



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD

TESIS

**ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE
ACUDE A LA IPRESS URCOS, CUSCO, 2024**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD**

AUTOR:

Br. KELLY SOTO MOREANO

ASESOR:

DR. HERBERT COSIO DUEÑAS

ORCID: 0000-0002-9981-7576

CUSCO – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor HERBERT COSIO PUEDAS
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada:

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE
ACUDE A LA IPRESS URCOS, CUSCO 2024

Presentado por: KELLY SOTO MORENO DNI N° 42565196;

presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de MAESTRO EN
POLITICAS Y GESTION EN SALUD

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 16 de SEPTIEMBRE de 2025

[Firma]
Firma

Post firma:

Nro. de DNI: 29663764

ORCID del Asesor: 0000-0002-9981-7576

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 37254-499356661

TESIS_SUSTENTACION_KELLY_SOTO_MOREANO_27_agosto...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:499356661

Fecha de entrega

16 sep 2025, 8:32 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

16 sep 2025, 11:50 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS_SUSTENTACION_KELLY_SOTO_MOREANO_27_agosto.docx

Tamaño del archivo

10.2 MB

76 páginas

18.988 palabras

104.892 caracteres

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO ESCUELA DE POSGRADO

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES A TESIS

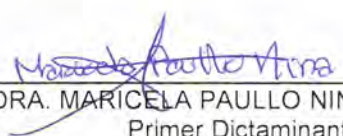
Dra. NELLY AYDE CAVERO TORRE, Directora (e) General de la Escuela de Posgrado, nos dirigimos a usted en condición de integrantes del jurado evaluador de la tesis intitulada: "ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA IPRESS URCOS, CUSCO, 2024" de la Br. Br. KELLY SOTO MOREANO. Hacemos de su conocimiento que la sustentante ha cumplido con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Jurado el día CATORCE DE AGOSTO DE 2025.

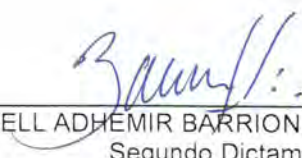
Es todo cuanto informamos a usted fin de que se prosiga con los trámites para el otorgamiento del grado académico de MAESTRO EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD.

Cusco, 18 de Septiembre 2025


Dr. FELIPE S. LAQUIHUANO LOZA
Primer Replicante


Mgt. MAURO VARGAS LEON
Segundo Replicante


DRA. MARICELA PAULLO NINA
Primer Dictaminante


DR. YAVELL ADHEMIR BARRIONUEVO INCA ROCA
Segundo Dictaminante

Índice

Lista de tablas o cuadros	iv
Resumen.....	v
Introducción.....	vii
CAPÍTULO I.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1. Situación problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	12
a. Problema general	12
b. Problemas específicos	12
1.3. Justificación de la investigación.....	13
1.4. Objetivos de la investigación.....	16
a. Objetivo general.....	16
b. Objetivos específicos	16
CAPITULO II.....	17
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	17
2.1. Bases teóricas.....	17
2.2. Marco conceptual (palabras clave).....	28
2.3. Antecedentes empíricos de la investigación (estado del arte).....	29
2.3.1 Antecedentes Internacionales	29
2.3.2 Antecedentes Nacionales	32
2.3.3 Antecedentes Locales.....	33
CAPITULO III.....	35
HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1 Hipótesis.....	35
a. Hipótesis general.....	35
b. Hipótesis específicas	35
3.2. Identificación de variables e indicadores	36
3.3. Operacionalización de variables.....	37
CAPITULO IV.....	40
METODOLOGÍA.....	40
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica.....	40

4.2.	Tipo y nivel de investigación	41
4.3.	Unidad de análisis.....	41
4.4.	Población de estudio	42
4.5.	Tamaño de muestra.....	42
4.6.	Técnica de selección de muestra	43
4.7.	Técnica de recolección de información.....	43
4.8.	Técnica de análisis e interpretación de la información	46
4.9.	Técnica para demostrar la verdad o falsedad de la hipótesis planteada	46
CAPÍTULO V:.....		47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		47
5.1.	Procesamiento, análisis e interpretación de resultados	47
5.2	Prueba de hipótesis	57
5.3.	Discusión.....	58
Conclusiones		62
Recomendaciones.....		64
Referencias bibliográficas		66
Anexos		70
Matriz de consistencia.....		70
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....		72

Lista de tablas o cuadros

Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024	42
Tabla 2. Dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	43
Tabla 3. Accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024	44
Tabla 4. Dimensiones de la Accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	45
Tabla 5. Relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	46
Tabla 6. Relación entre la accesibilidad Administrativa - organizacional con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	47
Tabla 7. Relación entre la accesibilidad sociocultural con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	48
Tabla 8. Relación entre la accesibilidad económica con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	49
Tabla 9. Relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.....	50

Resumen

El incremento de la población adulta mayor en el Perú plantea desafíos significativos para garantizar su acceso a servicios de salud y promover su independencia funcional. Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a la IPRESS Urcos, Cusco, 2024. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y transversal con 90 adultos mayores. La accesibilidad fue evaluada mediante un cuestionario con cuatro dimensiones (física-geográfica, administrativa, sociocultural y económica), mientras que la dependencia funcional se midió utilizando el Índice de Barthel. Los datos fueron analizados mediante tablas de frecuencia y el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Los resultados mostraron que el 40% de los adultos mayores eran independientes, mientras que un 30% presentó dependencia moderada. La accesibilidad económica fue la mejor evaluada (67,8% alta), en contraste con la accesibilidad físico-geográfica, percibida como baja por el 17,8%. Se encontró una muy baja correlación entre la accesibilidad global y la dependencia funcional ($Rho = 0.096$), destacándose las dimensiones administrativa y sociocultural como las menos relevantes. Se concluye que la accesibilidad no está asociada con los niveles de dependencia funcional en este grupo de adultos mayores.

Palabras clave: envejecimiento; índice de Barthel; dependencia funcional; determinantes de salud.

Abstract

The growth of the older adult population in Peru poses significant challenges for ensuring access to health services and promoting functional independence. This study aimed to determine the relationship between accessibility to health services and functional dependence among older adults attending the IPRESS Urcos Hospital in Cusco, 2024. A quantitative, correlational, and cross-sectional study was conducted with 90 older adults. Accessibility was assessed using a questionnaire with four dimensions (physical-geographical, administrative, sociocultural, and economic), while functional dependence was measured using the Barthel Index. The data were analyzed using frequency tables and Spearman's Rho correlation coefficient. The results showed that 40% of older adults were independent, while 30% presented moderate dependence. Economic accessibility was the most highly rated (67.8% high), in contrast to physical-geographical accessibility, which was perceived as low by 17.8%. A very low correlation was found between overall accessibility and functional dependence ($Rho = 0.096$), with the administrative and sociocultural dimensions being the least relevant. It is concluded that accessibility is not associated with levels of functional dependence in this group of older adults.

keywords: Aging; Barthel Index; Functional dependence; Health determinants.

Introducción

En las últimas décadas, el Perú ha experimentado una transformación demográfica significativa, caracterizada por un incremento sostenido en la esperanza de vida y, en consecuencia, en la proporción de personas adultas mayores dentro de la población total. Según los informes técnicos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), basados en la Encuesta Nacional de Hogares, se estima que actualmente el 13,6% de la población peruana tiene 60 años o más, cifra que se espera continúe en aumento en los próximos años como parte del proceso de envejecimiento poblacional. A pesar de los desafíos que este fenómeno representa, es relevante señalar que el 32,7% de los hogares en el país está dirigido por una persona adulta mayor, de los cuales el 61,1% son hombres y el 38,9% mujeres, lo que evidencia su rol activo dentro del núcleo familiar y en la sociedad.(1)

Ante este contexto, el acceso efectivo a los servicios de salud se convierte en una necesidad fundamental para garantizar el bienestar de esta población. La accesibilidad a dichos servicios no se limita únicamente a la existencia física de infraestructura sanitaria como hospitales, centros y puestos de salud, tanto públicos como privados, sino que también abarca la superación de barreras geográficas, económicas, sociales y culturales que dificultan su uso oportuno. En países como el Perú, donde persisten marcadas desigualdades estructurales, estas barreras constituyen un obstáculo significativo para el ejercicio pleno del derecho a la salud, especialmente en los sectores más vulnerables.(2)

Por otro lado, el envejecimiento suele estar acompañado de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades físicas o deterioro cognitivo, que pueden derivar en una condición conocida como dependencia funcional. Esta se refiere a la disminución o pérdida de la capacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, tales como el aseo personal, la movilidad, la alimentación o la administración de medicamentos. En tales casos, el apoyo de un cuidador principal se vuelve fundamental para preservar la calidad de vida del adulto mayor, evitar el aislamiento social y prevenir complicaciones en su estado de salud.(2)

La dependencia funcional está estrechamente vinculada con las capacidades físicas y cognitivas necesarias para llevar a cabo las actividades cotidianas. No obstante, en

muchas ocasiones, las personas adultas mayores requieren la asistencia de un tercero, conocido como cuidador principal, quien se encarga de brindar apoyo en la ejecución de estas actividades durante un tiempo determinado. Esta situación es frecuente en los adultos mayores, quienes debido a sus limitaciones funcionales, necesitan de ayuda externa para mantener un nivel adecuado de autonomía.(3,4)

La relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional en los adultos mayores es compleja y bidireccional. Por un lado, aquellos con mayor grado de dependencia enfrentan mayores dificultades para trasladarse y acudir a establecimientos de salud, debido a limitaciones físicas, falta de acompañamiento o restricciones económicas. Por otro lado, un acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud puede contribuir significativamente a prevenir o reducir la dependencia funcional, mediante diagnósticos precoces, tratamientos efectivos y servicios de rehabilitación.

Comprender esta relación permite identificar factores críticos que obstaculizan el acceso a servicios de salud entre los adultos mayores con distintos niveles de dependencia funcional. Asimismo, posibilita el diseño de políticas públicas y estrategias sanitarias más inclusivas, centradas en la promoción de un envejecimiento activo, saludable y digno. En este marco, la presente investigación se enfoca en analizar la accesibilidad a los servicios de salud y su asociación con la dependencia funcional en los adultos mayores que acuden al IPRESS Urcos, Cusco durante el año 2024, con el fin de aportar evidencia que contribuya a mejorar la atención integral y humanizada de esta población en el ámbito local.

Lo expuesto anteriormente da lugar a la presente investigación, cuyo informe se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I, incluye los elementos relacionados con el planteamiento del problema, describiendo la situación problemática. Asimismo, se presenta la formulación del problema, la relevancia y justificación del estudio, así como los objetivos propuestos para su desarrollo.

Capítulo II, está dedicado al marco teórico, en el que se incluyen los antecedentes relacionados con la investigación y los fundamentos teóricos que explican las variables de estudio.

Capítulo III, expone las hipótesis planteadas en la investigación, así como las variables involucradas y su respectiva operacionalización para su medición.

Capítulo IV, desarrolla la metodología empleada, detallando el diseño y tipo de investigación, la población, la muestra y el tipo de muestreo utilizado. También se describe la elaboración y aplicación de los instrumentos de recolección de datos, junto con sus propiedades psicométricas.

Capítulo V, presenta los resultados obtenidos y su respectiva discusión. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS versión 25 en español.

Finalmente, se exponen las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha advertido que el 70% de los adultos mayores en América Latina enfrentan algún tipo de barrera estructural para acceder a servicios de salud, incluyendo problemas de transporte, disponibilidad de servicios especializados y costos asociados.(5)

El Perú bien tiene un incremento significativo de la población adulta mayor, lo que significa que existe un mayor porcentaje de este grupo poblacional, en el año de 1950 representaba el 5,7% y para el año 2023 representa el 13,6%. Significando un envejecimiento de la población peruana. En el reporte de setiembre del 2023 del Instituto Nacional de Estadística e Informática demuestra que esta población es un porcentaje significativo en los hogares de Perú, teniendo un 42,2% de los mismos con la presencia de al menos un adulto mayor. Siendo en el área rural donde existe un mayor porcentaje de hogares con la presencia de un adulto mayor.(1) De acuerdo con el documento “Proyecciones de población por departamentos, provincias y distritos, 2018–2030” del INEI, se estima que para el año 2050 el porcentaje de adultos mayores en el Perú superará el 22%, duplicando la cifra del 2023, lo que evidencia un proceso acelerado de envejecimiento poblacional. Actualmente, el 80.3 % de la población adulta mayor del país manifiesta presentar algún problema de salud crónico, siendo más prevalente en mujeres (85.3 %) que en hombres (74.7 %). (1) y según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), más del 40% de establecimientos de salud de primer nivel de atención en el Perú carecen de servicios adecuados, lo cual representa una barrera concreta para la población adulta mayor. (5)

El envejecimiento en la población está siempre acompañado por un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades no transmisibles, es decir un aumento en la población adulta mayor que tiene que acceder a un servicio de salud que cubra sus necesidades. La atención a la población adulta mayor es más compleja que la habitual, con una mayor capacitación e implementación de la infraestructura y de los servicios, para poder tratar y controlar las enfermedades

degenerativas y lograr dar calidad de vida a los pacientes adultos mayores. Por otro lado, es evidente que los sistemas de salud cuentan con una infraestructura no adecuada, desfasada y que necesita actualización, para poder atender las necesidades de poblaciones vulnerables como es el caso de los adultos mayores.

