



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A UN DEFICIENTE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD
EN LOS ADULTOS MAYORES PERUANOS, ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA
ENAHO 2023

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Pérez Mallqui, Brayan Wilmer

Asesor:

Gallardo Vallejo, Duber Odilón

ORCID: 0000-0002-9879-5045

Jurado:

Trujillo Herrera, Teresa Feliciano

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Cruzado Vásquez, Williams

Lima - Perú

2025



FACTORES ASOCIADOS A UN DEFICIENTE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES PERUANOS, ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENAHO 2023. FACULTAD: MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

6%

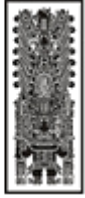
PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
4	Fernandez, Montano Mobalsa Karina. "Factores que Afectan el Acceso a los Servicios de Atención de Salud de los Adultos Mayores: El Caso del Asentamiento Humano José Olaya en el Distrito de Independencia, Lima. Una Mirada a Partir de la Implementación de la Política de Salud Para los Ciudadanos de la Tercera Edad", Pontificia Universidad Católica del Perú - CENTRUM Católica (Peru), 2022 Publicación	1%



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES ASOCIADOS A UN DEFICIENTE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD
EN LOS ADULTOS MAYORES PERUANOS, ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA
ENAHO 2023**

Líneas de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano

Autor

Pérez Mallqui, Brayan Wilmer

Asesor

Gallardo Vallejo, Duber Odilón

ORCID: 0000-0002-9879-5045

Jurado

Trujillo Herrera, Teresa Feliciano

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Cruzado Vásquez, Williams

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

Quisiera dedicar este trabajo a mis padres, que me inculcaron la importancia de trabajar duro y a no rendirse. Luego de varios años de estudio, su amor incondicional ha servido de faro que ha iluminado mi camino. Este logro no habría sido alcanzable sin su aliento y orientación durante el proceso. Les agradezco que siguieran confiando en mí incluso cuando dudaba de mí mismo.

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi profundo agradecimiento a mi asesor por su inquebrantable compromiso y su inquebrantable paciencia. Sin sus perspicaces comentarios y sus precisas modificaciones, no habría logrado alcanzar esta etapa tan admirada. Hay un gran número de instructores que han formado parte de mi viaje por la universidad, y me gustaría expresar mi gratitud a todos y cada uno de ellos por impartirme los conocimientos que me han permitido estar hoy aquí. A mis compañeros de clase, que se han convertido en mis amigos, mis cómplices y mis hermanos: gracias. Muchas gracias por las horas pasadas juntos y las historias contadas.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Descripción y formulación del problema.....	10
1.2. Antecedentes	14
1.3. Objetivos.....	20
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>20</i>
1.4. Justificación.....	21
1.5. Hipótesis	22
II. MARCO TEÓRICO	24
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	24
III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables.....	30
3.4. Población y muestra	37
3.5. Instrumentos	38
3.6. Procedimiento	38
3.7. Análisis de datos	39
3.8. Consideraciones éticas.....	40
IV. RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46

VI. CONCLUSIONES.....	51
VII. RECOMENDACIONES.....	52
VIII. REFERENCIAS.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acceso al sistema de salud.....	41
Tabla 2. Análisis univariado de los factores de riesgo.....	42
Tabla 3. Análisis bivariado de los factores de riesgo.....	43
Tabla 4. Análisis multivariado de los factores de riesgo.	45

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores que se vinculan con el acceso inadecuado al sistema de salud de las personas mayores en el Perú en el año 2023. **Método:** En este estudio se utilizaron métodos de investigación observacionales, retrospectivos, analíticos, cuantitativos y transversales. Se incluyó en la muestra a 154 personas mayores con algún padecimiento que requirió atención médica, cuya información fue ingresada en la ENAHO 2023. Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 29. El análisis incluyó el uso de estadísticos como frecuencias y porcentajes, así como un análisis bivariado y multivariado asociado a un intervalo de confianza de 95%, razón de prevalencia y significancia estadística. **Resultados:** los factores asociados son procedencia rural (RPa:1.519, IC95%:1.156-1.998, p=0.003), distancia al establecimiento de salud mayor a dos horas (RPa:1.485, IC95%:1.141-1.993, p=0.003) y alfabetización (RPa:0.562, IC95%:0.423-0.747, p=0.000), sexo masculino (RPa: 1.022, IC95%:0.986-1.129, p=0.071), lengua materna no castellana (RPa:0.942, IC95%:0.848-1.205, p=0.094), padecimiento de enfermedad crónica (RPa:0.635, IC95%:0.292-1.181, p=0.052). **Conclusiones:** Los factores asociados a un deficiente acceso al sistema sanitario en adultos mayores peruanos son la procedencia rural, distancia al establecimiento de salud mayor a dos horas y la alfabetización.

Palabra clave: sistema de salud, factor asociado, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors that are linked with inadequate access to the health system among older individuals in Peru in the year 2023. **Methods:** Observational, retrospective, analytical, quantitative, and cross-sectional research methods were utilized within this study. One hundred and fifty-four elderly people with any ailment that required medical attention were included in the sample, and their information was entered in the ENAHO 2023. The data were analyzed using the statistical software SPSS version 29. The analysis included the use of statistics such as frequencies and percentages, as well as a bivariate and multivariate analysis associated with a 95% confidence interval, prevalence ratio, and statistical significance. **Results:** The associated factors are rural origin (PRa: 1.519, 95% CI: 1.156-1.998, $p = 0.003$), distance to the health facility greater than two hours (PRa: 1.485, 95% CI: 1.141-1.993, $p = 0.003$) and literacy (PRa: 0.562, 95% CI: 0.423-0.747, $p = 0.000$), male sex (PRa: 1.022, 95% CI: 0.986-1.129, $p = 0.071$), mother tongue not Spanish (PRa: 0.942, 95% CI: 0.848-1.205, $p = 0.094$), suffering from chronic disease (PRa: 0.635, 95% CI: 0.292-1.181, $p = 0.052$). **Conclusions:** Factors associated with poor access to the health system in Peruvian older adults are rural origin, distance to the health facility greater than two hours, and literacy.

Keywords: health system, associated factor, older adult.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global se está vislumbrando un incremento en el tiempo de esperanza de vida. Según el representante de la Organización de Naciones Unidas en Perú, se proyecta que la población de peruanos con edad superior a los 60 años crecerá hasta cerca de los 9 millones de personas para la mitad del siglo. (Fondo de población de las Naciones Unidas - Perú [UNFRA], 2015).

