



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Accesibilidad del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y  
Rehabilitación en un hospital de Lima, 2020**

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

**AUTOR:**

Br. Herreras Huamán, Vicente José (ORCID: 0000-0002-2528-7285)

**ASESOR:**

Dr. Vertiz Osores, Jacinto Joaquín (ORCID: 0000-0003-2774-1207)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

Lima – Perú

2021

### **Dedicatoria**

Esta investigación está dedicada para mis padres, a mis tías y a las personas que siempre estuvieron conmigo en las buenas y malas.

## **Agradecimientos**

Agradecer a mis amados padres Don Vicente Herreras y Doña Hercilia Huamán, a mis tías Eva y Gladys. A mi familia por siempre estar en primera fila ante mis logros y caídas. Agradecer a docentes y compañeros que conocí durante esta vida académica que me brindaron todo su apoyo y por haber contribuido en la realización y culminación de la presente tesis.

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	17
3.5. Procedimientos	19
3.6. Análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	33
ANEXOS	41

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable Accesibilidad a la atención primaria	15
Tabla 2 Resultados de la prueba de confiabilidad del instrumento Accesibilidad y sus dimensiones	18
Tabla 3 Accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	20
Tabla 4 Accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	21
Tabla 5 Accesibilidad administrativo organizacional según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	22
Tabla 6 Accesibilidad sociocultural según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.	23
Tabla 7 Accesibilidad económica según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	24

## Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de la accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020. El método empleado fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental. La investigación optó el tipo de muestreo intencional debido a que no se contó con un marco muestral. Ante la probabilidad del rechazo por parte de los adultos mayores al cuestionario y por las restricciones sanitarias impuestas por el gobierno se pudo coleccionar 77 unidades de análisis, las mismas que, se plasmaron en los resultados de esta tesis. Se elaboró el Cuestionario de Accesibilidad de Atención primaria, cuyo valor de confiabilidad fue de 0,936, fiabilidad, según la clasificación de George y Mallery (1995) se infiere que el resultado es excelente para la aplicación. Los resultados de acuerdo a las características sociosanitarias: 34,2% de participantes cuya edad que oscilaron entre 60 y 65 años, del sexo femenino (44,3%), el 31,6% de los adultos que realizan algún tipo de actividad física, el 57% de los adultos mayores que padecen de enfermedad crónica y el 40,5% de los pacientes que presentaban limitación física en la columna refirieron nivel alto de accesibilidad. EL estudio llegó a la conclusión de que los adultos mayores de 60-65 años, las mujeres, aquellos que realizan actividad física, que padecen alguna enfermedad crónica y limitación física en la columna lumbar tiene nivel alto de accesibilidad.

**Palabras claves:** Atención primaria, accesibilidad, barreras, adulto mayor.

## **Abstract**

The objective of the research was to determine the level of accessibility according to the socio-health characteristics of the elderly to the Physical Medicine and Rehabilitation Service in a Hospital in Lima, 2020. The method used was quantitative approach, descriptive level and non-experimental design. The research chose the intentional type of sampling because there was no sampling frame. Given the probability of rejection by older adults to the questionnaire and the sanitary restrictions imposed by the government, 77 units of analysis could be collected, the same ones that were reflected in the results of this thesis. The Primary Care Accessibility Questionnaire was developed, whose reliability value was 0.936, reliability, according to the classification of George and Mallery (1995) it is inferred that the result is excellent for the application. The results according to the socio-sanitary characteristics: 34.2% of participants whose age ranged between 60 and 65 years, female (44.3%), 31.6% of adults who performed some type of physical activity, 57% of older adults with chronic disease and 40.5% of patients with physical limitation in the spine reported a high level of accessibility. The study concluded that adults over 60-65 years old, women, those who perform physical activity, who suffer from a chronic disease and physical limitation in the lumbar spine have a high level of accessibility.

**Keywords:** Primary care, accessibility, barriers, elderly.

## I. INTRODUCCIÓN

La Cobertura Universal de Salud (CUS) se encuentra dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde todas las personas debemos acceder a los servicios que requerimos, incluido los de servicios de salud promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación. Estos servicios deben ser de calidad, efectivos y disponibles, al ser un derecho sanitario. (United Nations, 2015) La cobertura sanitaria universal incluye protección contra riesgos financieros, acceso a servicios de salud esenciales de calidad y acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos (Organización Mundial de la Salud, 2018). En cuanto a la salud, y en particular al acceso a la asistencia sanitaria, se debe prestar atención no solo a los llamados grupos vulnerables, como las personas sin hogar, los inmigrantes recién llegados, las trabajadoras sexuales o los consumidores de drogas, sino también a los adultos mayores frágiles (Rijksinstituut, 2014; Rowe, Fulmer & Fried, 2016 ).

La población mundial se encuentra en crecimiento, las personas más longevas a causa de las mejoras en las condiciones de calidad de vida y vida saludable. A pesar de estas mejoras la discapacidad física aumenta de manera proporcional a la edad. (Vos *et al.* 2012). Esto genera un desafío a la salud pública en países de medianos y bajos recursos. (Braveman & Tarimo, 2002) La frecuencia con que los adultos mayores acuden a los establecimientos de salud es mayor, son ellos quienes demandan el 70% de atención médica nacional. (Riumallo-Herl & Aguila, 2019) A pesar de ser un objetivo político importante, el desafío del acceso a la atención entre los adultos mayores que viven en la comunidad aún no se ha investigado suficientemente, especialmente si se utiliza un marco estructurado (Evans, Hsu y Boerma, 2013 ). Dado que las personas mayores son los principales consumidores de asistencia sanitaria, la proporción cada vez mayor de personas mayores en las poblaciones europeas presenta algunos desafíos en cuanto a su acceso al sistema de asistencia sanitaria y bienestar, así como a la asequibilidad de las instituciones proveedoras (Organización Mundial de la Salud, 2014 ).

La fragilidad es un fenómeno común en los adultos mayores que viven en la comunidad que se utiliza a menudo en la investigación como un fenotipo (clínico) (Fried *et al.* , 2001) o una acumulación de déficits de salud (Rockwood *et al.* , 1994 ; Etman *et al.* , 2012 ). Más recientemente, los enfoques multidimensionales han



definido la fragilidad como 'un estado dinámico que afecta a un individuo que experimenta pérdidas en uno o más dominios (físico, psicológico, social y, más recientemente, también ambiental)' (De Witte *et al.* 2013). Asimismo, diferentes investigadores señalan la necesidad de operacionalizar la fragilidad como un concepto multidimensional y dinámico que considere la compleja interacción de factores físicos, cognitivos, psicológicos, sociales y ambientales (Bergman *et al.* , 2007 ; Armstrong *et al.* ., 2010).; De Witte *et al.* , 2013). La palabra fragilidad tiene un estigma adjunto que apunta a pérdidas y declive.

El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática en la edición del segundo trimestre del Informe Técnico “Situación de la Población Adulta Mayor” determinó que los ciudadanos con edad superior a los 60 años corresponden al 12.7% de la población total en el 2020; así mismo el INEI informa que el 43.9% de los hogares a nivel nacional tienen como integrante mínimo a un adulto mayor, de los cuales el 27.4% de los hogares tienen a un adulto mayor como cabeza de familia, El 5.2% del total de ciudadanos pertenecientes a este grupo etario corresponden a hogares sin núcleo y compuestos, es decir, 246 mil adultos mayores conviven con miembros que no son sus familiares. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020) Según la Encuesta Nacional de Hogares de los meses de Julio-agosto-septiembre solo el 86,2% de la población adulta mayor se encuentra afiliada a algún seguro de salud; el 77.6% de adultos mayores presentaron algún problema de salud crónico y 29,6% tienen dificultad para realizar algún movimiento de las extremidades superiores e inferiores. (INEI, 2020); de los mismo solo el 2.4% acudió a un establecimiento de salud, mientras el 74.3% no asistió a un establecimiento para atenderse porque no lo consideró necesario, u optó por remedios caseros, o se automedicó, y el 22.2% no acudió a un establecimiento de salud porque le quedaba lejos (falta de transporte público, mal estado de carreteras), o no le generaba confianza o se demoran en la atención, incluido la desinformación de servicios específicos, el desabastecimiento de insumos farmacológicos como y otros siniestros médicos, la escasez de trabajadores de salud (INEI, 2020) (Kabia *et al.* 2019) rompiendo la continuidad de sus tratamientos (Pass & Carter, 2019); el 4,3% de estos grupos coinciden en déficit del sustento económico como barrera para el acceso a la atención médica (Nwakasi, Brown, & Anyanwu, 2019).

No es fácil demostrar cuánta superposición geográfica con acceso médico bajo. Aunque identificar áreas rurales es fácil cuando la definición rural es clara, medir la accesibilidad para las personas en estas áreas es bastante difícil. Para medir el acceso a la atención médica, es necesario saber quién padecía qué enfermedades y qué distancia hay entre la comunidad y cada instalación a la que deben trasladarse los pacientes. Es inusual tener estos datos en forma completa. Sin embargo, en pacientes con algunas enfermedades, los datos de acceso se pueden obtener de los sistemas de registro público. (Minore *et al.* 2018)

Actualmente 6 de cada 10 adultos mayores no reciben pensión, es decir 2 millones 164 mil 999 personas no pertenecen a ningún sistema de pensiones, existiendo una desigualdad de 19.8% entre hombres y mujeres (48.6% y 28.8% respectivamente) (Rosales, 2019); la pensión cambia la calidad de atención de baja a alta, reduce la frecuencia de asistencia a los establecimientos de salud y elimina barreras financieras para la atención básica (Riumallo-Herl & Aguila, 2019). Por otra parte, el 55.4% de dicha población con edad superior a los 60 pertenecen al a la Población Económicamente Activa (PEA). La pobreza y la discapacidad están vinculadas en un ciclo, por el cual la pobreza puede conducir a la discapacidad, y la discapacidad a la pobreza (Banks, & Polack, 2017) (INEI, 2020). Si se da una vista a la accesibilidad a recursos básicos, siendo estos importantes para la mejora de condiciones de vida y factores que posponen la enfermedad; a nivel nacional el 26.7% de hogares no cuentan con agua potable, en el caso del desagüe por red pública solo el 39.9% cuentan con sistema de alcantarillado, mientras el 82.8% tiene luz eléctrica (INEI, 2020).

La investigación sobre el acceso a los servicios de salud parece particularmente importante con la creciente proporción de adultos mayores. La investigación internacional a menudo asocia las barreras que afectan el acceso a la atención médica para los adultos mayores con la falta de seguro médico (Fitzpatrick *et al.* , 2004 ; Thorpe *et al.* , 2011 ) o se trata de poblaciones y afecciones específicas (por ejemplo, atención dental, personas que enfrentan afecciones crónicas , personas que viven en áreas rurales, etc.) (White *et al.* , 2002 & Wallace y Guitérrez, 2005). Existen múltiples barreras interrelacionadas para acceder y utilizar los servicios de atención médica a lo largo del proceso continuo de prestación de atención médica para las personas y sus discapacidades, que van desde barreras complejas y

reconocidas desde hace mucho tiempo que probablemente requerirán una mayor promoción para crear cambios en las políticas. a problemas que pueden y deben abordarse mediante cambios relativamente menores en las prácticas de prestación de atención médica, una mejor coordinación de la atención y una mayor conciencia, educación y capacidad de respuesta de los proveedores a las necesidades de los pacientes. (Chiu *et al.* 2017). El miedo a la discriminación y las emociones negativas, derivado de experiencias de vida anteriores y traumas, dio como resultado que los adultos mayores sin hogar eligieran no buscar atención médica. (Ko, Kwak & Nelson, 2015)

La sociedad, sin embargo, está compuesta por una variedad diversa de individuos que están situados dentro de jerarquías de poder social (p. Ej., De género, racializado), económico, político y cultural, que producen patrones de privilegio y opresión para diferentes personas y grupos (Van Herk, Smith & Andre, 2011). A través de diversas relaciones y efectos de poder, la posición inferior de una persona o población dentro de estas jerarquías sociales puede producir lo que se ha denominado 'vulnerabilidad estructural' (por ejemplo, pobreza, falta de vivienda, etc.) (Quesada, Hart & Bourgois, 2011) que, como resultado, restringe las opciones y oportunidades al tiempo que amplifica la vulnerabilidad al riesgo, daño y resultados de salud negativos

La identificación de áreas médicamente desatendidas, en las que las personas tienen menos acceso a los servicios médicos que en otras áreas, es esencial para planificar una política que distribuya los recursos de salud de manera uniforme. Tradicionalmente, algunas áreas se han etiquetado como rurales o remotas en función de las variables de área disponibles y, posteriormente, se han visto como un foco de redistribución de recursos. Las variables de área que se utilizan a menudo para definir lo rural / remoto son el tamaño de la población, la densidad de población, la industria principal y la distancia a una ciudad grande (Minore *et al.* 2018)

Por ello, el problema planteado es: ¿Cuál es el nivel de accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020? Del mismo modo, los problemas específicos son: ¿Cuáles son los niveles de accesibilidad físico geográfico,

administrativo organizacional, sociocultural y económico del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?

