



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Prestaciones sanitarias y calidad de vida en personas viviendo con  
VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

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

**AUTORA:**

Lino Portilla, Catherine Marilia (orcid.org/0000-0003-2168-6921)

**ASESORA:**

Dra. Alva Loyola, Maria Elena (orcid.org/0000-0002-3034-2170)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**TRUJILLO – PERÚ**  
**2020**

## Dedicatoria

La presente investigación está dedicada a mis padres, quienes me enseñaron que incluso la tarea más grande se puede lograr si se hace un paso a la vez.

## Agradecimiento

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo, quisiera agradecer también a mis padres por su apoyo constante y motivación en momentos que necesite sus consejos.

## Índice de Contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimiento	16
3.6. Método de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	17
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	

## Índice de Tablas

Tabla 1. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable prestaciones sanitarias.....	17
Tabla 2. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable calidad de vida.....	18
Tabla 3. Prestaciones preventivas promocionales y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.....	19
Tabla 4. Prestaciones sanitarias y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.....	20
Tabla 5. Prestaciones administrativas y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.....	21
Tabla 6. Rangos interpretativos de prestaciones sanitarias.....	56
Tabla 7. Rangos interpretativos de calidad de vida.....	56

## Resumen

El objetivo de estudio fue determinar las prestaciones sanitarias y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020. Para lo cual se efectuó un tipo de estudio básica, con diseño no experimental, transversal y correlacional, desarrollado en una población censal constituida por 65 personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén. La técnica encuesta, permitió optar por el Cuestionario sobre prestaciones sanitarias y el Cuestionario de calidad de vida de Olson y Barnes. Finalmente, se concluyó que el nivel predominante de prestaciones sanitarias es el bueno, según el 52.3% de evaluados; asimismo, el nivel predominante de la calidad de vida es el bueno, según el 86.2% de evaluado. Por otro lado, se observa que el 40% de evaluados que tienen un nivel bueno de calidad de vida, también tienen un nivel bueno de prestaciones sanitarias. Finalmente, se observa una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $r = 0.413$ ) entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

Palabras clave: Prestaciones sanitarias, calidad de vida, prestaciones asistenciales.

## **Abstract**

The objective of the study was to determine the health benefits and their relationship with the quality of life in people living with HIV at Hospital II de Apoyo Chapén, 2020. For this, a basic type of study was carried out, with a non-experimental, cross-sectional and correlational design, developed in a census population made up of 65 people living with HIV from Hospital II de Apoyo Chapén. The survey technique allowed choosing the Olson and Barnes Questionnaire on health benefits and the Quality of Life Questionnaire. Finally, it was concluded that the predominant level of health benefits is good, according to 52.3% of those evaluated; likewise, the predominant level of quality of life is good, according to 86.2% of those evaluated. On the other hand, it is observed that 40% of those evaluated who have a good level of quality of life, also have a good level of health benefits. Finally, a direct and highly significant correlation ( $p < 0.01$ ), of a moderate degree ( $r = 0.413$ ), is observed between health benefits and quality of life in people living with HIV at Hospital II de Apoyo Chapén, 2020.

Keywords: Health benefits, quality of life, healthcare benefits.

## I. INTRODUCCIÓN

El sistema de atención médica consiste en una arquitectura compleja que integra diferentes instituciones y sus interdependencias; el principal elemento y recurso de su existencia es la prestación sanitaria. En este sentido, sus acciones se centran en las necesidades de la salud humana, que es un recurso humano, y una garantía de que sea lo suficientemente consistente y expresiva para garantizar la coordinación y participación operativas. Estas características están presentes en muchos sistemas nacionales no expresivos que sistemáticamente coordinan actividades para el mantener de la salud. (Academia Peruana de Salud, 2013).

Sin embargo, para que el sistema sanitario alcance un nivel estándar de calidad en cuanto a condiciones sanitarias, es necesario mejorar el sistema de salud, la ciencia y la tecnología; esto les permitirá alcanzar su objetivo principal de mejorar la salud de todos y responder a sus necesidades de manera oportuna. Además del objetivo principal, el sistema de atención médica trata de proteger a todos financieramente de las posibles consecuencias de la enfermedad mediante la estimación de los costos (Park, et al., 2007). Así también, cada régimen sanitario tiene su propia estructura. Teniendo por función la financiación; proporcionando servicios y construyendo recursos humanos y físicos. (OMS, 2003).

Empero, el estado de salud y la satisfacción de los seres humanos se relacionan con elementos que afectan su salud de alguna manera, evitando así el control del órgano rector para la alimentación, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte, el medio ambiente y los intereses económicos y políticos difieren de estos factores (OPS, 2001).

A pesar de muchos esfuerzos para integrar el sistema de salud con las instituciones, la desigualdad en la provisión de servicios continúa, lo que lleva a la insatisfacción de la población; esta insatisfacción se puede sentir en forma de falta de atención, demoras, atención de emergencia, hacinamiento en el hospital e incluso huelgas. Además, existe diferencia en la atención de salud y el malentendido con información distorsionada en los medios (Sánchez-Moreno, 2013).

Según el Concejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (2014), en la población, los problemas de salud se enfrentan a la falta de recursos humanos, un elemento clave; esto contribuye a servicios inapropiados y es un desafío importante para garantizar una atención adecuada debido a la asignación inadecuada. El déficit de recursos humanos se ha convertido en un lugar común y ahora no solo son los hospitales más complejos, sino también las instalaciones médicas de primer nivel. En este sentido, los recursos humanos son un elemento clave al considerar los beneficios para la salud; el consumo se satisface cuando la demanda excede lo que necesitan las personas varias veces, y la diferencia es que no es capaz de satisfacer las necesidades sanitarias de las personas, lo cual es un indicador significativo e indica el logro de los objetivos (Valencia, et al., 2010).

Cabe señalar que, en la realidad local, el Hospital II de Apoyo Chepén cuenta con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ETS, VIH /Sida y Hepatitis, en la que se encuentra el Servicio de atención Integral de las Personas viviendo con VIH, encaminado a optimizar los recursos tanto humanos, así como materiales y financieros para lograr el mayor impacto positivo posible en intervención como el VIH/SIDA en la provincia. Asimismo, cuentan con un equipo conformado por un médico general, enfermero, psicóloga, asistente social, obstetra. La atención es diferenciada ya que no sólo atienden a población general sino también a población clave. Por otro lado, en el año 2019 se descentralizó el TARV en el Hospital II de Apoyo de Chepén, permitiendo así que los pacientes no se tengan que trasladar hasta Trujillo para recibir su tratamiento, incrementando la adherencia y la disminución del índice de abandonos por el factor económico y de accesibilidad. Además, conforme a las características del contexto en estudio, se pudo observar que en el servicio de salud para las personas viviendo con VIH que se ha implementado en el Hospital II de Apoyo de Chepén, no cuenta con la cantidad necesaria de personal de salud estable, que permita cubrir todas las necesidades de las prestaciones sanitarias, de acuerdo a la creciente demanda de personas que viven con VIH, debido a que precisan de prestaciones que garanticen la satisfacción de sus necesidades personales en cada una de los aspectos de sus vivencias, que estén encaminados a mejorar las condiciones de su calidad de vida.

Se formuló como problema general de investigación: ¿Existe relación entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en personas con VIH, Hospital II de Apoyo Chepén, 2020?

Cabe destacar que el presente estudio se justifica basándose en lo estipulado por Hernández, Fernández y Baptista (2014): Conveniencia, dado que pudo conocerse la correlación entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en un contexto poblacional vulnerable. Relevancia social e implicancias prácticas, en tanto que los principales beneficiarios son la población estudiada, pues al conocerse la correlación entre las variables, se pueden diseñar alternativas de mejora durante el servicio, cuyo fin sea posibilitar el incremento de la calidad de vida, al percibirse como satisfechos. Finalmente, por su valor teórico y utilidad metodológica, debido a que se permitirá ampliar el desarrollo del conocimiento investigativo en el área de salud, a la vez que constituirá un precedente para futuros investigadores interesados en el estudio de las variables en otros contextos, lo cual enriquecerá la comunidad científica.