(2)

Es necesario comprender que la falta de atención adecuada a los adultos mayores puede tener un impacto negativo, puede complicar más los problemas crónicos degenerativos, complicar la calidad de vida y deteriorar la vida y la salud de este grupo poblacional. Por lo que se puede ver afectada la dependencia funcional, es decir generar una dependencia para poder realizar las actividades de la vida cotidiana, necesitando la ayuda de un cuidador o haciendo las actividades en un mayor tiempo.(4) Estudios como el realizado por el Ministerio de Salud sobre funcionalidad y dependencia en el adulto mayor revelaron que el 46% de esta población presenta algún grado de dependencia funcional, siendo más frecuente en mujeres y en zonas rurales. (6)

Los problemas de dependencia funcional en el adulto mayor están asociado al aspecto económico, es un grupo poblacional en el cual existe escases de recursos económicos para poder solventar los gastos propios de la edad, muchos de ellos se encuentran sin trabajo o están en la etapa de la jubilación y por su avanzada edad es difícil conseguir trabajo y por ende existe falta de dinero. Por tanto es una población que aparte de sufrir problemas de salud, también presentan problemas económicos, que resultan siendo una barrera para acceder al servicio de salud.(7) Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022, el 64,3% de los adultos mayores en el país no cuenta con pensión de jubilación, dependiendo de ingresos informales, apoyo familiar o programas sociales como Pensión 65.(7)

La existencia de barreras estructurales dentro del sistema de atención en salud caracterizado por deficiencias organizativas, limitaciones de infraestructura y escasos recursos agrava la situación de los adultos mayores con dependencia funcional. Estas barreras generan malestar y dificultades para acceder a los servicios médicos. En consecuencia, los adultos mayores con limitaciones para realizar sus actividades cotidianas enfrentan mayores obstáculos para recibir atención médica, mientras que aquellos que conservan su independencia funcional

tienen mayor libertad para acceder a los servicios de salud y obtener atención oportuna. (5,8)

En el distrito de Urcos, provincia de Quispicanchi, se estima que más del 15% de la población corresponde a adultos mayores, en su mayoría residentes en zonas rurales, con dificultades de acceso a servicios básicos (luz, agua y desagüe), incluyendo los de salud.(1)

Los adultos mayores presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y degenerativas, como hipertensión, diabetes, artrosis y problemas cardiovasculares, las cuales requieren atención continua y especializada. Datos del Ministerio de Salud indican que el 46% de los adultos mayores presenta algún grado de dependencia funcional. Esta situación es más frecuente en mujeres y en zonas rurales, como es el caso de Urcos. (5)

Evaluaciones clínicas preliminares en la IPRESS Urcos señalan que un número considerable de adultos mayores atendidos presenta limitaciones para movilizarse, requiriendo de ayudas técnicas (como bastones o sillas de ruedas), y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse o alimentarse.(6)

1.2. Formulación del problema

a. Problema general

¿Cómo es la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?

b. Problemas específicos

1. ¿Cuáles con las características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?
2. ¿Cómo es la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?
3. ¿Cómo es la accesibilidad total a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?

4. ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?
5. ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?
6. ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?
7. ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024?

1.3. Justificación de la investigación

Este estudio responde a una problemática creciente en salud pública y propone soluciones concretas y factibles basadas en evidencia. La articulación entre los hallazgos del estudio y las recomendaciones institucionales permitirá avanzar hacia una atención más digna, inclusiva y centrada en las personas mayores, aportando de manera significativa al fortalecimiento del primer nivel de atención en salud.

Desde el enfoque práctico, este estudio permitirá disponer de **evidencia útil para la formulación de políticas públicas e intervenciones específicas**. Por ejemplo, los resultados podrán orientar medidas como la **simplificación de procesos administrativos**, la **capacitación en trato humanizado**, y el diseño de **sistemas de atención diferenciada** para personas mayores, promoviendo una atención más accesible, equitativa y digna. Además, se busca identificar los factores que inciden en la dependencia funcional, para fundamentar estrategias de **prevención de la discapacidad, promoción del autocuidado y educación en estilos de vida saludables**, aspectos clave para mantener la autonomía y calidad de vida en la vejez.

Además, al documentar las condiciones de acceso y niveles de dependencia funcional, se podrán proponer mejoras en la **infraestructura de los centros de salud**, adaptándolos a personas con movilidad reducida, e implementar **sistemas de monitoreo y evaluación continua**, que garanticen la efectividad y pertinencia de las acciones implementadas.

Desde la perspectiva social, el estudio **visibiliza las necesidades de una población históricamente postergada**, y promueve su inclusión en la agenda pública, fomentando una mirada más humana, inclusiva e integral del envejecimiento. En ese sentido, la investigación respalda la necesidad de implementar **mecanismos de financiamiento solidario**, como subsidios o paquetes gratuitos para adultos mayores en situación de vulnerabilidad, así como el fortalecimiento de redes comunitarias y la capacitación de cuidadores.

Desde el enfoque académico, esta investigación contribuirá al cuerpo de conocimientos sobre **accesibilidad sanitaria y funcionalidad en adultos mayores**, generando datos locales actualizados que pueden alimentar futuras investigaciones, comparaciones regionales y evaluaciones de impacto de programas existentes. Asimismo, servirá como insumo para la elaboración de modelos de atención gerontológica adaptados a contextos rurales y multiculturales.

La ubicación geográfica de Urcos, como capital de la provincia de Quispicanchi, con características sociodemográficas y territoriales particulares, hace relevante el análisis contextualizado de las condiciones de acceso a los servicios de salud, especialmente en una población vulnerable como es la adulta mayor. En un escenario de transición demográfica y envejecimiento progresivo, donde los avances científicos han aumentado la esperanza de vida, resulta urgente identificar y abordar las barreras físicas, económicas, socioculturales y administrativas que afectan el uso efectivo del sistema de salud.

La presente investigación es pertinente y necesaria, ya que busca conocer el nivel de accesibilidad a los servicios de salud y su relación con la dependencia funcional que tienen los adultos mayores que acuden a la IPRESS Urcos, perteneciente a la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, durante el año 2024.

1.4. Objetivos de la investigación

a. Objetivo general

Determinar la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024.

b. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
2. Caracterizar la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
3. Caracterizar la accesibilidad total a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
4. Establecer la relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
5. Establecer la relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
6. Establecer la relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
7. Establecer la relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Adulto mayor

En el Perú, se considera adulto mayor a toda persona de 60 años a más, en concordancia con organismos internacionales como la ONU. Este grupo es reconocido como población vulnerable debido al envejecimiento. La expectativa de vida ha aumentado tanto en países de bajos y medianos ingresos —por la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas— como en países desarrollados, donde ha disminuido la mortalidad en adultos mayores. En el Perú, la proporción de adultos mayores ha crecido del 5,7% en 1950 al 13,6% en 2023.(1)

En el Perú existen políticas orientadas a promover un envejecimiento saludable en los adultos mayores, brindándoles acceso a seguridad social y oportunidades laborales. Sin embargo, esta población sigue siendo vulnerable, no solo por el envejecimiento, sino también por la limitada accesibilidad a servicios de salud. En cuanto a educación, solo el 21,4% alcanzó educación superior, y persisten diferencias entre hombres y mujeres. En 2023, el 28,2% de hogares con adultos mayores tuvo déficit calórico, y el 80,8% presenta enfermedades crónicas, siendo más frecuente en mujeres.(1)

2.1.2. Envejecimiento

El envejecimiento se define como un proceso de cambios graduales e irreversibles a nivel anatómico y funcional, que con el tiempo puede manifestarse como enfermedades, especialmente en adultos mayores. Estos cambios afectan tanto el ámbito físico como mental. Además, el envejecimiento conlleva transformaciones sociales, como el retiro laboral, la pérdida de seres queridos o la dependencia de una pensión.(9)

2.1.3. Servicio de Salud

La atención en salud comprende tanto el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la promoción y mantenimiento de la salud. En Latinoamérica, los ministerios de salud organizan estos servicios, que pueden ser estatales, privados o mixtos. En el Perú, el sistema es mixto y fragmentado, con múltiples ofertas según presupuestos ministeriales, pero con limitaciones que impiden cubrir adecuadamente las necesidades de la población. Se plantea la necesidad de reorganizar el sistema, con criterios claros para la asignación de presupuestos, estandarización de planes de gestión y acción, y la garantía de un acceso libre y universal a servicios de salud. (10,11)

2.1.4. Accesibilidad al servicio de salud

Se refiere a las condiciones que tiene los recursos en diferentes aspectos, que podrían facilitar o entorpecer el uso de un servicio de salud por parte de la población en general. Se define también como la oportunidad que tiene los usuarios de lograr atención en un establecimiento médico, sea este público o privado. Es decir, tiene que ver con la capacidad que se logra para tener asistencia sanitaria. La accesibilidad al servicio de salud está condicionada por dos grandes factores: los que depende del usuario y los que dependen del sistema sanitario en un país. (2)

La accesibilidad a los servicios de salud está relacionada con características económicas, que hace referencia a la capacidad que tienen los pacientes para pagar los gastos relacionados a la atención médica y a los gastos colaterales, como los gastos de laboratorio o los farmacológicos. (2,5) En el caso de los adultos mayores, esta situación se agrava debido a que muchos de ellos no cuentan con ingresos propios y dependen de pensiones mínimas o de sus familiares. Esto limita su capacidad de asumir costos indirectos como transporte, medicamentos no cubiertos o insumos médicos, afectando su adherencia a tratamientos y continuidad de atención.

El aspecto sociocultural hace referencia a los aspectos culturales, sociales e idiomáticos que pueden condicionar el acceso al sistema de salud. (2,5) Factores

como la cosmovisión andina en comunidades altoandinas, el uso de lenguas originarias como el quechua, y las prácticas de medicina tradicional pueden influir en la forma en que los adultos mayores perciben la enfermedad y buscan atención médica. La falta de pertinencia cultural de los servicios y la escasa presencia de personal bilingüe o intercultural capacitado en zonas rurales son barreras adicionales que limitan la accesibilidad.

Cuando los sistemas de salud están bien organizados permite la llegada de los servicios a los usuarios de una forma equitativa y proporcionada. Así mismo los procesos administrativos permiten que los usuarios tengan una buena atención en forma oportuna y equitativa. (2,5) Sin embargo, en muchos establecimientos del primer nivel de atención, la falta de personal especializado, la escasez de medicamentos y la burocracia en los trámites administrativos retrasan o limitan la atención oportuna, lo que afecta especialmente a la población adulta mayor.

Otro aspecto que se debe de tener en cuenta es la accesibilidad física y geográfica, que está condicionada por las distancias o los medios que se necesita para llegar a los establecimientos de salud, se incluye en esta dimensión la distancia y el transporte. (2,5) En regiones como la sierra sur del Perú, donde existen comunidades dispersas y con vías de acceso en mal estado, el traslado hacia una IPRESS puede implicar largas caminatas o gastos en transporte que no pueden ser asumidos con facilidad. Esta situación genera abandono de tratamientos, citas incumplidas y retraso en diagnósticos.

Adicionalmente, se debe considerar la accesibilidad desde una dimensión digital, dado el avance de la telemedicina y las tecnologías en salud. Sin embargo, muchos adultos mayores no cuentan con competencias digitales ni acceso a dispositivos o conectividad, quedando excluidos de estos nuevos modelos de atención. (12)

2.1.4.1. Dimensiones de la accesibilidad.

a) Accesibilidad geográfica o territorial

Se refiere a la **proximidad física** entre los usuarios y los establecimientos de salud, considerando la distancia, el tiempo de desplazamiento, la calidad de las vías de acceso, la disponibilidad de transporte y las condiciones geográficas del

entorno. En zonas rurales o con topografía accidentada, como muchas regiones alto andinas del Perú, esta dimensión representa una barrera crítica. Las dificultades para desplazarse se agravan en el caso de personas mayores con movilidad reducida, generando una forma de exclusión territorial del sistema de salud. (2)

b) Accesibilidad económica

Esta dimensión alude a la **capacidad de los individuos para afrontar los costos directos e indirectos** asociados al uso de los servicios de salud. Incluye no solo el pago por la atención médica o medicamentos, sino también los gastos de transporte, alojamiento y tiempo perdido en el proceso de atención. Las personas adultas mayores, especialmente aquellas con ingresos limitados o que viven solas, pueden enfrentar serias restricciones económicas que limitan su acceso efectivo, incluso en contextos de cobertura aseguradora. (13)

c) Accesibilidad administrativa

La accesibilidad administrativa se refiere a los **trámites, horarios, normas y requisitos operativos** que determinan la posibilidad de utilizar los servicios. Procesos burocráticos complejos, escasa flexibilidad horaria o falta de información clara pueden constituir barreras importantes, especialmente para personas mayores que requieren orientación o asistencia para realizar gestiones. La simplificación de procedimientos y la atención diferenciada son aspectos claves para mejorar esta dimensión. (2,13)

d) Accesibilidad cultural y aceptabilidad

Esta dimensión aborda la **compatibilidad entre las características socioculturales de los usuarios y los modos de atención del sistema de salud**. Incluye aspectos como el idioma, las creencias, las percepciones sobre el proceso de salud enfermedad y las expectativas sobre el trato recibido. En contextos donde existen comunidades con identidad cultural propia, como el caso del distrito de Urcos en la región Cusco, la accesibilidad cultural implica la necesidad de enfoques interculturales que reconozcan y respeten la diversidad.