Existe una gran desintegración en el sistema sanitario peruano, a pesar del aseguramiento de la población en general, hay amplias diferencias de cobertura entre quienes sí reciben atención. Además, de un déficit en recursos humanos, equipamiento e infraestructura. La nación está atravesando un cambio demográfico que está provocando ajustes en la tasa de crecimiento y composición de la población. (Alcalde-Rebanal, et al., 2011)

Si bien se están desarrollando y poniendo en marcha múltiples políticas de integración con la intención de mejorar la situación actual y abordar los problemas estructurales del sistema, aún es necesario completar una serie de reformas antes de lograr alcanzar los objetivos que la sociedad necesita. (Cetránlogo, et al., 2013)

A lo largo de los últimos diez años, el Ministerio de Sanidad se ha encargado de regular la asistencia sanitaria integral disponible para las personas mayores. A pesar de ello, el acceso que esta población tiene a los tratamientos médicos sigue siendo extremadamente restringido. En la actualidad, en el país viven más de tres millones de individuos considerados adultos mayores. Esto representa el 10.4% de la población total. Alrededor del 73,2% padece de alguna patología que afecta su calidad de vida y, de ellas, el 52,1% no recibe atención médica por diversos motivos. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018)

El objetivo de esta investigación es identificar y analizar las variables que contribuyen al acceso restringido que tienen las personas mayores a la atención sanitaria. Esta investigación se basa en la información presentada anteriormente. Con el fin de promover la eliminación de los obstáculos que dificultan el acceso de las personas mayores a la atención médica, se analizan los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), como parte del proceso de elaboración de un precedente que apoye la eliminación de estos obstáculos. Además, con el mismo espíritu, se plantean sugerencias que serán útiles para la formación de planes y políticas de salud eficaces durante el proceso de construcción de programas de atención integral.

1.1. Descripción y formulación del problema

Según el INEI (2020), se calcula que la población de mayores de 60 años representará la cuarta parte de toda la población peruana para el año 2050. Este grupo poblacional es vulnerable, pero desempeña un papel social significativo. Se calcula que 8 de cada 10 adultos mayores ocupan cargo de liderazgo en el hogar y están involucrados en la organización de este. Además, el 18% de ellos se dedica al cuidado de la descendencia, lo que les permite contribuir al desarrollo y sustento económico de sus familias, facilitando que los padres puedan trabajar. (Vera y Cárdenas, 2009)

En el ámbito de los servicios sanitarios, el Ministerio de Salud, en su calidad de organismo primario, es responsable de definir las políticas de salud, las directrices y las normas técnicas para el tratamiento integral de los pacientes ancianos. En este contexto, es función de este organismo analizar la ejecución de estas políticas. (Congreso de la República, 2016)

Estas políticas abarcan las intervenciones y actividades que deben realizarse en los centros de salud para fomentar la salud, prevenir enfermedades, y ofrecer recuperación y rehabilitación, de acuerdo con el nivel de complejidad y categoría de cada establecimiento de

salud, los cuales, forman el primer nivel de atención y sirven como la puerta de acceso al sistema sanitario. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2013)

Las personas de edad más avanzada tienen más dificultades para acceder al tratamiento médico que las personas de otros grupos de edad. A continuación, se exponen algunas de las razones por las que estas personas mayores no buscan atención médica para sus problemas de salud: El 59,7% no lo considera necesario y prefiere tratarse con remedios caseros. El 21,7% de las personas aducen la distancia, la falta de confianza o el retraso a la hora de buscar atención médica; el 18,5% de las personas aducen la falta de recursos económicos; y el 25,4% de las personas aducen razones como la falta de seguro, la falta de tiempo o la falta de recursos económicos. (MIMP, 2013)

La mayoría de los estudios que han evaluado el acceso y la equidad en el programa sanitario han centrado su análisis en la afiliación al seguro sanitario. Las investigaciones sobre factores determinantes tienden a enfocarse en variables personales y el contacto inicial con los servicios, dejando de lado aspectos contextuales como las características de la prestación de servicios. Además, son pocos los estudios que abordan el acceso desde la perspectiva de los usuarios o los profesionales. Por otro lado, varios autores sugieren un enfoque metodológico cualitativo en lugar del cuantitativo, con el objetivo de lograr una descripción más precisa. (Retrepo, 2003)

Para cumplir con la Ley N.º 30490 y el Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 del Ministerio de Salud, es crucial determinar los actores que influyen en la facilidad de acceso de los adultos mayores a los servicios sanitarios. En tal sentido, analizamos los datos recolectados por la encuesta nacional del hogar en base a la siguiente consulta

¿Cuáles son los factores asociados a un deficiente acceso al sistema de salud en los adultos mayores peruanos, según el análisis secundario ENAHO 2023?

1.1.1. Problemas específicos

- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre el género y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la edad y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la procedencia y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre el grado de instrucción y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la residencia actual y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre el estado civil y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?

- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la alfabetización y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre ser portador de documento de identidad y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la distancia al puesto de salud y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la lengua materna y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación de movimiento y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación visual y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación en la comunicación y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?

- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación auditiva y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación mental y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?
- Según el estudio secundario realizado por la ENAHO 2023, ¿existe una correlación entre la limitación para relacionarse y el acceso inadecuado al sistema de salud entre los adultos mayores?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

En el año 2023, Rufino realizó un análisis del ENAHO para determinar la influencia que tiene la pobreza en la accesibilidad a los servicios médicos y de salud. De acuerdo con los hallazgos, se descubrió que diversos grupos demográficos tienen grados dramáticamente diversos de acceso a la atención médica. Así lo demostraron los resultados. Varias características, como el sexo, el número de años de escolarización, la situación socioeconómica y el lugar de residencia, influían en el acceso a la atención sanitaria. Las mujeres tenían muchas menos probabilidades de buscar atención médica que los hombres. Además, las personas que vivían en zonas rurales tenían más dificultades para acceder a tratamiento médico que las que vivían en zonas metropolitanas. La disponibilidad de tratamiento médico era más restringida para las personas con niveles educativos más bajos. Era menos probable que los que no tenían seguro médico tuvieran acceso a tratamiento médico. En comparación con el quintil con mayores ingresos, el quintil con menores ingresos tenía más dificultades para acceder a la atención médica. Los cocientes de prevalencia ajustados mostraron que existen vínculos

significativos entre los bajos ingresos y el acceso restringido a la atención médica entre la población con respecto a la población. (Rufino, 2023)

Utilizando una metodología no experimental, transversal y cuantitativa, Yucra (2022) realiza un análisis de los factores que inciden en la accesibilidad a la atención de salud en el departamento de Puno. Este análisis se presenta a través de una investigación exploratoria. Esta investigación se fundamenta en una encuesta que se realizó en el barrio de Juliaca desde el punto de vista del investigador. Al recurrir a alternativas como farmacias, curanderos o automedicación, se descubrió que el 78.2% de las personas que reportaron tener problemas de salud no tenían acceso a ningún tipo de tratamiento médico. Esto se descubrió al explorar las alternativas. Además de estos factores, también son significativas las variables de edad, estado civil y tipo de trabajo. Estas variables son estadísticamente significativas. El acceso a la asistencia sanitaria entre la población puneña viene determinado por una serie de características, como el sexo, la afiliación a un seguro médico, la situación laboral, la renta per cápita, el idioma, el nivel educativo y el nivel de pobreza. Estos factores son los que definen el resultado.