Por otro lado, se formuló como objetivo general: Determinar las prestaciones sanitarias y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020. Mientras que, para dar cumplimiento al mencionado propósito, se plantearon como objetivos específicos: Establecer las prestaciones preventivas promocionales y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020; establecer las prestaciones asistenciales y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020; establecer las prestaciones administrativas y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

Asimismo, este estudio consideró como hipótesis de investigación a la siguiente: Existe relación directa y significativa entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en personas con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020, mientras que la nula fue su negación.

## II. MARCO TEÓRICO

A nivel nacional, Altuna (2019) adujo lo seres humanos con VIH reconocen que la prestación sanitaria es de excelente calidad, especialmente cuando se trata de las pocas dificultades que presentan los trabajadores de la salud, sin embargo, el estado de salud retrasa el ámbito laboral ya que buscan permisos laborales para asistir a su centro de salud. Esta demanda prolongada hace que varias personas que viven con VIH pierdan sus empleos o, en cualquier caso, abandonen el tratamiento, lo cual a la postre afecta su calidad de vida.

Ministerio de Salud (2019) señaló que el objetivo de las medidas de prevención de salud, como las pruebas de VIH, es que todos los hombres mayores de 18 años deben conocer su estado serológico del VIH para prevenir y reducir comportamientos riesgosos; contribuir al diagnóstico y tratamiento oportunos para reducir el número de casos diagnosticados con infección en etapa avanzada (SIDA), reducir la incidencia de infecciones oportunistas. Reduce las muertes relacionadas con el SIDA, mejora la vida en sentido de calidad y evita la transmisión del VIH a otras personas.

A nivel internacional, la OMS (2016) en su informe, dijo que, para lograr sus objetivos más ambiciosos, es necesario integrar a los trabajadores de la salud en la implementación de nuevos modelos de prestación de servicios, estudiar sus roles y responsabilidades y asignarlos a diferentes servicios. Por otro lado, además de proporcionar servicios regulares contra el VIH, el personal del sector deberá estar capacitado para prestar servicios a grupos específicos de la población, incluida la población general, y para brindar atención crónica a mujeres y hombres, personas infectadas con el virus. Se requieren planes nacionales e integrales para el personal de salud en todas las etapas del tratamiento del VIH, tener en cuenta las necesidades del sistema de salud y garantizar la calidad de vida, además de velar por su tratamiento.

Ramiro y Ramírez (2015) en su artículo señaló que los inmigrantes a España han sido reestructurados en sistemas nacionales de salud y excluidos de los beneficios de salud, ya que el VIH / SIDA representa un riesgo para la salud pública para un grupo de población muy específico con fondos estatales. Esto tiene un

efecto significativo en su calidad de vida, pues la terapia antiviral se obtiene a su alto costo o con medicamentos, esto afecta el suministro farmacológico necesario.

Palacios, Bermúdez, Bran y Posada (2015) concluyen que, de acuerdo con la normativa, la política de salud tiene por objeto garantizar el acceso universal. Sin embargo, independientemente de su género, raza o situación económica, la desigualdad a menudo afecta la prestación de atención médica a los miembros del sistema. Esto establece ciertos límites para evitar el acceso a las mismas oportunidades.

Como resultado del estudio, se consideró apropiado presentar teorías relacionadas con el tema, teniendo en cuenta los beneficios de salud variables ofrecidos por los proveedores de atención médica y su objetivo principal, que es promoverlos y rehabilitarlos o proteger tu salud (Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR], 2006).

Del mismo modo, la atención médica consiste en servicios desarrollados mediante el uso de conocimientos y técnicas de ciencias médicas. (Pemán, 2001).

Se incluirá una lista simple de personas que están enfermas o discapacitadas en una amplia gama de servicios de salud (el transporte médico es uno de los servicios que llama la atención porque no es posible viajar en una emergencia o en un vehículo normal) (Hernández y Jiménez, 2009). Alternativamente, los beneficios del acceso a la atención médica pueden traducirse en acciones en forma de documentos escritos que pueden clasificarse como actos documentales genuinos (certificados de salud emitidos por proveedores de atención médica). (Pemán, 2001).

La atención médica, por otro lado, garantiza los estándares de desempeño del servicio y atención, es un conjunto complejo de factores que deben mencionarse en términos de personal y recursos materiales. capacitación de centros, médicos y otras categorías de personal, premiando su trabajo, centros bien organizados, etc. (Allin y Grignon, 2010)

Cabe señalar que la OMS (1946) conceptualiza la salud no solo como un momento de bienestar integral. La causa de la buena es un derecho primigenio,

independientemente de su credo. Para lograr todo esto, los gobiernos a cargo deben cuidar la salud de sus pueblos. Para desempeñarse mejor y responder a sus responsabilidades, se deben tomar decisiones de salud adecuadas de acuerdo las personas (Urbanos y Puig, 2014).

Dado que los beneficios de salud son servicios proporcionados por los trabajadores de salud al público, se considera apropiado aclarar el servicio sanitario como la prestación de atención médica a la población adscrita al centro de salud, las personas que necesitan responder a sus necesidades de salud (Alcalde, et al., 2011).

Desde una variedad de perspectivas, los beneficios para la salud están estrechamente relacionados con la atención médica. (OECD, 2014). Las diferentes formas de servicios forman proceso de atención destinado a velar por la salud de las personas. Por otro lado, es importante que la atención médica no piense solo en el diagnóstico y tratamiento patológico; estos incluyen todo lo relacionado con evitar enfermedades, promoción y protección de la salud (Pérez y Merino, 2016).

Del mismo modo, la OIT (2016) aduce que la prestación sanitaria es uno de los beneficios tienen un impacto en la salud personas. Proteger la salud integral en salud pública y crear de igualdad de acceso a la atención médica adecuada tienen un impacto positivo en la salud. La OIT señaló que el acceso a la atención médica era algo por mejorar en el mundo; la falta de trabajadores de la salud calificados y su asignación inadecuada son obstáculos importantes para el acceso a la atención médica.

Además, el Artículo 3.2 de la Ley General de Salud define en el proyecto de Real Decreto sobre beneficios para la salud que los beneficios del sistema de salud deben proporcionarse de manera igual y efectiva. Como resultado, el estado debe apoyar la implementación efectiva del Artículo 14. de la Constitución. En este contexto, uno de los criterios para informar un decreto real es garantizar la igualdad y abstenerse de cualquier forma de distinción en el acceso, la gobernanza o el criterio de la prestación de asistencia sanitaria (Beltrán, 1994).

Por lo tanto, está claro que la efectividad de la atención médica no depende de la demanda, los mecanismos legales o el buen funcionamiento de la atención médica. Deben poder especializarse en un nivel significativo de habilidades de respuesta técnica de carácter preventivo, de apoyo y rehabilitación (Beltrán, 1994).

Del mismo modo, el tamaño de las variables propuestas en este estudio se basa en las pautas de programación de beneficios para la salud recomendadas por el Ministerio de Salud (2014).

Prestaciones preventivas promocionales, que incluyen:

Promoción de la salud. Abarca información sobre el autocuidado para reducir la morbilidad a través de una variedad de intervenciones educativas (Rodrigues, et al., 2015).

Prevención. La prevención de la salud se centra en el desarrollo de medidas para reducir la incidencia de enfermedades a través de la inmunización, la evaluación temprana del paciente y el diagnóstico (World Health Organization, 2013)

Prestaciones asistenciales, que incluyen:

Diagnóstico. Todos estos son procedimientos médicos diseñados para diagnosticar una enfermedad de manera oportuna, y esta sección utiliza procedimientos destinados a tomar acciones específicas para hacer un diagnóstico específico (Lineberry e Ickes, 2015).