e) Accesibilidad funcional o personal

En el caso de los adultos mayores, la accesibilidad también depende de su **nivel de funcionalidad**, es decir, de su capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por sí mismos. La **dependencia funcional** puede convertirse en una barrera significativa para acceder a los servicios de salud si no existen cuidadores, apoyo comunitario o adaptaciones en el entorno. Esta dimensión está fuertemente relacionada con el envejecimiento, las condiciones crónicas y las discapacidades físicas o cognitivas. (2,13)

2.1.5. *Barreras al acceso al servicio de salud de los adultos mayores*

Los adultos mayores por muchas razones ven limitado o imposibilitado el acceso a los servicios de salud, son muchos los factores que se convierten en barreras al momento que estas personas necesitan el servicio médico. Por un lado, tenemos que, a esta edad, un porcentaje alto de la población adulta mayor es dependiente económicamente de un sistema de pensión que le proporciona un recurso económico muy reducido para su supervivencia, por lo que es una limitante al momento de acceder al servicio de salud, convirtiéndose el costo en un factor prohibitivo. Así mismo, los sistemas de salud en los países latinoamericanos han generado durante años muchas brechas hacia la población, no contando con una buena infraestructura para la atención del servicio de salud, presentando en la actualidad una falta de infraestructura hospitalaria, capaz de satisfacer la demanda del mercado y la falta de un servicio especializado para los pacientes adultos mayores, existiendo una limitada oferta del servicio de geriatría en los hospitales, convirtiendo a esta población en un grupo vulnerable y de alto riesgo.(2)

Estudios realizados en zonas rurales del sur andino han mostrado que más del 60% de los adultos mayores no acuden regularmente a los establecimientos de salud por falta de recursos económicos o por considerar que la atención no es resolutive. También se han reportado altos niveles de insatisfacción debido a la falta de medicamentos, a los prolongados tiempos de espera y a la percepción de desinterés del personal sanitario hacia los adultos mayores. (2,13)

Dentro de la mayoría de los ambientes de los servicios de salud se suele ver que no existe una adecuación de la infraestructura para el desplazamiento de los adultos mayores, generando una brecha al momento que este quiera desplazarse dentro de los ambientes. Son muy pocos los Hospitales y los centros de salud que prestan estas condiciones. Por lo que se convierte la falta de una buena adecuación en una barrera física al momento de acceder al servicio de salud, por parte del adulto mayor. Porque encuentra una señalética deficiente, puertas estrechas, ausencia de ascensores, baños inadecuados, áreas de estacionamiento inaccesibles, entre otras deficiencias que generan una barrera física para la atención médica.(14) Estas limitaciones también incrementan el riesgo de caídas, accidentes o lesiones durante la visita al establecimiento de salud, lo cual refuerza la necesidad de contar con espacios amigables con el adulto mayor. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), solo un pequeño porcentaje de hospitales en Latinoamérica cumple con los estándares de accesibilidad universal para adultos mayores.

Otro factor que es considerado como una barrera, son las cualidades que debe de poseer el personal de salud, en cuanto a sus habilidades comunicativas, o el conocimiento para la atención a este grupo poblacional. Muchas veces el paciente manifiesta que no se siente cómodo con la atención que le brinda el trabajador de salud y por eso ya no acude al servicio de salud con comodidad, porque ve vulnerado su autoestima. Convirtiéndose en una barrera la falta de habilidad comunicacional y la falta de conocimientos por parte del trabajador de salud.(14) Adicionalmente, el desconocimiento sobre el trato gerontológico adecuado, la falta de empatía y el uso de lenguaje técnico no adaptado al nivel de comprensión del adulto mayor, limitan la relación médico-paciente y disminuyen la adherencia a tratamientos. En algunos contextos, se ha observado también un trato discriminatorio hacia los adultos mayores por su edad, constituyéndose en una forma de violencia simbólica que vulnera su derecho a una atención digna y de calidad.

2.1.6. Dependencia funcional

Se define como la capacidad que tienen las personas para realizar actividades físicas cotidianas y cognitivas básicas. Las actividades físicas como caminar, desplazarse dentro de un ambiente, alcanzar objetos y actividades rutinarias de la vida cotidiana como el bañarse, comer, vestirse, o usar el baño y en el caso de las actividades cognitivas se refieren a centrar atención o comunicarse.

Se define también como la condición en la cual una persona necesita la ayuda de un acompañante para hacer sus actividades diarias, esta persona es denominada como un cuidador, el cual puede ser un familiar o un trabajador de salud. En el caso de los adultos mayores, por las condiciones de edad y el proceso propio del envejecimiento, necesitan de una ayuda para realizar sus actividades diarias y además del cuidado personal que se requiere, todo a consecuencia del proceso de envejecimiento a nivel anatómico y fisiológico, pero también con afectación a nivel cognitivo, cabe aclarar que la discapacidad que pueda presentar una persona adulta mayor no la hace incapaz de realizar sus actividades diarias, es decir la pérdida de la visión o la audición no incapacita al adulto mayor. (4,15)

2.1.6.1 Dimensiones de la dependencia funcional

La dependencia funcional es un concepto clave en el campo de la salud pública, especialmente en el estudio de la vejez. Se refiere a la pérdida progresiva o repentina de la capacidad de una persona para realizar de forma autónoma las actividades necesarias para su autocuidado y participación en la vida cotidiana. Esta condición puede deberse a limitaciones físicas, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas o a la interacción de varios factores que afectan la funcionalidad del individuo. En el caso de los adultos mayores, la dependencia funcional suele manifestarse con mayor frecuencia debido al envejecimiento natural del cuerpo y la mente, lo que puede limitar su independencia y generar la necesidad de apoyos externos para desenvolverse en su entorno.

a) Dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Estas actividades están relacionadas con el **autocuidado personal**. La dependencia funcional no es un fenómeno homogéneo; por el contrario, se expresa

en distintos niveles y dimensiones. Una de las primeras distinciones importantes se da entre las llamadas **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)** y las **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**. Las ABVD son aquellas tareas esenciales para el autocuidado, como alimentarse, vestirse, bañarse, moverse, usar el baño y controlar esfínteres. Cuando una persona presenta dificultades en este tipo de actividades, se considera que su nivel de dependencia es severo, ya que requiere asistencia constante para sobrevivir y mantener su higiene y dignidad básicas.

b) Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Fueron definidas por Lawton y Brody (1969), y se relacionan con el manejo del hogar y la vida social. Por otro lado, las AIVD están relacionadas con una vida independiente más allá del autocuidado básico. Incluyen tareas como preparar alimentos, realizar compras, utilizar medios de transporte, manejar dinero, tomar medicamentos correctamente o usar dispositivos de comunicación como el teléfono. Estas actividades demandan mayor complejidad cognitiva y organizativa, y su deterioro indica un nivel de dependencia leve o moderado. Generalmente, las dificultades en las AIVD son las primeras en aparecer durante el proceso de deterioro funcional.

c) Dependencia cognitiva o mental

Hace referencia a la pérdida de habilidades cognitivas que afectan la toma de decisiones, la orientación y la memoria. Junto a estas dimensiones físicas, también se reconoce una **dependencia cognitiva**, relacionada con las alteraciones en las funciones mentales superiores como la memoria, la atención, el juicio y la orientación. Enfermedades como el Alzheimer y otras demencias son causas frecuentes de este tipo de dependencia, que puede conducir a una pérdida progresiva de la capacidad de toma de decisiones y de la autonomía personal. Las personas con deterioro cognitivo pueden conservar habilidades físicas intactas, pero requieren supervisión y cuidado continuo para garantizar su seguridad y bienestar.

d) Dependencia social

Otra dimensión importante es la dependencia social, que alude a la necesidad de contar con redes de apoyo, ya sean familiares, comunitarias o institucionales. Aun cuando un adulto mayor conserve un buen nivel de funcionalidad física o cognitiva, si carece de acompañamiento o recursos sociales, se encuentra en situación de riesgo. Esta dimensión pone de relieve que la dependencia funcional no es únicamente un asunto médico, sino también social, pues el contexto en que vive una persona puede ampliar o limitar su autonomía real.

En conjunto, estas dimensiones permiten entender la dependencia funcional como un fenómeno multidimensional y dinámico, que debe evaluarse de manera integral. La interacción entre el estado de salud, las capacidades personales, los recursos disponibles y el entorno es lo que finalmente determina el grado de dependencia y las necesidades específicas de apoyo. Comprender estas dimensiones es fundamental para diseñar intervenciones eficaces que promuevan la autonomía, el envejecimiento saludable y la calidad de vida de las personas mayores.

En el marco de políticas públicas de salud, reconocer y medir la dependencia funcional es esencial para la adecuada asignación de recursos, el diseño de servicios de apoyo, y la atención centrada en las personas. Asimismo, permite visibilizar la carga física y emocional que recae sobre los cuidadores, quienes muchas veces brindan atención sin preparación ni respaldo institucional. Por tanto, abordar la dependencia funcional desde todas sus dimensiones no solo mejora la vida del adulto mayor, sino que fortalece la equidad y la justicia social en los sistemas de salud.

2.1.7. Índice de Barthel

Es preocupación constante valorar las condiciones de salud de la población en especial la de los adultos mayores, la salud pública hace esfuerzos para medir la calidad de vida de las personas, en especial sobre el uso de los servicios de salud, y más en las personas que muestren algún tipo de discapacidad física o mental, es así que se ha elaborado el Índice de Barthel para medir la capacidad que tiene las

personas de realizar actividades de la vida cotidiana, valorándose mediante una escala cuantitativa del grado de dependencia del individuo. Las actividades que evalúa este cuestionario son en número de diez, que son actividades de la vida diaria. Este instrumento es usado por la salud pública para evaluar la discapacidad física de las personas, se puede aplicar en el ámbito clínico, epidemiológico y en la salud pública en general. (3)

El índice de Barthel fue usado inicialmente en el campo de la rehabilitación física, en el cual los profesionales debían de evaluar los resultados después de haber aplicado los programas de rehabilitación física para mejorar los niveles de dependencia funcional de los pacientes. Es considerado como un instrumento de aplicación simple, pero cuyos resultados son significativos para un tratamiento a largo plazo. En este cuestionario se asigna una puntuación en base al grado de dependencia para realizar actividades básicas, el puntaje está en función al tiempo que le toma al paciente realizar dicha actividad cotidiana o que necesita ayuda para lograr dicha actividad. Se denomina actividades de la vida diaria y son diez: como el comer, trasladarse entre la silla y la cama dentro de una habitación, bañarse, usar el retrete, realizar el aseo personal, desplazarse en una superficie libre como la sala, subir o bajar escaleras, control de las heces y la orina y el vestirse o desvestirse. La valoración toma la escala de 0, 5, 10 ó 15, la sumatoria de todas las preguntas por las actividades de la vida diaria tienen la escala de 0 cuando es completamente dependiente y la escala de 100 cuando es completamente independiente. Con este instrumento se conoce las deficiencias específicas para cada actividad de la vida cotidiana de las personas y facilita la valoración de evolución temporal. (3)

2.1.8. Relación entre accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional

En el adulto mayor está presente las limitaciones o barreras físicas y psicológicas que pueden ir incrementado con el paso del tiempo, por eso es importante evaluar el nivel de dependencia funcional a lo largo del tiempo, son dos los factores más preponderantes; la edad y la presencia de comorbilidades. Por otro lado, estamos hablando de un grupo poblacional que según la estadística sociodemográfica en

los países latinoamericanos o con bajo nivel de PBI, son catalogados como personas con necesidades económicas, probablemente por haber entrado a la jubilación o en muchos casos por falta de programas de previsión social. Es decir es un grupo población que tiene que superar el problema económico, por otro lado las dificultades de salud y enfermedades crónicas degenerativas propias de la edad. Un buen porcentaje de adultos mayores ocupan una posición marginal dentro de la sociedad, convirtiéndolos en un grupo vulnerable, en la cual se suma la mala salud, la pobreza y la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, por lo que se convierten en una población con una mayor necesidad de servicios de salud. (4)

Por otro lado la accesibilidad a los servicios de salud presenta una serie de barreras en el ámbito económico, geográfico, cultural, social y de falta de infraestructura para todos los grupos poblacionales, pero en especial para los grupos vulnerables, como es el caso de los adultos mayores. Un factor determinante es el transporte para acceder al servicio de salud, que en algunos casos se ve limitado o imposibilitado para personas con condiciones especiales o que tiene dificultades de movilización, como en el caso de los adultos mayores, convirtiéndose en una seria barrera para acceder al servicio de salud. Otra barrera frecuente es el idioma que podría generar situaciones de discriminación, haciendo que el paciente o el adulto mayor se desanime para acceder al servicio de salud. Una barrera determinante al momento de acceder al servicio de salud es el aspecto económico, que en algunos sistemas de atención, el servicio no se da en forma gratuita, o por otro lado los costos que implica el tratamiento a nivel de medicamentos, generándose costos adicionales a los ya existentes, es así que el aspecto económico se convierte en una de las barreras más importantes al momento de acceder al servicio de salud. (8)

Por lo que es muy probable que los pacientes que tienen problemas de dependencia funcional por la edad, puedan verse condicionados al acceso de los servicios de salud en forma significativa.