Alzamora y Ponce (2020) emprendieron una misión con el propósito de determinar los factores que se asocian con la accesibilidad a los servicios de salud de los habitantes del barrio San Francisco, ubicado en Ñaña. En este estudio se utilizó una técnica de análisis transversal. Para realizar el análisis multivariado, la muestra estuvo conformada por 302 personas mayores de 18 años, a quienes se les solicitó completar un cuestionario denominado «Cobertura de servicios de salud». El análisis se realizó mediante regresión logística binaria. Se encontró una edad media de 41 años entre la población femenina, que constituía el 53,3% de la población total, según los resultados. Además, antes de emitir juicios sobre su estado de salud, el 42,7% de los habitantes indicaron que les gustaría pedir ayuda a agentes de la comunidad, como chamanes, curanderos o familiares. Cuando se les preguntó por la disponibilidad de servicios

sanitarios, el 71,2% de los encuestados la calificaron de mala, mientras que el 28,8% la valoraron como alta. Por último, se descubrió que las variables número de hijos ($p=0,039$; $OR=1,305$), canasta básica familiar ($p=0,005$; $OR=1,002$), tipo de hogar ($p=0,02$; $OR=0,200$) y a quién contactan sobre su estado de salud ($p=0,0001$; $OR=3,179$) estaban relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud.

Partiendo de una investigación observacional, retrospectiva, analítica y transversal de los datos obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Kobayashi (2020) trabajó con el objetivo de determinar en qué medida las adolescentes embarazadas tenían acceso a los servicios de salud. Una vez concluido el estudio, se comprobó que el 76,3% de las adolescentes embarazadas tenían acceso a servicios sanitarios, mientras que el 23,7% no lo tenían. Teniendo en cuenta los factores socioeconómicos, se descubrió que vivir en zonas urbanas (odds ratio: 1,036; 0,88-1,200), residir en Lima Metropolitana (odds ratio: 0,660; 0,530-0,820), haber completado sólo la educación primaria (odds ratio: 1,390; 1,070-1,820) y estar en los quintiles de pobreza (odds ratio: 1,970; 1,590-2,450) aumentan la probabilidad de acceder a los servicios de salud. El 76,3% de la población de Perú tenía acceso a atención médica. Con respecto al acceso a la atención médica, variables como la región natural, el nivel educativo y los quintiles de pobreza resultaron tener relevancia estadística. Por otro lado, no se encontró que el lugar de residencia tuviera relevancia estadística.

Atauje (2017) realizó un estudio con el propósito de identificar los parámetros que se vinculan con la utilización de los servicios sanitarios en adultos de pueblos ubicados en la región andina del Perú. Para lograr este objetivo se establecieron métodos de investigación cuantitativos, observacionales, analíticos y transversales. Trescientos sesenta adultos mayores de nueve comunidades andinas diferentes conformaron la muestra de este estudio. Se demostró que aquellos individuos que tenían un mayor nivel de educación técnica ($RP = 3,16$), así como los que estaban casados y tenían un estado civil de 1,40, tenían una mayor probabilidad de no

necesitar acudir a urgencias. Se demostró que las personas mayores que tenían una enfermedad (RP = 3,73), así como las que tenían dos o más enfermedades (RP = 5,75), tenían más probabilidades de necesitar una visita a urgencias. En cuanto a los hábitos, la ingesta de cinco o más medicamentos (RP = 1,23), que aumentaba la probabilidad de acudir al servicio de urgencias, resultó ser el más significativo. Por último, en lo que respecta al componente de indicadores de salud, las personas mayores que habían sido hospitalizadas previamente (RP=1,20) tenían una mayor probabilidad de acudir a urgencias durante los 12 meses siguientes.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Gonzales (2022) realizó un estudio con el objetivo de encontrar los factores asociados al acceso a la atención en salud de las personas mayores de sesenta años en la ciudad de Manizales, ubicada en la región geográfica de Colombia. Se aplicó una encuesta a una muestra representativa de 423 personas, y los resultados de la encuesta se analizaron con el software estadístico conocido como SPSS versión 22. Los participantes en el estudio tenían edades comprendidas entre sesenta y noventa y dos años, y la mayoría de ellos pertenecían a estratos socioeconómicos medios. El 74,5% de las personas que respondieron eran residentes en zonas urbanas. En el transcurso de la investigación, el 49% de las personas que participaron en el estudio se dieron cuenta de que necesitaban ayuda para realizar determinadas actividades de la vida diaria. En cuanto a su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 87,7% de la población mayor estaba conectada al sistema. Se descubrió una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,00$) entre los factores sociodemográficos, los impedimentos identificados y los facilitadores durante el estudio. Una abrumadora mayoría de los participantes de edad avanzada, el 85,6%, afirmaron haber experimentado dificultades para obtener el tratamiento médico que necesitaban.

Ruiz (2023) se propuso conocer los factores que se asocian al estado de salud de las personas mayores que viven en la ciudad de Alberdi, situada en la nación de Paraguay. Como parte de este proyecto de estudio se realizó una investigación mixta, no experimental, de corte transversal. La investigación se basó en un análisis de la bibliografía, entrevistas con cinco profesionales de la salud y cuestionarios rellenos por setenta y cinco personas mayores. Se ha demostrado que una multitud de factores, como la situación socioeconómica, la demografía, las elecciones de estilo de vida y el acceso limitado a la atención sanitaria, contribuyen a la mala salud de la población de la tercera edad, tal y como indican los resultados.

Peña-Montoya (2016) participó en una investigación de carácter transversal y retrospectivo. Esta investigación se llevó a cabo con la intención de determinar el tiempo que los pacientes de la provincia colombiana de Antioquia tenían que esperar antes de que se les asignara una cita con un miembro del personal médico. Hubo una serie de factores de riesgo que resultaron ser estadísticamente significativos. Estos factores de riesgo incluyen vivir en una zona rural (intervalo de confianza: 5,934 - 174,499), haber completado la escuela primaria (intervalo de confianza: 1,732 - 10,274), residir en los estratos 0 y 1 (intervalo de confianza: 1,998 - 47,863) y estrato 2 (intervalo de confianza: 3,492 - 16,019), y estar afiliado al régimen subsidiado (intervalo de confianza: 2,449 - 15,875). Una barrera que sigue impidiendo a las personas mayores del departamento de Antioquia acceder a la atención en salud es el tiempo que deben esperar para programar una cita con el médico general. Esta barrera está determinada por varios factores, entre ellos la localidad en la que habitan, la visión que tienen de su situación actual de salud, su nivel educativo y el tipo de afiliación que tienen, la cual varía según el estado en el que se encuentre el departamento.

Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) realizaron un estudio para investigar la percepción y los determinantes relacionados del estado de salud entre individuos de mediana y avanzada edad residentes en Medellín (Colombia). Para ello, realizaron un estudio descriptivo

de fuente primaria mediante la participación de 104 personas en una encuesta telefónica. En promedio, las personas que participaron en la encuesta tenían 68 años. Según los resultados del estudio, tener una opinión negativa de la propia salud estaba relacionado con tener dos o más enfermedades, no obtener tratamiento para esas enfermedades y contactar con un psicólogo cada dos o cuatro meses. Se demostró que una baja autopercepción del estado de salud estaba relacionada con factores como ser mayor, ser mujer, tener comorbilidades, no obtener tratamiento y tener un acceso restringido a otros centros sanitarios. Esto ocurría a pesar de que el 64% creían que su calidad en salud era excelente.

Melguizo-Herrera y Castillo-Ávila (2012) tomaron la decisión de hacer una indagación sobre los factores que se asocian con la utilización de los servicios de atención primaria por parte de las personas que tienen una edad avanzada en la ciudad de Cartagena, Colombia. A una muestra de 656 personas de la tercera edad que participaron en el proyecto de investigación, se les entregó un cuestionario para que lo diligenciaran acerca de su utilización de los servicios de salud. Esta investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque conocido como investigación transversal. La edad media de los participantes era de 67,9 años. Alrededor de cuarenta y siete (62,0%) de estas personas buscaron atención médica para su enfermedad durante el último mes, y trescientas setenta y seis (92,4%) de ellas lo hicieron una o dos veces. Por lo que respecta a las personas mayores, el uso de los servicios de atención primaria está relacionado con una serie de características diferentes. Una de estas características es residir en el estrato socioeconómico 4, 5 ó 6 (χ^2 4,14 $p=0,043$). Otros factores son tener una enfermedad diagnosticada (χ^2 3,82 $p=0,051$), padecer una enfermedad crónica (χ^2 7,0 $p=0,008$) o esperar treinta minutos o menos para ser atendido (χ^2 3,17 $p=0,075$). Es importante señalar que la utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población mayor de Cartagena está influida por una serie de variables diferentes. Vivir en el estrato socioeconómico

medio, tener un problema identificado, tener dolencias crónicas y esperar treinta minutos o menos para una cita son variables que entran en esta categoría.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a un deficiente acceso al sistema de salud en los adultos mayores del Perú, según el análisis secundario ENAHO, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar si la edad, el género o la procedencia del adulto mayor están asociado a un deficiente acceso al sistema de salud según los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2023.
- Determinar si el grado de instrucción, la residencia o la alfabetización del adulto mayor están asociado a un deficiente acceso al sistema de salud según los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2023.
- Determinar si el estado civil, portar documento de identidad o la lengua materna del adulto mayor está asociado a un deficiente acceso al sistema de salud según los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2023.
- Determinar si la distancia al puesto de salud o cursar con enfermedad crónica en el adulto mayor están asociado a un deficiente acceso al sistema de salud según los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2023.

- Determinar si la limitación de movimiento, visual, de comunicación, de audición, en el pensamiento o al relacionarse del adulto mayor está asociado a un deficiente acceso al sistema de salud según los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2023.

1.4. Justificación

Como consecuencia del aumento previsto del número de personas de 65 años o más, se prevé que este grupo demográfico produzca una demanda sustancial de servicios sanitarios. Por lo tanto, existe una importante necesidad de prestar estos servicios para satisfacer una demanda que no deja de crecer. También es necesario poner en marcha una serie de actos esenciales adicionales, como la formación de recursos humanos, la mejora de los servicios sanitarios y la aplicación de otras muchas medidas esenciales. Para hacer todo esto, es necesario desarrollar políticas y programas que involucren a varios sectores con el fin de proporcionar una atención completa a las personas mayores. El seguimiento y la evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos también deben incluirse en estas políticas y planes. Además, debe incluirse la definición de procesos y estrategias para la prestación de servicios de salud en los centros asistenciales.

Descubrimos que el 82,6% de las mujeres mayores padecen algún tipo de problema de salud crónico, como artritis, hipertensión, asma, reumatismo o diabetes. Este es el caso cuando nos centramos en la calidad de vida de los mayores. Cuando se trata de chicos de edad más avanzada, este porcentaje alcanza el 69,9%. En similar sentido, las mujeres adultas mayores que residen en zonas urbanas constituyen la mayoría de la población más susceptible a estos problemas de salud (INEI, 2018).

El objetivo de la Ley N° 29344, base del aseguramiento universal en salud, es garantizar a toda persona el derecho a la seguridad social en salud en su totalidad y de manera progresiva. Por otro lado, según el INEI, el 39,9% de la población adulta mayor solo está dentro de la esfera del Sistema de Seguridad Social (SIS), mientras que el 35,7% solo está cubierta por EsSalud. Asimismo, el 81,2% de este grupo cuenta con algún tipo de seguro en salud. Las disparidades en los números dan cuenta de las dificultades que enfrenta el Estado peruano en materia de registro de datos y estandarización de estos. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MINJUSDH], 2018).

El porcentaje de hogares en el Perú que son liderados por un adulto mayor es de 25,1%, siendo más probable que las mujeres sean jefas de hogar que los varones. En las áreas metropolitanas hay 30,9% de hogares con jefatura femenina que son liderados por personas mayores, mientras que hay 21,4% de familias con jefatura masculina que son lideradas por personas mayores. En las regiones rurales hay un 46,9% de familias encabezadas por mujeres que están encabezadas por personas mayores, mientras que hay un 24,1% de hogares encabezados por varones que tienen a adultos mayores como jefes de hogar. (INEI, 2018).

Para posibilitar la implementación de medidas sociales beneficiosas para mejorar el estilo de vida de este grupo etario, cada vez más presente e importante en la sociedad peruana, sería útil determinar los factores de riesgo que se relacionan con la inadecuada accesibilidad al sistema de salud en la población investigada. Los hallazgos de este estudio alentarán a los investigadores en el futuro a identificar poblaciones vulnerables y tomar medidas para ayudarlas.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis alterna

Existen factores asociados a un deficiente acceso al sistema de salud en los adultos mayores peruanos según los datos obtenidos en la ENAHO 2023.