Ante esto se planteó el objetivo general: Determinar el nivel de la accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020. Así mismo, los objetivos específicos son: Determinar los niveles de accesibilidad físico geográfico, administrativo organizacional, sociocultural y económico del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.

Esta investigación aborda de manera general lo dicho por Otto Lepiz (1999) respecto a la accesibilidad como las facilidades que deben ofrecer todas las áreas del estado para garantizar el acceso a la atención en salud, de manera específica Pedraza y Cavalcanti (2014) mencionan que el sistema de salud posee ciertas características que obstaculizan dicha accesibilidad, tales como: infraestructura, servicios, personal, logística; por tanto, en esta tesis se pretenderá corroborar la vigencia de lo mencionado por Pedraza y Cavalcanti. Con relación a la justificación práctica, la infraestructura y personal de salud del establecimiento de salud a estudiar no son capaces de abordar a la población demandante de atención primaria; así también, describir los factores sociosanitarios permitirá caracterizar a la población adulta mayor con dolor musculoesqueléticos. Para finalizar, la justificación metodológica se realiza a fin de verificar y/o refutar los resultados estadísticos; en términos de gestión en salud, los conocimientos adquiridos servirán de base para generar modificaciones en la administración hospitalaria a beneficio del adulto mayor, tales como: disminución del tiempo de espera para citas al servicio de medicina física y rehabilitación, mejorar la calidad de atención por parte del personal de salud disminuyendo la brecha ocasionada por la discriminación que genera el personal sanitario al usuario según el tipo de seguro que posea.

## **II. MARCO TEÓRICO**

Nguyen *et al.* (2019) elaboraron un estudio para evidenciar las barreras contemporáneas y el resultado de las estrategias empleadas para mitigar dichas barreras. Los autores realizaron una clasificación de las barreras: proximales, intermedias y distales; el primero está enfocado a los aspectos geográficos, educativos y la concepción de los profesionales de no brindar atención primaria

inmediata a las comunidades indígenas, el segundo se refiere a las desigualdades existentes por parte del sistema de salud, empleo e ingreso económico familiar y por último, las barreras distales descritas hacen referencias a la exclusión social en políticas de salud por parte del estado a dicho grupo social Lim *et al.* (2019) diseñaron un estudio comparativo de los determinantes de accesibilidad en poblaciones distintas con el objetivo de manifestar la percepción de los pacientes respecto a la atención preventiva en problemas de salud física y psicosocial. Los resultados de su investigación enmarcaron la inequidad respecto a la atención preventiva dado que había preferencia de género en la atención. Fret *et al.* (2019) a través de una investigación observacional describieron las barreras de atención que tenían los adultos mayores frágiles, donde las barreras de mayor impacto fueron el ingreso económico bajo proveniente del sistema previsional, la disponibilidad de una persona cercana para el acompañamiento al establecimiento de salud, la desmotivación del personal para tratar con el grupo etario de estudio, la aceptabilidad del adulto mayor respecto al nosocomio y sobre todo la discriminación por edad. Horrill *et al.* (2019) realizaron una investigación para determinar las barreras que el sistema de salud brindaba a pueblos indígenas canadienses e identificar en que momento de la atención se localizaban dichas barreras. Los resultados mostraron que existen tres generadores de barreras, las que son propias de la persona, del sistema sanitario y del sistema político, social y económico). De forma general las barreras más resaltantes fueron el racismo, la discriminación cultural; además los autores sostienen que estas barreras fueron percibidas de manera inconsciente dentro de los factores personales y sistemáticas.

Chan, Lee & Low (2018) diseñaron un estudio a fin de determinar la relación entre la condición socioeconómica y la accesibilidad a la atención en salud en singapur; sus resultados mostraron que aquellos ciudadanos que residían en casas alquiladas presentaban problemas de salud, requerían menor número de exámenes auxiliares y preferían tratamientos alternativos. Concluyendo que la vivienda es un marcador de riesgo para la salud. Pegon-Machat *et al.* (2018) elaboraron una investigación con el objetivo de brindar una base estructurada para el desarrollo de planes y programas de salud a beneficio del paciente. Los autores desarrollaron un modelo de atención que describió la relación del paciente con el sistema de salud de Francia donde se percibieron las necesidades de los pacientes frente al sistema sanitario. Los

resultados hallaron muestran que los pacientes no detectan a tiempo la necesidad de acudir al centro de salud por una dolencia, aparte de que el acceso a la atención no fue fácil, y la atención asistencial no era la correcta. Kurpas *et al.* (2018) elaboraron una investigación de accesibilidad a la atención definida en dimensiones, donde encontraron que el servicio de rehabilitación era poco accesible y de mala calidad; los factores administrativos, limitado personal sanitario, falta de capacitación y el trato médico son las principales barreras para el acceso a la atención ambulatoria y de calidad. Chiu *et al.* (2017) realizaron una investigación a fin de identificar las barreras que impedían el acceso y utilización de los servicios de atención de la salud; esta investigación se dividió en tres fases: antes, durante y después de la consulta médica, en la primera fase la barrera identificada fue el transporte, en la segunda fase la barrera detectada fue la comunicación profesional-paciente y en la última fase la barrera fue la derivación interrumpida. Almeida *et al.* (2017) encontraron que los factores socioeconómicos y la desigualdad para adquirir una cita limitan de forma considerable el acceso a la atención primaria en una revisión literaria a nivel macro. Bernabe-Ortiz *et al.* (2016) realizaron un estudio a fin de determinar los factores que limitan al paciente discapacitado la accesibilidad al servicio de rehabilitación, revelando que existe diferencias considerables para acceder a este servicio, debido a que 1 de cada 10 personas discapacitadas pueden recibir tratamiento terapéutico; los factores tales como edad, grado de discapacidad y nivel educativo del paciente eran los principales.

Davy, *et al.* (2016) realizaron una investigación sobre la atención de los servicios sanitarios a una población indígena, identificando que los determinantes sociales (pobreza, distancia) y culturales eran los principales obstáculos de accesibilidad; así como el presupuesto limitado para garantizar una atención primaria de calidad, el desconocimiento de los servicios que brindaba el establecimiento de su localidad como la disponibilidad de la atención requerida, el aspecto cultural sobre la población era una limitación importante puesto que eran los miembros de la localidad impedían de manera inconsciente que las personas con alguna patología busquen atención en un establecimiento de salud, aquellos que acudían por atención señalaron que buscaron ser atendidos por profesionales de características culturales similares a las de ellos.

Noriega (2018) realizó una investigación a fin de determinar la posible relación

entre la accesibilidad y satisfacción de los pacientes que acudieron a una entidad prestadora de servicios en Santa Anita, sus resultados detallan que el 80% de adultos mayores que participaron en la encuesta, consideran “muy accesible” la atención primaria y satisfacción; cerca de la mitad de usuarios presentaron inconvenientes para acceder al establecimiento de salud. (44.5%). Finalmente concluyó que la accesibilidad es un factor de influencia sobre la satisfacción de los pacientes geriátricos.

Marrufo (2016) elaboró un estudio correlacional entre la accesibilidad y satisfacción del usuario en un centro de salud I-3; las personas que participaron en la investigación catalogaron la accesibilidad como “suficiente” siendo este el indicador mayor, sin embargo, la población muestreada se manifiesta insatisfecha ante la atención recibida dentro del establecimiento. Por último, el estudio concluyó que no existe relación entre la accesibilidad y la satisfacción percibida por el paciente. (Fajardo, 2017) realizó una investigación para determinar la relación entre la discapacidad y accesibilidad en función a barreras presentes al acudir a un establecimiento de salud. Sus resultados expresan que los grados de discapacidad de mayor prevalencia fueron leves y moderados, en cuanto al nivel de accesibilidad que tuvieron las personas encuestadas fue media. Finalmente, la estudiosa concluye que la discapacidad interviene en la accesibilidad a los servicios de rehabilitación.

Fajardo (2015) tomó la definición de la accesibilidad del consenso realizado en la Asamblea General de las Naciones Unidas donde se establece que se deben promover la disponibilidad y el acceso a todos los bienes y servicios imprescindibles para la conservación de la salud y el bienestar. Otto Lepiz realizó una ponencia en el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de 1999 donde definió a la accesibilidad como la disposición que ofrecen de forma integral las áreas de un sistema, sin discriminar las condiciones particulares de las personas, además de garantizar su bienestar, seguridad, movilidad y comunicación en su realización persona, es decir, permitir su desenvolvimiento e inserción en su medio social.

Sánchez (2017) se refiere a la accesibilidad, donde el hecho de que se ofrezca un servicio, no significa que el usuario lo usó; la hablar de accesibilidad se toma en consideraciones factores como: la distancia para el paciente puede aproximarse al servicio, los horarios de atención del establecimiento y si estos se concuerdan con los horarios no laborables del paciente. Por ello, Sánchez manifiesta que la propuesta de

ofrecer o brindar un servicio de atención debe estar ligado al cumplimiento de las políticas públicas, puesto que estas afectan de forma directa al bienestar integral de la persona, es decir, mejorar el capital humano, estar a la vanguardia en la tecnología del sector salud, etc., generan mejor salud y mayores condiciones para que el paciente pueda ser atendido. El acceso consiste en permitir que un paciente que lo necesita recibir la atención adecuada, del proveedor adecuado, en el momento adecuado, en el lugar adecuado, dependiendo del contexto.

La accesibilidad puede ser clasificado en tres vertientes: a) Como parte del proceso de implementación de la política pública; b) Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, y c) Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda. El primero se refiere al ensamblaje de componentes necesarios para producir un resultado, pues existen problemas capaces de frenar la implementación de programas, tales como los recursos que ameritan dichos recursos y la burocracia, es decir, debe ser accesible poder brindar accesibilidad a las personas. En el segundo, se toma el concepto de la Organización Mundial de la salud, pues el derecho a la salud debe ser abarcado por cuatro elementos primordiales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), los cuales deben ser garantizados para la población. Y el último da a entender que no es suficiente el hecho de que exista establecimientos de salud si no se brindan las condiciones necesarias para que la pueda puedan demandar de sus servicios (Grindle, 2009; Bardach, 1981).

Decir que es accesibilidad no es compleja, es aparentemente sencilla y clara hasta que tienes que definirla y medirla Gould (1965), pues deben de considerarse dos aspectos importantes: el acceso que va de acuerdo a las características del individuo y entorno, en donde se estudia el núcleo familiar y recursos y, el desempeño que tiene el sistema de salud, explícitamente a la administración y gestión que tienen para lograr aproximarse a las personas. Arrendono y Meléndez (1992) analizan dos aspectos: la oferta (proveedor) y la demanda (población que demanda atención) las cuales logran convergen por medio del proceso de atención, el cual está determinado por una serie de variables y condiciones. Los procesos de atención surgen como respuesta ante una necesidad percibida tal como la alteración de la salud, influenciada por el aspecto psi social.

Para Comes (2006), la accesibilidad es la forma con la que los servicios se



acercan a la comunidad, es decir, para él el problema es de la oferta en atención. Ante esta perspectiva, es de prioridad identificar y eliminar las barreras. Para Comes el área administrativa es un problema en sí, debido a las características de manejo, así como también el aspecto cultural, la disyuntiva entre concepción de valores, creencias y costumbres, lenguaje, concepción de la enfermedad y procesos recuperativos entre la población y el profesional de salud.

En (1972) Donabedian sugirió que 'la prueba de acceso es el uso del servicio, no simplemente la presencia de una instalación', pero la prueba de acceso es más que demostrar el uso de un servicio.<sup>4</sup> El uso de un servicio de atención médica por parte de aquellos que tienen poca necesidad del servicio compromete la asignación de recursos, y afecta el uso e impacto apropiados del servicio, lo que sugiere que la prueba de acceso es el uso de un servicio por parte de aquellos que lo necesitan y se beneficiarían de él.

