez de contenido del instrumento que mide el cumplimiento de metas de atención



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE SUPERVISIÓN

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: Diagnóstico de VIH Cuenta con 02 pruebas rápidas reactivas							
2	DIMENSIÓN 2: Tratamiento antirretroviral Paciente inicio tratamiento dentro de los 15 días de confirmado el diagnóstico con 02 pruebas rápidas.							
3	DIMENSIÓN 3: Supresión virológica Cuenta con 01 control de carga viral menor a mil copias a los 3, 6 o 12 meses de iniciado el tratamiento.							
4	DIMENSIÓN 4: Abandono de tratamiento antirretroviral El paciente no acudió a su control por un periodo mayor de 30 días.							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. **Dt/ Mg:** **DNI:**

Especialidad del validador:

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

.....de.....del 20.....

.....
Firma del Experto Informante.

Anexo 5 Autorización para aplicar instrumentos

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del congreso de la República del Perú"

Independencia, 15 de agosto del 2022

Estimada Licenciada Melissa Alegre Tuesta:

Mediante el presente me dirijo a usted, para saludarla cordialmente e informarle que, según lo coordinado con vuestra persona, respecto a la investigación titulada: **"Cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH en dos Cerits de Lima, 2022"**, con la finalidad de obtener el grado de Magister en "Gestión de los Servicios de la Salud".

En ese sentido, se comunicará al personal de los establecimientos para que le puedan brindar las facilidades que se requieran para la recolección de datos relacionados con la atención de los usuarios. Asimismo, se recomienda utilizar la información de forma confidencial, sin divulgar los nombres de los pacientes ni de los establecimientos de salud que formaran parte del estudio.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGISTRO Y PLANIFICACIÓN DE SALUD URBANA NORTE
DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA

DRA. LUZ ESTHER PICÓAGA ROMERO
RESPONSABLE FRENTE FUNCIONAL ÁREA TRANSMISIBLES
COP 21438

Anexo 6

Gráfico de barras cumplimiento de metas de atención a pacientes con VIH

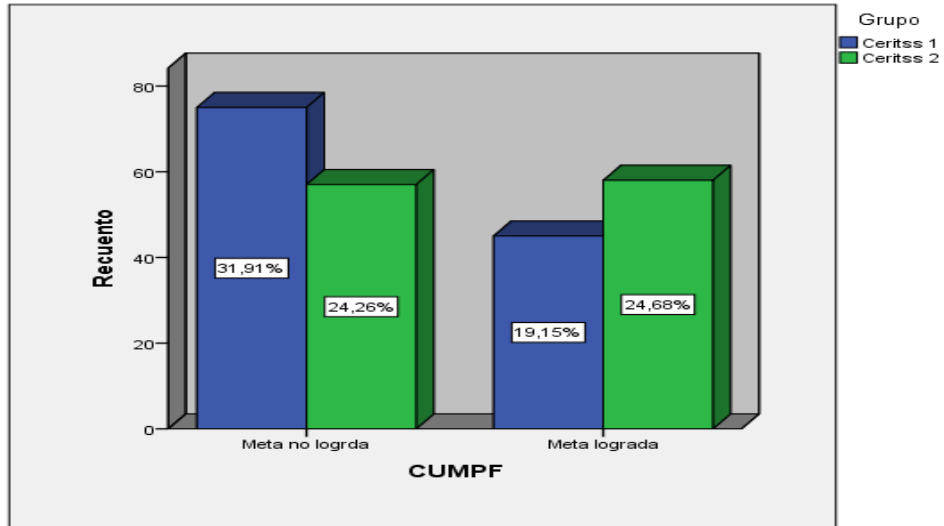


Gráfico de barras cumplimiento de metas respecto al diagnóstico de VIH

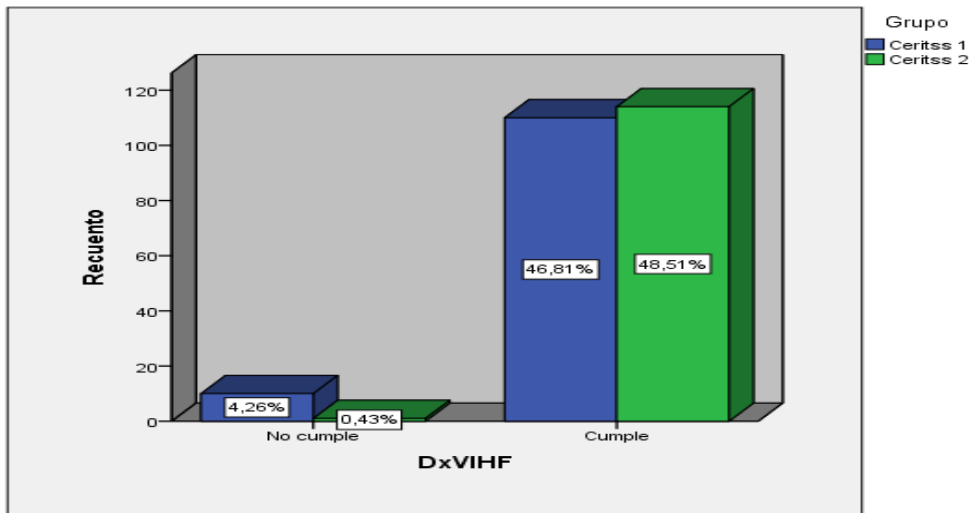


Gráfico de barras cumplimiento de metas respecto al tratamiento antirretroviral

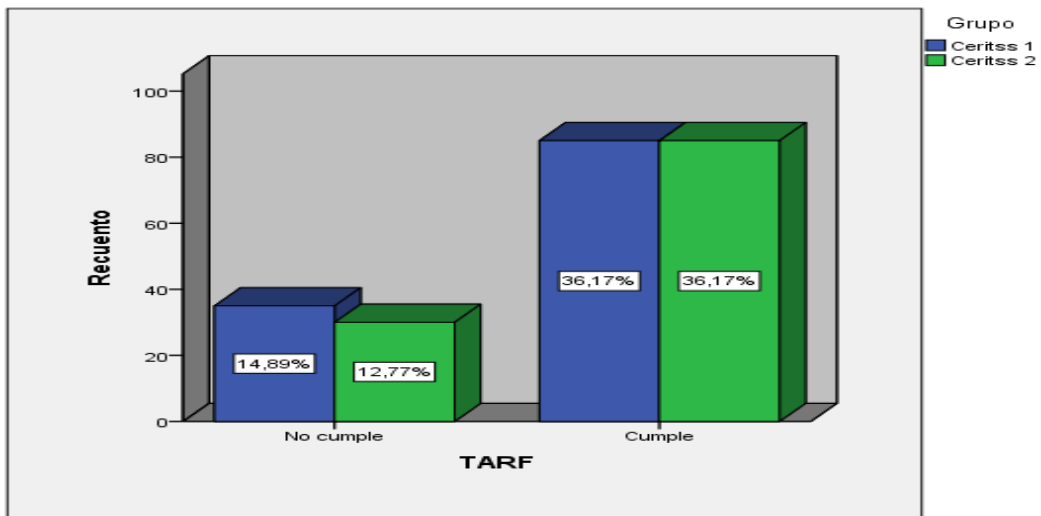


Gráfico de barras cumplimiento de metas respecto a la supresión virológica

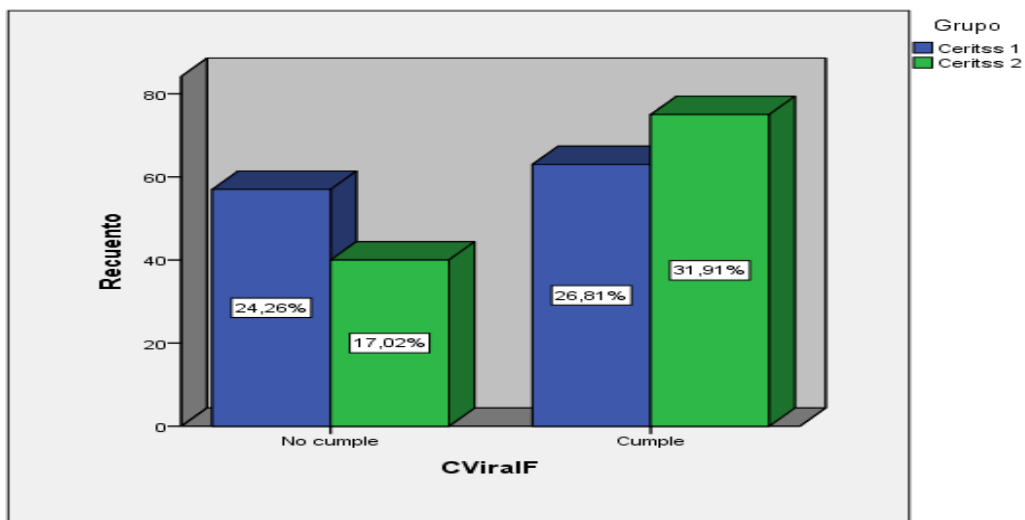
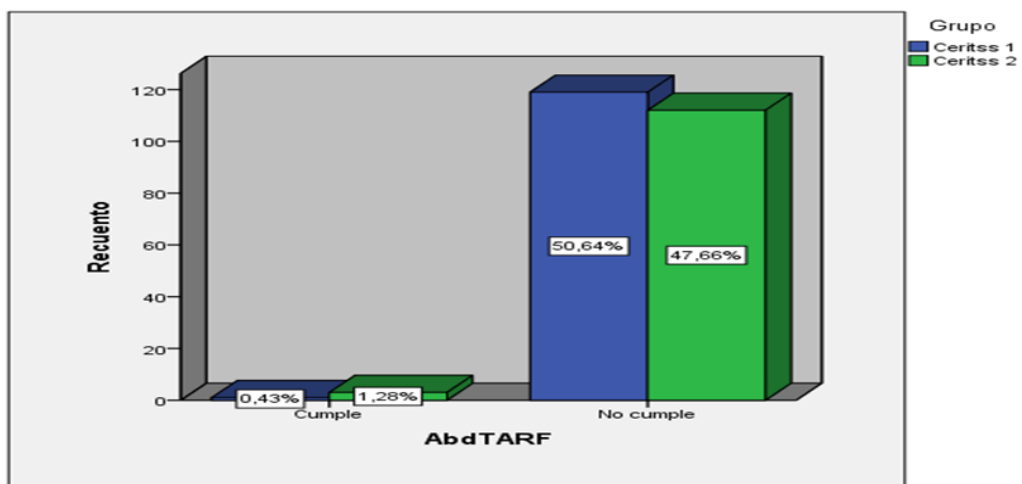