2.2. Marco conceptual (palabras clave)

- Cuidador: es la persona con vínculo familiar o con dependencia laboral, que cuida a quienes necesitan asistencia por motivos de enfermedad o discapacidad. Estas personas pueden brindar el cuidado en los hospitales o en el domicilio de los pacientes.(16)
- Necesidades básicas: se hace referencia a los servicios de salud requeridos para un grupo poblacional específico. También se refiere a la oferta de servicio de salud que la comunidad puede o quiere pagar para la atención de su salud.(17)
- Atención sanitaria adulto mayor: son los servicios que se le da al adulto mayor para el diagnóstico de sus enfermedades y para el tratamiento; como también para el mantenimiento de su salud.(13)
- IPRES: En el Perú significa Institución Prestadora de Servicios de Salud, la cual puede ser pública, privada o mixta que brinda servicios de salud. (18)

2.3. Antecedentes empíricos de la investigación (estado del arte)

2.3.1 Antecedentes Internacionales

Zhou et al. (2025) China; en su investigación tuvo el objetivo de evaluar la asociación de la Política Integrada de Atención Médica y Social con la dependencia funcional de los adultos mayores de 65 años. La dependencia funcional se midió con base en las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Se registraron los déficits de atención de las personas con dependencia funcional y cuyas necesidades de atención no estaban cubiertas. Se observó una **reducción de la probabilidad de dependencia funcional** tuvo un OR = 0,72 con un IC= 0,58-0,89 y un valor $p=0,002$. Se registró un déficit en la atención de salud por falta de acceso a cuidados necesarios en personas ya dependientes con un OR = 0,62 y un IC = 0,41-0,95 y un valor $p=0,029$. La implementación de una política integrada de atención médica y social podría reducir el riesgo de dependencia funcional en las personas mayores y el déficit de atención en quienes la necesitan. (19)

Abufaraj et al. (2024) Jordania; en su investigación se hace referencia la necesidad que deben de cumplir los servicios de salud sobre las enfermedades que presentan los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento y de esta manera anticipar los cambios y proporcionar un envejecimiento saludable en los adultos mayores. Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar la presencia de las enfermedades crónicas y los índices de salud, para luego relacionarlas con la dependencia funcional en adultos mayores. Para dicho fin se entrevistó a 1718 adultos mayores. Se tuvo como resultado una menor accesibilidad a los seguros médicos, a los servicios de salud, una menor accesibilidad a la disponibilidad de medicamentos y a una falta de acceso a dispositivos médicos. La prevalencia de dependencia funcional fue de **37.75 %** de los adultos mayores evaluados. Con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, la cobertura de seguro de salud fue de un 86%. Así mismo, fueron las mujeres las que presentaron mayor dependencia funcional y con un menor ingreso económico, educación y accesibilidad a los servicios de salud. Con respecto a la dependencia funcional se pudo evidenciar que está relacionado a la edad, menor nivel educativo y a la presencia de algunas enfermedades crónicas. (20)

Escobedo & Izquierdo (2023) Uruguay; en su investigación se usó del Índice de Barthel como un instrumento de manejo rápido y sencillo para ser usado en personas adultas mayores que presenten cuadros potencialmente delicados. Tuvo el objetivo de describir el uso del IB y de asociar los resultados a las características sociodemográficas de pacientes adulto mayores. En el área de urgencias de trabajo con pacientes mayores de 65 años, siendo la muestra de 591. Los resultados reportaron que el 40,9% fueron pacientes independientes y que el 27,3% tuvieron dependencia severa o total. Se concluyó que el índice de Barthel es un instrumento muy objetivo al momento de evaluar la funcionalidad del paciente, por otro lado está asociado a la mortalidad y a la hospitalización a corto plazo, por lo que se propuso implementar en el área de urgencias la aplicación del Índice de Barthel en pacientes mayores de 65 años. (21)

Lara et al. (2023) España; en su investigación se habla sobre la importancia del acceso a un tipo de servicio hospitalario, que es la fisioterapia temprana en pacientes que fueron sometidos a cirugía abdominal de emergencia, en el cual se tuvo el objetivo de determinar la efectividad del acceso a la fisioterapia tardía y temprana para mejorar la dependencia funcional en estos pacientes sometidos a cirugía. Se evaluó a 132 pacientes, para registrar la funcionabilidad se les aplicó el Índice de Barthel. Como resultados se obtuvo que la funcionalidad en los pacientes desciende durante la hospitalización, pero se registró un aumento de la funcionalidad de parcial a alta, en aquellos pacientes que recibieron fisioterapia temprana, por lo que estos pacientes recibieron menos sesiones de fisioterapia después de la cirugía. **Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al alta** en puntuación de Barthel con un p valor = mayor a 0,05, es decir no significativos. con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud se redujo la estancia hospitalaria con un p valor = 0,0001; se disminuyeron las complicaciones con un p valor = 0,012 y se requirió menos sesiones de fisioterapia con un p valor = 0,04. Por lo que se concluyó que la fisioterapia temprana no mejoró significativamente la funcionalidad al alta, aunque ayudó a mantenerla durante el proceso postoperatorio. (22)

Garmendia et al. (2022) España; en su investigación se plantearon el objetivo de describir la evolución del perfil de los pacientes mediante el Índice de Barthel, así como la accesibilidad a la actividad asistencial. Para lo cual se usó un registro retrospectivo de los últimos 10 años sobre la actividad histórica en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, se registró las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores, la actividad funcional mediante el Índice de Barthel. Se obtuvo como resultado

que los pacientes que presentaron mayor deterioro funcional, fueron los pacientes que vivían solos y necesitaban la asistencia privada para lograr sus actividades diarias. Fueron los pacientes que presentaron algún tipo de demencia los que necesitaron mayor apoyo para sus actividades diarias. También se encontró que hubo un **Incremento significativo** en el porcentaje de pacientes con **gran dependencia funcional** a lo largo del tiempo, aumento del **16 % al 35 %** entre 2000 y 2019. con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud el tiempo medio de espera para la visita domiciliaria aumento de 2,6 días a 6,8 días entre 2000 y el 2019. Se concluyó que, a mayor edad en los pacientes adultos, es mayor la dependencia funcional a consecuencia de un deterioro en su estado físico y mental. (23)

González et al. (2022) México; en su trabajo de investigación evalúa el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores con el propósito de evidenciar la capacidad que tienen para realizar sus actividades cotidianas con ayuda de un cuidador, para lo cual se planteó el objetivo general de evaluar el nivel de dependencia funcional que presentan los adultos mayores de una comunidad en México. Se evaluó a 366 unidades de análisis, a los que se les aplicó el cuestionario Índice de Barthel (IB). Se tuvo como resultados, el mayor porcentaje de personas con dependencia funcional fue el sexo femenino con el 52,7% la mayoría de ellas se dedicaban a estar solas en casa. El 56,3% de los evaluados presentaron dependencia funcional leve. Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores de esta comunidad en México, tuvieron una dependencia funcional leve de sus cuidadores para realizar sus actividades diarias. (7)

Huesa et al. (2020) España; en su investigación se planteó como objetivo el describir las características de dependencia funcional y diferencias clínicas entre los pacientes que están hospitalizados y los pacientes que son parte de un programa de atención domiciliaria. En la investigación se evaluó a 1441 pacientes hospitalizados y 416 pacientes del programa de atención domiciliaria, se les registró las características sociodemográficas y para medir el estado funcional se les aplicó el cuestionario del Índice de Barthel. Se tuvo como resultado que el 71,4% fueron pacientes de sexo femenino. El índice de Barthel tuvo una puntuación media de 49,01 considerándose como un nivel de dependencia moderada. La distribución según el grado de dependencia fue: 47% dependencia total; 25,5% dependencia grave; 18,1% dependencia moderada; 3,4% dependencia leve y el 6% independientes. con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud el 90,9% contaban con apoyo familiar, mayor número de hijos se asoció con más

visitas y se presentó una alta poli medicación en el 52,7%. Se concluyó que la dependencia funcional fue mayor en los pacientes hospitalizados y fue menor en los pacientes con atención domiciliaria. (24)

2.3.2 Antecedentes Nacionales

León (2023) Cajamarca; en su trabajo de investigación tuvo el propósito de establecer la relación entre la dependencia funcional del adulto mayor y la accesibilidad a los servicios de salud en un distrito de Cajamarca. Se trabajó con 341 unidades de análisis, a quienes se les aplicó el cuestionario de accesibilidad al servicio de salud y el cuestionario Índice de Barthel que evalúa la dependencia funcional para hacer las actividades cotidianas en la vida diaria en los adultos mayores. Los resultados obtenidos evidencian que la población tuvo un promedio de 75.4 años, el 59,5% fueron adultos mayores de sexo femenino, el 90% de estos adultos presentaban un cuidador principal. El 44,6% de los evaluados presentó dependencia moderada y el 55,4% accesibilidad media a los servicios de salud. Se encontró una relación moderada (Rho de 0,37) entre las dos variables de estudio con un nivel de significancia alto (p valor de 0,001). Se concluyó que existe relación entre la dependencia funcional y la accesibilidad a los servicios de salud en el distrito de Celendín en Cajamarca. Es decir, la dependencia funcional del adulto mayor implica una menor accesibilidad al servicio de salud y la presencia de independencia funcional significa una mayor accesibilidad a los servicios de salud. (5)

Ora (2023) Lima; en su investigación tuvo el objetivo de establecer el efecto predictor de la infección por el SARS-CoV-2 sobre la dependencia funcional en pacientes adultos mayores. La investigación se realizó sobre 404 adultos mayores de 60 años que dieron positivo a la prueba del COVID-19. Para evaluar la dependencia funcional se aplicó el cuestionario Índice de Barthel. Como resultado se tuvo que el 34,2% fue población de sexo femenino, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con 65,8%, quienes tuvieron una media de edad de 69 años. La dependencia funcional tipo moderada está asociada a una disminución de la calidad de vida. Por otro lado, la dependencia funcional grave tiene un efecto sobre la probabilidad de disminuir la calidad de vida. (25)

Cárdenas et al. (2022) Lima, en su investigación las comorbilidades condicionan el proceso de envejecimiento, deterioran la salud de los pacientes y limitan el realizar las actividades diaria de vida. Dicha investigación tuvo el objetivo de establecer la asociación entre la dependencia funcional y la calidad de vida que presentan los pacientes adultos mayores que acuden al servicio de oncología con tratamiento de radioterapia. Se trabajó con 181 pacientes que acudieron al Centro Medico Naval del Callao a quienes se les aplico el cuestionario Índice de Barthel, se obtuvo una media de 89,73. Dentro de los resultados que se evidencio fue la asociación entre la dependencia funcional y la calidad de vida con un valor p de 0,001.(26)

Quispe (2018) Lima; en su investigación tuvo el objetivo de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en una población de adultos mayores en el distrito de Jesús María en Lima. La población estuvo constituida por 226 adultos mayores a los que se les aplico el cuestionario Índice de Barthel, se obtuvo como resultado que el 43,8% tuvo grave dependencia funcional, seguida de una moderada dependencia funcional con 32,3% de la población. Así mismo se aplicó la prueba Rho de Spearman para la contratación de la hipótesis y se obtuvo una correlación moderada entre las dos variables. (27)

2.3.3 Antecedentes Locales

Barraga & Nolazco (2023) Cusco; en su trabajo de investigación tuvo el objetivo de establecer el impacto que tuvo la infección por COVID-19 sobre la dependencia funcional en adultos mayores. Se trabajó con una población de 402 adultos mayores que tuvieron el diagnostico de COVID-19. Se tuvo como resultados que el 39,6% de los pacientes presentaban autonomía y podían realizar sus actividades de la vida cotidiana con independencia, el 45,7% presentaron una ligera dependencia funcional. Después de haber sufrido la infección por la COVID-19 solo el 7,6% presentaron independencia en sus actividades de la vida cotidiana y el 30,5% presentaron dependencia ligera. Se concluyó que la infección por la COVID-19 genero un impacto significativo sobre la dependencia funcional en pacientes adultos mayores de la ciudad del Cusco. (28)

Huarachi (2022) Cusco; en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia de la dependencia funcional sobre la sobrecarga del cuidado primario de los

pacientes con hemodiálisis. Se trabajó con una población de estudio de 78 pacientes hemodializados y sus respectivos cuidadores primarios, se aplicó el cuestionario Índice de Barthel para evaluar la dependencia funcional. Se encontró como resultado que la media del Índice de Barthel fue de 33,71 puntos, registrando un 47,44% de dependencia severa. Se evidencio una correlación inversa entre la dependencia funcional de los pacientes hemodializados y la sobrecarga del cuidado primario. (29)

Mamani & Rodriguez (2017) Cusco; en su investigación con el objetivo de establecer la influencia que tiene la capacidad funcional sobre la depresión en adultos mayores de la ciudad del Cusco. Se trabajó con una muestra de 80 adultos cuyos rangos de edad oscila de 65 a 80 años de edad. Para evaluar la capacidad funcional se aplicó el cuestionario Índice de Barthel. Se tuvo como resultados un mayor porcentaje de pacientes varones con el 53%, con respecto a la capacidad funcional se presentó un 57,6% con alta dependencia funcional, el 42,4% presento independencia para hacer las actividades de su vida cotidiana. Se encontró una relación significativa entre la dependencia funcional y la depresión en pacientes adultos mayores del centro San Francisco de Asís del Cusco. (30)

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

a. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024.

b. Hipótesis específicas

1. Hi: Existe un alto porcentaje de adultos mayores de sexo femenino, sin instrucción y viudos que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2025.
2. Hi: Existe un alto porcentaje de severa dependencia funcional en el adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2025.
3. Hi: Existe un alto porcentaje de baja accesibilidad total en el adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
4. Hi: Existe relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
5. Hi: Existe relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
6. Hi: Existe relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.
7. Hi: Existe relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.