1.5.2. Hipótesis nula

No existen factores asociados a un deficiente acceso al sistema de salud en los adultos mayores peruanos según los datos obtenidos en la ENAHO 2023.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Adulto mayor*

En primer lugar, es esencial tener una comprensión fundamental de temas como la vejez y el envejecimiento para comprender las características de las personas mayores y las dificultades a las que se enfrentan. Según el Ministerio de la Mujer y de las Poblaciones Vulnerables, existe un consenso generalizado en que el inicio de la vejez es el momento en que una persona deja de ser reconocida como parte de la población en edad de trabajar. Por otra parte, el momento en que una persona experimenta una pérdida importante de sus capacidades físicas y mentales, además de un empeoramiento de su salud, varía de una persona a otra. (MIMP, 2013).

Teniendo en cuenta los retos a los que se ha enfrentado el trato con los mayores, estas nuevas teorías sociales y debates sobre el envejecimiento son un reflejo de dichos retos. Las teorías sociales que se desarrollaron después de 1940 no tenían en cuenta a los ancianos como un grupo con características intrínsecas. Así ha sido a lo largo de la historia. Desde estas ideas no se tenían en cuenta las cualidades sociales, culturales y personales de las personas mayores. Por lo tanto, la idea de la vejez se reducía a una cuestión de si uno era capaz o no de ajustarse a las normas y estándares que imponía la estructura social imperante en la época. Según Ramos Bonilla, no fue hasta la década de 1970 cuando se empezaron a cuestionar estas perspectivas, y no fue hasta entonces cuando se empezó a reconocer la variación presente en el proceso de envejecimiento. (Ramos, 2013).

2.2.2. Acceso al sistema de salud en los adultos mayores

En el campo de la medicina, el 81,3% de los mayores de sexo femenino y el 70,1% de los mayores de sexo masculino se enfrentan actualmente a algún tipo de problema de salud persistente. Existe una disparidad significativa en la prevalencia de patologías crónicas de salud entre las mujeres de las regiones urbanas (83,4%) y las de Lima Metropolitana (80,6%) y las zonas rurales (78,3%). Esta disparidad es particularmente notoria en las zonas urbanas. El 50,1% de la población anciana en Estados Unidos experimentó algún tipo de síntoma o dolor durante los tres primeros meses del año 2015, mientras que el 37,3% de ellos se vio afectado por algún tipo de enfermedad o lesión. (INEI, 2015)

En cuanto al lugar al que se desplaza la sección etaria de estudio cuando se enfrenta a un problema de salud, es fundamental tomar en cuenta que 71% de ellos no acudió a un establecimiento de salud. La razón de ello es que no lo consideraron indispensable; en cambio, les pareció más conveniente emplear curas caseras o automedicarse. Alrededor del 22,8% de este grupo señaló que las razones para no acudir se debían a la distancia geográfica, la falta de fe en el servicio o el retraso en recibir atención. Además, el 9,3% de los encuestados declaró que no acudía a una institución sanitaria porque no disponía de medios económicos suficientes. Por otro lado, el 19,8% de las personas mayores indicaron otros motivos, como no tener seguro médico, no disponer de tiempo suficiente o haber sido maltratadas por algunos miembros del personal médico. (González, 2016).

2.2.3. Factores sociodemográficos

2.2.3.1. Género en la accesibilidad al sistema de salud del adulto mayor. Se observan desigualdades relacionadas tanto con la edad como con el género. Estas diferencias deben tratarse desde una perspectiva de bioética, enfocada en la equidad y la justicia. Sin

embargo, estos problemas suelen abordarse de manera aislada, lo que complica la identificación, el tratamiento y la solución de sus consecuencias. (Bronfman, 2015).

Hay al menos cuatro factores clave que deben tenerse en cuenta a la hora de pensar en la equidad sanitaria desde el punto de vista del género. Los factores relacionados con las características socioeconómicas, las cualidades relativas al acceso y la calidad de la asistencia sanitaria y la participación en la interacción social se incluyen en esta categoría. Para prestar asistencia sanitaria, es esencial disponer de recursos suficientes, teniendo en cuenta las distintas necesidades específicas de hombres y mujeres. Además, el acceso al tratamiento médico debe adaptarse a las necesidades específicas de cada sexo, teniendo en cuenta la etapa de la vida en la que se encuentra el individuo, así como las circunstancias socioeconómicas y culturales presentes en su entorno inmediato. (Vílchez-Barboza y Mendoza-Parra, 2012).

2.2.3.2. Procedencia del adulto mayor en el ingreso al sistema sanitario. El uso de servicios sanitarios se modifica según los grupos socioeconómicos. Para el año 2012, las IPRESS no hospitalarias se usaban principalmente por la población más pobre, lo cual se debe, en parte, a que alrededor del 75% de estas están situadas en zonas rurales. Esta situación contrasta con la saturación que enfrentan los hospitales, mayormente ubicados en áreas urbanas. Aunque las IPRESS no hospitalarias benefician en mayor medida a los grupos más desfavorecidos, persisten desafíos relacionados con la calidad de la atención, especialmente en aquellos casos donde no hay la competencia necesaria o no están integradas en redes de referencia efectivas. (Seinfeld y Besish, 2014).

A pesar de que en 2013 se puso en marcha una política salarial con incentivos por desempeño con la intención de retener al personal de salud y promover una distribución más equitativa en el territorio, más del ochenta y cuatro por ciento de los trabajadores del Minsa y

los gobiernos regionales (150,925 trabajadores) seguían concentrados en las zonas urbanas (126,782). De ellos, el 42%, es decir, más de 50000 personas, se encontraban en el área de Lima Metropolitana. En las regiones urbanas se encontraban más del 80% de los médicos generales, el 99,2% de los especialistas, el 79,3% de las enfermeras, el 70,2% de los obstetras, el 68,9% de los odontólogos, el 76,3% de los técnicos en enfermería y el 78,3% de otros técnicos en salud. En conjunto, las zonas urbanas concentraban el 78,3% de los técnicos sanitarios. (Ministerio de Salud [MINSA], 2014)

2.2.3.3. Nivel académico en el acceso al sistema de salud. Una importante contribución al bienestar general y una mejora de la calidad de vida son dos de las muchas ventajas que puede reportar la continuación de la educación en años posteriores. A pesar de que nuestro país ha alcanzado un gran éxito en naciones situadas en Europa, América del Norte y América Latina, existen muchos retos y dificultades que deben superarse en nuestro país. Uno de los elementos que contribuye a estas cuestiones es la presencia de un desconocimiento de su importancia, lo que tiene un impacto directo en la formación de políticas públicas, así como en la disponibilidad de programas que fomenten el aprendizaje continuado a lo largo de la vida y el acceso a dichos programas. (Observatorio del envejecimiento, 2022).