Gráfico de barras cumplimiento de metas respecto al abandono de tratamiento antirretroviral



Anexo 7 base de datos

Exp	CUMPLIMIENTO METAS ATENCION				Cumplimiento metas de atención
	D1 Dx VIH	D2 TAR	D3 Cviral	D4 AbdTAR	
E1	1	1	1	1	4
E2	0	0	1	1	2
E3	0	0	0	1	1
E4	1	1	1	1	4
E5	1	1	0	1	3
E6	1	1	0	1	3
E7	1	1	1	1	4
E8	0	0	1	1	2
E9	1	1	1	1	4
E10	0	0	0	1	1
E11	1	1	1	1	4
E12	1	0	0	1	2
E13	1	1	0	1	3
E14	0	0	1	1	2
E15	0	0	1	1	2
E16	0	0	1	1	2
E17	1	1	1	1	4
E18	0	0	1	1	2
E19	1	1	0	1	3
E20	1	1	1	1	4
E21	1	1	0	1	3
E22	1	1	1	1	4
E23	1	1	0	1	3
E24	1	1	1	1	4
E25	1	1	1	1	4
E26	1	1	1	1	4
E27	1	0	1	1	3
E28	1	0	1	1	3
E29	1	1	0	1	3
E30	1	1	0	1	3
E31	1	1	0	1	3
E32	1	0	0	1	2
E33	1	1	1	1	4
E34	1	1	1	1	4
E35	1	1	1	1	4
E36	1	1	1	1	4
E37	1	0	0	1	2
E38	1	0	1	1	3
E39	0	1	0	1	2
E40	1	1	0	1	3
E41	1	1	0	1	3
E42	1	1	1	1	4
E43	1	1	1	1	4
E44	1	0	1	1	3
E45	1	1	1	1	4
E46	1	1	1	1	4
E47	1	0	0	1	2
E48	1	1	0	1	3
E49	1	1	1	1	4
E50	1	0	1	1	3
E51	1	1	1	1	4
E52	1	1	1	1	4
E53	1	1	1	1	4
E54	1	1	0	1	3
E55	1	1	0	1	3
E56	1	1	0	1	3
E57	1	1	1	1	4
E58	1	0	0	1	2
E59	1	1	1	1	4
E60	1	1	1	1	4
E61	1	1	1	1	4
E62	1	1	1	1	4
E63	1	1	1	1	4
E64	1	1	1	1	4
E65	1	0	1	1	3
E66	1	1	1	1	4
E67	1	1	0	1	3
E68	1	1	1	1	4
E69	1	1	0	1	3
E70	1	1	1	1	4
E71	1	1	0	1	3
E72	1	1	1	1	4
E73	1	1	1	1	4
E74	1	0	0	1	2
E75	1	0	1	1	3
E76	1	1	1	1	4
E77	1	1	1	1	4
E78	1	1	1	1	4
E79	1	1	0	1	3
E80	1	1	1	1	4
E81	1	1	0	1	3
E82	1	1	0	1	3
E83	1	1	0	1	3
E84	1	1	0	1	3
E85	1	1	0	1	3
E86	1	1	0	1	3
E87	1	0	1	1	3
E88	1	0	1	1	3
E89	1	1	0	1	3
E90	1	1	1	1	4
E91	1	0	0	1	2
E92	1	0	0	1	2
E93	1	0	1	1	3
E94	1	1	1	1	4
E95	1	0	0	1	2
E96	0	0	1	1	2
E97	1	1	0	0	2
E98	1	1	0	1	3
E99	1	1	0	1	3
E100	1	1	0	1	3
E101	1	1	0	1	3
E102	1	1	1	1	4
E103	1	1	0	1	3
E104	1	1	0	1	3
E105	1	1	0	1	3
E106	1	0	1	1	3
E107	1	1	0	1	3
E108	1	0	0	1	2
E109	1	1	1	1	4
E110	1	1	1	1	4
E111	1	1	1	1	4
E112	1	0	1	1	3
E113	1	0	0	1	2
E114	1	0	0	1	2
E115	1	1	0	1	3
E116	1	1	0	1	3
E117	1	1	1	1	4
E118	1	0	0	1	2
E119	1	1	0	1	3
E120	1	0	1	1	3