3.2. Identificación de variables e indicadores

Variables de estudio:

a. Accesibilidad Total a los servicios de salud. - Cuyas dimensiones son:

- Física y geográfica.
- Administrativa y organizacional.
- Sociocultural.
- Económica

b. Dependencia funcional. - Sus dimensiones son:

- Comer.
- Trasladarse entre la silla y la cama
- Aseo personal.
- Uso del retrete o inodoro.
- Bañarse o ducharse.
- Desplazarse
- Subir o bajar escaleras.
- Vestirse o desvestirse.
- Control de heces.
- Control de orina

Variable interviniente

a. Características sociodemográficas.

3.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Expresión final	Escala de medición
Accesibilidad a los servicios de salud	Es la oportunidad que tienen los usuarios de los establecimientos de salud, para acceder a la atención ofrecida por los sistemas de atención. ³⁴	Es la presencia de recurso que entorpece o facilita el uso de los servicios en los establecimientos de salud por parte de los adultos mayores con limitaciones físicas. Se hace uso del cuestionario de accesibilidad a servicios de salud. ⁶	- Física y geográfica. - Administrativa y organizacional. - Sociocultural. - Económica	Accesibilidad por dimensiones: - Alto: de 17 a 20. - Medio: de 12 a 16. - Bajo: de 4 a 11.	Accesibilidad total: - Alto: de 65 a 80. - Medio: de 48 a 65. - Bajo: de 15 a 47.	ordinal
Dependencia funcional	Es el estado que imposibilita a una persona para realizar	Es el estado que limita las actividades de la vida diaria, está en función al esfuerzo	- Comer. - Trasladarse entre la silla y la cama	Se valora cada actividad de la dependencia Funcional con	Para la Dependencia Funcional en su conjunto la expresión final es: - Total dependencia: de 0 a 20.	ordinal

	actividades de la vida cotidiana. ⁸	físico y al tiempo que le demanda realizar dichas actividades. Se usa el Índice de Barthel. ³⁵	- Aseo personal. - Uso del retrete o inodoro. - Bañarse o ducharse. - Desplazarse - Subir o bajar escaleras. - Vestirse o desvestirse. - Control de heces. - Control de orina.	puntuaciones de 0, 5, 10 ó 15,	- Severa dependencia: de 21 a 60. - Moderada dependencia: de 61 a 90. - Leve independencia: de 91 a 99. - Total independencia: 100	
Características sociodemográficas	Las características sociodemográficas hacen referencia al conjunto de	Las características sociodemográficas serán identificadas a través de una ficha de recolección de datos diseñada para el		Se evaluarán variables como edad Sexo estado civil	Número de años Femenino/masculino Soltero/casado/viudo/conviviente/divorciado	Nominal

	atributos sociales y demográficos que describen y diferencian a los individuos dentro de una población.	estudio, la cual recogerá información declarada directamente por los adultos mayores que acuden a la IPRESS Urcos.		nivel de instrucción consultorio de atención tiene cuidador	Sin instrucción, primaria, secundaria, superior técnico, superior Medicina/odontología/psicología y otros Si/No	
--	---	--	--	---	---	--

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. **Ámbito de estudio: localización política y geográfica**

El distrito de Urcos, capital de la provincia de Quispicanchi en Cusco, se ubica en la sierra sur del Perú, a una altitud aproximada de **3,180 m s. n. m.**, en las coordenadas **13°41'30" de latitud sur y 71°37'30" de longitud oeste**. Está rodeado por la cordillera de los Andes y presenta un relieve variado que combina valles interandinos, colinas y quebradas. Su geografía está marcada por la presencia de la **laguna de Urcos**, un importante recurso hídrico y espacio cultural, así como por ríos y manantiales que nutren la agricultura local. El clima es templado frío, con estaciones lluviosas de noviembre a marzo y secas de abril a octubre, lo que condiciona las actividades agrícolas y ganaderas que constituyen la base económica de la zona. Además, Urcos se encuentra en un punto estratégico, ya que conecta a Cusco con la ruta hacia Puno y la selva de Madre de Dios, convirtiéndose en un eje de intercambio comercial y cultural.

El distrito de Urcos, en Cusco, se caracteriza por una rica herencia sociocultural donde conviven la tradición andina y la modernidad. La mayoría de su población es quechuahablante, y su vida comunitaria gira en torno a ferias dominicales, celebraciones religiosas y ritos ancestrales vinculados a la naturaleza, como el Qocha Raymi en la laguna de Urcos. Sus festividades, entre ellas el Corpus Urqueño, la Cruz Velacuy y la célebre peregrinación al Señor de Qoyllur Ritti, reflejan el sincretismo entre la fe católica y las creencias andinas. Las danzas como la Qashwa de Umuto o el Carnaval de Sallac expresan alegría, cortejo y la conexión con la tierra, mientras que los tejidos tradicionales, elaborados por asociaciones comunales, reafirman la continuidad del arte textil andino. Así, Urcos se muestra como un espacio donde la identidad cultural se fortalece a través de la lengua, las fiestas, los mercados y los lazos comunitarios que mantienen viva la cosmovisión andina.

La IPRES Urcos está ubicada en el distrito del mismo nombre, que es una de las doce que forman parte de la provincia de Quispicanchi. La población objetivo de

atención está constituida por 2765 niños, 1501 jóvenes, 4749 adultos, 1500 adultos mayores, tendiendo un total de 13527 pobladores.

La IPRES Urcos de nivel I-4 es cabecera de la Micro Red Urcos, que a su vez es parte de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur-Cusco. Tiene servicios de: Consulta externa, centro obstétrico, laboratorio clínico, farmacia, cuenta con servicios administrativos, atención de urgencias y emergencias, atiende referencias y contra referencias, cuenta con un área de vigilancia epidemiológica, salud ambiental, salud ocupacional, actividades intermedias, internamiento, salud familiar y comunitaria.

4.2. Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación es una Investigación Básica, porque busca nuevo conocimiento sistematizado es una investigación que busca incrementar el conocimiento existente. Es de enfoque cuantitativo, porque los procedimientos son secuenciales, es decir cada etapa precede a la siguiente, sigue un orden riguroso y se deben de probar mediante la prueba de la verdad o falsedad de la hipótesis planteada, de diseño no experimental.

El nivel de investigación es observacional, correlacional y transversal. Es observacional, porque el investigador se limita a medir, analizar y observar las variables, es decir no manipula las variables de estudio. Es correlacional porque se busca la relación de las variables, midiendo dirección y magnitud de las mismas. Es transversal porque se registra la ocurrencia del evento una sola vez.

4.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio de investigación estuvo conformada por adultos mayores que hicieron uso de los servicios externos de la IPRESS Urcos de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, 2024.

4.4. Población de estudio

Estuvo constituida por adultos mayores que acudieron a la IPRESS Urcos Cusco, para los servicios externos que brinda dicho establecimiento, la población fue de 120 pacientes adultos mayores que acudieron al establecimiento durante el mes de la recolección de los datos (noviembre 2024). Se definió la población de estudio como el conjunto de unidades de análisis que reunieron los criterios en común (inclusión), los cuales han sido previamente delimitados por características comunes.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que acudieron a los servicios externos de la IPRESS Urcos en el mes de noviembre del 2024.
- Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación en forma voluntaria.
- Adultos mayores residentes del distrito de Urcos y/o que tuvieron residencia de más de 12 meses en el distrito Urcos.
- Adultos mayores que tuvieron un cuidador que acepto colaborar y participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que No acudieron a los servicios externos de la IPRESS Urcos en el mes de noviembre del 2024.
- Adultos mayores que no desearon participar en la investigación.
- Adultos mayores que no tienen residencia en el distrito de Urcos.
- Adultos mayores que tuvieron un cuidador que no quiso colaborar y participar en la investigación.
- Adultos mayores con problemas psicológicos o psiquiátricos **sin cuidador**.

4.5. Tamaño de muestra

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

Z: Valor de la abscisa de la curva normal para una probabilidad del 95% de confianza. (1,96)

P: 0.5

Q: 0.5

e: Margen de error, 5% N: Población

n: Tamaño óptimo de muestra

N: 120 adultos mayores.

Entonces, a un nivel de significancia del 95% y 5% como margen de error, n es:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * 120}{(0.05)^2 * (120-1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{115.248}{0.5831 + 0.9604}$$

$$n = \frac{115.248}{1.5435}$$

$$n = 89.66$$

$$n = 90$$

4.6. Técnica de selección de muestra

La técnica de selección de la muestra fue probabilística, con método aleatorio simple, donde cada individuo de la población tuvo la misma posibilidad de ser seleccionado para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Las unidades seleccionadas cumplieron con los criterios de selección y ser parte de una muestra representativa y homogénea.

4.7. Técnica de recolección de información

Se utilizó la encuesta para las características sociodemográficas. Para la variable dependencia funcional se usó una encuesta estructurada. Y para la variable accesibilidad al servicio de salud una encuesta con escala tipo Likert.

Para las características sociodemográficas se identificó mediante datos generales que permitan una caracterización de las unidades de análisis que se incluyen en la presente investigación, datos que serán recogidos en el adulto mayor y/o datos de cuidador.

La variable Accesibilidad a los servicios de salud se refiere a la oportunidad que tienen los usuarios de acceder a la atención médica y la disponibilidad del servicio por parte del sistema de atención. (31)

Se usó un cuestionario de accesibilidad de Carballo (31) que midió los aspectos físico y geográfico, administrativo, cultural y económico, el cual está constituido por 16 ítems y cuatro dimensiones. La primera dimensión que mide este instrumento es el aspecto físico y geográfico, el cual tiene cuatro preguntas (1, 2, 3, 4); la segunda dimensión evalúa el aspecto administrativo y organizacional, este también cuenta con 4 preguntas (5, 6, 7, 8); la tercera dimensión mide el aspecto sociocultural para acceder al sistema de salud, consta de cuatro preguntas (9, 10, 11, 12) y la última dimensión es el aspecto económico, el cual tiene cuatro preguntas (13, 14, 15, 16) (5). Los 16 ítems se diseñaron en la escala de medición tipo Likert de cinco niveles, siendo el valor de 1 para nunca, 2 para casi nunca, 3 para a veces, 4 para casi siempre y 5 para siempre. La variable que se expresó en valores numéricos, fue categorizado en alto, medio y bajo en base a los percentiles 50 y percentil 75; lo mismo se hizo para las 4 dimensiones:

Variable Accesibilidad Total al servicio de salud:

- Alto: de 65 a 80.
- Medio: de 48 a 65.
- Bajo: de 15 a 47.

La escala de medición para cada una de las cuatro dimensiones de la accesibilidad, fue:

Primera dimensión de accesibilidad física y geográfica

Segunda dimensión de accesibilidad administrativa y organizacional

Tercera dimensión de accesibilidad sociocultural

Cuarta dimensión de accesibilidad económica

- Alto: de 17 a 20.
- Medio: de 12 a 16.
- Bajo: de 4 a 11.

Para la variable dependencia funcional se usó el índice de Barthel (IB) el cual mide la capacidad que tiene una persona para realizar actividades de la vida cotidiana, los cuales son considerados básicos y son en número de diez. Este instrumento arroja una valoración numérica del grado de independencia que tiene una persona. El IB se define como una medida que cuantifica el nivel de independencia que tiene un paciente para realizar actividades de la vida cotidiana o de la vida diaria (AVD), a cada actividad se le asigna diferentes puntuaciones según la capacidad para que cuente el examinado para realizar dicha actividad. El valor que se le asigna a cada actividad está en función a la cantidad de ayuda física que requiere y al tiempo invertido para que el paciente logre realizar dicha actividad o necesite ayuda. El entorno dentro del hogar puede afectar la puntuación en el IB, como es la presencia de agarraderas o barras en la habitación y en baño (7,32).