Recuperación. Todas las actividades tienen como objetivo restaurar la salud de una persona en particular con un cambio en la salud general. Se utiliza una variedad de herramientas y suministros a este nivel.

Rehabilitación. Todas estas actividades tienen como objetivo reducir los efectos secundarios de la enfermedad detectada en la etapa anterior.

Prestaciones administrativas, que incluyen:

Planificación. Implementar cualquier proceso de planificación importante es una tarea clave. Ayuda a utilizar los recursos de manera efectiva, mayoritariamente en tiempos de escasez. Esto incluye la asignación organizada de recursos a las áreas objetivo (Ceja, 1994).

Organización. Es un código de conducta y normas que todos los miembros deben seguir, por lo que se debe utilizar una herramienta que les permita alcanzar un objetivo específico. (Koontz y Weihrich, 1990).

Control. Es para guiar, instruir, influir e inspirar en el desempeño de los deberes. La comunicación y el tiempo son esenciales para la gestión. De hecho, la administración está en el fondo de la relación con las personas que trabajan con ellos. Los gerentes intentan persuadir a otros para que se unan a ellos a fin de lograr un futuro que surja de las etapas de planificación y organización. Al crear el entorno adecuado, los gerentes ayudan a sus empleados a dar lo mejor de sí. (Chiavenato, 1989)

La primera etapa de la administración se debe a que tiene un gran plan y una organización adecuada (Melinkoff, 2005). Segundo, cuando la concepción de la calidad de vida se incluye en las direcciones más importantes, pueden ser tanto objetivas como subjetivas que comenzó a principios de los años 80'. Históricamente, ha habido dos enfoques principales (Cabrera y Arteta, 2018). Uno es considerado como un individuo y está asociado con una interpretación multifacética. Por lo tanto, la calidad de vida es una comprensión de la satisfacción humana a través de circunstancias, actitudes, valores y aspiraciones individuales (Salas y Garzón, 2013).

En 1982, Olson y Barnes dijeron que enfatizaban que todos podían desarrollar un dominio en relación con su entorno (Urzúa y Caqueo, 2012). Es la satisfacción obtenida como resultado del bienestar personal de una persona y las relaciones ambientales en torno a diferentes sistemas de interacción. (Grimaldo, 2011).

Del mismo modo, la calidad de vida se incluye en evaluaciones personales, como el hogar, la ropa, la recreación, y la alimentación, que contribuyen al bienestar integral. (Oblitas, 2010; INCMN Salvador Zubirán, 2013).

El estudio se sustenta en la Teoría de los Dominios, presentada por Olson y Barnes (1982), en relación con el entorno humano, a través del constructo de calidad de vida, ofrece un entorno que satisfaga sus necesidades. (García, 2008; Maggino, 2016).

Los autores aducen que cubre la experiencia del nombre de dominio de un individuo y se centra en aspectos específicos de la experiencia de la vida y el entorno del ser humano (Thorrington y Eames, 2015; Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

Según Grimaldo (2011), Olson y Barnes señalan que hay algunos factores en evolución en este término.

Además, dichos factores están basados en la Teoría de los Dominios, haciendo referencia a un modelo estructural en donde el hombre se desarrolla socialmente (Carbó, et al., 2016)

Factor 1. Bienestar doméstico y económico: costos asociados con la economía del hogar y la satisfacción de sus necesidades básicas.

Factor 2. Amigos, vecinos y la comunidad: abarca la interrelación entre el sujeto y el ambiente, incluyendo la comodidad diaria, el movimiento y la seguridad en el resort (Houven-van, et al., 2015).

Factor 3. La vida familiar y la familia extendida: incluye las relaciones entre grupos gobernados por factores que afectan la convivencia: responsabilidad familiar, la seguridad emocional y la capacidad de la familia para brindar apoyo emocional (Urzua, 2010).

Factor 4. Educación y ocio: deporte y ocio. Del mismo modo, afecta la educación y familia.

Factor 5. Medios de comunicación: la influencia de los medios a medida que el mensaje llega a la familia: la televisión, la radio y la transmisión por Internet a través de sitios web educativos y no educativos. (Cardona y Byron, 2005).

Factor 6. Religión: La religión posibilita la adherencia a doctrinas religiosas, un tiempo pasado con Dios.

Factor 7. Salud: describe la salud y su estado en cada miembro de la familia (Orellana, 2019).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1. Tipo de investigación.

Es básica, porque se enfoca en la generación conocimiento a obtenerse después de verificar la relación de las prestaciones sanitarias y la calidad de vida (Hernández, et al, 2014).

##### 3.1.2. Diseño de investigación.

No experimental, ya que no existe una manipulación intencional de las variables, por lo que se estudian solo en términos de su presentación en el medio ambiente. (Hernández, et al, 2014, p. 45).

Asimismo, se trata de un estudio transversal correlacional, que mide la relación entre variables en un momento dado, según la naturaleza y las características poblacionales. (Hernández, et al, 2014, p. 46).

En donde:

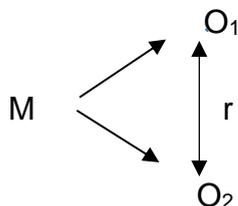


Figura 1. Diagrama de diseño correlacional.

M: Personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

O<sub>1</sub>: Observación las prestaciones sanitarias.

O<sub>2</sub>: Observación de la calidad de vida.

r: Relación entre variables.

### **3.2. Variables y operacionalización**

#### Variable 1: Prestaciones sanitarias

Definición conceptual: Es un servicio ofrecido por los establecimientos de salud cuyo objetivo principal es promover, restaurar y mantener la salud. (CICR, 2006).

Definición operacional: Fue medida a través de las puntuaciones obtenidas en un cuestionario para la evaluación de la percepción de las prestaciones sanitarias en la población de pacientes con VIH del Hospital de Apoyo Chapén.

Dimensiones e indicadores:

Prestaciones preventivas promocionales, cuyos indicadores son:

- Charlas educativas
- Visita domiciliarias e instituciones
- Actividades de salud ambiental

Prestaciones asistenciales, cuyos indicadores son:

- Publicación de los cronogramas.
- Difusión de las actividades sanitarias.
- Planeación en las actividades sanitarias.
- Funciones y tareas en los servicios de salud.
- Objetivos sanitarios del establecimiento de salud.

Prestaciones administrativas, cuyos indicadores son:

- Coordinaciones con actores locales.
- Elaboración de planes estratégicos, operativos, presupuesto.
- Trámites administrativos.
- Elaboración de informes de: gestión, capacitación, evaluaciones, supervisiones.
- Registro de reportes e información estadística.

Escala de medición:

Ordinal.

Variable 2: Calidad de vida.

Definición conceptual: Es la capacidad para desarrollar un dominio en relación con el entorno, por tanto, es el nivel de la satisfacción obtenida como resultado del bienestar personal de una persona y las relaciones ambientales en torno a diferentes sistemas de interacción. (Grimaldo, 2011).

Definición operacional: Se midió a través de puntajes obtenidos en la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, aplicada a pacientes con VIH del Hospital de Apoyo Chepén.

Dimensiones e indicadores:

Factor 1. Hogar y Bienestar Económico, cuyos indicadores son:  
ítems 1 – 5.

Factor 2. Amigos, vecindario y comunidad, cuyos indicadores son:  
ítems 6 – 10.

Factor 3. Vida familiar y familia extensa, cuyos indicadores son:  
ítems 11 – 14.

Factor 4. Educación y Ocio, cuyos indicadores son:  
ítems 15 – 17.

Factor 5. Medios de comunicación, cuyos indicadores son:  
ítems 18 – 21.

Factor 6. Religión, cuyos indicadores son:  
ítems 22 y 23.

Factor 7. Salud, cuyos indicadores son:  
ítems 24 y 25.

Escala de medición:

Ordinal

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

La población estuvo constituida por 90 personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chapén, destacando la población clave (hombre que tiene sexo con hombre [HSH], mujer trans y gestante), que pertenecen al Servicio de atención Integral de las Personas viviendo con VIH del referido hospital, en el mes de julio del 2020.