La concepción tradicional de la educación queda obsoleta con la gerontología educativa, que incrementa el efecto de las medidas educativas más allá del ámbito de la formación formal o profesional. La considera un proceso continuo de obtención de información y competencias a lo largo de la vida, necesario para afrontar los retos y obstáculos que surgen como consecuencia del paso del tiempo. (Rojas, 2017)

Los resultados de un estudio realizado por expertos de una universidad londinense, en colaboración con instituciones de once países europeos, en los ámbitos de la epidemiología y

la salud pública (CIBERESP) y la salud mental (CIBERSAM), han demostrado que las personas mayores que tienen un mayor nivel educativo y unos ingresos más elevados tienden a experimentar un proceso de envejecimiento más saludable y favorable. (Europress, 2020)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2023 con el fin de recabar datos esenciales para el estudio, de carácter observacional, analítico, retrospectivo, cuantitativo y transversal.

Se utilizó el método de estudio conocido como investigación observacional para garantizar que los datos no habían sido alterados en modo alguno. El objetivo principal del estudio era investigar la relación existente entre las variables dependientes y las independientes. Para analizar los elementos que se tomaron en consideración, la investigación se llevó a cabo durante un periodo de tiempo específico utilizando una metodología conocida como investigación transversal. Para guardar los datos obtenidos, se utilizó Excel Windows 365 y el software estadístico SPSS versión 29 para realizar el análisis de los datos.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Se incluyó en la muestra seleccionada a todas y cada una de las personas mayores que residían en una vivienda en Perú en el año 2023. Se usaron censos de vivienda y población para recopilar datos estadísticos y cartográficos actualizados, que luego se emplearon en el análisis de datos.

3.3. Variables

	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORÍA	ESTADÍGRAFO O ESTADÍSTICO
Variable dependiente	Acceso al sistema de salud	Acción por la cual el adulto mayor busca y obtiene con facilidad atención sanitaria a través de entidades públicas o privadas.	Nominal	Si (instituciones de salud públicas y/o privadas) No (farmacias, domicilio, no buscó atención, etc.)	Frecuencias y porcentajes estadísticos
Variables independientes	Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de realizado el cuestionario.	Nominal	60 – 69 años Mayor de 70 años	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Género	Descripción de las ideas sociales de responsabilidades, acciones, actividades y propiedades.	Nominal	Masculino Femenino	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Procedencia	Ubicación donde la persona ha residido durante los últimos cinco años.	Nominal	Urbano: Vivir en áreas urbanas donde hay al menos	Frecuencias y porcentajes estadísticos

				<p>2000 personas. Todas las capitales regionales.</p> <p>Rural: vivir en áreas urbanas con menos de 2000 personas.</p>	
	Grado de instrucción	Nivel académico máximo logrado	Nominal	<p>El nivel educativo básico puede ser inicial, primaria, secundaria completa o incompleta.</p> <p>El nivel de educación superior puede ser técnico superior, universitario completo o incompleto.</p>	Frecuencias y porcentajes estadísticos

	Residencia actual < 5 años	Distrito, provincia o departamento donde reside el paciente desde hace aproximadamente 5 años	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Estado civil	Aspecto legal que tiene un individuo respecto al matrimonio o su situación familiar. Este puede ser soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a o en unión libre, entre otras	Nominal	-Con pareja: conviviente, casado -Sin pareja: soltero, divorciado, viudo	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Alfabetización	Paciente que sabe leer o escribir con evaluación de cartilla de lectura	Nominal	Si No	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Portador de DNI	Si el paciente posee un documento expedido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil,	Nominal	Si No	Frecuencias y porcentajes estadísticos

		entonces el paciente es aceptable para el tratamiento.			
	Distancia al puesto de salud	Distancia entre la vivienda del adulto mayor y el puesto de salud más cercano o accesible	Nominal	< 2 horas >= 2 horas	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Lengua materna	Primer idioma que se aprende en la infancia, a través de interacción con la comunidad y su entorno	Nominal	-No castellana: quechua, aimara, ashaninka, awajún/awaruna, shipibo-konibo, shawi, matsigenka, achuar, portugués, otros. -Castellana	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Padecimiento de enfermedad crónica	Si el paciente cuenta con una enfermedad o malestar crónico como hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus,	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos

		tuberculosis, VIH/SIDA, colesterol, artritis, etc.			
	Limitación de movimiento	Paciente que presenta una limitación o dificultad permanente para moverse o caminar, o para utilizar brazos o piernas, que le inhibe o impide realizar sus actividades cotidianas de forma habitual.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Limitación visual	Se considera que el paciente tiene una limitación o problema persistente para ver, incluso utilizando gafas, que le impide o dificulta realizar sus tareas cotidianas de forma habitual.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos

	Limitación en la comunicación	Paciente que muestra una restricción o dificultad persistente para hablar o comunicarse, incluso cuando utiliza el lenguaje de signos y otros métodos, que le inhibe o impide desenvolverse con normalidad en sus actividades cotidianas.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Limitación auditiva	Se considera que el paciente tiene una deficiencia o un problema auditivo persistente, incluso cuando utiliza audífonos, que le impide o dificulta realizar sus actividades cotidianas de forma habitual.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos

	Limitación mental	El paciente se caracteriza por una limitación o dificultad persistente para comprender o aprender (concentrarse o recordar), que le limita o impide desenvolverse adecuadamente en sus actividades cotidianas.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos
	Limitación para relacionarse	paciente que muestra una restricción o dificultad persistente para conectar con otras personas como consecuencia de ideas, sentimientos, emociones o comportamientos que le prohíben o inhiben desenvolverse adecuadamente en sus actividades cotidianas.	Nominal	-Si -No	Frecuencias y porcentajes estadísticos

3.4. Población y muestra

Durante los años 2022 y 2023, el principal propósito de la investigación consistió en profundizar en el análisis de las condiciones de vida de las personas de la tercera edad que residían de manera permanente en sus propios hogares a lo largo y ancho de todo el extenso territorio de la nación peruana. La información detallada que se utilizó para el análisis se obtuvo minuciosamente de los mapas geoespaciales y las estadísticas precisas que arrojaron las exhaustivas encuestas de población y vivienda, además de las pertinentes actualizaciones realizadas de manera rigurosa en cada una de estas encuestas.