En el IB las diez actividades de la vida diaria que fueron evaluadas: el comer, trasladarse entre la silla y la cama dentro de la habitación, el realizar el aseo personal, el uso del retrete o inodoro, el acto de bañarse o ducharse, el desplazarse en los ambientes de su casa, el subir o bajar escaleras, el vestirse o desvestirse solo y control de sus funciones biológicas. Cada actividad se valora con puntuaciones de 0, 5, 10 ó 15, los valores menores indican mayor grado de dependencia. La medición de la variable como característica que posee la unidad de análisis, resulta de la sumatoria de los valores asignados a las diez actividades de la vida diaria, se puede alcanzar un valor mínimo de 0 (cero) lo que significa que existe una máxima dependencia, el valor extremo superior es 100 (cien) lo que significa que existe una independencia total para las actividades de la vida diaria.⁸

La dependencia funcional según el IB se puede categorizar³⁵ sobre los siguientes niveles:

- Total dependencia: de 0 a 20.

- Severa dependencia: de 21 a 60.
- Moderada dependencia: de 61 a 90.
- Leve independencia: de 91 a 99.
- Total independencia: 100

4.8. Técnica de análisis e interpretación de la información

Los datos recogidos por los cuestionarios, aplicado a las unidades de análisis, fueron codificados según la operacionalización de la variable, para luego ser almacenados una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25 en español.

Los resultados descriptivos fueron presentados en tablas, para las variables numéricas se presentarán frecuencias y porcentajes. Para la relación de las variables se usó tablas cruzadas, en las columnas se puso la primera variable y en las filas a la segunda variable. Los porcentajes se presentaron en filas para su comparación.

4.9. Técnica para demostrar la verdad o falsedad de la hipótesis planteada

Teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables del presente trabajo de investigación, siendo la escala numérica se utilizó el estadístico Rho de Spearman, la cual es una prueba que mide magnitud y dirección de relación entre las variables categóricas. Previo a la prueba estadística, se sometió a pruebas de normalidad los valores numéricos de la variable dependencia funcional y los valores numéricos de la variable accesibilidad a los servicios de salud. El coeficiente de correlación Rho de Spearman, es una prueba estadística que se usa para analizar la relación entre dos variables numéricas que se mide en escala categórica ordinal, la hipótesis de investigación sugiere que a mayor valor de la categoría de la primera variable, mayor es el valor categórico de la segunda variables, otra forma de expresar la hipótesis es que valores altos de la primera variable está asociado a valores altos de la segunda variables (33).

CAPÍTULO V:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Procesamiento, análisis e interpretación de resultados

Tabla 1

**Características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios
externos de la IPRESS Urcos, Cusco, 2024**

		n	%
Edad (agrupado)	60 a 65 años	58	64,4%
	66 a 70 años	24	26,7%
	71 años a más	8	8,9%
		90	100%
Sexo	Femenino	46	51,1%
	Masculino	44	48,9%
		90	100%
Grado de instrucción	Sin instrucción	35	38,9%
	Primaria	25	27,8%
	Secundaria	13	14,4%
	Superior técnico	10	11,1%
	Superior Universitario	7	7,8%
		90	100%
Estado civil	Soltero	9	10,0%
	Casado	32	35,6%
	Viudo	33	36,7%
	Conviviente	13	14,4%
	Divorciado	3	3,3%
		90	100%
Consultorio de atención	Medicina	63	70,0%
	Odontología	13	14,4%
	Psicología	7	7,8%
	Otros	7	7,8%
		90	100%
Cuidador	No	18	20,0%
	Si	72	80,0%
		90	100%

En la presente tabla se describe las características sociodemográficas más importantes de los adultos mayores que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Con respecto a la edad existe predominio los adultos mayores entre 60 a 65 años con el 64,4%, seguidos por los ancianos de 66 a 70 años con el 26,7% y, en menor proporción, los de mayor edad con el 8,9%. Esto indica que la mayoría de los usuarios están en las primeras etapas de la vejez y que los usuarios mayores de 70 años acuden muy poco. Existe una distribución relativamente equitativa entre mujeres con el 51,1% y hombres con el 48,9%. Un porcentaje significativo no tiene instrucción formal con el 38,9%, y sólo un 7,8% alcanzó estudios universitarios. Esto refleja una posible barrera educativa para el acceso y comprensión de los servicios de salud. La mayor parte son viudos con el 36,7% o casados con el 35,6%, lo que podría influir en sus redes de apoyo social (directa o indirectamente). El 70% acude al área de Medicina, siendo menos frecuentes las consultas en Odontología con el 14,4% y Psicología en el 7,8%, esto refleja la alta necesidad de consulta médica para este grupo poblacional. Un 80% cuenta con un cuidador, lo cual resalta la dependencia de apoyo para sus actividades cotidianas.

Tabla 2

**Dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la
IPRESS Urcos Cusco, 2024**

	n	%
Total dependencia	2	2,2
Severa dependencia	9	10,0
Moderada dependencia	27	30,0
Leve independencia	16	17,8
Total independencia	36	40,0
Total	90	100,0

En la presente tabla se puede observar la dependencia funcional de los adultos mayores que acuden a los servicios externos de la IPRESS Urcos. En el cual se puede observar que el 40% de los adultos mayores son completamente independientes, donde se debería enfocar el trabajo de acciones preventivas de para mantener esa independencia. Mientras que un 30% tiene dependencia moderada. Los casos de total dependencia en el 2,2% y dependencia severa en el 10% los que representan una minoría, pero son relevantes para priorizar acciones específicas.

Tabla 3
Accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios
externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

	n	%
Bajo	8	8,9
Medio	68	75,6
Alto	14	15,6
Total	90	100,0

En la presente tabla se describe la accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que la mayoría percibe un nivel medio de accesibilidad en el 75,6%, mientras que un 8,9% considera que es bajo. Este resultado puede reflejar que aún existen barreras de accesibilidad físicas, económicas, administrativas o culturales que afectan la utilización óptima de los servicios de Salud.

Tabla 4
Dimensiones de la Accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

		n	%
Accesibilidad física y geográfica (agrupado)	Bajo	16	17,8%
	Medio	71	78,9%
	Alto	3	3,3%
Accesibilidad Administrativa y organizacional (agrupado)	Bajo	12	13,3%
	Medio	75	83,3%
	Alto	3	3,3%
Accesibilidad sociocultural (agrupado)	Bajo	4	4,4%
	Medio	80	88,9%
	Alto	6	6,7%
Accesibilidad económica (agrupado)	Bajo	5	5,6%
	Medio	24	26,7%
	Alto	61	67,8%

En la presente tabla se describe las dimensiones de la Accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que en la accesibilidad física y geográfica un 78,9% percibe una accesibilidad media, pero el 17,8% reporta niveles bajos, lo que puede implicar dificultades de transporte y/o distancia hacia los servicios de salud. En la accesibilidad administrativa y organizacional el 83,3% califica esta accesibilidad como media, indicando procesos parcialmente efectivos. En la accesibilidad sociocultural se observa que a pesar que la mayoría percibe accesibilidad media con un 88,9%, aún existe un 4,4% que reporta dificultades bajas, posiblemente por barreras idiomáticas o culturales. En la accesibilidad económica se puede observar que es la dimensión mejor evaluada, con un 67,8% considerando que tienen alta accesibilidad económica.

Tabla 5

Relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

			Accesibilidad física y geográfica (agrupado)			Total	Rho
			Bajo	Medio	Alto		
Dependencia funcional (agrupado)	Total	n	0	2	0	2	-0,032
	dependencia	%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%	
	Severa	n	1	8	0	9	
	dependencia	%	1,1%	8,9%	0,0%	10,0%	
	Moderada	n	5	22	0	27	
	dependencia	%	5,6%	24,4%	0,0%	30,0%	
	Leve	n	2	13	1	16	
	independencia	%	2,2%	14,4%	1,1%	17,8%	
	Total	n	8	26	2	36	
	independencia	%	8,9%	28,9%	2,2%	40,0%	
Total		n	16	71	3	90	
		%	17,8%	78,9%	3,3%	100,0%	

En la presente tabla se relaciona la accesibilidad física y geográfica con la dependencia funcional en lo adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que la dependencia funcional está relacionada con niveles bajos y medios de accesibilidad física geográfica. Las personas con independencia total tienden a reportar mayor accesibilidad geográfica. La correlación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional fue baja, e inversamente proporcional y no significativa ($Rho = -0,032$), lo que sugiere que esta dimensión no tiene una relación directa con la dependencia funcional.

Tabla 6

Relación entre la accesibilidad Administrativa y organizacional con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

			Accesibilidad Administrativa y organizacional (agrupado)			Total	Rho
			Bajo	Medio	Alto		
Dependencia funcional (agrupado)	Total	N	1	1	0	2	0,010
	dependencia	%	1,1%	1,1%	0,0%	2,2%	
	Severa	N	1	8	0	9	
	dependencia	%	1,1%	8,9%	0,0%	10,0%	
	Moderada	N	2	25	0	27	
	dependencia	%	2,2%	27,8%	0,0%	30,0%	
	Leve	N	2	13	1	16	
	independencia	%	2,2%	14,4%	1,1%	17,8%	
	Total	N	6	28	2	36	
Total	independencia	%	6,7%	31,1%	2,2%	40,0%	
		N	12	75	3	90	
			%	13,3%	83,3%	3,3%	100,0%

En la presente tabla se relaciona la accesibilidad administrativa y organizacional con la dependencia funcional en lo adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que similar a la accesibilidad física, los mayores niveles de independencia funcional corresponden a una accesibilidad administrativa media a baja. Las personas con independencia total tienden a reportar mayor accesibilidad administrativa. La correlación entre la accesibilidad **administrativa y organizacional** y la dependencia funcional fue baja y no significativa ($Rho = -0.010$), lo que sugiere que esta dimensión no tiene una relación directa con la dependencia funcional.

Tabla 7

Relación entre la accesibilidad sociocultural con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

			Accesibilidad sociocultural (agrupado)			Total	Rho
			Bajo	Medio	Alto		
Dependencia funcional (agrupado)	Total	N	0	2	0	2	0,010
	dependencia	%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%	
	Severa	N	0	9	0	9	
	dependencia	%	0,0%	10,0%	0,0%	10,0%	
	Moderada	N	1	24	2	27	
	dependencia	%	1,1%	26,7%	2,2%	30,0%	
	Leve	N	1	14	1	16	
	independencia	%	1,1%	15,6%	1,1%	17,8%	
	Total	N	2	31	3	36	
Total	independencia	%	2,2%	34,4%	3,3%	40,0%	
		N	4	80	6	90	
			%	4,4%	88,9%	6,7%	100,0%

En la presente tabla se relaciona la accesibilidad sociocultural con la dependencia funcional en lo adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que los niveles de dependencia severa y moderada se concentran mayormente en quienes perciben una accesibilidad media. Las personas con independencia total tienden a reportar mayor accesibilidad sociocultural. La correlación entre la accesibilidad **sociocultural** y la dependencia funcional fue baja y no significativa ($Rho = 0.010$), lo que sugiere que esta dimensión no tiene una relación directa con la dependencia funcional.

Tabla 8

Relación entre la accesibilidad económica con la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

			Accesibilidad económica (agrupado)			Total	Rho
			Bajo	Medio	Alto		
Dependencia funcional (agrupado)	Total	n	0	2	0	2	0,176
	dependencia	%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%	
	Severa	n	0	6	3	9	
	dependencia	%	0,0%	6,7%	3,3%	10,0%	
	Moderada	n	3	3	21	27	
	dependencia	%	3,3-%	3,3%	23,3%	30,0%	
	Leve	n	0	6	10	16	
	independencia	%	0,0%	6,7%	11,1%	17,8%	
	Total	n	2	7	27	36	
	independencia	%	2,2%	7,8%	30,0%	40,0%	
Total		n	5	24	61	90	
		%	5,6%	26,7%	67,8%	100,0%	

En la presente tabla se relaciona la accesibilidad económica con la dependencia funcional en lo adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que aquellos con independencia total son quienes reportan mayor accesibilidad económica alta con el 30%. Esto sugiere que la dependencia funcional podría estar asociada con limitaciones económicas. La correlación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional fue baja y no significativa ($Rho = 0.176$), lo que sugiere que esta dimensión no tiene una relación directa con la dependencia funcional.

Tabla 9

Relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

			Accesibilidad a los servicios de salud (agrupado)			Total	Rho
			Bajo	Medio	Alto		
Dependencia funcional (agrupado)	Total	n	0	2	0	2	0,096
	dependencia	%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%	
	Severa	n	0	9	0	9	
	dependencia	%	0,0%	10,0%	0,0%	10,0%	
	Moderada	n	1	23	3	27	
	dependencia	%	1,1%	25,6%	3,3%	30,0%	
	Leve	n	2	13	1	16	
	independencia	%	2,2%	14,4%	1,1%	17,8%	
	Total	n	5	21	10	36	
	independencia	%	5,6%	23,3%	11,1%	40,0%	
Total		n	8	68	14	90	
		%	8,9%	75,6%	15,6%	100,0%	

En la presente tabla se relaciona la accesibilidad a los servicios de salud con la dependencia funcional en lo adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos. Se puede observar que existe una asociación entre la accesibilidad, en todas sus dimensiones, y el nivel de dependencia funcional. Los adultos mayores con niveles más altos de independencia perciben mejor accesibilidad. Las barreras físicas y organizacionales son las más destacadas como problemáticas y deberían ser el foco de intervenciones para mejorar la calidad de vida de esta población.

5.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Para la hipótesis general, se calculó la correlación entre la accesibilidad global (sumatoria de las dimensiones) y la dependencia funcional utilizando Rho de Spearman.