E121	1	1	1	1	4
E122	1	1	1	1	4
E123	1	1	1	1	4
E124	1	0	1	1	3
E125	1	1	1	1	4
E126	1	1	1	1	4
E127	1	1	1	1	4
E128	1	1	1	1	4
E129	1	1	0	1	3
E130	1	0	0	1	2
E131	1	1	1	1	4
E132	1	1	1	1	4
E133	1	1	0	1	3
E134	1	1	1	1	4
E135	1	1	1	1	4
E136	1	1	1	1	4
E137	1	1	1	1	4
E138	1	0	1	1	3
E139	1	0	1	1	3
E140	1	1	0	1	3
E141	1	0	1	1	3
E142	1	1	1	1	4
E143	1	1	1	1	4
E144	1	0	0	0	1
E145	1	1	1	1	4
E146	1	0	0	1	2
E147	1	1	1	1	4
E148	1	1	1	1	4
E149	1	1	1	1	4
E150	1	1	1	1	4
E151	1	1	1	1	4
E152	1	0	0	0	1
E153	1	1	1	1	4
E154	1	1	0	1	3
E155	1	1	1	1	4
E156	1	1	1	1	4
E157	1	1	0	1	3
E158	1	1	1	1	4
E159	1	1	1	1	4
E160	1	1	0	1	3
E161	0	1	1	1	3
E162	1	0	1	1	3
E163	1	1	1	1	4
E164	1	1	1	1	4
E165	1	0	0	1	2
E166	1	0	1	1	3
E167	1	1	0	1	3
E168	1	1	1	1	4
E169	1	1	1	1	4
E170	1	1	1	1	4
E171	1	0	1	1	3
E172	1	1	1	1	4
E173	1	1	1	1	4
E174	1	1	0	1	3
E175	1	0	1	0	2
E176	1	1	1	1	4
E177	1	0	1	1	3
E178	1	1	1	1	4
E179	1	1	1	1	4
E180	1	1	1	1	4
E181	1	0	0	1	2
E182	1	1	1	1	4
E183	1	0	1	1	3
E184	1	1	0	1	3
E185	1	1	1	1	4
E186	1	1	1	1	4
E187	1	0	1	1	3
E188	1	0	1	1	3
E189	1	0	1	1	3
E190	1	1	1	1	4
E191	1	1	1	1	4
E192	1	1	1	1	4
E193	1	1	1	1	4
E194	1	1	1	1	4
E195	1	1	1	1	4
E196	1	1	1	1	4
E197	1	1	0	1	3
E198	1	1	1	1	4
E199	1	0	0	1	2
E200	1	0	0	1	2
E201	1	1	1	1	4
E202	1	1	0	1	3
E203	1	1	1	1	4
E204	1	1	0	1	3
E205	1	1	0	1	3
E206	1	1	0	1	3
E207	1	1	1	1	4
E208	1	1	0	1	3
E209	1	0	0	1	2
E210	1	1	1	1	4
E211	1	0	1	1	3
E212	1	1	1	1	4
E213	1	1	0	1	3
E214	1	1	0	1	3
E215	1	0	1	1	3
E216	1	1	0	1	3
E217	1	1	1	1	4
E218	1	0	0	1	2
E219	1	1	1	1	4
E220	1	1	1	1	4
E221	1	1	0	1	3
E222	1	1	0	1	3
E223	1	0	0	1	2
E224	1	1	0	1	3
E225	1	1	1	1	4
E226	1	1	0	1	3
E227	1	1	0	1	3
E228	1	0	0	1	2
E229	1	1	0	1	3
E230	1	1	1	1	4
E231	1	0	1	1	3
E232	1	0	0	1	2
E233	1	1	0	1	3
E234	1	0	0	1	2
E235	1	1	0	1	3



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Cumplimiento de Metas de Atención a Pacientes con VIH en Dos Ceritss de Lima, 2022", cuyo autor es ALEGRE TUESTA MELISSA CELESTE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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

LIMA, 04 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS DNI: 31035536 ORCID: 0000-0001-9970-3117	Firmado electrónicamente por: TCAMPANAJ el 07- 01-2023 09:03:48

Código documento Trilce: TRI - 0509506