En un principio, se tenía la intención de que la muestra estuviera compuesta por un total de 19,782 personas de edad avanzada; no obstante, tras llevar a cabo el proceso de selección, se llegó a la conclusión de que el número definitivo de participantes sería de 18,429. En el transcurso del año 2022, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) llevó a cabo la importante labor de recopilar la información necesaria para su análisis y estudio. Además, se procedió a calcular el coeficiente de variación con el objetivo de determinar de manera precisa si el tamaño de la muestra seleccionada era lo bastante adecuado para llevar a cabo el estudio de manera rigurosa y confiable. La ENAHOG, Encuesta Nacional de Hogares, emplea un sofisticado método de muestreo bietápico, que se caracteriza por ser probabilístico, estratificado y autónomo en su ejecución. Este enfoque garantiza la representatividad de la muestra recopilada, lo que a su vez permite obtener datos fiables y precisos para el análisis estadístico. Este método se emplea tanto a nivel departamental como entre diferentes regiones urbanas y rurales, con el objetivo de mejorar la comunicación y la coordinación entre los distintos actores involucrados en el proceso.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de Perú que han participado en el programa ENAHO 2023.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Personas mayores que no tienen en cuenta todos los factores relevantes en su evaluación.
- Personas mayores que no disponen de datos suficientes para el estudio.
- Personas mayores que residen en hogares colectivos.

3.5. Instrumentos

Aplicándose un sistema de recolección de datos en línea puesto a disposición por el INEI. Para la recolección de datos del 2023 (ENAHO), que corresponde a los módulos 2, 3, 4 y 5, se está creando una nueva base de datos.

3.6. Procedimiento

El método usado para adquirir todos los datos se describe en esta sección. La ENAHO fue la fuente de conocimiento que correspondió a nuestras variables ya que fue recolectada. Para ello, se obtuvieron los microdatos de la fuente de valores estadísticos del INEI y luego se importaron al programa SPSS versión 29. Aquí se realizaría la depuración de las variables que fueron utilizadas.

3.7. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables a partir de los resultados. El método consistió en una serie de pasos, incluida la construcción de tablas de frecuencias absolutas y relativas para cada variable, así como se hizo el cálculo de estadísticos, incluida la media, la desviación estándar, la mediana, los rangos intercuartílicos y las medidas de simetría, entre otros. Para identificar la significación estadística entre las variables, el análisis bivariado utilizó tablas de frecuencias absolutas y relativas, además de la prueba de Chi-cuadrado, con un umbral de $p < 0,05$. Esto se hizo con el fin de encontrar las variables más significativas. Esto se hizo con el fin de encontrar la significación estadística entre las variables.

Este método permitió utilizar la estadística diferencial, se realizaban análisis brutos y ajustados para pruebas complicadas. Antes se utilizaban estadísticas diferenciales. Esto facilitó el cálculo de la frecuencia de las variables investigadas. Los resultados obtenidos se proporcionaron con un rango de confianza del 95%, y la significación estadística se verificará una vez más utilizando un valor de $p < 0,05$.

3.8. Consideraciones éticas

La base del estudio para la tesis fue la utilización de los datos recibidos de la ENAHO 2023 la cual se puede corroborar en la página web del INEI. Los encuestadores brindaron a los participantes amplia información sobre el encuestado y solicitaron su consentimiento informado para permitir tanto su participación como la recolección de datos.

Dado que no se incluirá ninguna información personal identificable, se mantendrá la confidencialidad de los participantes. Dado que esta base de datos está abierta al público en general, no será necesario solicitar permisos adicionales. El autor ha declarado que no tiene intereses contrapuestos.

IV. RESULTADOS

El estudio realizado presentó el análisis de 10054 casos de adultos mayores que tuvieron algún padecimiento de síntomas, malestar, enfermedad, recaída o accidente durante las cuatro semanas previas a ser encuestados por la ENAHO 2023. De estos casos 3086 (30.7%) adultos mayores acudieron a algún tipo de establecimiento de salud, mientras que 6968 adultos mayores (69.3%) no lo hicieron, optando por otro tipo de atención como una farmacia o botica (21.9%), se quedó en casa (0.5%) o no buscó atención (46.7%). (Tabla 1).

Tabla 1

Acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos. ENAHO, 2023.

Indicador	n (%)
Variable dependiente	
Acceso al sistema de salud	
No	6968 (69.3)
Si	3086 (30.7)
¿A dónde acudió para consultar?	
Puesto de salud MINSAs	1022 (10.2)
Centro de salud MINSAs	528 (5.3)
Centro o puesto de salud CLAS	62 (0.6)
Posta, policlínico, EsSalud	292 (2.9)
Hospital MINSAs	9(2.4)
Hospital del seguro EsSalud	431 (4.3)
Hospital de las FF. AA y/o Policía Nacional	20 (0.2)
Consultorio médico particular	364 (3.6)
Clínica particular	287 (2.9)
Farmacia o botica	2202 (21.9)
En su domicilio	48 (0.5)
No buscó atención	4697 (46.7)

El examen de las frecuencias y porcentajes de las variables de la investigación nos proporciona información muy valiosa, como el descubrimiento de que 4964 (49,4%) de las personas mayores, lo que supone aproximadamente la mitad del total, tienen entre 60 y 69 años. Existe bastante similitud entre los sexos de los individuos que fueron parte de la investigación, ya que 4933 (49,1%) pertenecen al sexo masculino. (Tabla 2)

Tabla 2

Análisis univariado de los factores de riesgo asociados a dificultad en el acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos. ENAHO, 2023.

Variables	Frecuencias	Porcentajes (%)
Edad	60 – 69 años	4964 49.4
	>69 años	5090 50.6
Sexo	Hombre	4933 49.1
	Mujer	5121 50.9
Procedencia	Rural	1633 38.5
	Urbana	2604 61.5
Grado de instrucción	Nulo hasta secundaria completa	7767 77.7
	Superior técnico/universitario	2225 22.3
Estado civil	Soltero/divorciado/viudo	5833 58.0
	Casado/conviviente	4221 42.0
Residencia actual < 5 años	Si	993 9.9
	No	9061 90.1
Alfabetización	Si	2032 60.1
	No	1350 39.9
Portador de DNI	Si	9994 99.4
	No	60 0.6

Lengua materna	No castellana	2318	23.1
	Castellana	7736	76.9
Distancia al EESS más cercano >2h	Si	267	3.6
	No	7052	96.4
Padecimiento de enfermedad crónica	Si	5153	51.3
	No	4901	48.7
Limitación de movimiento	Si	418	4.2
	No	9636	95.8
Limitación visual	Si	188	1.9
	No	9866	98.1
Limitación en la comunicación	Si	104	1.0
	No	9950	99.0
Limitación auditiva	Si	209	2.1
	No	9845	97.9
Limitación mental	Si	214	2.1
	No	9840	97.9
Limitación para relacionarse	Si	108	1.1
	No	9946	98.9

Se aplicó un análisis estadístico de asociación de variables en busca de aquellos factores que cuentan con mayor relación con la variable de estudio a través de la medición del rango de prevalencia, seguido del estudio del intervalo de confianza y la prueba Chi-cuadrado de Pearson que nos brinda la significancia estadística de asociación.