#### **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 65 personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chapén, destacando la población clave (hombre que tiene sexo con hombre [HSH], mujer trans y gestante), que pertenecen al Servicio de atención Integral de las Personas viviendo con VIH del referido hospital, en el mes de julio del 2020, que cumplieron con los criterios de selección.

#### **Muestreo**

No probabilístico por conveniencia.

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- Personas viviendo con VIH con adherencia al TARV.
- Personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chapén que sigan su tratamiento un tiempo mínimo de tres meses.

Criterios de exclusión:

- Personas que hayan abandonado el TARV.
- Personas viviendo con VIH que no acepten participar voluntariamente del estudio.
- Personas viviendo con VIH que invaliden los cuestionarios marcando dos opciones de respuesta a una pregunta o de manera incompleta.

#### **3.3.3. Unidad de análisis**

Persona viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chapén.

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

#### **3.4.1. Técnica**

La técnica aplicada fue la encuesta.

#### **3.4.2. Instrumentos**

Instrumento 1: Cuestionario sobre prestaciones sanitarias.

El instrumento fue tomado de Rojas (2018) y se conforma por: prestaciones preventivo – promocionales, prestaciones asistenciales y prestaciones de gestión y/o administrativas, distribuida en 5 preguntas para cada una, sumando 15 ítems, con una valoración Likert: 1 = pésima, 2 = deficiente, 3 = regular, 4 = bueno y 5 = excelente.

Validez.

Se efectuó la de contenido mediante tres especialistas (Ver anexo 5).

Confiabilidad.

Para el presente estudio, se aplicó una prueba piloto desarrollada con 20 participantes, con el fin de calcular el Alfa de Cronbach. Después de aplicada, se determinó un valor de ,964, indicando que es confiable para ser aplicado, dado que su valor fue superior a .70.

Instrumento 2: Cuestionario de calidad de vida de Olson y Barnes.

La Escala de Calidad de Vida presentada por Olson y Barnes (1982), aplicada en forma colectiva o individual, y mide la calidad de vida según los factores que forman parte del entorno del sujeto, con una escala Likert.

Validez.

Se tomó la adaptación de Aybar (2016) quien realizó la correlación ítem test (.28 y .58). Además, el AFC, con la varianza de 56%, confirmando el modelo teórico.

Confiabilidad.

Para el presente estudio, se aplicó una prueba piloto desarrollada con 20 participantes, con el fin de calcular el Alfa de Cronbach. Después de aplicada,

se determinó un valor de ,952, indicando que es confiable para ser aplicado, dado que su valor fue superior a .70.

### **3.5. Procedimiento**

En primera instancia el cuestionario fue aplicado a las unidades de análisis, después de obtener la aprobación voluntaria de cada participante, confirmando la confidencialidad de sus nombres y cumpliendo con los criterios éticos del estudio. Cabe señalar que la aplicación de instrumentos se realizó durante dos semanas y, debido a coyuntura sanitaria. Los instrumentos se aplicaron vía online mediante los formularios de Google. La hoja de datos se procesó en Microsoft Excel, se codificó el cuestionario y luego se exportó a SPSS v. 25. Los hallazgos fueron expresados en tablas de doble entrada y en figuras estadísticas.

### **3.6. Método de análisis de datos**

La data fue elaborada en Excel. Se aplicaron mediciones de frecuencia y porcentajes para determinar cada variable de estudio. Según la estadística inferencial, en primer lugar, para evaluar la distribución de datos, se aplicó el método Kolmogorov Smirnov, ya que la muestra fue superior a 50 participantes, lo cual permitió utilizar el coeficiente R de Pearson y el coeficiente Rho de Spearman si hay una distribución normal y si hay una distribución no normal en las variables y sus dimensiones.

### **3.7. Aspectos éticos**

En este estudio, la confidencialidad de la información, la recopilación de información, así como el uso de permisos declarados a los participantes se conciben como criterios éticos. Del mismo modo, los procedimientos metodológicos y estadísticos que aseguran el procesamiento preciso de los datos se respetaron en el procesamiento de datos.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Pruebas de normalidad

Tabla 1.

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable prestaciones sanitarias.*

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra</b>					
		Prestaciones preventivas promocionales	Prestaciones asistenciales	Prestaciones administrativas	Prestaciones sanitarias
n		65	65	65	65
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	18.54	17.85	17.31	53.69
	Desviación estándar	3.584	3.134	2.872	8.474
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.120	.120	.112	.084
	Positivo	.077	.107	.112	.059
	Negativo	-.120	-.120	-.073	-.084
Estadístico de prueba		.120	.120	.112	.084
Sig. asintótica (bilateral)		,021 <sup>c</sup>	,022 <sup>c</sup>	,040 <sup>c</sup>	,200 <sup>c,d</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

En la tabla 1 se evidencia que las dimensiones de la variable prestaciones sanitarias tienen una distribución no normal ( $p < 0.05$ ), aplicándose Rho de Spearman, mientras que para la variable prestaciones sanitarias tiene una distribución normal, aplicándose R de Pearson.

Tabla 2

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable calidad de vida.*

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra</b>		Calidad de vida
n		65
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	79.46
	Desviación estándar	10.268
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.099
	Positivo	.099
	Negativo	-.096
Estadístico de prueba		.099
Sig. asintótica (bilateral)		,189 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

En la tabla 2 se evidencia que la variable calidad de vida, tiene una distribución normal ( $p > 0.05$ ), por lo cual se procedió a utilizar el coeficiente R de Pearson.

## 4.2. Análisis correlacional

Tabla 3

*Prestaciones preventivas promocionales y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.*

Prestaciones preventivas promocionales	Nivel de calidad de vida				Total	
	Bueno		Óptimo		n	%
	n	%	n	%		
Deficiente	4	6.2%	0	0.0%	4	6.2%
Regular	24	36.9%	1	1.5%	25	38.5%
Bueno	28	43.1%	8	12.3%	36	55.4%
Total	56	86.2%	9	13.8%	65	100.0%

Rho de Spearman = 0.411    p=0.001\*\* < 0.01 altamente significativa

En la tabla 3 se observa que el 43.1% de pacientes con VIH que tuvieron un nivel bueno, también tuvieron un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado (Rho=0.411) entre las prestaciones preventivas promocionales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

Tabla 4

*Prestaciones asistenciales y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.*

Prestaciones asistenciales	Nivel de calidad de vida				Total	
	Bueno		Óptimo		n	%
	n	%	n	%		
Deficiente	2	3.1%	0	0.0%	2	3.1%
Regular	31	47.7%	3	4.6%	34	52.3%
Bueno	23	35.4%	6	9.2%	29	44.6%
Total	56	86.2%	9	13.8%	65	100.0%
Rho de Spearman = 0.409    p=0.001** < 0.01 altamente significativa						

En la tabla 4 se observa que el 35.4% que perciben un nivel bueno de prestaciones asistenciales, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $Rho = 0.409$ ) entre las prestaciones asistenciales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

Tabla 5

*Prestaciones administrativas y su relación con la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.*

Prestaciones administrativas	Nivel de calidad de vida				Total	
	Bueno		Óptimo		n	%
	n	%	n	%		
Regular	42	64.6%	4	6.2%	46	70.8%
Bueno	14	21.5%	5	7.7%	19	29.2%
Total	56	86.2%	9	13.8%	65	100.0%
Rho de Spearman = 0.334    p=0.007** < 0.01 altamente significativa						

En la tabla se observa que el 21.5% de evaluados que tienen un nivel bueno en prestaciones preventivas, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado bajo ( $r = 0.334$ ) entre las prestaciones administrativas y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