Calvo (citado en la investigación de Pedraza y Cavalcanti, 2011) consideró a la accesibilidad del paciente: En primer lugar, la manera de como los servicios de salud buscan aproximarse a las personas; las características que poseen las ofertas que brinda el sistema de salud, y las barreras que tiene dicho sistema a fin de bloquear o retrasar la búsqueda de la persona a la atención primaria. Pedraza y Cavalcanti también citaron al Sistema de Salud de Brasil, donde se define a la accesibilidad como la adecuación de los recursos que tiene el sistema sanitario en relación a la necesidad del paciente. Tanahashi (citado por Hirmas, 2013) mencionó que la accesibilidad es un aspecto importante en la búsqueda de la cobertura universal e integral en salud. En su investigación, Tanahashi planteó medirse a la accesibilidad en tres dimensiones (física-geográfica, organizacional/administrativa, y financiera), mientras que Donabedian (1996) consideró que la evaluación debe ser realizada en dos aspectos principales: socio-organizacional y geográfica. Pedraza y Cavalcanti adoptaron lo dicho por Tanahashi y Donabedian y, proponen cuatro dimensiones:

Se entiende por accesibilidad geográfica a aquella relacionada con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles (Comes *et al.* 2007). Localización de las unidades de salud y la existencia de transporte para el acercamiento de la población a los servicios de salud (Hirmas, 2013). Entendiéndose por la dimensión administrativo organizacional a la organización de

los recursos de asistencia a la salud, medidos en función del tiempo de espera para la cita, tiempo de espera entre la cita y la atención médica y el tipo de procedimientos administrativos (Comes *et al.* 2006; Figueroa y Cavalcanti, 2014). La accesibilidad administrativa atiende a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos (Comes *et al.* 2007). Respecto a la dimensión sociocultural punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, campos sociales o niveles de organización social en donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y poder (Long, 2007). Por último, la dimensión económica se define como la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados. (Comes *et al.* 2007)

Moseley consideró otra dimensión, a la que tomó mayor énfasis la accesibilidad física, se entiende como las características morfológicas de la persona relacionado a la ubicación espacial del establecimiento de salud brindan oportunidades diferentes de acceso, es decir, el establecimiento de salud puede ser accesible para uno, pero inaccesible para otro. Además, considera que todas las dimensiones deben ser consideradas como barreras a la atención (Moseley, 1979).

Penchansky y Thomas ( 1981) describen el acceso como "un concepto general que resume un conjunto de dimensiones más específicas que describen el ajuste entre el paciente y el sistema sanitario". Estas dimensiones específicas son las cinco A [asequibilidad, disponibilidad, accesibilidad, adecuación (o acomodación) y aceptabilidad] del acceso a la atención. Como el marco ya data de 1981, la definición dada a las cinco A parece anticuada y compleja.

En una columna editorial más reciente titulada "Acceso a la atención: recordando viejas lecciones", Wyszewianski ( 2002 : 1441) dio una descripción actualizada que conecta con la (entonces) sociedad actual. Define los cinco As de acceso de la siguiente manera: (1) "La *asequibilidad* está determinada por la forma en que los cargos del proveedor se relacionan con la capacidad y disposición del cliente para pagar los servicios"; (2) "La *disponibilidad* mide la medida en que el proveedor tiene los recursos necesarios, como personal y tecnología, para satisfacer

las necesidades del cliente"; (3) "La *accesibilidad* se refiere a la accesibilidad geográfica, que está determinada por la facilidad con la que el cliente puede llegar físicamente a la ubicación del proveedor"; (5) La *adecuación* ( o *acomodación* ) refleja la medida en que la operación del proveedor está organizada de manera que cumpla con las limitaciones y preferencias del cliente. Lo más preocupante son los horarios de atención, cómo se manejan las comunicaciones telefónicas y la capacidad del cliente para recibir atención sin citas previas"; (5) "La *aceptabilidad* captura la medida en que el cliente se siente cómodo con las características más inmutables del proveedor y viceversa. Estas características incluyen la edad, sexo, clase social y etnia del proveedor (y del cliente), así como el diagnóstico y el tipo de cobertura del cliente".

Recientemente, Saurman (2016) propuso una sexta dimensión para desarrollar aún más el marco de acceso de Penchansky y Thomas, a saber, la conciencia: "La *conciencia* se refiere a las estrategias de comunicación e información efectivas con los usuarios relevantes (médicos, pacientes, la comunidad en general)". El acceso influye en los consumidores y los sistemas de tres maneras: el uso del servicio, la satisfacción del consumidor y la práctica del sistema. La teoría de Penchansky y Thomas proporcionó una definición útil que incorporó dimensiones de acceso. Definieron el acceso como el grado de adecuación entre el consumidor y el servicio; cuanto mejor sea el ajuste, mejor será el acceso.

Penchansky y Thomas no incluyeron la conciencia como una dimensión formal; sin embargo, se ha convertido en una dimensión asumida del acceso a la atención médica. Ningún servicio de atención médica puede ser eficaz si no responde al contexto o si la población destinataria no sabe que existe. Al igual que las otras dimensiones del acceso, la conciencia facilita el encaje entre el paciente y el servicio. Un componente importante de la dimensión de conciencia es la comunicación efectiva sobre el servicio. Esto es particularmente importante en comunidades rurales y remotas debido a la movilidad de la población en general, así como a la fuerza laboral sanitaria inestable. (Nutbeam, Harris & Wise, 2010)

La movilidad crea un grupo de pacientes que pueden estar buscando atención activamente pero que desconocen los servicios disponibles para ellos en una nueva comunidad<sup>16</sup>. con experiencia en llenar vacantes locales dentro del personal de

salud, lo que puede dejar una brecha en la accesibilidad del servicio en ese momento. La alta rotación de personal significa que el personal nuevo puede no estar al tanto de los servicios disponibles para apoyo y derivación de pacientes. El establecimiento de estrategias de comunicación sostenibles y bien orientadas puede aumentar y mantener la conciencia del consumidor, especialmente en áreas afectadas por la movilidad geográfica y la inestabilidad de la fuerza laboral. (Nutbeam, Harris & Wise, 2010)

La conciencia es más que saber que existe un servicio, es comprender y utilizar ese conocimiento. se necesita el servicio, saber para quién es el servicio, qué hace, cuándo está disponible, dónde y cómo usarlo, por qué se usaría el servicio y preservar ese conocimiento. Esta conservación del conocimiento significa que la conciencia es una preocupación constante. La conciencia abarca la alfabetización en salud como otro componente de la dimensión porque es "contenido y contexto específico"; La alfabetización en salud es el resultado de una comunicación efectiva. Implica 'acceder, comprender y usar información para tomar decisiones sobre salud', y es fundamental para el empoderamiento de pacientes y proveedores por igual. (Nutbeam, Harris & Wise, 2010)

Saurman vincula el concepto de conciencia con el desafío de la alfabetización en salud. La 'alfabetización en salud' se define como el 'grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas' (Parker y Ratzan, 2010 : 20). El bajo nivel de alfabetización puede causar disparidades en la salud, especialmente entre los adultos mayores, el conocimiento inadecuado sobre la salud se asocia con una peor salud física y mental (Wolf, Gazmararian y Baker, 2005; Chesser *et al.* ., 2016).). Estudios recientes también revelaron que la edad avanzada podría resultar en un aumento significativo de la prevalencia de una alfabetización sanitaria inadecuada, lo que exige un enfoque personalizado (Zamora y Clingerman, 2011 ; Manof y Wong, 2012 ).

Las personas con discapacidades requieren servicios de atención médica específicos relacionados con su discapacidad, que incluye rehabilitación. Rehabilitación es un término amplio que abarca un conjunto de intervenciones para abordar las deficiencias: limitaciones de actividad y restricciones de participación, así

como factores personales y ambientales que tienen un impacto en el funcionamiento. La rehabilitación busca optimizar el funcionamiento de las personas con discapacidad. Por lo tanto, incluye la gama de servicios de salud específicos que las personas con discapacidades pueden requerir, desde diagnóstico, tratamiento, cirugía, dispositivos de asistencia y terapia. La necesidad insatisfecha de rehabilitación tiene un impacto sustancial en las limitaciones de la actividad, las restricciones de participación y puede resultar en una peor salud y calidad de vida. (Banco Mundial, 2011)

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

La investigación pertenece al tipo básico, puesto que la información obtenida en la presente yace en estudios científicos, además corresponde al enfoque cuantitativo, debido a la necesidad de estimar la magnitud del problema siendo representado a través de cantidades numéricas; de nivel descriptivo dado que se narrará la realidad de forma objetiva en su contexto natural; de acuerdo a las características de diseño de la investigación es no experimental y prospectiva; no experimental porque las variables de estudio no serán manipuladas por el investigador y, prospectiva puesto que el estudio se elaborará con datos que recogidos próximamente a través del Cuestionario de Accesibilidad. (Hernández & Mendoza, 2018)

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

- Accesibilidad a la Atención Primaria

**Definición Conceptual:** Accesibilidad es la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. (Fajardo Dolci, 2015, p.181)

**Definición Operacional:** Grado de facilidad que tiene el adulto mayor para recibir atención primaria.

**Tabla 1***Operacionalización de la variable Accesibilidad a la atención primaria*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>ESCALA</b>	<b>NIVEL</b>
Accesibilidad físico geográfica	Distancia	1, 2	Inadecuada (1)	Bajo: 03 – 06
	Transporte	3, 4	Regular (2)	Medio: 7–10
Accesibilidad administrativa organizacional	Atención	5, 6	Adecuada (3)	Alto: 11 – 12
	Tiempo	7, 8	Inadecuada (1)	Bajo: 03 – 06
Accesibilidad socio cultural	Percepción del trato	9, 10 11, 12	Regular (2)	Medio: 7 –10
			Adecuada (3)	Alto: 11 – 12
Accesibilidad económica	Gasto de traslado	13, 14	Inadecuada (1)	Bajo: 03 – 06
	Deja de percibir	15, 16	Regular (2)	Medio: 7 –10
			Adecuada (3)	Alto: 11 – 12

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

**Población:** (Chaudhuri, 2018 & Lepkowski, 2008) citados por Hernández & Mendoza (2018) definen a la población como el conjunto de casos relacionados entre sí por características específicas.

Estuvo constituida por 120 adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física de un Hospital de Lima.

Se tuvieron en cuenta criterios de elegibilidad:

**Criterios de inclusión:**

Pacientes que asistan al establecimiento de salud.

Paciente adulto mayor.

Pacientes que aceptaron participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que no pudieron responder las premisas del cuestionario.

**Muestra:** Para Hernández & Mendoza (2018) la muestra es una porción de la población o universo de interés, de donde se tomarán los datos necesarios y serán representados.

Partiendo de una población de 120 pacientes, se calculó el tamaño de muestra de adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física de un Hospital de Lima.

Según (Hernández & Mendoza, 2018) para obtener el tamaño de muestra, se contó con el tamaño del Universo N, un error máximo E, un porcentaje estimado de la muestra p y un nivel de confianza Z dados.

El tamaño muestral se obtuvo utilizando la fórmula de proporciones para poblaciones finitas.

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

Dónde:

n = muestra.

N = Población.

$\sigma$  = Desviación estándar (0,5).

Z = Nivel de confianza de 95%.

e = Error muestral (0,5)

Para hallar nuestra muestra, sería de la siguiente manera; donde:

**N:** 120 adultos mayores de un Hospital de Lima.

$$n = \frac{120 \cdot 0,5^2 \cdot 1,96^2}{0,05^2(120 - 1) + 0,5^2 \cdot 1,96^2}$$

$$n = \frac{120 \cdot 0,5^2 \cdot 1,96^2}{0,05^2(120 - 1) + 0,5^2 \cdot 1,96^2} = 92$$

**n:** La muestra fue de **92** adultos mayores que asistieron al Servicio de Medicina Física y rehabilitación de un Hospital de Lima.

**Muestreo:** La investigación optó el tipo de muestreo intencional debido a que no se contó con un marco muestral. Debido a la probabilidad del rechazo por parte de los adultos mayores al cuestionario, así como las restricciones sanitarias impuestas por el gobierno solamente se pudo coleccionar **77** unidades de análisis, las mismas que, se plasmaron en los resultados de esta tesis.

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

**Instrumento:** Cuestionario de Accesibilidad a la atención en el servicio de medicina física y rehabilitación en un Hospital de Lima.

**Autores:** Figueroa y Cavalcanti (2014)

**Lugar y Año:** Lima, Perú - 2020

**Objetivo:** Determinar el nivel de accesibilidad del adulto mayor a la atención en el servicio de medicina física y rehabilitación en un Hospital de Lima.

**Administración:** Directa y personal.

**Dimensiones:** (1) Accesibilidad físico geográfica (2) Accesibilidad administrativa organizacional (3) Accesibilidad sociocultural (4) Accesibilidad económica.