- H_1 : Existe una relación significativa entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a la IPRESS Urcos, Cusco, 2024.
- H_0 : No existe relación significativa entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a la IPRESS Urcos, Cusco, 2024.

Prueba estadística de correlación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	0,080	,095	,757	,451 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	0,096	,106	,905	,368 ^c
N de casos válidos		90			

Se encontró una correlación positiva muy baja entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional ($Rho = 0.096$), lo que indica que No existe relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a la IPRESS Urcos, Cusco, 2024, aceptándose la hipótesis nula.

5.3. Discusión

La relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor en la IPRESS Urcos, Cusco, 2024, destaca factores claves que influyen en el bienestar de esta población. Con respecto a las características sociodemográficas los resultados indican que el grupo predominante es el de los adultos mayores de 60 a 65 años, con un nivel educativo limitado y una alta proporción de personas viudas o casadas. Estas características influyen en su capacidad para acceder y comprender los servicios de salud. Según los antecedentes, el envejecimiento poblacional está acompañado de enfermedades crónicas que requieren mayor acceso a servicios médicos, pero estas condiciones sociodemográficas podrían limitar su aprovechamiento, exacerbando las desigualdades en salud. La baja escolaridad y el estado civil, como viudez, reflejan una posible vulnerabilidad económica y social. Esto refuerza lo señalado por estudios como el de González et al. (7) quien evidenció que la baja educación incrementa el riesgo de dependencia funcional y disminuye la capacidad para participar activamente en decisiones sobre la salud. La situación civil también es relevante: la viudez puede vincularse a la ausencia de una red de apoyo inmediata, mientras que en los adultos casados o convivientes, la carga del cuidado muchas veces recae en la pareja, quien también suele estar envejeciendo y con capacidades limitadas. Esto incrementa la fragilidad del entorno familiar y agrava las barreras de acceso, tanto físicas como económicas. Estas condiciones reafirman que la situación del adulto mayor no puede analizarse de forma aislada, sino como parte de un sistema social que puede proteger o vulnerar su salud.

La dependencia funcional el 40% de los adultos mayores son independientes, pero un 30% presenta dependencia moderada, y un pequeño porcentaje tiene dependencia severa o total. Esta dependencia funcional limita la capacidad de realizar actividades diarias y aumenta la necesidad de cuidadores, lo que genera costos adicionales para las familias, como sugieren Duran et al.(4) Además, el Índice de Barthel, ampliamente utilizado, confirma que niveles más altos de dependencia funcional están asociados a menor calidad de vida. La relación entre dependencia funcional y calidad de vida, observada en estudios nacionales e internacionales, subraya la necesidad de implementar estrategias de apoyo comunitario y rehabilitación funcional. Este hallazgo también permite reflexionar sobre el ciclo de retroalimentación negativa entre dependencia funcional y pobreza: un adulto

mayor dependiente limita sus posibilidades de realizar tareas productivas o de autocuidado, incrementando su vulnerabilidad económica, lo que a su vez limita su acceso a servicios adecuados que podrían prevenir un mayor deterioro. Asimismo, Huesa et al. (2020) reportaron una media del Índice de Barthel de 49,01, equivalente a dependencia moderada, lo cual concuerda con la tendencia observada en esta población. (24)

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, en este estudio el 75,6 % de los adultos mayores perciben accesibilidad media, y el 8,9 % accesibilidad baja. Esto coincide con los hallazgos de Abufaraj et al. (2024), quienes en Jordania reportaron limitada cobertura de seguros, baja disponibilidad de medicamentos y barreras en el acceso a dispositivos médicos, particularmente en mujeres, personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos económicos. (20)

Las barreras de accesibilidad a los servicios de salud, el 75,6% de los usuarios perciben una accesibilidad media, pero un 8,9% la considera baja. Las barreras económicas, físicas y culturales son las principales limitantes. Según los antecedentes, las dificultades económicas son una barrera crucial en sistemas de salud insuficientemente financiados como el peruano. Además, los problemas de transporte y distancia reflejan la falta de integración de la población rural en el sistema de salud. Las principales barreras identificadas fueron de tipo económico, físico y cultural, las cuales coinciden con los factores estructurales descritos en la literatura nacional e internacional. Como señalan Kaufman et al.(14) quienes señalan que la infraestructura inadecuada y la falta de transporte son barreras significativas. La combinación de bajos ingresos, infraestructura inadecuada y prácticas institucionales no adaptadas a la vejez representa un obstáculo sistemático para lograr una atención digna y oportuna.

En las dimensiones específicas de accesibilidad, la económica es la mejor evaluada 67,8% alta, mientras que la accesibilidad física y geográfica, y la administrativa, son las más limitadas. Esto resalta la necesidad de intervenciones en estos aspectos. Los antecedentes internacionales de Abufaraj et al.(20) refuerzan que la falta de infraestructura adecuada y los altos costos asociados afectan la independencia funcional de los adultos mayores. La percepción media de accesibilidad administrativa indica que los procesos podrían simplificarse para facilitar la atención a los adultos mayores, especialmente aquellos con dependencia funcional. La accesibilidad físico-geográfica mostró un 17,8 % de baja accesibilidad. Esto guarda relación con lo planteado por Garmendia et al. (2022), quienes

observaron un aumento en el tiempo medio de espera para atención domiciliaria, lo que puede reflejar dificultades geográficas en el acceso. (23)

La relación entre accesibilidad y dependencia funcional, los adultos mayores con mayor independencia funcional reportan mejor accesibilidad, mientras que aquellos con dependencia severa o total enfrentan mayores barreras. Esto concuerda con estudios como el de León(5) que encontró una correlación moderada entre estas variables, evidenciando que la accesibilidad afecta directamente el bienestar funcional. Los resultados destacan la necesidad de programas de apoyo específicos para adultos mayores dependientes, como transporte accesible, atención domiciliaria y cuidadores capacitados.

La dependencia funcional y la accesibilidad limitada reflejan un sistema de salud que necesita reforzar su enfoque en las poblaciones vulnerables. Es crucial mejorar las dimensiones de accesibilidad física y administrativa para aumentar la equidad en el acceso. Implementar políticas que reduzcan las barreras económicas y culturales es esencial para atender adecuadamente a los adultos mayores.

El estudio realizado en India evidenció que la elección de servicios de salud privados por parte de adultos mayores en contextos urbanos está influenciada significativamente por factores preexistentes como la edad y el estado civil, nivel económico, residencia, empleo, seguro de salud y factores relacionados con la necesidad como las limitaciones funcionales, estado nutricional, condiciones de salud. Los adultos jóvenes de 60 a 70 años, casados, económicamente activos y residentes en zonas no marginales fueron más propensos a optar por servicios privados, lo cual refleja una mayor capacidad de elección basada en recursos. Paradójicamente, se encontró que quienes poseían seguro de salud usaban menos servicios privados, lo cual sugiere que los seguros en India facilitan el acceso al sistema público, más que a opciones privadas. (34)

En contraste, el estudio en China se enfocó en evaluar el impacto de una política nacional diseñada para reducir la dependencia funcional y las brechas de atención en adultos mayores. Los resultados, a partir de un diseño cuasi-experimental con análisis de diferencias en diferencias, mostraron que esta política se asoció significativamente con una menor probabilidad de dependencia funcional y menores déficits de cuidado. Este efecto fue más pronunciado en varones y personas con muchas morbilidades. (19) La política nacional en China está alineada con el modelo de Atención Integrada para Personas Mayores propuesto por la OMS, representa un esfuerzo estructural para integrar

servicios médicos y sociales en el primer nivel de atención, destacando el rol del Estado en la cobertura universal y la coordinación del cuidado.

En consecuencia, los resultados de esta investigación apuntan a la urgencia de establecer programas de apoyo específicos para adultos mayores con dependencia funcional, tales como servicios de transporte adaptado, atención domiciliaria, cuidadores capacitados, y adecuación de la infraestructura de los establecimientos de salud. De igual forma, urge reforzar la capacitación del personal de salud en aspectos geriátricos y habilidades comunicacionales, para que la atención sea no solo técnicamente adecuada, sino también humana y respetuosa.

Finalmente, la dependencia funcional y la accesibilidad limitada reflejan deficiencias estructurales de un sistema de salud que aún no está plenamente preparado para enfrentar el envejecimiento acelerado de la población. Es necesario un enfoque más proactivo, preventivo y centrado en la persona adulta mayor. La equidad debe ser un principio rector, de modo que los servicios estén disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, conforme a los estándares internacionales de derechos humanos. Esta investigación, por tanto, contribuye a visibilizar brechas y propone caminos de solución concretos en el contexto local de Urcos, con implicancias potenciales para otras regiones rurales del país.

Conclusiones

Primera. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los adultos mayores que acuden a los servicios externos son adultos mayores de 60 a 65 años, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres. No obstante, presentan un nivel educativo limitado, lo cual podría influir negativamente en su acceso y comprensión de los servicios de salud. Asimismo, la mayoría requiere un cuidador y utiliza principalmente los servicios de Medicina.

Segunda. Respecto a la dependencia funcional, casi la mitad de los adultos mayores son independientes. Sin embargo, una proporción significativa, cercana a un tercio, presenta dependencia moderada, lo que pone de relieve la necesidad de implementar servicios de apoyo, especialmente para las actividades de la vida diaria.

Tercera. En relación con la accesibilidad a los servicios de salud, la mayoría de los usuarios percibe un nivel de accesibilidad medio. No obstante, un pequeño porcentaje la califica como baja, lo que evidencia la necesidad de mejorar ciertos aspectos para garantizar un acceso equitativo y universal.

Cuarta. La percepción de una mejor accesibilidad físico-geográfica muestra una asociación débil con mayores niveles de dependencia funcional. Esto resalta la importancia de mejorar la infraestructura y los sistemas de transporte que facilitan el acceso a los servicios de salud.

Quinta. Los usuarios con independencia funcional perciben mejores niveles de accesibilidad administrativa, lo cual sugiere que la simplificación y optimización de los procesos administrativos podría beneficiar especialmente a las personas con algún grado de dependencia.

Sexta. La dependencia funcional se presenta con mayor frecuencia entre quienes perciben una accesibilidad sociocultural media, lo que indica la necesidad de reducir las barreras culturales e idiomáticas que dificultan el acceso a la atención sanitaria.

Séptima. Los adultos mayores con mayor independencia funcional reportan niveles altos de accesibilidad económica, lo cual sugiere que las limitaciones económicas podrían ser un factor que agrava la condición de dependencia.

Octava. Existe una correlación muy baja entre las variables de estudio. Sin embargo, la accesibilidad general es percibida de forma más favorable por los adultos mayores con independencia funcional, lo que subraya la importancia de fortalecer integralmente todas las dimensiones de accesibilidad para promover la autonomía de los usuarios.

Recomendaciones

A la Red Cusco Sur, se hacen las siguientes recomendaciones podrían servir como una base para diseñar políticas públicas y estrategias institucionales dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y son:

- Frente al progresivo envejecimiento poblacional y las barreras que enfrentan los adultos mayores para acceder a servicios de salud de calidad, resulta imprescindible promover estrategias integrales que garanticen una atención equitativa, oportuna y centrada en sus necesidades específicas.
- Se sugiere la implementación de un programa integral de intervención en salud dirigido a los adultos mayores del distrito de Urcos, que contemple de manera articulada los aspectos físicos, bucales y mentales del envejecimiento. En el ámbito físico, se promoverían actividades comunitarias de ejercicio de bajo impacto, acompañadas de talleres de alimentación saludable y controles periódicos de enfermedades crónicas; en el aspecto bucal, se priorizaría la atención odontológica preventiva y rehabilitadora, junto con la educación en higiene oral para preservar la función masticatoria y la salud general; y en el componente mental, se impulsarían espacios de estimulación cognitiva, socialización y apoyo psicológico que refuercen la autoestima, el sentido de pertenencia y la prevención de trastornos emocionales. De este modo, se contribuiría a mejorar la calidad de vida, prolongar la independencia funcional y fomentar un envejecimiento saludable en esta población.
- Por otro lado, es crucial impulsar actividades de promoción de la salud y prevención de la dependencia funcional, mediante campañas periódicas de tamizaje, control de enfermedades crónicas y educación en estilos de vida saludables que promuevan el envejecimiento activo y saludable.
- Del mismo modo, se debe fomentar el desarrollo de redes comunitarias de cuidado, capacitando a cuidadores formales e informales en aspectos básicos de atención geriátrica y brindando soporte emocional para prevenir el desgaste físico y mental que suele acompañar el cuidado prolongado.
- Se recomienda fortalecer la accesibilidad administrativa mediante la simplificación de los procesos en los centros de salud, priorizando a las personas mayores con sistemas de atención diferenciada y personal capacitado en trato humanizado. Asimismo, es fundamental abordar las barreras socioculturales a

través de programas de educación sanitaria en formatos accesibles y en lenguas locales, además de promover la sensibilización del personal de salud respecto a la diversidad cultural y las particularidades del envejecimiento. Esto debe ir acompañado por la adecuación de la infraestructura sanitaria, garantizando entornos físicos accesibles y equipados para personas con movilidad reducida.