## V. DISCUSIÓN

A continuación, después de haber realizado las pesquisas investigativas que constituyeron los antecedentes de estudio, se discuten hallazgos, considerando para ello el resultado obtenido a razón de los objetivos propuestos, para compararlos con lo mencionado por otros investigadores y fundamentar los hallazgos del estudio con la teoría pertinente, como a continuación se describe:

De acuerdo al objetivo general, se observa que el nivel predominante de prestaciones sanitarias es el bueno, según el 52.3% de evaluados; asimismo, el nivel predominante de la calidad de vida es el bueno, según el 86.2% de evaluado. Por otro lado, se observa que el 40% de evaluados que tienen un nivel bueno de calidad de vida, también tienen un nivel bueno de prestaciones sanitarias. Finalmente, se observa una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $r = 0.413$ ) entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020. Los hallazgos concuerdan con los de Altuna (2019), quien adujo que los pacientes seropositivos reconocen que la prestación sanitaria es de excelente calidad, especialmente cuando se trata de las pocas dificultades que presentan los trabajadores de la salud, sin embargo, el estado de salud retrasa el ámbito laboral ya que las personas que viven con el VIH buscan permisos laborales para asistir a su centro de salud. Esta demanda prolongada hace que varias personas que viven con VIH pierdan sus empleos o, en cualquier caso, abandonen el tratamiento, lo cual a la postre afecta su calidad de vida. Por tanto, los buenos servicios ofertados por el establecimiento de salud orientadas a promocionar, rehabilitar y cuidar de la salud de las personas viviendo con VIH, permiten que su calidad de vida también sea buena.

Además, la OMS (2016) en su informe, dijo que, para lograr sus objetivos más ambiciosos, es necesario integrar a los trabajadores de la salud en la implementación de nuevos modelos de prestación de servicios, estudiar sus roles y responsabilidades y asignarlos a diferentes servicios. Por otro lado, además de proporcionar servicios regulares contra el VIH, el personal del sector deberá estar capacitado para prestar servicios a grupos específicos de la población, incluida la población general, y para brindar atención crónica a mujeres y hombres, personas

infectadas con el virus. Se requieren planes nacionales e integrales para el personal de salud en todas las etapas del tratamiento del VIH, tener en cuenta las necesidades del sistema de salud y garantizar la integridad humana, además de velar por su tratamiento.

A nivel teórico, la calidad de vida se incluye en evaluaciones personales, como el hogar, la ropa, la recreación y la alimentación, que contribuyen al bienestar integral. (Oblitas, 2010). Asimismo, otros autores sostienen que una característica elemental del estudio de la calidad de vida es que cubre la experiencia del hombre de dominio de un individuo y se centra en aspectos específicos de la práctica de la vida, como el matrimonio, la familia, los amigos, el hogar, la vivienda, la educación, empleo, religión, etc. (Thorrington y Eames, 2015). Por tanto, en base a lo señalado, y considerando los niveles buenos predominantes en la calidad de vida y sus dimensiones, se puede aducir que, de acuerdo a lo percibido y manifestado por las personas viviendo con VIH, éstas cuentan con las condiciones personales, familiares y sociales que posibilitan la mejora de las condiciones inherentes a sus vidas.

En la tabla 3 se observa que el nivel de prestaciones preventivas promocionales, destaca por ser bueno, según el 55.4%. Asimismo, el nivel de calidad de vida es bueno, según el 86% de evaluados. Finalmente, el 43.1% de pacientes con VIH que tuvieron un nivel bueno, también tuvieron un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $Rho = 0.411$ ) entre las prestaciones preventivas promocionales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020. Según lo manifestado por el Ministerio de Salud (2019) el objetivo de las medidas de prevención de salud, como las pruebas de VIH, es que todos los hombres mayores de 18 años deben conocer su estado serológico del VIH para prevenir y reducir comportamientos riesgosos; contribuir al diagnóstico y tratamiento oportunos para reducir el número de casos diagnosticados con infección en etapa avanzada (SIDA), reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mejorar la calidad de vida. Reduce las muertes relacionadas con el SIDA, incrementa la calidad en la vida y evita la transmisión del VIH a otras personas. Por tanto, la buena intervención orientada a la generación de educación

en materia de la vida saludable y el cuidado propio para prevenir enfermedades, permite que las posibilidades de mejora en sus vidas con VIH también sea buena.

Por tanto, desde la óptica teórica, Alcalde, et al. (2011) señaló que, dado que los beneficios de salud son servicios proporcionados por los trabajadores de salud al público, se considera apropiado aclarar la atención en prestación de atención médica a la población adscrita al centro de salud, para que las personas que necesitan responder a sus necesidades de salud. Por otro lado, es importante que la atención médica no piense solo en el diagnóstico y tratamiento patológico; estos incluyen todo lo relacionado con la promoción de la prevención de enfermedades (Pérez y Merino, 2016). Frente a lo señalado y tomando en consideración los hallazgos, se infiere que el buen nivel predominante de las prestaciones sanitarias percibidas por las personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, obedece a que en el Servicio de atención Integral de las Personas viviendo con VIH, gestionan apropiadamente los mecanismos para prevenir y promover, asistir y administrar la salud integral de los pacientes en su TARV, lo cual posibilita una mejor calidad de vida.

En la tabla 4 se observa que el nivel predominante de prestaciones asistenciales es el regular, según el 52.3%, mientras que el nivel de calidad de vida más destacado es el bueno, según el 86.2% de evaluados. Asimismo, el 35.4% que perciben un nivel bueno de prestaciones asistenciales, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $Rho = 0.409$ ) entre las prestaciones asistenciales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020. Los hallazgos se confirman con lo mencionado por Ramiro y Ramírez (2015) quienes señalaron que los inmigrantes a España han sido reestructurados en sistemas nacionales de salud y excluidos de los beneficios de salud, ya que el VIH / SIDA representa un riesgo para la salud pública para un grupo de población muy específico con fondos estatales. Esto tiene un efecto significativo en su calidad de vida, pues la terapia antiviral se obtiene a su alto costo o con medicamentos, esto afecta el suministro farmacológico necesario y por tanto, la capacidad asistencial de los nosocomios, posibilitan una mejora de la calidad de vida de los implicados. Por tanto, las buenas acciones asistenciales para la

identificación de enfermedades, aplicándose herramientas y procedimientos pertinentes, a efectos de un diagnóstico, recuperación y rehabilitación, permiten que el nivel de calidad de vida también sea buena.