**Escala:** Ítems del 1 al 16 categorizados en: Inadecuada, Regular y Adecuada.

**Nivel:** Bajo, medio y alto nivel de accesibilidad.

Las técnicas de recolección de datos son aquellos procedimientos y herramientas que se emplean para recoger, validar y analizar información de interés



(Arias, 2006). En esta investigación se optó por el Cuestionario de Accesibilidad a la atención primaria.

A fin de que el cuestionario sea aplicado en la presenta investigación, se realizó modificaciones específicas y, por tanto, validado a través del juicio de tres expertos, quienes analizaron y evaluaron el instrumento a través de los criterios de validación: pertinencia, relevancia y claridad.

Se realizó el análisis de confiabilidad del cuestionario de Accesibilidad a través del coeficiente de Alfa de Cronbach (empleado para valores politómicos).

Para dicho análisis se empleó una muestra piloto de 20 pacientes adultos mayores, en el software estadístico IBM SPSS®, resaltando los siguientes valores:

Tabla 2

*Resultados de la prueba de confiabilidad del instrumento Accesibilidad y sus dimensiones*

<b>Variable y Dimensiones</b>	<b># Ítems</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
V1 Accesibilidad	16	0,936
D1. Accesibilidad físico geográfica	4	0,808
D2. Accesibilidad administrativa organizacional	4	0,718
D3. Accesibilidad socio cultural	4	0,792
D4. Accesibilidad económica	4	0,821

El coeficiente Alfa de Cronbach tuvo un valor de 0,936 de fiabilidad, según la clasificación de George y Mallery (1995) podemos inferir que el resultado es excelente para la aplicación.

“Coeficiente alfa “>.9 es excelente

“Coeficiente alfa “>.8 es bueno

“Coeficiente alfa “>.7 es aceptable

“Coeficiente alfa “>.6 es cuestionable

“Coeficiente alfa “>.5 es pobre

### **3.5. Procedimientos**

Obtención de la base de datos

La base de datos fue obtenida de fuente primaria recolectada a través del Cuestionario de Accesibilidad a la atención en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima.

Fusión de archivos

Selección de variables de interés

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

El análisis de los datos recogidos se desarrolló en dos momentos, en el primero la base de datos fueron codificadas y tabuladas según la categoría que correspondía a través de números en el programa MS Excel® 2019. Luego, se procedió a importar la información al aplicativo SPSS® versión 25, donde se realizó la estadística descriptiva por medio de frecuencia y porcentajes de acuerdo a los intereses de la investigación.

### **3.7. Aspectos éticos**

Previo al desarrollo del cuestionario, se aplicó el consentimiento informado al adulto mayor participante, donde se explicó la importancia de su participación en la investigación, los procedimientos a realizar, la confidencialidad de las respuestas emitidas por su persona, la no existencia de riesgos ante su integridad al colaborar con el estudio, así como los gastos nulos; los beneficios que traerían el llenar dicho cuestionario.

#### IV. RESULTADOS

Tabla 3  
*Accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación*

Características sociosanitarias		Accesibilidad a la atención primaria					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-65 años	10	12,7	3	3,8	27	34,2
	66-70 años	5	6,3	4	5,1	14	17,7
	Más de 71 años	5	6,3	4	5,1	7	8,9
Sexo	Masculino	6	7,6	2	2,5	13	16,5
	Femenino	14	17,7	9	11,4	35	44,3
Tipo de Seguro	Seguro Integral de Salud	9	11,4	46	54,4	19	24,1
	SOAT	1	1,3	1	1,3	1	1,3
	Particular	0	0,0	1	1,3	4	5,1
Actividad física	Realiza	10	12,7	6	7,6	25	31,6
	No realiza	10	12,7	5	6,3	23	29,1
Enfermedad Crónica	Padece	17	21,5	9	11,4	45	57,0
	No padece	3	3,8	2	2,5	3	3,8
Limitación Física	Miembros superiores	3	3,8	1	1,3	6	7,6
	Columna vertebral	3	3,8	2	2,5	32	40,5
	Miembros inferiores	14	17,7	8	10,1	10	12,7

En la Tabla 3 se realizó un análisis descriptivo del nivel de accesibilidad del adulto mayor de acuerdo a sus características sociosanitarias, la cual mostró que el 34,2% de los adultos mayores de edad que oscilan entre 60 y 65 años tuvieron alto nivel de accesibilidad; así también, los adultos de tercera edad del sexo femenino (44,3%). En cuanto al tipo de seguro, el 54,4% de los pacientes con Seguro Integral de Salud (SIS) tuvieron nivel medio de accesibilidad. Respecto a la actividad física, el 31,6% de los adultos que realizan algún tipo de actividad física presentaron nivel

alto de accesibilidad; por su parte, el 57% de los adultos mayores que padecen de enfermedad crónica también tienen accesibilidad alta. Por último, los adultos mayores que contaban con mayor facilidad (40,5%) para acceder a la atención en rehabilitación eran quienes presentaban limitación física en la columna vertebral.

Tabla 4  
*Accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación*

Características sociosanitarias / Accesibilidad físico geográfica		Nivel de Accesibilidad físico geográfico					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-65 años	11	13,9	12	15,2	17	24,1
	66-70 años	4	5,1	8	10,1	11	13,9
	Más de 71 años	3	3,8	7	8,9	6	7,6
Sexo	Masculino	5	6,3	5	6,3	11	13,9
	Femenino	13	16,5	22	27,8	23	29,1
Tipo de Seguro	Seguro Integral de Salud	18	22,8	22	27,8	31	39,2
	SOAT	0	0,0	2	2,5	1	1,3
	Particular	0	0,0	3	3,8	2	2,5
Actividad física	Realiza	8	10,1	12	15,2	21	26,6
	No realiza	10	12,7	15	19,0	13	16,5
Enfermedad Crónica	Padece	16	20,3	23	29,1	32	40,5
	No padece	2	2,5	4	5,1	2	2,5
Limitación Física	Miembros superiores	3	3,8	2	2,5	5	6,3
	Columna vertebral	2	2,5	12	15,2	23	29,1
	Miembros inferiores	13	16,5	13	16,5	6	7,6

En la tabla 4 se describe resultados específicos de la accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor, donde: el 24,1% de los pacientes encuestados que tenían alta accesibilidad corresponden a la edad de 60-65 años; así mismo, el 29,1% de las féminas también presentaron dicho nivel;

seguido del 39,2 % de los adultos mayores con SIS, el 26,6% de los participantes que realizaban actividades físicas tuvieron alto nivel de accesibilidad a la atención en rehabilitación, al igual que el 40,5% que padecía alguna enfermedad crónica. En último lugar, los adultos de tercera edad con alta accesibilidad fueron los que presentaron limitación física en la columna vertebral.

Tabla 5  
*Accesibilidad administrativo organizacional según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación*

Características sociosanitarias		Nivel de Accesibilidad administrativo organizacional					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-65 años	19	24,1	20	25,3	1	1,3
	66-70 años	9	11,4	14	17,7	0	0,0
	Más de 71 años	6	7,6	9	11,4	7	8,9
Sexo	Masculino	10	12,7	11	13,9	0	0,0
	Femenino	27	34,2	1	1,3	10	12,7
Tipo de Seguro	Seguro Integral de Salud	35	44,3	35	44,3	1	1,3
	SOAT	1	1,3	2	2,5	0	0,0
	Particular	1	1,3	4	5,1	0	0,0
Actividad física	Realiza	14	17,7	26	32,9	1	1,3
	No realiza	23	29,1	15	19,0	0	0,0
Enfermedad Crónica	Padece	32	40,5	38	48,1	1	1,3
	No padece	0	0,0	3	3,8	5	6,3
Limitación Física	Miembros superiores	4	5,1	6	7,0	0	0,0
	Columna vertebral	11	13,9	25	31,6	1	1,3
	Miembros inferiores	22	27,8	10	12,7	0	0,0

En la tabla 5 se describe los hallazgos de la accesibilidad administrativo organizacional, donde: el 25.3% de los adultos mayores de entre 60 y 65 años percibieron accesibilidad media, el 34,2% de las mujeres consideraron que la accesibilidad para acudir al servicio de medicina física era baja; por el lado del tipo

de aseguramiento que tenía el adulto mayor, 44,3% con SIS manifestaron que la accesibilidad para la atención era de nivel bajo y medio respectivamente; el 32,9% de aquellos pacientes que realizaron actividad física, el 48,1% de los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica y el 31,6% de los mismos con limitación física en la columna vertebral pertenecieron al nivel medio de accesibilidad.

Tabla 6  
*Accesibilidad sociocultural según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.*

Características sociosanitarias / Accesibilidad socio cultural		Nivel de Accesibilidad sociocultural					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-65 años	4	5,1	6	7,6	30	38,0
	66-70 años	3	3,8	4	5,1	16	20,3
	Más de 71 años	4	5,1	4	5,1	8	10,1
Sexo	Masculino	1	1,3	6	7,6	14	17,7
	Femenino	10	12,7	8	10,1	40	50,6
Tipo de Seguro	Seguro Integral de Salud	11	13,9	11	13,9	49	62,0
	SOAT	0	0,0	1	1,3	2	2,5
	Particular	0	0,0	1	1,3	4	5,1
Actividad física	Realiza	4	5,1	9	11,4	28	35,4
	No realiza	7	8,9	5	6,3	26	32,9
Enfermedad Crónica	Padece	10	12,7	11	13,9	50	63,3
	No padece	1	1,3	3	3,8	4	5,1
Limitación Física	Miembros superiores	2	2,5	1	1,3	7	8,9
	Columna vertebral	1	1,3	4	5,1	32	40,5
	Miembros inferiores	8	10,1	9	11,4	15	19,0

En la tabla 6 se detalla los resultados de la accesibilidad sociocultural, dimensión que expresa los puntos de vistas del paciente - profesional de salud y, donde este último, comprende los valores, costumbres y pensamientos del primero.

El 38% de los pacientes de 60 a 65 años consideraron que el nivel de accesibilidad era alto, del mismo modo, el 50,6% de las damas, el 62% de los adultos cuyo seguro

era el SIS, el 35,4% que realizaban actividad física, el 63,3% con alguna enfermedad crónica y el 40,5% con patologías de la columna vertebral capaces de limitar sus actividades de la vida diaria refirieron dicho nivel.

Tabla 7

*Accesibilidad económica según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación*

Características sociosanitarias / Accesibilidad económica		Nivel de Accesibilidad económica					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-65 años	10	12,7	3	3,8	27	34,2
	66-70 años	5	6,3	4	5,1	14	17,7
	Más de 71 años	5	6,3	4	5,1	7	8,9
Sexo	Masculino	6	7,6	2	2,5	13	16,5
	Femenino	14	17,7	9	11,4	35	44,3
Tipo de Seguro	Seguro Integral de Salud	9	11,4	46	54,4	19	24,1
	SOAT	1	1,3	1	1,3	1	1,3
	Particular	0	0,0	1	1,3	4	5,1
Actividad física	Realiza	10	12,7	6	7,6	25	31,6
	No realiza	10	12,7	5	6,3	23	29,1
Enfermedad Crónica	Padece	17	21,5	9	11,4	45	57,0
	No padece	3	3,8	2	2,5	3	3,8
Limitación Física	Miembros superiores	3	3,8	1	1,3	6	7,6
	Columna vertebral	3	3,8	2	2,5	32	40,5
	Miembros inferiores	14	17,7	8	10,1	10	12,7

En la tabla 7 se precisa los hallazgos de la accesibilidad económica, dimensión que expresa los puntos de vistas del paciente - profesional de salud y, donde este último, comprende los valores, costumbres y pensamientos del primero. El 34,2% de los pacientes de 60 a 65 años consideraron que el nivel de accesibilidad era alto, así como también el 44,3% % de las mujeres. En cuanto al tipo de seguro, el 54,4% de los adultos mayores refirieron nivel medio de accesibilidad. El 31,6% de los pacientes que realizaban actividad física, el 57% que tenían alguna enfermedad crónica y el 40,5% que presentaron patologías de la columna vertebral capaces de limitar sus actividades de la vida diaria refirieron nivel alto de accesibilidad.

## V. DISCUSIÓN

En la dimensión geográfica, el 34,2% de los adultos mayores de edad que oscilan entre 60 y 65 años tuvieron alto nivel de accesibilidad; Respecto a la actividad física, el 31,6% de los adultos que realizan algún tipo de actividad física presentaron nivel alto de accesibilidad; por su parte, el 57% de los adultos mayores que padecen de enfermedad crónica también tienen accesibilidad alta. Por último, los adultos mayores que contaban con mayor facilidad (40,5%) para acceder a la atención en rehabilitación eran quienes presentaban limitación física en la columna vertebral.