- Desde una perspectiva de equidad económica, se propone implementar mecanismos de financiamiento que reduzcan el gasto de bolsillo en este grupo etario, tales como subsidios directos o paquetes de atención gratuitos para los más vulnerables. Estas medidas pueden ser complementadas mediante alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales, promoviendo una red solidaria de apoyo económico.
- Para socializar los resultados del estudio sobre la dependencia funcional y la accesibilidad a los servicios de salud de los adultos mayores en el distrito de Urcos, se propone organizar **mesas de diálogo interinstitucionales** con la participación de las autoridades municipales, representantes de la IPRESS local, líderes comunitarios y organizaciones sociales vinculadas al cuidado del adulto mayor.
- Se recomienda establecer sistemas de monitoreo y evaluación continua, apoyados en estudios que permitan conocer las necesidades reales de esta población y medir el impacto de las intervenciones implementadas. Solo a través de políticas sostenidas, sensibles al contexto y basadas en evidencia, será posible avanzar hacia una atención digna, inclusiva y efectiva para las personas adultas mayores.
- Se recomienda realizar estudios estratificados en poblaciones homogéneas para reducir la variabilidad y aumentar la validez interna de los hallazgos. En concreto, se sugiere diseñar investigaciones que analicen la dependencia funcional y la accesibilidad a los servicios de salud separando los grupos por: ámbito de vivienda (rural y urbano), tipo de vivienda y rangos etarios claramente definidos (60–69, 70–79, ≥ 80 años).

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor Julio-Agosto-Setiembre 2023 [Internet]. Informe Técnico INEI; 2023 Setiembre [citado 19 de mayo de 2024]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_2.pdf
2. Tapia J de, Encina R, Piangatelli M del C, Pirola J, González GP, Moscoso NS. Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. *Gerokomos*. 2023;34(3):183-7.
3. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. marzo de 1997;71(2):127-37.
4. Duran T, Benítez VA, Martínez M de la L, Gutiérrez G, Herrera JL, Salazar Barajas ME. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*. 2021;20(61):267-84.
5. León MA. DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE CELENDÍN, CAJAMARCA 2022 [Tesis de maestría] [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14933/Dependencia_LeonEstrella_Miguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Salud ESM de. Lineamientos técnicos para la habilitación y rehabilitación de personas con alteraciones musculoesqueléticas. MINSAL. 2024;38(1):38-38.
7. González A, Mota E, Olguín C, Maya A, López B, Cano EA. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2022;21(3):270-7.
8. Arias DA, Cepeda L, Coca D, Chavarro D, Heredia R, Cepeda Alfonso L. Factores asociados a caídas en el servicio ambulatorio de geriatría de un hospital universitario en Bogotá (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud*. abril de 2021;19(1):113-23.
9. Viljanen A, Salminen M, Irjala K, Löppönen M, Tuori H, Vahlberg T, et al. Predecir un envejecimiento exitoso entre los adultos mayores parece posible incluso con dos décadas de anticipación. *BMC Geriatr*. 2024;1(24):481-481.
10. Asenjo JA. Diagnóstico clínico integral de adultos mayores atendidos en Perú. *Revista Cuidarte*. agosto de 2022;13(2):1-9.
11. Daga R, Gomez Y, Palomino L. Distribución de nutricionistas en el sistema de salud peruano: un panorama por niveles de atención. *Revista chilena de nutrición*. 2024;1(51):15-22.

12. Hurtado JL, Aliaga AA. Gestión de conocimiento y las competencias profesionales del personal en un centro materno infantil. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 29 de noviembre de 2022;6(6):1908-18.
13. Lin T, Guo W, Li Y, Guo X, Bai X, Min R. Accesibilidad geográfica a los recursos médicos, estado de salud y demanda de atención integrada para las personas mayores: una encuesta transversal en el oeste de China. *BMC Geriatr*. 2024;1(24):440-440.
14. Kaufman H, Howell S, Stolow J, Andrinopoulos K, Anglewicz P, Burt M, et al. Salud autopercebida de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: una revisión exploratoria. *Rev Panamá Salud Pública*. 2023;1(47):1-10.
15. Pérez MB, Valdés EM, Molina SM, Torres AC, Dillon Cacuango ME. Resultados de un programa educativo orientado a la promoción de la independencia y autonomía funcional. *Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]*. diciembre de 2023 [citado 7 de junio de 2024];52(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572023000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Liao X, Wang Z, Zeng Q, Zeng Y. Soledad y aislamiento social entre cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática y metanálisis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;5(39):e6101-e6101.
17. Xênia XSBAQ, Oliveira DM do N, de Souza MA, Gonzaga EL dos S, Oliveira J dos S, Costa MML. Necesidades humanas básicas e sociais na assistência de enfermagem a pessoa atendida em Unidades de Tratamento ao Queimado: um estudo integrativo. *Enf Global*. 1 de enero de 2022;21(1):655-701.
18. Benites VA, Saravia HA, Mezones E, Aquije AJ, Villegas J, Rossel G, et al. Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2016;33(3):401-10.
19. Zhou W, Guo M, Hu B, Jiang Y, Yao Y. El efecto de la Política Integrada de Atención Médica y Social de China sobre la dependencia funcional y los déficits de atención en adultos mayores: un estudio cuasiexperimental a nivel nacional. *The Lancet Healthy Longevity*. 1 de abril de 2025;6(4):100697.
20. Abufaraj M, Alhalaseh L, Al-sabbagh MQ, Eyadat Z, Khatib WA, Samara OA, et al. El estado actual de los índices de atención sanitaria y la independencia funcional entre los adultos mayores: datos del estudio internacional de HelpAge en Jordania. *Aging Clin Exp Res*. 2024;36(1):124.
21. Escobedo R, Izquierdo MN. El índice de Barthel como predictor de riesgo en el anciano frágil en urgencias. *Ene [Internet]*. 2023 [citado 2 de junio de 2024];1(17). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1666/barthel_urg

22. Lara A, Martínez S, Antileo C, Castillo P, Balboa T. Fisioterapia temprana, funcionalidad y complicaciones postoperatorias en adultos con cirugía abdominal de urgencia. *Fisioterapia (Madr, Ed impr)*. 2023;5(45):256-63.
23. Garmendia B, Sánchez F, Avilés P, Ramírez L, Fernández AM, Gómez J. Evolución del perfil de las personas mayores atendidas por una unidad de atención domiciliaria especializada en geriatría en los últimos 20 años. *Rev esp geriatr gerontol (Ed impr)*. 2022;6(57):291-7.
24. Huesa M, Calvo JL, Pedregal MÁ, Bohórquez P. Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla. *Aten prim (Barc, Ed impr)*. 2020;7(57):488-95.
25. Ora MP, Ramos AB. Dependencia funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores peruanos post Covid-19 en un hospital geriátrico: Estudio transversal [Tesis de pregrado] [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Unión; 2023 [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6565/Mayra_Tesis_Licenciatura_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y
26. Cardenas G, Flores K, Perez K, Gutiérrez E, Runzer FM, Parodi JF. Asociación entre dependencia funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores oncológicos. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2022;2(51):e02201796.
27. Quispe EJ. Deterioro cognitivo y dependencia funcional en adultos mayores de la Unidad Básica de Atención Primaria Essalud Jesús Maria, 2018 [Tesis de Maestría]. [Lima-Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
28. Barraga PE, Nolzco CN. Impacto de la infección por Covid – 19 sobre la dependencia funcional en adultos mayores del CM Metropolitano Essalud – Cusco 2021 [Tesis de Pregrado] [Internet]. [Cusco-Perú]: Universidad Andina del Cusco; 2023 [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5845/Pavel_Caroline_Tesis_bachiller_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Huarachi M. Dependencia funcional del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador primario en dos hospitales MINSA Cusco, 2022 [Tesis pregrado] [Internet]. [Cusco-Perú]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2022 [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/6797>
30. Mamani LD, Rodríguez LJ. DEPRESIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS, EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS CUSCO, 2016 [Tesis de pregrado]. [Cusco-Perú]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2017.
31. Carballo L. Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarricense*. junio de 2022;64(2):1-3.
32. Ministerio de Inclusión Económica y Social. ÍNDICE DE BARTHEL (IB) [Internet]. Subsecretaría de atención Intergeneracional Dirección de la Población

- Adulta Mayor del Ecuador; 2005 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3a-I%CC%81NDICE-DE-BARTHEL.pdf>
33. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6ta Edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014 [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
34. Halder M, Kasemi N. ¿Por qué los adultos mayores eligen servicios de salud privados? Evidencia de un contexto urbano en India utilizando el Modelo de Comportamiento de Andersen. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus. 1 de marzo de 2025;2(1):100118.

Anexos

Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024?	Objetivo general Determinar la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.	Hipótesis general Hi: Existe relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.	Variables de estudio: a. Accesibilidad a los servicios- de salud b. Dependencia funcional Variable interviniente a. características sociodemográficas.	Alcance: correlacional Diseño: no experimental, observacional Población: 120 adultos mayores Muestra: 90 adultos mayores Técnica: cuestionario para cada variables de investigación.
Problemas específicos ¿Cuáles con las características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia	Objetivos específicos Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Caracterizar la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Caracterizar la accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Establecer la relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Establecer la relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia	Hipótesis específicas Hi: Existe un alto porcentaje de adultos mayores de sexo femenino, sin instrucción y viudos que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2025. Hi: Existe un alto porcentaje de una severa dependencia funcional en el adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2025. Hi: Existe un alto porcentaje de baja accesibilidad en el adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.		

funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024? ¿Cómo es la relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024?	funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Establecer la relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Establecer la relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.	Hi: Existe relación entre la accesibilidad físico-geográfica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Hi: Existe relación entre la accesibilidad administrativa-organizacional y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Hi: Existe relación entre la accesibilidad sociocultural y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024. Hi: Existe relación entre la accesibilidad económica y la dependencia funcional del adulto mayor que acude a los servicios externos de la IPRESS Urcos Cusco, 2024.		
--	--	---	--	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Características sociodemográficas

1.1. Adulto mayor dependiente

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de Instrucción: Sin instrucción () Primaria ()

Secundaria () Superior técnico ()

Superior Universitario ()

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo ()

Conviviente () Divorciado ()

Consultorio de atención: _____

1.2. Cuidador

Parentesco: Esposo (a) () Hijo (a) () Otros ()

Tiempo que se dedica al adulto mayor: _____ años.

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de Instrucción: Sin instrucción () Primaria ()

Secundaria () Superior técnico ()

Superior Universitario ()

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo ()

Conviviente () Divorciado ()

2. Dependencia funcional (INDICE DE BARTHEL)

Comer		
0	Incapaz	
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	
10	Independiente (la comida está al alcance de la mano).	
Trasladarse entre la silla y la cama		
0	Incapaz, no se mantiene sentado.	
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física ayuda verbal)	
15	Independiente	
Aseo personal		
0	Necesita ayuda con el aseo personal.	
5	Independiente para lavarse la cara, las manos, y los dientes, peinarse y afeitarse.	
Uso del retrete		
0	Dependiente.	
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	
Bañarse/ ducharse		
0	Dependiente.	
5	Independiente para bañarse o ducharse.	
Desplazarse		
0	Inmóvil.	
5	Independiente en silla ruedas en 50 m.	
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	
15	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	
Subir y bajar escaleras		
0	Incapaz.	
5	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	
10	Independiente para subir y bajar	
Vestirse y desvestirse		
0	Dependiente.	
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	
10	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	
Control de heces		
0	Incontinente (o necesita que le suministren enema).	
5	Accidente excepcional (uno/semana).	
10	Continente.	
Control de orina		
0	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	
5	Accidente excepcional (máximo uno / 24 horas).	
10	Continente, durante al menos 7 días.	
TOTAL		

3. Accesibilidad al servicio de salud (Carballo)

		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Accesibilidad físico-geográfica						
1	¿Considera adecuada la distancia existente entre su domicilio y los establecimientos de atención de salud?					
2	¿Es fácil llegar desde su domicilio a los establecimientos de atención de salud?					
3	¿Es fácil encontrar transporte público para llegar a los establecimientos de atención de salud?					
4	Cuando realiza los trámites para ser atendidos en los establecimientos de atención de salud ¿Es fácil movilizarse desde allí a otros lugares?					
Accesibilidad administrativa-organizacional						
5	¿considera que los trámites administrativos para ser atendidos son sencillos?					
6	¿El tiempo de espera para obtener una cita le parece adecuado?					
7	¿el tiempo de espera entre la fecha que otorgan la cita hasta el día de la atención es aceptable?					
8	¿Considera que la atención que recibe en los establecimientos de atención de salud es adecuada?					
Accesibilidad sociocultural						
9	¿Considera que el trato del personal es amable y respetuoso?					
10	¿Considera que el personal que le atiende tiene un trato ético y profesional?					
11	¿El personal que atiende transmite confianza y seguridad?					
12	¿Considera que el personal que atiende tiene credibilidad?					
Accesibilidad económica						
13	¿Considera que el gasto que ocasiona acudir a la atención es aceptable?					
14	¿Considera adecuado el costo de la consulta?					
15	¿Puede costear los gastos para acudir a la consulta y tratamiento?					
16	¿Usted y/o acompañante tiene que dejar de trabajar para asistir a su atención?					

FOTOS