En la tabla 5 se observa que el nivel predominante de prestaciones administrativas es el regular, según señalan el 70.8%, asimismo, el nivel de calidad de vida destacado es el bueno, según el 86.2%. Finalmente, el 21.5% de evaluados que tienen un nivel bueno en prestaciones preventivas, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado bajo ( $r = 0.334$ ) entre las prestaciones administrativas y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chapén, 2020. Los resultados se confirman con lo estipulado por Palacios, Bermúdez, Bran y Posada (2015) quienes señalaron que, de acuerdo con la normativa, la política de salud tiene por objeto garantizar el acceso universal. Sin embargo, independientemente de su género, raza o situación económica, la desigualdad a menudo afecta la prestación de atención médica a los miembros del sistema. Esto establece ciertos límites para evitar el acceso a las mismas oportunidades, mejorando así la calidad de vida, para lo cual resulta necesario que se realice una adecuada gestión administrativa de los servicios de salud. Por tanto, la buena percepción de actividades administrativas para planear acciones en función de metas para mejora de la salud, así como su organización y dirección, que favorecen a las personas viviendo con VIH, permiten que su calidad de vida también sea buena.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se conoció que el 40% de evaluados que tienen un nivel bueno de calidad de vida, también tienen un nivel bueno de prestaciones sanitarias. Finalmente, se observa una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $r = 0.413$ ) entre las prestaciones sanitarias y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.
2. Se conoció que el 43.1% de pacientes con VIH que tuvieron un nivel bueno, también tuvieron un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $Rho = 0.411$ ) entre las prestaciones preventivas promocionales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.
3. Se conoció que el 35.4% que perciben un nivel bueno de prestaciones asistenciales, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado moderado ( $Rho = 0.409$ ) entre las prestaciones asistenciales y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.
4. Se conoció que el 21.5% de evaluados que tienen un nivel bueno en prestaciones preventivas, también tienen un nivel bueno de calidad de vida. Además, hubo una correlación directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ), de grado bajo ( $r = 0.334$ ) entre las prestaciones administrativas y la calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. A futuros investigadores, se recomienda confirmar la correlación de las variables, en otro tipo de poblaciones vulnerables, utilizando para ello muestreos probabilísticos que permitan hacer estimaciones más genéricas de los hallazgos.
2. Al director del Hospital II de Apoyo Chepén, se recomienda que conjuntamente con el servicio competente, diseñen y ejecuten un plan de trabajo que permita gestionar efectiva y eficientemente las prestaciones sanitarias para las personas viviendo con VIH, integrando estrategias orientadas a la promoción y prevención, así como a los procedimientos asistenciales en el TARV.
3. A servicio competente del Hospital II de Apoyo Chepén, se recomienda la aplicación de talleres y charlas psicoeducativas vivenciales, dirigidas a las personas viviendo con VIH, que permitan promover comportamientos de cuidado responsables de su salud y la prevención de enfermedades de ETS.
4. A las personas viviendo con VIH, se les recomienda capacitarse en materia de utilizar canales comunicativos masivos, así como también, fomentar relaciones sociales de esparcimiento, con el fin de fortalecer su calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Academia Peruana de Salud. (2013). *Historia de la Salud en el Perú 2007- 2011. Sistema Nacional de Salud. Aseguramiento social en salud*. Academia Peruana de Salud, 23.
- Alcalde, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Mex*, 243 - 254.
- Allin, M., Grignon, J. y Le Grand, S. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications. *Soc Sci Med.*, 70, 465-472 <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- Altuna, G. (2019). *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA : derechos, ciudadanía y comunicación*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4955>
- Aybar, S. (2016). *Propiedades Psicométricas De La Escala De Calidad De Vida En Estudiantes De Secundaria – La Esperanza*. (Tesis de grado). Universidad César Vallejo, Trujillo. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/255>
- Beltrán, J. (1994). Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: aspectos jurídicos. *Dialnet*. Vol 2. 87 – 95. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3179997.pdf>
- Cabrera, S. y Arteta, Z. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica Uruguaya*. 34(1):7-19. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v34n1/1688-0390-rmu-34-01-00003.pdf>
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation. Recuperado de: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015071884634;view=1up;seq=7>
- Carbó-Carreté, M., Guàrdia-Olmos, J., Giné, C. y Schallock, R. L. (2016). A Structural Equation Model of the relationship between physical activity and

- quality of life. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 147-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.11.001>
- Cardona, D. y Byron, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 23, no. 1. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a08.pdf>
- Ceja, G. (1994). *Planeación y organización de empresas* (Octava ed.). México: Mc Graw Hill.
- Chiavenato, I. (1989). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. México: McGraw - Hill Interamericana de México: S.A.
- CICR. (2006). *Los servicios de salud en el nivel primario*. Ginebra, Suiza: Circo.
- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. (2014). Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA. México: CONASIDA. [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CUB\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CUB_narrative_report_2014.pdf)
- García, K. (2008). *Niveles de Calidad de Vida en farmacodependientes de tres centros de rehabilitación terapéutica, según tiempo de internamiento de la ciudad de Lima*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2004). *Manual de Calidad de Vida*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Lima.
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Libera bit*. 17 (2), 173-185.
- Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Avances psicológicos*. 20(1). Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/mariagrimaldo.pdf>
- Hernández, C. y Jiménez, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.*, 69 370-378. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.005>

- Houben-van, M., Bai, G., Hafkamp, E., Landgraf, J. M. y Raat, H. (2015). Determinants of health-related quality of life in school-aged children: A general population study in the Netherlands. *PLoS One*, 10, e0125083. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125083>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (2013). *¿Qué es calidad de vida?* <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
- Koontz, H., & Weihrich, H. (1990). *Administración* (Novena ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Lineberry, M. J. y Ickes, M. J. (2015). The role and impact of nurses in American elementary schools: A systematic review of the research. *The Journal of School Nursing*, 31, 22–33. <http://dx.doi.org/10.1177/1059840514540940>
- Maggino, F. (2016). *A life devoted to quality of life: Festschrift in honor of Alex C. Michalos*. Cham, ZG: Springer
- Melinkoff, R. (2005). *Los procesos administrativos*. Caracas: Panapo.
- Ministerio de Salud (2014). *Lineamientos de programación de prestaciones de salud*. [http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf)
- Ministerio de Salud (2019). *Programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA*. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2\\_3.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_3.pdf)
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3º ed.). México: Cercage Learning Editores.
- OECD (2014). *Geographic variations in health care: what do we know and what can be done to improve health system performance?* Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>
- OIT. (2016). *Servicios de salud*. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm>
- OMS. (1946). Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptado por la

- Conferencia de la Salud . Nueva York: OMS.
- Orellana, A. (2019). *Calidad de vida relacionada con salud y adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH*. Tesis de posgrado. Universidad de Concepción, Chile.  
[http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3544/4/Tesis\\_Calidad\\_de\\_vida\\_relacionada.Image.Marked.pdf](http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3544/4/Tesis_Calidad_de_vida_relacionada.Image.Marked.pdf)
- OMS (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016 – 2021*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?sequence=1>
- OMS. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: Forjaremos el futuro*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Palacios, Bermúdez, Bran y Posada (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud pública de México* 57(3), 252. Doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i3.7564>
- Park, L, Strike C, Antoniou T, Bayoumi A. (2007) Adverse quality of life consequences of antiretroviral medications. *AIDS Care*. 19(2):252-7.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364407>
- Parson, W. (1995). *Public Policy*. UK: Aldershot.
- Pemán, J. (2001). La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes. *Dialnet*. 9 (2), 91 -131.  
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3177933.pdf>
- Ramiro, M. y Ramírez, P. (2015). *Breves observaciones al documento intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación*. CESIDA.  
[https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal\\_Notas\\_sobre-VIH-y-Salud-P%C3%BAblica.pdf](https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal_Notas_sobre-VIH-y-Salud-P%C3%BAblica.pdf)

- Rodrigues, S., Pedroso, J. y Pontes, F. (2015). Measuring health-related quality of life in adolescents by subgroups of students and outpatient mental health clients. *Psychology*, 6, 833– 845. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.67082>
- Rojas, E. (2018). *Comparación De Las Prestaciones Sanitarias En El Centro De Salud Banda Shilcayo Y Morales Enmarcado En La Gestión Administrativa, 2017*. (Tesis de posgrado). Universidad César Vallejo, Lima. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/31629?locale-attribute=en>
- Ruiz, A. (2017). Calidad de atención al cliente y el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital ESSALUD II, Tarapoto, San Martín – 2016. Universidad César Vallejo. [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1597/ruiz\\_pr.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1597/ruiz_pr.pdf?sequence=1)
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Salud pública*. 4 (1), 36-46. [http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/2751](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751)
- Sánchez - Moreno, F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 762-82.
- Thorrington, D. y Eames, K. (2015). Measuring health utilities in children and adolescents: A systematic review of the literature. *PLoS One*, 10, e0135672. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135672>
- Urbanos, R. y J. Puig, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.*, 28, 81-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.013>
- Urzua M (2010). Health related quality of life: Conceptual elements. *Rev Med Chil*.138(3):358-65. [https://www.researchgate.net/publication/44681148\\_Health\\_related\\_quality\\_of\\_life\\_Conceptual\\_elements](https://www.researchgate.net/publication/44681148_Health_related_quality_of_life_Conceptual_elements)

- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida, una revisión teórica al concepto. *Revista Terapia Psicológica*. 30,. 1, 61 - 71.  
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Valencia C, Canaval G, Marin D, Portillo C (2010). Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. *Colomb Med*. 41:206-14.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342010000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342010000300002)
- World Health Organization (2013). *SixtySixth World Health Assembly: Comprehensive mental health action plan 2013–2020*.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Prestaciones sanitarias	Es un servicio ofrecido por los establecimientos de salud cuyo objetivo principal es promover, restaurar y mantener la salud. Al mismo tiempo, la salud se define como un completo bienestar físico, mental y social, no solo una condición o enfermedad (CICR, 2006).	Fue medida a través de las puntuaciones obtenidas en un cuestionario para la evaluación de la percepción de las prestaciones sanitarias en la población de pacientes con VIH del Hospital de Apoyo Chepén.	Prestaciones preventivas promocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas educativas</li> <li>• Visita a domiciliarias e instituciones</li> <li>• Actividades de salud</li> </ul>	Ordinal
			Prestaciones asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación de los cronogramas</li> <li>• Difusión de las actividades sanitarias</li> <li>• Planeación en las actividades sanitarias</li> <li>• Funciones y tareas en los servicios de salud</li> <li>• Objetivos sanitarios del establecimiento de salud</li> </ul>	

			Prestaciones administrativas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinaciones con actores locales</li><li>• Elaboración de planes estratégicos, operativos, presupuesto,</li><li>• Trámites administrativos</li><li>• Elaboración de informes de: gestión, capacitación, evaluaciones, supervisiones, entre otros</li></ul>	
--	--	--	------------------------------	--	--

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de</b>
Calidad de vida	Es la capacidad de desarrollar un dominio en relación con su entorno. Es la satisfacción obtenida como resultado del bienestar personal de una persona y las relaciones ambientales en torno a diferentes sistemas de interacción. (Grimaldo, 2011).	La variable calidad de vida se medirá a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, aplicada a pacientes con VIH del Hospital de Apoyo Chepén.	Hogar y Bienestar Económico	ítems 1 – 5.	Ordinal
			Amigos, vecindario y comunidad	ítems 6 – 10.	
			Vida familiar y familia extensa	ítems 11 – 14.	
			Educación y Ocio	ítems 15 – 17.	
			Medios de comunicación	ítems 18 – 21.	
			Religión	ítems 22 y 23.	
			Salud	ítems 24 y 25.	

## ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Cuestionario de prestaciones sanitarias

##### Datos generales:

Edad: .....

Sexo: M ( ) F ( )

Tiempo de tratamiento: .....

##### Instrucción:

Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas, la que sea la más apropiada para Usted, seleccionando del 1 a 5, que corresponde a su respuesta. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida.

Asimismo, no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems.

Escala de calificación	
Pésima	1
Deficiente	2
Regular	3
Buena	4
Excelente	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Escala de calificación				
		1	2	3	4	5
<b>Prestaciones preventivas promocionales</b>						
01	La realización de charlas educativas a la comunidad la consideras					
02	Las visitas a las instituciones educativas la valoras					
03	Ha realizado o participado en actividades de salud ambiental y las consideras					

04	Las visitas domiciliarias son programadas y las consideras					
05	Las actividades tienen el componente de monitoreo y las consideras					
<b>Prestaciones asistenciales</b>						
06	La publicación de los cronogramas de turnos por servicios prestado es claramente visible y la consideras					
07	La difusión de las actividades sanitarias del establecimiento de salud es considerada como					
08	Considera que realizaron un correcto proceso de planeación en las actividades sanitarias, por lo tanto, lo calificas de					
09	Consideras que las funciones y tareas en los servicios de salud tienen claridad, por lo tanto, lo calificas de					
10	Consideras que están definidos claramente los objetivos sanitarios del establecimiento de salud, y los calificas de					
<b>Prestaciones administrativas</b>						
11	Las coordinaciones con actores locales (autoridades, representantes, funcionarios de otras instituciones) lo valoras como					
12	La participación en la elaboración de planes estratégicos, operativos, presupuesto, etc. en el establecimiento es					
13	Los trámites administrativos (cuadro de necesidades, requerimientos, seguimiento a trámites administrativo, etc.) en el establecimiento es					
14	La elaboración de informes de: gestión, capacitación, evaluaciones, supervisiones, entre otros; es					
15	El registro de reportes e información estadística en el establecimiento es					

## ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON Y BARNES

Edad: ..... Sexo: M ( ) F ( ) Tiempo de tratamiento: .....

A continuación se presentan oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Que tan satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente Satisfecho
<b>HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO</b>					
1. Tus actuales condiciones de vivienda.					
2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas.					
4. La capacidad de tu familia para darte lujos.					
5. La cantidad de dinero que tienes que gastar.					
<b>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>					
6. Tus amigos.					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					
8. La seguridad en tu comunidad					
9. El barrio donde vives					
10. Las facilidades para recreación (parque, campos de juego, etc.).					
<b>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</b>					
11. Tu familia					
12. Tus hermanos					
13. El número de hijos en tu familia					
14. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
<b>EDUCACIÓN Y OCIO</b>					
15. Tú situación actual escolar					

Que tan satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente Satisfecho
16. El tiempo libre que tienes					
17. La forma como usas tu tiempo libre					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>					
18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.					
19. Calidad de los programas de televisión					
20. Calidad del cine					
21. La calidad de periódicos y revistas					
<b>RELIGIÓN</b>					
22. La vida religiosa de tu familia					
23. La vida religiosa de tu comunidad					
<b>SALUD</b>					
24. Tu propia salud					
25. La salud de otros miembros de la familia					

## ANEXO 3: VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

### Validez del Cuestionario de Prestaciones sanitarias

#### INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Luis Alberto Pretell Paredes  
 Institución donde labora/Cargo : Universidad César Vallejo - Tarapoto  
 Instrumento motivo de evaluación: Prestaciones Sanitarias  
 Autora del instrumento : Br. Elmer Ramiro Rojas Paredes

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

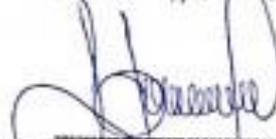
CRITERIOS	INDICADORES	MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los items están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales y las opciones de respuesta					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los items del instrumento permitirán recoger la información objetiva respecto a sus dimensiones e indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a las variables y dimensiones					X
ORGANIZACIÓN	Los items del instrumento están organizados en función de las dimensiones y de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los items del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los items del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los items del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los items del instrumento expresan o se relacionan con los indicadores de cada dimensión.			X		
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumentos propuestos respondan al propósito de la investigación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los items concuerda con la escala valorativa y nombre del instrumento.			X		
<b>TOTAL</b>						<b>47</b>

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

El instrumento evidencia la relación entre la técnica y coherencia entre los items respecto a los indicadores y dimensiones de las variables, por lo que es aplicable para el estudio tema de la investigación.

**PROMEDIO DE VALORACIÓN**

: Buena (47 puntos)

  
 Ing. Luis Alberto Pretell Paredes  
 Magister en Gerencia Social  
 CIP. 50711

Tarapoto, enero del 2018

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : **Hipólito Percy Barbarán Mozo**  
 Institución donde labora/Cargo : **DRE SM/ EPG – UCV Tarapoto/ Docente de Investigación**

Instrumento motivo de evaluación: Prestaciones Sanitarias

Autora del instrumento : **Br. Elmer Ramiro Rojas Paredes**

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

CRITERIOS	INDICADORES	MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales y las opciones de respuesta				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permitirán recoger la información objetiva respecto a sus dimensiones e indicadores conceptuales y operacionales.			X		
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a las variables y dimensiones				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento están organizados en función de las dimensiones y de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan o se relacionan con los indicadores de cada dimensión.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumentos propuestos responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa y nombre del instrumento.				X	
<b>TOTAL</b>						

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD.**

El instrumento materia de revisión, evidencia suficiente sistematicidad en sus diferentes criterios y coherencia entre los ítems respecto a los indicadores y dimensiones de la variable clima organizacional; por tanto, es pertinente y aplicable. No obstante, levantar las observaciones de forma.