En la investigación de Lim *et al.* (2019) el 72 % de la población refirió que el centro de salud se encontraba a una distancia prudente, pues no les tomaba más de 15 min poder llegar a recibir atención. Fret *et al.* (2019) mencionaron que la disponibilidad de medios de transporte para que puedan desplazarse a los centros médicos era escasa, debido a la localización geográfica de residencia. Horrill *et al.* (2019) mostraron también que el transporte no era asequible en la intención de que los pacientes logren aproximarse al establecimiento de salud, debido a la distancia entre su hogar y el centro de salud. Nguyen *et al.* (2019) hallaron que los establecimientos de mayor complejidad se ubican a distancias considerables de la población, obligando que los pacientes deban viajar por horas y otros tomar ruta aérea para recibir tratamiento especializado y no solo eso, el hecho que la población deba acudir a zonas geográficas desconocidas ocasiona que se sientan aislados y desmoralizados. Además, consideran que los servicios generales restringen la accesibilidad debido a la conectividad y acceso médico en línea ineficiente. Los autores respaldan esta información en base a la historia, pues la población estudiada es indígena y discriminada en la época del colonialismo, siendo reubicados en áreas de poco acceso geográfico.

Chiu *et al.* (2017) manifestaron que los aspectos geográficos específicos dentro de la estructura del establecimiento de salud, lugar de estacionamiento y rampas para personas con discapacidad compleja, espacio para el transporte dentro de los servicios, los letreros pequeños para personas con discapacidad visual y sobre todo la ubicación del servicio de destino. Bernabe-Ortiz *et al.* (2016) en su investigación



del acceso a la rehabilitación para personas con discapacidad física, las barreras más comunes fueron el distancia y costo de transporte.

Respecto a la dimensión administrativo organizacional: el 25.3% de los adultos mayores de entre 60 y 65 años percibieron accesibilidad media, el 34,2% de las mujeres consideraron que la accesibilidad para acudir al servicio de medicina física era baja; por el lado del tipo de aseguramiento que tenía el adulto mayor, 44,3% con SIS manifestaron que la accesibilidad para la atención era de nivel bajo y medio respectivamente; el 32,9% de aquellos pacientes que realizaron actividad física, el 48,1% de los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica y el 31,6% de los mismos con limitación física en la columna vertebral pertenecieron al nivel medio de accesibilidad.

Fret *et al.* (2019) mencionaron que las listas de espera para reservar una cita en una especialidad era demasiada, pues la condición en la que se encontraba no les permitía esperar; por otro lado, agregaron que no recibían atención en los trámites que debían realizar para poder garantizar una cita con la especialidad que demandaban. Nguyen *et al.* (2019) hallaron que los establecimientos de salud de menor nivel se encuentran a cargo de enfermeras o trabajadores comunitarios, generando una barrera importante debido a la inexperiencia en gestión hospitalaria.

Horrill *et al.* (2019) mencionaron que las políticas de salud desiguales provocan la inequidad en los pacientes, sustentado que las personas debían recurrir a establecimientos que se encuentren en sus posibilidades y que se encuentren dentro del área de localización geográfica. En la investigación de Kurpas *et al.* (2018) hallaron que el centro de salud no brindaba información completa de los servicios que brindaba, dando a entender a los pacientes que no habían dichos servicios, por tanto, eran inaccesibles; las listas de esperas para la programación de atención en una especialidad eran de dos meses aproximadamente generando pérdida de bienestar y calidad de vida, así como la disminución del estado anímico y la aparición de síntomas depresivos. La disponibilidad de los servicios se encuentra saturados en cuanto a la demanda existente. La burocratización y la mala intercomunicación de los servicios eran causantes del retraso en la atención al

paciente, además que el sistema de salud que tenían se enfocaba en la atención a casos agudos que, a patologías crónicas postergando la consulta al paciente.

Chiu *et al.* (2017) demostraron que las barreras antes de la atención eran exclusivamente del área administrativa, la cobertura del seguro, la disponibilidad de citas, la ineficacia de las citas por teléfono. Bernabe-Ortiz *et al.* (2016) & Fajardo (2017) en su investigación del acceso a la rehabilitación para personas con discapacidad física, hallaron que la asequibilidad a los servicios, tratamiento y tipo de seguro influía en la accesibilidad para recibir atención.

En la accesibilidad sociocultural, dimensión que expresa los puntos de vistas del paciente - profesional de salud y, donde este último, comprende los valores, costumbres y pensamientos del primero. Fret *et al.* (2019) mencionaron que la calidad de atención para los adultos mayores eran menores en comparación de otros grupos etarios, la confianza que percibían de los profesionales de salud limitaba el compromiso para ser atendidos. Horrill *et al.* (2019) mostraron que la mala comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, la desinformación de los procedimientos que se le realizaban generaba barreras de accesibilidad, dando a entender que el problema de salud del paciente no era importante. Por otro lado, mencionaron que la concepción que tenían sobre su estado de salud impedía también acceder a la atención. Además, que, de acuerdo al área a tratar los pacientes se mostraban incómodos pese al trato profesional que se les brindaba. En el estudio de Chan, Lee & Low (2018) se obtuvo resultados similares en la desconfianza al sistema de salud y al profesional que lo atendía, además sostuvieron que el temor al diagnóstico y pronóstico sobre la enfermedad generaba que los pacientes decidían no recurrir al establecimiento de salud, mientras otra proporción del grupo decidió al tratamiento tradicional.

Nguyen *et al.* (2019) resaltaron que el tema educativo debido a que las personas de nivel educativo bajo generan sentimientos de temor al entablar diálogos con los profesionales de salud y su lenguaje médico; mencionan también que el personal de salud generaliza las costumbres y acciones de la población, ante esto les brinda menos oportunidad de atención. Los autores respaldan esta información en base a

la historia, pues la población al ser víctima del colonialismo sufrió la distribución inequitativa de recursos necesarios para su atención. En la investigación de Lim *et al.* (2019) y Thompson *et al.* (2016) se observó que las personas acudían por atención preventiva más que atención primaria, además que las mujeres eran quienes demandaban mayor servicio que los varones debido a problemas de salud, agregando que los hombres posiblemente requerían menor atención debido a tener un umbral más alto de dolor, tomar menos importancia a la patología o solicitar ayudar. Pegon-Machat *et al.* (2018) mostraron que los pacientes consideraban acudir al establecimiento cuando la patología les quitaba autonomía y cuando esto ocurría entraban a tallar factores personales y familiares que limitaban poder acudir al centro de salud. Concluyendo que el contexto psicosocial en personas desfavorecidas reforzaba la sensación de aislamiento que tenían. La aceptabilidad sobre algunos tratamientos influye en la interpretación del paciente respecto a su enfermedad, la mejoría de sus síntomas y estado físico mental.

Chiu *et al.* (2017) mostraron que los pacientes sentían menosprecio por parte del personal de salud, pues sentían que los profesionales no escuchaban atentamente a sus dolencias o se mostraban apurados por terminar la consulta, la ignorancia a las discapacidades de cada paciente, implicaciones de la ética profesional debido a que los pacientes expresaron preocupaciones sobre su defensa, privacidad y seguridad mientras recibían atención médica. Los pacientes también refirieron tener problemas en la recepción de medicamentos y en las instrucciones que escribían los profesionales de salud. Bernabe-Ortiz *et al.* (2016) en su investigación del acceso a la rehabilitación para personas con discapacidad física el conocimiento y actitud por parte del paciente sobre el servicio fue la barrera más destacable. En el estudio de Davy *et al.* (2016) el aspecto cultural sobre la población era una limitación importante puesto que eran los miembros de la localidad impedían de manera inconsciente que las personas con alguna patología busquen atención en un establecimiento de salud, aquellos que acudían por atención señalaron que buscaron ser atendidos por profesionales de características culturales similares a las de ellos.

Finalmente, en la dimensión económica, el 34,2% de los pacientes de 60 a 65 años consideraron que el nivel de accesibilidad era alto, así como también el 44,3% % de las mujeres. En cuanto al tipo de seguro, el 54,4% de los adultos mayores refirieron nivel medio de accesibilidad. El 31,6% de los pacientes que realizaban actividad física, el 57% que tenían alguna enfermedad crónica y el 40,5% que presentaron patologías de la columna vertebral capaces de limitar sus actividades de la vida diaria refirieron nivel alto de accesibilidad.

Fret *et al.* (2019); Kurpas *et al.* (2018) & Davy *et al.* (2016) mencionaron que las barreras de su estudio fueron la pensión económica insuficiente y los altos costo de vida con la necesidad de atención primaria, además que algunos adultos mayores señalaron que no consideraban requerir atención pues preferían dar el poco dinero que tenían a sus hijos y nietos. Por otro lado, los autores mencionan que la disponibilidad de los miembros de su familia para acompañarlos a demandar atención era escasa por el estilo de vida de cada familiar, considerando que la falta de interés para el apoyo hacia los adultos mayores restringía en gran medida la accesibilidad a recibir atención. Horrill *et al.* (2019) mencionaron que los pacientes de su investigación invertían su dinero en el traslado y alimentación en el camino al establecimiento, ocasionando que no puedan cubrir los gastos necesarios para la atención integral, es decir, los pacientes restaban interés a su estado de salud y se centraban en alimentación y gastos del hogar durante el mes.

Nguyen *et al.* (2019) sostienen que la empleabilidad de la persona afecta en la accesibilidad de atención sanitaria, puesto que aquellas personas de bajos ingresos no tiene oportunidad de cubrir los gastos que requieren una atención, siendo de interés sobre todo en patologías crónicas. La dimensión geográfica interviene en el aspecto económico de la población, pues ocasionan que las personas se encuentren en subdesarrollo, obligando que los enfermos empleen los tratamientos alternativos al alcance del bolsillo. Pegon-Machat *et al.* (2018) manifestaron que la población francesa accedía a la atención, pero cuando la atención tenía que ser recurrente o periódica abandonaban las consultas sobre todo en pacientes que no tenían subvención económica por parte del estado obligando que se automediquen o decidan emplear tratamientos alternativos. Almeida *et al.* (2017) evidenciaron la

desigualdad en cuanto a atención en países desarrollados y en vías de desarrollo, prueba de esto menciona al seguro público Medicare de Estados Unidos que reduce los gastos de salud del adulto mayor, pero no cubre todos los gastos que su atención amerite. En comparación de países que tienen un sistema de salud fragmentado donde el de acuerdo al tipo de seguro que posea podrá cubrir los gastos de su atención, generando mayor inequidad entre unos y otros. Los autores sostienen que esto varía en cuanto a la mentalidad que tienen las personas de acudir al establecimiento de salud de forma preventiva que cuando tenga la enfermedad. Sin embargo, las condiciones de salud de los países en desarrollo no se encuentran enfocados en la política de prevención.

Para Chan, Lee & Low (2018) el tema económico no fue considerado una barrera de accesibilidad, puesto que el estado subvencionó los gastos de salud y vida diaria a familias de bajos recursos. Por otro lado, Noriega (2018) en su investigación evidenció que el nivel de accesibilidad que disponía el paciente y el sistema de salud influyó en la satisfacción de los adultos mayores. Sin embargo, en el estudio de Marrufo (2016) se determinó que la accesibilidad no era un factor de influencia en la satisfacción del paciente.

## **VI. CONCLUSIONES**

Primera: El nivel de accesibilidad del adulto mayor de acuerdo a sus características sociosanitarias fue: 34,2% de participantes cuya edad que oscilaron entre 60 y 65 años, del sexo femenino (44,3%), el 31,6% de los adultos que realizan algún tipo de actividad física, el 57% de los adultos mayores que padecen de enfermedad crónica y el 40,5% de los pacientes que presentaban limitación física en la columna refirieron nivel alto de accesibilidad vertebral.

Segunda: En la accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor: el 24,1% de los pacientes encuestados que tenían edad de 60-65 años; así mismo, el 29,1% de las féminas, el 39,2 % de los adultos mayores con SIS, el 26,6% de los participantes que

realizaban actividades físicas y el 40,5% quienes padecieron alguna enfermedad crónica refirieron nivel alto de accesibilidad.

Tercera: En la accesibilidad administrativo organizacional: el 25,3% de los adultos mayores de entre 60 y 65 años percibieron accesibilidad media, el 44,3% de los pacientes con SIS; el 32,9% quienes realizaron actividad física, el 48,1% de los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica y el 31,6% de los mismos con limitación física en la columna vertebral pertenecieron al nivel medio de accesibilidad.