**PROMEDIO DE VALORACIÓN : Bueno ( 42 puntos)**

Tarapoto, enero del 2018

  
 Dr. Hipólito Percy Barbarán Mozo  
 CPP N° 357054

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : REATEGUI LOZANO, ROLANDO  
 Institución donde labora/Cargo : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
- TARAPOTO  
 Instrumento motivo de evaluación: Prestaciones Siquiátricas  
 Autora del instrumento : Br. Elmer Ramiro Rojas Paredes

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

CRITERIOS	INDICADORES	MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales y las opciones de respuesta				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permitan recoger la información objetiva respecto a sus dimensiones e indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a las variables y dimensiones					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento están organizados en función de las dimensiones y de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan o se relacionan con los indicadores de cada dimensión.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumentos propuestos responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa y nombre del instrumento.					X
<b>TOTAL</b>						<b>48</b>

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

El instrumento de investigación demuestra la relación entre la técnica y los instrumentos propuestos y además concuerda con la realidad del estudio.

PROMEDIO DE VALORACIÓN : Buena (48 puntos)

Tarapoto, enero del 2018

  
**Dr. Rolando Reategui Lozano**  
 Docente Metodólogo UCV

## Validez del Cuestionario de Calidad de Vida

### Prueba de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio de la Escala de Calidad de Vida

#### Prueba de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio de la Escala de Calidad de Vida en estudiantes de secundaria - La Esperanza

Indicadores de ajuste	
<b>Prueba de bondad de ajuste</b>	
H <sub>0</sub> : MP = MN	$\chi^2 = 423.7$
H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	p = .000
	** p < .01
<b>Índice de ajuste</b>	
Bentler-Bonett no normado	.927
Comparativo (CFI)	.938
Bollen's (IFI)	.939
<b>Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)</b>	
	.036
Intervalo de RMSEA al 95% de confianza	.03 - .04

#### Nota

+: Nivel de ajuste bueno si su índice de ajuste es mayor a .90.

MP: Modelo propuesto

MN: Modelo nulo

H<sub>0</sub>: Modelo propuesto = Modelo nulo (Los ítems que constituyen el factor no están correlacionados)

H<sub>1</sub>: Modelo propuesto ≠ Modelo nulo (Los ítems que constituyen la escala están correlacionados)

En la tabla 11, los resultados revelan que la prueba ji-cuadrado encuentra evidencia de diferencia significativa del modelo propuesto por el autor con el modelo nulo que postula a que los ítems que conforman la escala no se correlacionan; por otro lado los índices de ajuste presentan valores mayores de .90, calificando a la bondad de ajuste del modelo como buena. De estos resultados se podría concluir que los ítems que constituyen cada una de los factores estarían correlacionados, lo que ratificaría de algún modo la estructura teórica del modelo en siete factores de medición. Por otro lado el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), señala un nivel de ajuste razonable, por presentar RMSEA, que se estima oscila en el intervalo de 3% a 4%, que con un nivel del 95% de confianza.

Fuente: Aybar (2016).

*Cargas factoriales de los ítems los factores de la Escala de Calidad de Vida*

	Factores						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Ítem 1	.610						
Ítem 2	.473						
Ítem 3	.674						
Ítem 4	.658						
Ítem 5	.579						
Ítem 6		.498					
Ítem 7		.627					
Ítem 8		.557					
Ítem 9		.571					
Ítem 10		.489					
Ítem 11			.691				
Ítem 12			.784				
Ítem 13			.661				
Ítem 14			.536				
Ítem 15				.638			
Ítem 16				.686			
Ítem 17				.655			
Ítem 18					.534		
Ítem 19					.505		
Ítem 20					.484		
Ítem 21					.493		
Ítem 22						.627	
Ítem 23						.705	
Ítem 24							.778
Ítem 25							.800

En la tabla 12, muestra las cargas factoriales de los factores de la Escala de Calidad de Vida, obtenidas con la aplicación del análisis factorial confirmatorio, reportando valores que oscilan entre .473 y .800, mayores al valor de .20, fijado como mínimo aceptable.

Fuente: Aybar (2016)

## ANEXO 4: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

### Cuestionario de Prestaciones sanitarias

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,952	15

#### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
VAR00001	3,5429	1,52128	20
VAR00002	3,6286	1,33032	20
VAR00003	3,2286	1,43662	20
VAR00004	3,7143	1,36277	20
VAR00005	3,6286	1,39507	20
VAR00006	3,4857	1,35845	20
VAR00007	3,2000	1,36769	20
VAR00008	3,6000	1,21752	20
VAR00009	3,4857	1,29186	20
VAR00010	3,4000	1,14275	20
VAR00011	3,4857	1,24550	20
VAR00012	3,3143	1,36708	20
VAR00013	3,2286	1,21476	20
VAR00014	3,6000	1,09006	20
VAR00015	3,5143	1,06747	20

#### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
55,5429	248,138	15,75239	15

## Cuestionario de Calidad de vida

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,964	25

### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
VAR00001	3,6857	1,27813	20
VAR00002	3,9429	1,16171	20
VAR00003	3,8286	1,09774	20
VAR00004	3,9429	,87255	20
VAR00005	4,0857	,91944	20
VAR00006	4,4571	,88593	20
VAR00007	4,0000	,90749	20
VAR00008	3,7143	,98731	20
VAR00009	3,7714	,94202	20
VAR00010	3,9714	,95442	20
VAR00011	4,1429	1,00419	20
VAR00012	4,0571	,93755	20
VAR00013	4,0571	,99832	20
VAR00014	4,0000	1,08465	20
VAR00015	3,8571	1,19171	20
VAR00016	3,8571	1,11521	20
VAR00017	3,9714	1,17538	20
VAR00018	3,9714	1,20014	20
VAR00019	3,8671	1,17523	20
VAR00020	3,7571	1,11521	20
VAR00021	3,8286	1,09774	20
VAR00022	3,9714	,95442	20
VAR00023	4,7871	,88523	20

VAR00024	4,1278	,94149	20
VAR00025	3,9019	1,19371	20

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
71,3143	220,457	14,84780	25

## ANEXO 5: ESTADÍSTICOS

Tabla 6.

*Rangos interpretativos de prestaciones sanitarias*

NIVEL	PRESTACIONES SANITARIAS	Prestaciones preventivas promocionales	DIMENSIONES	
			Prestaciones asistenciales	Prestaciones administrativas
Deficiente	15--34	5--11	5--11	5--11
Regular	35--54	12--18	12--18	12--18
Bueno	55--75	19--25	19--25	19--25

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7.

*Rangos interpretativos del nivel de calidad de vida*

NIVEL	CALIDAD DE VIDA	DIMENSIONES						
		Hogar y Bienestar Económico	Amigos, vecindario y comunidad	Vida familiar y familia extensa	Educación y ocio	Medios de comunicación	Religión	Salud
Bajo	25--58	5--11	5--11	4--9	3--6	4--9	2--4	2--4
Bueno	59--92	12--18	12--18	10--14	7--11	10--14	5--7	5--7
Óptimo	93--125	19--25	19--25	15--20	12--15	15--20	8--10	8--10

Fuente: Elaboración propia.



### Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, María Elena Alva Loyola, docente de la Escuela de Posgrado, Programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo Trujillo, asesora de la Tesis titulada:

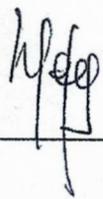
**“Prestaciones sanitarias y calidad de vida en personas viviendo con VIH del Hospital II de Apoyo Chepén, 2020.”**

de la autora **LINO PORTILLA, CATHERINE MARILIA**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18% 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 el trabajo de investigación / 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.

Trujillo, 18 de julio de 2020

Apellidos y Nombres del Asesor: ALVA LOYOLA, MARIA ELENA	
DNI 06267406	Firma 
ORCID: 0000-0002-3034-2170	