Cuarta: En la accesibilidad sociocultural, el 38% de los pacientes de 60 a 65 años, el 50,6% de las damas, el 62% de los adultos cuyo seguro era el SIS, el 35,4% que realizaban actividad física, el 63,3% con alguna enfermedad crónica y el 40,5% con patologías de la columna vertebral capaces de limitar sus actividades de la vida diaria refirieron nivel alto de accesibilidad.

Quinta: Por último, en la accesibilidad económica: el 34,2% de los pacientes de 60 a 65 años, el 44,3% % de las mujeres, el 54,4% de los adultos mayores cuyo seguro era el SIS, el 31,6% de los pacientes que realizaban actividad física, el 57% que tenían alguna enfermedad crónica y el 40,5% que presentaron patologías de la columna vertebral capaces de limitar sus actividades de la vida diaria refirieron nivel alto de accesibilidad.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Primera: Los gestores en salud y proveedores de atención médica de los establecimientos nacionales deben considerar los diversos desafíos que enfrentan los adultos mayores, los factores biomédicos, sociales, culturales, financieros y políticos que afectan la salud en este grupo etario.

Segunda: El Ministerio de Transporte y Comunicaciones debería priorizar los proyectos de las vías terrestres para favorecer la accesibilidad de los ciudadanos residentes de zonas alejadas a los servicios en salud; así

también, la directiva de los nosocomios debe considerar modificar la infraestructura de sus establecimientos de salud a fin de mejorar el acceso de los pacientes.

Tercera: Desarrollar estrategias para disminuir el tiempo de espera, así como también facilitar los procesos administrativos hacia los pacientes geriátricos que buscan la atención primaria en rehabilitación.

Cuarta: Diseñar e implementar programas de alfabetización en salud para reducir el estigma que tienen los pacientes respecto a la intervención médica y fisioterapéutica que se realizan durante su tratamiento.

Quinta: Fortalecer la telemedicina en rehabilitación para poder superar las barreras geográficas comúnmente reportadas en la literatura.

## REFERENCIAS

- Almeida, A., Nunes P., Duro S., & Facchini A. (2017, May 15). Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Revista de Saude Publica*. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>
- Armstrong, J. J., Stolee, P., Hirdes, J. P., & Poss, J. W. (2010). Examining three frailty conceptualizations in their ability to predict negative outcomes for home-care clients. *Age and ageing*, 39(6), 755–758. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq121>
- Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Mex*. 1992;34(1):36-49.
- Artigas-Lelong B, Bennasar-Veny M. La salud en el siglo XXI: el reto de los cuidados multiculturales. *Revista Index de Enfermería* 2009; 18:42-6.
- Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Poverty and disability in low-And middleincome countries: A systematic review. *PLoS ONE. Public Library of Science*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>
- Bardach E. The implementation game: what happens after a Bill becomes a law. Boston: Massachusetts Institute of Technology Press; 1981.
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 62(7), 731–737. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.731>
- Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vásquez, A., & Miranda, J. J. (2016). Disability, caregivers dependency and patterns of access to rehabilitation care: Results from a national representative study in Peru. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 582–588. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1051246>
- Braveman P., and Tarimo E.: Social inequalities in health within countries: not only



- an issue for affluent nations. *Soc Sci Med* 2002; 54: pp. 1621-1635
- Chan, C., Lee, K. H., & Low, L. L. (2018). A systematic review of health status, health seeking behaviour and healthcare utilisation of low socioeconomic status populations in urban Singapore. *International journal for equity in health*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0751-y>
- Chesser, A. K., Keene Woods, N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & geriatric medicine*, 2, 2333721416630492. <https://doi.org/10.1177/2333721416630492>
- Chiu, C., Bishop, M., Pionke, J. J., Strauser, D., & Santens, R. L. (2017). Barriers to the Accessibility and Continuity of Health-Care Services in People with Multiple Sclerosis: A Literature Review. *International journal of MS care*, 19(6), 313–321. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-016>
- Comes Y, Solitario R, Garmus P. (2006) Accesibilidad la perspectiva racional entre población y servicios de salud. *Revista científica de la AMBB*. 16:97-102.
- Comes, Y., *et al.* (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios, 201–209.
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*. *BioMed Central Ltd*. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>
- De Witte, N., Gobbens, R., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Schols, J., & Verté, D. (2013). The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 34(4), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.03.002>
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. Vol.83, No.4, Pag.691–729

- Etman, A., Burdorf, A., Van der Cammen, T. J., Mackenbach, J. P., & Van Lenthe, F. J. (2012). Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *Journal of epidemiology and community health*, 66(12), 1116–1121. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200027>
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546–546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Fajardo Dolci (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México*. vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015.
- Fajardo E. (2017) Discapacidad y la accesibilidad a consulta externa de Fisiatría en el Hospital Cayetano Heredia – 2016 (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo. Perú. Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8598/Fajardo\\_L\\_EDLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8598/Fajardo_L_EDLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Figuroa Pedraza, Dixis, & Cavalcanti Costa, Gabriela Maria. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33), 267-278. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&tlng=es).
- Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G., & Robbins, J. A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *American journal of public health*, 94(10), 1788–1794. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1788>
- Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., Switers, L., Hoens, S., Van Regenmortel, S., & Verté, D. (2019). Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 20, e43. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000100>

- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, McBurnie MA (2001) Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A* 56, 146–156.
- Gould H. Modern medicine and folk cognition in rural India. *Human Organization*. 1965;24:201-208.
- Grindle M. La brecha de la Implementación en Freddy Mariñez Navarro “Política pública y democracia en América Latina”. México: Porrúa; 2009.
- Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.
- Horrill, T. C., Linton, J., Lavoie, J. G., Martin, D., Wiens, A., & Schultz, A. (2019). Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Social science & medicine* (1982), 238, 112495. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112495>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Informe Técnico - Situación de la Población Adulta Mayor enero-febrero-marzo 2020.
- Kabia, E., Mbau, R., Oyando, R., Oduor, C., Bigogo, G., Khagayi, S., & Barasa, E. (2019). “We are called the et cetera”: Experiences of the poor with health financing reforms that target them in Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 18(1).
- Kurpas, D., Gwyther, H., Szwamel, K., Shaw, R. L., D’Avanzo, B., Holland, C. A., & Bujnowska-Fedak, M. M. (2018). Patient-centred access to health care: A framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0960-7>
- Lepiz, O. (1999). Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Plan Estratégico 1999-2015. Documento sometido a aprobación por la junta directiva del CNREE. Sesión ordinaria 27 de mayo del 2010. USA.

- Lim, M. T., Lim, Y., Tong, S. F., & Sivasampu, S. (2019). Age, sex and primary care setting differences in patients' perception of community healthcare seeking behaviour towards health services. *PloS one*, 14(10), e0224260. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224260>
- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health education research*, 27(6), 947–960. <https://doi.org/10.1093/her/cys067>
- McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002). Access to care: remembering old lessons. *Health services research*, 37(6), 1441–1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>
- Minore B, Hill M, Puglise I, Gauld T. Ottawa, ON: Centre for Rural and Northern Health Research, Lakehead University *Rurality literature review*, 2008.
- Moseley M. Accessibility: the rural challenge. Londres: Methuen and Co. Ltd; 1979.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
- Noriega A. (2018) Accesibilidad y satisfacción del paciente adulto mayor en el departamento de medicina física y rehabilitación de la clínica municipal de Santa Anita, 2018 (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo. Perú. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23991>
- Nwakasi, C., Brown, J., & Anyanwu, P. (2019). What could be influencing older Ghanaians outpatient care utilization rate? *Ghana Medical Journal*, 53(3), 217–225. <https://doi.org/10.4314/gmj.v53i3.6>
- Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pass, L., Kennelty, K., & Carter, B. (2019). Self-identified barriers to rural mental

health services in Iowa by older adults with multiple comorbidities: qualitative interview study. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029976>

Pegon-Machat, E., Jourdan, D., & Tubert-Jeannin, S. (2018). Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France [Oral health inequalities: Determinants of access to prevention and care in France]. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 30(2), 243–251. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (2014) White paper on access to care in Belgium. Brussels: NIHDI et Médecins du Monde.

Riumallo-Herl, C., & Aguila, E. (2019). The effect of old-age pensions on health care utilization patterns and insurance uptake in Mexico. *BMJ Global Health*, 4(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001771>

Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 150(4), 489–495.

Rosales, J. (2019). Al menos 6 de cada 10 adultos mayores no reciben pensión | INEI | ONP | AFP | Economía - La República. Retrieved December 31, 2019, from <https://larepublica.pe/economia/2019/12/30/al-menos-6-de-cada-10-adultos-mayores-no-reciben-pension-inei-onp-afp/>

Rowe, J. W., Fulmer, T., & Fried, L. (2016). Preparing for Better Health and Health Care for an Aging Population. *JAMA*, 316(16), 1643–1644. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12335>

Saurman E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of health services research & policy*, 21(1), 36–39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>

- Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P., & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC family practice*, 17, 38. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>
- Thorpe, J. M., Thorpe, C. T., Kennelty, K. A., & Pandhi, N. (2011). Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC health services research*, 11, 181. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-181>
- United Nations. (2015). About the Sustainable Development Goals. Retrieved December 31, 2019, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Vos, T., et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163–2196. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>.
- Wallace, S. P., & Gutiérrez, V. F. (2005). Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 17(5-6), 394–409. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500012>
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., & Box, T. L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging & mental health*, 6(3), 213–221. <https://doi.org/10.1080/13607860220142422>
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*, 165(17), 1946–1952. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>
- World Health Organisation (2018) *Universal coverage – three dimensions* [online] Retrieved 01 January 2021 from [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/).

Zamora, H., & Clingerman, E. M. (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *Journal of gerontological nursing*, 37(10), 41–51.  
<https://doi.org/10.3928/00989134-20110503-02>

## **ANEXOS**



**Matriz de consistencia**

**Título:** Factores sociosanitarios y nivel de Accesibilidad del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 2020

**Autor:** Vicente José Herreras Huamán

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar el nivel de la accesibilidad según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar el nivel de la accesibilidad físico geográfico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.</p>	<p>No corresponde</p>	<b>Variable 1:</b> Accesibilidad a la atención Primaria				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>
			Accesibilidad físico geográfica	Distancia  Transporte	1, 2  3, 4	Inadecuada (1) Regular (2) Adecuada (3)	Bajo: 03 – 06 Medio: 7 – 10 Alto: 11 – 12
			Accesibilidad administrativa organizacional	Atención  Tiempo	5, 6  7, 8	Inadecuada (1) Regular (2) Adecuada (3)	Bajo: 03 – 06 Medio: 7 – 10 Alto: 11 – 12
			Accesibilidad socio cultural	Percepción del trato	9, 10 11, 12	Inadecuada (1) Regular (2) Adecuada (3)	Bajo: 03 – 06 Medio: 7 – 10 Alto: 11 – 12
			Accesibilidad económica	Gasto de traslado Deja de percibir	13, 14  15, 16	Inadecuada (1) Regular (2) Adecuada (3)	Bajo: 03 – 06 Medio: 7 – 10 Alto: 11 – 12

<p>¿Cuál es el nivel de accesibilidad administrativo organizacional según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de accesibilidad sociocultural según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de accesibilidad económico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020?</p>	<p>Determinar el nivel de la accesibilidad administrativo organizacional según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.</p> <p>Determinar el nivel de la accesibilidad sociocultural según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.</p> <p>Determinar el nivel de la accesibilidad económico según las características sociosanitarias del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un Hospital de Lima, 2020.</p>		<b>Variable 2:</b>				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>

Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p><b>Nivel:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Método:</b> Enfoque cuantitativo</p>	<p><b>Población:</b> Estará constituida por 120 adultos mayores que se encuentren atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital de San Juan de Lurigancho.</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b> Muestreo intencional.</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> La muestra constituida por 77 pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital de San Juan de Lurigancho.</p>	<p><b>Variable: Accesibilidad a la atención primaria</b></p> <p><b>Técnicas: Cuestionario</b></p> <p><b>Instrumentos:</b> Cuestionario de Accesibilidad a la atención primaria</p> <p>Autor: Figueroa y Cavalcanti</p> <p>Año: 2014</p> <p>Ámbito de Aplicación: Un hospital de Lima</p> <p>Forma de Administración: directa y personal.</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b></p> <p>El análisis de los datos recogidos se desarrolló en dos momentos, en el primero la base de datos fueron codificadas y tabuladas según la categoría que correspondía a través de números en el programa MS Excel® 2019. Luego, se procedió a importar la información al aplicativo SPSS® versión 25, donde se realizó la estadística descriptiva por medio de frecuencia y porcentajes de acuerdo a los intereses de la investigación.</p>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**NOTA:** Este presente consentimiento informado ha sido elaborado para su aplicación con personas adultas mayores ( $\leq 60$  años) en un hospital de Lima, Perú, siendo una población total de 77 voluntarios en la participación del estudio, cuyo nombre de portada es: **“Accesibilidad del adulto mayor al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un hospital de Lima, 2020”**

### PRESENTACIÓN

Soy el egresado de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud **Vicente José Herreras Huamán**, de la Universidad Cesar Vallejo S.A.C. Me encuentro realizando una investigación descriptiva, transversal y no experimental respecto a la accesibilidad que tienen los adultos mayores para acudir al establecimiento de salud. Para esta investigación se acude a su persona para su participación voluntaria.

### PROPÓSITO

Esta investigación tiene el propósito de medir el nivel de accesibilidad que tiene los adultos mayores para asistir al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un hospital de Lima, 2020.

### TIPO DE PARTICIPACIÓN

Se les pedirá a los participantes brindar datos que sean relevantes para la investigación como: edad, sexo, limitación física, tipo de seguro y si presenta alguna patología crónica; es pertinente mencionar que la información personal de los participantes se encontrará en el anonimato, debido a que no es indispensable para el estudio; luego de recoger dichos datos se procederá al llenado del Cuestionario de Accesibilidad a la atención primaria.

### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación del adulto mayor es totalmente gratuita para la realización del estudio. Si el adulto mayor da su aprobación de poder participar como voluntario se garantiza brindar la información correcta sin generar dudas o incertidumbres.

## **PROCEDIMIENTO**

Se comenzará la recolección de datos informando a la población adulta mayor el propósito de la investigación, la justificación de la misma y los beneficios que podría obtener la carrera de terapia física y rehabilitación, y como consecuencia la mejora de la intervención a los pacientes desde el enfoque biopsicosocial.

## **DURACIÓN**

Luego que el paciente adulto mayor acepte el consentimiento informado verbal, el llenado del Cuestionario de Accesibilidad tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos por persona.

## **BENEFICIOS**

La colaboración del adulto mayor contribuye a la mejora y expansión de los conocimientos en el área de salud obtenidos hasta la actualidad; así como también servir como base para la reestructuración, replanteamiento en mejora de la gestión para el acceso al Servicio de Medicina Física.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Los datos personales se encontrarán de manera anónima, la información recolectada no será difundida ni compartida durante el proceso de investigación a personas ajenas de la misma; dicha información será empleada con fines académicos y base para investigaciones posteriores.

### **Información del investigador:**

Vicente José Herreras Huamán

E-mail: [vjhh.23.1996@gmail.com](mailto:vjhh.23.1996@gmail.com)

Celular: 992315052

## CUESTIONARIO DE ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA

### ACCESIBILIDAD DEL ADULTO MAYOR AL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2020

Sr (a): La información proporcionada por su persona será anónima y confidencial, siendo mencionado esto se solicita poder responder las siguientes premisas e interrogantes con veracidad:

#### **SECCIÓN I:** Características sociosanitarias del adulto mayor participante:

- Edad:
- Sexo:
  - Femenino     Masculino
- Ocupación:
  - Activa     Pasiva
- Seguro
  - Seguro Integral de Salud (SIS)
  - Seguro Obligatorio de Accidentes Tránsito (SOAT)
  - No Seguro
- ¿Padece de alguna enfermedad crónica que limite sus actividades de la vida diaria?
  - SI     NO
- ¿Qué limitación física tiene para realizar sus actividades de la vida diaria?
  - Columna Vertebral
  - Miembros superiores
  - Miembros inferiores

## SECCIÓN II:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una (x) la alternativa que usted estime conveniente.

Inadecuada	Regular	Adecuada
1	2	3

Nº	ÍTEMS	1	2	3
<b>Accesibilidad físico geográfica</b>				
1	La distancia entre su domicilio y el Hospital es:			
2	Las condiciones físico geográficas para llegar al hospital desde su domicilio son:			
3	La facilidad de encontrar transporte público para llegar al hospital es:			
4	La facilidad para movilizarse desde el hospital a otros lugares es:			
<b>Accesibilidad administrativa organizacional</b>				
5	Los trámites administrativos para ser atendido son:			
6	La atención en la consulta de rehabilitación es:			
7	El tiempo de espera para obtener esta cita le pareció:			
8	El tiempo que esperó entre la fecha que le dieron la cita hasta el día de la atención fue:			
<b>Accesibilidad socio-cultural</b>				
9	El trato del personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:			
10	La confianza y seguridad que le trasmite el profesional que le atiende en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:			
11	La credibilidad del profesional que le atiende en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:			
12	Las facilidades que le brinda en centro de salud para acceder a su rehabilitación son:			
<b>Accesibilidad económica</b>				
13	El gasto que le ocasiona acudir a la atención en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:			
14	El costo de la atención (consulta y tratamiento) en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:			
15	Costear los gastos de los materiales que requiere para su atención es:			
16	El que Usted y/o acompañante tengan que dejar de trabajar para asistir a su terapia de rehabilitación es:			

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Accesibilidad físico geográfica</b>							
1	La distancia entre su domicilio y el Hospital es:	X		X		X		
2	Las condiciones físico geográficas para llegar al hospital desde su domicilio son:	X		X		X		
3	La facilidad de encontrar transporte público para llegar al hospital es:	X		X		X		
4	La facilidad para movilizarse desde el hospital a otros lugares es:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Accesibilidad administrativa organizacional</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los trámites administrativos para ser atendido son:	X		X		X		
6	La atención en la consulta de rehabilitación es:	X		X		X		
7	El tiempo de espera para obtener esta cita le pareció:	X		X		X		
8	El tiempo que esperó entre la fecha que le dieron la cita hasta el día de la atención fue:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3: Accesibilidad socio cultural</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	El trato del personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
10	La confianza y seguridad que le trasmite el profesional que le atiende en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
11	La credibilidad del profesional que le atiende en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
12	Las facilidades que le brinda en centro de salud para acceder a su rehabilitación son:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Accesibilidad económica</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	El gasto que le ocasiona acudir a la atención en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		





**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Accesibilidad físico geográfica</b>							
1	La distancia entre su domicilio y el Hospital es:	X		X		X		
2	Las condiciones físico geográficas para llegar al hospital desde su domicilio son:	X		X			X	Verificar si se entiende que son condiciones físico geográficas
3	La facilidad de encontrar transporte público para llegar al hospital es:	X		X		X		
4	La facilidad para movilizarse desde el hospital a otros lugares es:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Accesibilidad administrativa organizacional</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los trámites administrativos para ser atendido son:	X		X		X		
6	La atención en la consulta de rehabilitación es:	X		X		X		
7	El tiempo de espera para obtener esta cita le pareció:	X		X		X		
8	El tiempo que esperó entre la fecha que le dieron la cita hasta el día de la atención fue:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3: Accesibilidad socio cultural</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	El trato del personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
10	La confianza y seguridad que le trasmite el profesional que le atiende en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
11	La credibilidad del profesional que le atiende en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
12	Las facilidades que le brinda en centro de salud para acceder a su rehabilitación son:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Accesibilidad económica</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	El gasto que le ocasiona acudir a la atención en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		

14	El costo de la atención (consulta y tratamiento) en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X	
15	Costear los gastos de los materiales que requiere para su atención es:	X		X		X	
16	El que Usted y/o acompañante tengan que dejar de trabajar para asistir a su terapia de rehabilitación es:	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Sergio Bravo Cucci.        DNI 09536762

Especialidad del validador: **Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación**

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

**30 de Noviembre del 2020**

  
-----  
Firma del Experto Informante.

**Mg. Sergio Bravo Cucci**  
Investigador Renacyt  
P0016712

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Accesibilidad físico geográfica</b>							
1	La distancia entre su domicilio y el Hospital es:	X		X		X		
2	Las condiciones físico geográficas para llegar al hospital desde su domicilio son:	X		X			X	
3	La facilidad de encontrar transporte público para llegar al hospital es:	X		X		X		
4	La facilidad para movilizarse desde el hospital a otros lugares es:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Accesibilidad administrativa organizacional</b>							
5	Los trámites administrativos para ser atendido son:	X		X		X		
6	Las facilidades que le brinda en centro de salud para acceder a su rehabilitación son:	X		X		X		
7	El tiempo de espera para obtener esta cita le pareció:	X		X		X		
8	El tiempo que esperó entre la fecha que le dieron la cita hasta el día de la atención fue:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3: Accesibilidad socio cultural</b>							
9	El trato del personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
10	La confianza y seguridad que le trasmite el profesional que le atiende en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
11	La credibilidad del profesional que le atiende en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		
12	La atención en la consulta de rehabilitación es:	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Accesibilidad económica</b>							
13	El gasto que le ocasiona acudir a la atención en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X		X		X		

14	El costo de la atención (consulta y tratamiento) en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es:	X			X	X	
15	Costear los gastos de los materiales que requiere para su atención es:	X		X		X	
16	El que Usted y/o acompañante tengan que dejar de trabajar para asistir a su terapia de rehabilitación es:	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Hugo Javier Cerdán Cueva                      DNI: 41330799

Especialidad del validador: **Tecnólogo Medico en Terapia Física y Rehabilitación**

**30 de noviembre del 2020**

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Experto Informante.

# BASE DE DATOS

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 32 de 32 variables

	age	sex	Seguro	Ocupacion	Lim_fisica	E_cronica	distancia	condiciones_fisi co_geografico	transporte	movilizarse	tramites	atencion	espera	tiempo_de atencion	Trato_del personal	Confian segur
1	0	1	0	0	1	1	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3
2	1	0	1	1	0	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
3	0	0	0	0	0	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
4	1	1	0	0	1	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
5	2	0	0	0	1	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
6	0	1	0	0	1	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3
7	1	1	0	0	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
8	1	1	0	0	2	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
9	1	0	0	0	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
10	0	1	0	1	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
11	2	1	0	1	1	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
12	2	1	0	0	0	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
13	1	0	0	0	1	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
14	0	0	2	0	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
15	1	1	0	0	1	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
16	0	0	0	0	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3
17	0	1	0	1	1	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3
18	0	1	0	0	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3
19	2	0	0	0	0	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3
20	1	1	0	1	1	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3
21	1	1	0	0	1	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3
22	2	1	0	0	2	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 32 de 32 variables

	Confianza_y seguridad	Credibilidad_d el_profesional	Atención_en consulta	gasto	costo_de consulta	costo_de_t ratamiento	dejar_de trabajar	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Tot al	D1	D2	D3	D4	DTi
1	3	3	3	3	3	3	3	12	10	12	12	46	2	2	2	2	2
2	3	3	2	3	3	3	3	12	9	11	12	44	2	1	2	2	2
3	3	3	2	3	3	3	3	12	9	11	12	44	2	1	2	2	2
4	3	3	3	3	3	3	3	12	9	12	12	45	2	1	2	2	2
5	3	3	3	3	3	3	3	12	9	12	12	45	2	1	2	2	2
6	3	3	2	3	3	3	3	12	8	11	12	43	2	1	2	2	2
7	3	3	2	3	3	3	3	12	9	11	12	44	2	1	2	2	2
8	3	3	2	3	3	3	3	12	9	11	12	44	2	1	2	2	2
9	3	3	3	3	3	3	3	12	9	12	12	45	2	1	2	2	2
10	3	3	3	3	3	3	3	12	9	12	12	45	2	1	2	2	2
11	3	3	3	3	3	3	3	11	9	12	12	44	2	1	2	2	2
12	3	3	2	3	3	3	3	12	9	11	12	44	2	1	2	2	2
13	3	3	3	3	3	3	3	11	9	12	12	44	2	1	2	2	2
14	3	3	3	3	3	3	3	11	9	12	12	44	2	1	2	2	2
15	3	3	3	3	3	3	3	11	9	12	12	44	2	1	2	2	2
16	3	3	3	2	3	3	3	12	9	12	11	44	2	1	2	2	2
17	3	3	3	2	3	3	3	10	9	12	11	42	2	1	2	2	2
18	3	3	2	2	3	3	3	10	8	11	11	40	2	1	2	2	2
19	3	3	2	2	3	3	3	11	8	11	11	41	2	1	2	2	2
20	3	3	3	2	3	3	3	11	8	12	11	42	2	1	2	2	2
21	3	3	2	2	3	3	3	11	8	11	11	41	2	1	2	2	2
22	3	2	2	2	3	3	3	11	8	10	11	40	2	1	2	2	2

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 32 de 32 variables

	age	sex	Seguro	Ocupacion	Lim_fisica	E_cronica	distancia	condiciones_fisico_geografico	transporte	movilizarse	tramites	atencion	espera	tiempo_de_atencion	Trato_del_personal	Confianza_segur
23	0	1	0	0	1	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3
24	0	1	0	1	1	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
25	1	0	0	1	1	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
26	0	1	0	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3
27	0	1	0	0	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	3	3
28	0	1	0	0	1	1	2	3	3	2	2	2	1	2	3	3
29	0	1	2	0	1	1	2	3	3	2	2	2	1	2	3	3
30	0	1	0	1	2	1	2	3	3	2	1	2	2	2	3	3
31	2	0	0	1	1	1	2	3	3	2	1	2	1	2	3	3
32	1	1	2	0	2	1	2	3	2	2	1	2	2	1	3	3
33	1	1	0	1	1	1	2	3	2	3	1	2	2	1	3	3
34	2	1	0	0	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	3	3
35	1	1	0	1	2	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	3
36	0	0	0	1	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	3
37	0	1	0	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1	1	2	3
38	0	0	0	1	0	2	2	3	2	2	1	1	2	1	2	3
39	0	1	0	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	1	2	3
40	0	0	0	1	2	1	2	3	2	3	1	2	1	1	2	3
41	1	1	0	1	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	3
42	0	1	0	1	1	1	2	2	3	3	1	2	1	1	2	3
43	0	1	0	0	0	1	2	2	3	3	1	2	2	3	3	2
44	0	1	0	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 32 de 32 variables

	Confianza_y_seguridad	Credibilidad_d_el_profesional	Atención_en_consulta	gasto	costo_de_consulta	costo_de_tratamiento	dejar_de_trabajar	Dimension_1	Dimension_2	Dimension_3	Dimension_4	Tot_al	D1	D2	D3	D4	DTI
23	3	2	2	2	3	3	3	11	8	10	11	40	2	1	2	2	2
24	3	2	2	2	3	3	3	10	8	10	11	39	2	1	2	2	2
25	3	2	3	2	3	3	3	10	8	11	11	40	2	1	2	2	2
26	3	3	3	2	3	3	3	10	8	12	11	41	2	1	2	2	2
27	3	2	2	3	3	2	3	8	8	10	11	37	1	1	2	2	1
28	3	2	2	3	3	2	3	10	7	10	11	38	2	1	2	2	2
29	3	2	2	3	3	2	3	10	7	10	11	38	2	1	2	2	2
30	3	2	2	3	3	2	3	10	7	10	11	38	2	1	2	2	2
31	3	3	2	3	3	2	3	10	6	11	11	38	2	0	2	2	2
32	3	2	2	3	3	2	3	9	6	10	11	36	1	0	2	2	1
33	3	2	2	2	3	2	3	10	6	10	10	36	2	0	2	2	1
34	3	2	2	2	3	2	3	9	5	10	10	34	1	0	2	2	1
35	3	2	3	2	3	2	3	9	5	10	10	34	1	0	2	2	1
36	3	2	2	2	3	2	3	9	5	9	10	33	1	0	2	2	1
37	3	2	2	2	3	2	3	9	4	9	10	32	1	0	2	2	1
38	3	2	2	3	3	3	2	9	5	9	11	34	1	0	2	2	1
39	3	3	2	3	3	3	2	9	5	10	11	35	1	0	2	2	1
40	3	2	2	2	3	3	2	10	5	9	10	34	2	0	2	2	1
41	3	2	2	2	3	3	2	9	5	9	10	33	1	0	2	2	1
42	3	2	2	2	3	3	2	10	5	9	10	34	2	0	2	2	1
43	2	3	3	2	3	3	2	10	8	11	10	39	2	1	2	2	1
44	2	3	3	2	3	3	2	9	7	11	10	37	1	1	2	2	1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

12: Visible: 32 de 32 variables

	age	sex	Seguro	Ocupacion	Lim_fisica	E_cronica	distancia	condiciones_fisico_geografico	transporte	movilzarse	tramites	atencion	espera	tiempo_de_atencion	Trato_del_personal	Confian_segur
45	0	1	0	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2
46	0	1	2	0	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2
47	2	0	2	0	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2
48	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2
49	1	1	0	0	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2
50	0	1	0	1	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2
51	0	1	0	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
52	2	0	0	0	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
53	1	1	0	1	0	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
54	1	1	0	0	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
55	2	1	0	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2
56	0	1	0	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2
57	0	1	0	0	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2
58	0	1	0	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2
59	2	1	0	0	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	2
60	2	1	0	0	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
61	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
62	1	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
63	0	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2
64	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2
65	0	0	0	0	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2
66	0	1	0	0	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

12: Visible: 32 de 32 variables

	Confianza_y_seguridad	Credibilidad_d_el_profesional	Atención_en_consulta	gasto	costo_de_consulta	costo_de_t ratamiento	dejar_de_trabajar	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Tot al	D1	D2	D3	D4	DTt
45	2	3	2	2	3	3	2	9	7	10	10	36	1	1	2	2	1
46	2	3	2	2	3	3	2	9	7	10	10	36	1	1	2	2	1
47	2	3	2	2	2	3	2	9	7	10	9	35	1	1	1	1	1
48	2	3	2	2	2	3	2	9	7	10	9	35	1	1	1	1	1
49	2	3	3	1	2	3	2	9	7	11	8	35	1	1	1	1	1
50	2	3	3	3	3	2	2	9	7	11	10	37	1	1	2	2	1
51	2	3	3	3	3	2	2	8	7	11	10	36	1	1	2	2	1
52	2	3	2	2	3	2	2	8	7	10	9	34	1	1	2	1	1
53	2	3	2	2	3	2	2	8	7	10	9	34	1	1	2	1	1
54	2	3	2	2	3	2	2	8	7	10	9	34	1	1	2	1	1
55	2	2	2	2	3	2	2	8	6	9	9	32	1	0	0	1	1
56	2	3	2	2	2	2	2	8	6	10	8	32	1	0	2	1	1
57	2	3	2	2	2	2	2	8	6	10	8	32	1	0	2	1	1
58	2	3	2	2	2	2	2	6	6	10	8	30	0	0	2	1	1
59	2	2	2	1	2	2	2	7	6	9	7	29	1	0	1	1	1
60	2	2	2	1	2	1	2	7	6	8	6	27	1	0	1	0	1
61	2	2	2	1	1	2	2	7	6	8	6	27	1	0	1	0	1
62	2	3	2	2	1	1	2	7	6	9	6	28	1	0	1	0	1
63	2	3	2	2	2	2	2	5	6	9	8	28	0	0	1	0	1
64	2	2	2	1	1	1	2	5	6	8	5	24	0	0	1	0	0
65	2	2	2	1	2	1	1	6	6	8	5	25	0	0	1	0	0
66	2	2	2	1	2	1	1	6	6	8	5	25	0	0	1	0	0

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 32 de 32 variables

	age	sex	Seguro	Ocupacion	Lim_fisica	E_cronica	distancia	condiciones_fisico_geografico	transporte	movilizarse	tramites	atencion	espera	tiempo_de_atencion	Trato_personal	Confianza_seguro
66	0	1	0	0	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2
67	0	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2
68	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
69	0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
70	1	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
71	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
72	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
73	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
74	2	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
75	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
76	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
77	2	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
78	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
79	0	1	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 32 de 32 variables

	Confianza_y_seguridad	Credibilidad_d_el_profesional	Atención_en_consulta	gasto	costo_de_consulta	costo_de_tratamiento	dejar_de_trabajar	Dimension_1	Dimension_2	Dimension_3	Dimension_4	Tot_al	D1	D2	D3	D4	DTI
66	2	2	2	1	2	1	1	6	6	8	5	25	0	0	1	0	0
67	2	2	2	1	1	1	1	6	5	8	4	23	0	0	1	0	0
68	2	2	2	1	1	1	1	5	6	8	4	23	0	0	1	0	0
69	2	2	2	1	1	1	1	5	4	8	4	21	0	0	1	0	0
70	2	1	1	1	1	1	1	5	4	5	4	18	0	0	0	0	0
71	1	2	1	1	1	1	1	4	4	5	4	17	0	0	0	0	0
72	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
73	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
74	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
75	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
76	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
77	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
78	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
79	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	16	0	0	0	0	0
80																	
81																	
82																	
83																	
84																	
85																	
86																	
87																	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

# VALIDACIÓN

## BASE DE DATOS DE LA PRUEBA PILOTO

validado.sav [ConjuntoDatos3] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

38 : tempodeatención Visible: 22 de 22 variables

	age	sex	Seguro	Ocupación	Limfísica	E.cronica	distancia	llegar	transporte	movilizarse	tramites	atención	espera	tiempodeatención	amabilidad	tratoetico	cor
1	0	0	0	0	2	1	5	5	5	5	3	5	2	2	4	4	
2	1	1	0	0	1	1	4	4	5	5	3	5	2	1	4	4	
3	0	1	0	1	1	1	4	5	5	4	2	5	2	2	4	4	
4	1	1	0	0	1	1	5	3	2	5	3	5	2	2	3	5	
5	0	1	0	1	0	1	2	3	5	5	3	5	2	2	3	5	
6	2	0	0	1	2	1	4	3	2	4	2	1	1	2	4	1	
7	1	1	0	0	1	1	4	1	2	1	2	2	1	2	4	5	
8	2	1	0	1	2	1	5	2	2	3	1	5	3	2	4	2	
9	0	0	0	1	1	1	4	1	3	2	2	1	2	2	3	2	
10	0	0	0	1	1	1	4	4	2	2	3	4	2	2	4	3	
11	0	1	0	0	1	1	2	1	4	5	1	3	2	2	2	3	
12	0	0	0	1	1	1	3	2	2	4	1	1	2	2	4	2	
13	2	0	0	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	3	1	
14	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	2	4	2	2	3	3	
15	0	1	0	0	0	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	5	
16	0	1	0	0	1	2	2	1	2	3	1	2	2	1	3	3	
17	1	0	0	0	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1	
18	0	1	2	0	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	1	
19	0	1	1	0	0	1	2	3	3	3	1	2	1	1	3	2	
20	2	1	0	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	3	3	
21																	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

validado.sav [ConjuntoDatos3] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

38 : tempodeatención Visible: 22 de 22 variables

	lgar	transporte	movilizarse	tramites	atención	espera	tiempodeatención	amabilidad	tratoetico	confianza	credibilidad	gasto	costodeconsulta	costodetratamiento	dejardetabajar	var	var
1	5	5	5	3	5	2	2	4	4	3	5	4	5	5	1		
2	4	5	5	3	5	2	1	4	4	3	5	4	5	2	2		
3	5	5	4	2	5	2	2	4	4	5	3	4	5	1	1		
4	3	2	5	3	5	2	2	3	5	5	4	4	2	2	2		
5	3	5	5	3	5	2	2	3	5	4	4	4	5	5	1		
6	3	2	4	2	1	1	2	4	1	4	5	4	3	2	1		
7	1	2	1	2	2	1	2	4	5	5	3	5	2	2	2		
8	2	2	3	1	5	3	2	4	2	4	4	5	2	2	1		
9	1	3	2	2	1	2	2	3	2	3	5	4	2	2	1		
10	4	2	2	3	4	2	2	4	3	3	5	4	1	2	1		
11	1	4	5	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	1		
12	2	2	4	1	1	2	2	4	2	4	3	4	5	2	1		
13	2	2	1	2	3	2	2	3	1	5	2	3	2	2	1		
14	1	1	2	2	4	2	2	3	3	3	3	4	1	2	1		
15	1	2	2	2	3	2	1	2	5	3	2	2	2	2	1		
16	1	2	3	1	2	2	1	3	3	3	4	4	1	1	1		
17	1	1	3	3	3	2	2	2	1	2	4	4	1	1	1		
18	2	2	2	1	2	1	2	3	1	4	3	3	2	2	1		
19	3	3	3	1	2	1	1	3	2	3	4	1	3	2	1		
20	1	1	2	1	2	1	1	3	3	3	4	1	2	1	1		
21																	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

## ALFA DE CRONBACH

### ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA

#### Fiabilidad

#### Escala: ALL VARIABLES

##### Resumen de procesamiento de casos

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

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

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,936	16

### DIMENSIÓN FÍSICO GEOGRÁFICA

##### Resumen de procesamiento de casos

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

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

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,808	4

## DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA ORGANIZACIONAL

### Resumen de procesamiento de casos

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

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

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,718	4

## DIMENSIÓN SOCIO CULTURAL

### Resumen de procesamiento de casos

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

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

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,792	4

## DIMENSIÓN ECONÓMICA

### Resumen de procesamiento de casos

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

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

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	4