Tabla 3

Análisis bivariado de los factores de riesgo asociados a dificultad en el acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos. ENAHO, 2023.

Variable	Acceso al sistema de salud		Razón de prevalencia	Intervalo de confianza	Chi-cuadrado de Pearson
	No n(%)	Si n(%)			

Edad	3565(51.2%)	1525(49.4)	1.050	0.990 - 1.113	0.106
Sexo	3501(50.2%)	1432(46.4)	1.166	1.071 – 1.270	0.000
Procedencia	1268(41.3)	365(31.3)	1.543	1.338 – 1.781	0.000
Grado de instrucción	5424(78.2)	2343(76.6)	1.101	0.995 – 1.218	0.063
Estado civil	4017(57.6)	1816(58.8)	0.952	0.874 – 1.037	0.262
Residencia actual < 5 años	707(10.1)	286(9.3)	1.106	0.957 – 1.277	0.173
Alfabetización	1219(56.3)	814(66.9)	0.635	0.548 – 0.735	0.000
Portador de DNI	6921(99.3)	3073(99.6)	0.623	0.337 – 1.153	0.128
Lengua materna	1645(23.6)	673(21.8)	1.108	1.001 – 1.227	0.048
Distancia al EESS más cercano > 2 horas	205(4.2)	62(2.5)	1.734	1.300 – 2.313	0.000
Padecimiento de enfermedad crónica	3383(48.6)	1770(57.4)	0.702	0.644 – 0.764	0.000
Limitación funcional	279(4.0)	139(4.5)	0.884	0.718 – 1.089	0.247
Limitación visual	123(1.8)	65(2.1)	0.835	0.616 – 1.131	0.244
Limitación en la comunicación	80(1.1)	24(0.8)	1.482	0.937 – 2.343	0.090
Limitación auditiva	146(2.1)	63(2.0)	1.027	0.762 – 1.384	0.862
Limitación mental	143(2.1)	71(2.3)	0.890	0.667 – 1.186	0.426

Limitación para relacionarse	74(1.1)	34(1.1)	0.964	0.641 – 1.449	0.858
-------------------------------------	---------	---------	-------	---------------	-------

Con el objetivo de excluir factores confusores se realizó un análisis multivariado obteniendo una razón de prevalencia ajustada con nuevos intervalos de confianza y significancia estadística de asociación a un deficiente acceso al sistema de salud.

Tabla 4

Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a dificultad en el acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos. ENAHO, 2023.

Variable	RP	RPa	Intervalo de confianza		Sig.
			Inferior	Superior	
Sexo	1.166	1.022	0.986	1.129	0.071
Procedencia	1.543	1.519	1.156	1.998	0.003
Alfabetización	0.635	0.562	0.423	0.747	0.000
Lengua materna	1.108	0.942	0.848	1.205	0.094
Distancia al EESS más cercano >2h	1.734	1.485	1.141	1.993	0.003
Padecimiento de enfermedad crónica	0.702	0.635	0.292	1.181	0.052

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El acceso a un tratamiento médico adecuado y de calidad es muy necesario para el funcionamiento de los sistemas sanitarios nacionales. Este hecho ha sido un componente primordial de la política que rige la sanidad pública. Levesque (2013) menciona que el acceso al sistema sanitario puede considerarse como el nexo entre los pacientes potenciales y los recursos de que dispone el sector sanitario. Esta interfaz está relacionada con las cualidades de las personas que ofrecen dichos servicios, así como con las de quienes los utilizan.

Un estudio realizado por el INEI en el 2018 reveló que la proporción de individuos de la tercera edad en la población peruana pasó de 5,7% en 1950 a 13,6% en el 2023. Las estimaciones estadísticas indican que 18,429 de los encuestados en la investigación que se realizó son individuos de la tercera edad, lo que representa el 16,1% del total. Un problema de salud, que puede ser un síntoma, una dolencia, una enfermedad, una recaída o una lesión, fue experimentado por 1.054 de estos individuos, lo que supone el 37,8% del total.

Se encontró que 3086 (30,7) de las personas mayores encuestadas tomaron la decisión de buscar una institución de salud pública o privada, mientras que 6968 (69,3) acudieron a farmacias, droguerías o no buscaron asistencia. En una encuesta realizada por Alzamora y Ponce (2020), se descubrió que el 71,2% de la población declaró tener dificultades para acceder a la atención sanitaria. Este hallazgo es comparable al ya mencionado. Según Corscadden (2018) más del veintiún por ciento de las personas mayores, según las conclusiones de otro estudio realizado en once países diferentes, se enfrentan a obstáculos que les dificultan alcanzar un lugar en la atención sanitaria de calidad.

La edad elevada puede afectar el desempeño de una persona en múltiples aspectos, dificultando su acceso a diversos servicios. Castaño-Vergara (2015), en su estudio realizado en

Colombia, encuentra que los mayores de 68 años cursan con problemas para acceder a la atención médica ($p = 0.03$), mientras que en estudios locales como el realizado por Yucra (2022) en Puno encontró una asociación poco significativa ($p = 0.11$). Se halló una relación poco significativa entre los mayores de 69 años y dificultad en el ingreso al sistema sanitario (RP: 1.050, IC95%:0.990-1.113, $p=0.106$).

Los estudios que analizan el sexo femenino como variable asociada a un pobre acceso a atención en salud encuentran una asociación significativa, así como lo determina Castaño-Vergara (2015) en Colombia (RP: 1.86, $p=0.48$) y Yucra (2022) en Puno ($p < 0.001$), por otro lado, Alzamora y Ponce (2020), en Ñaña encuentra una asociación poco significativa (RP: 1.064, $p=0.865$). Se encontró que el género masculino interviene como factor de riesgo con baja significancia en el análisis multivariado (RPa: 1.022, IC95%:0.986-1.129, $p=0.071$).

Se descubrió que las personas mayores que residen en localidades rurales tienen una mayor dificultad para lograr una atención en salud de calidad (razón de probabilidad: 1,519; intervalo de confianza del 95%: 1,156-1,998, $p=0,003$) que las que viven en zonas urbanas. Peña-Motona (2016) en Colombia y Rufino (2023) en su estudio basado en la ENAHO llegaron a conclusiones comparables. Ambos estudios se realizaron en Colombia. Desde el lado opuesto de la moneda, Kobayashi (2020), en su investigación basada en la ENDES, descubre una conexión con los adultos mayores que viven en municipios (OR: 1.036).

El nivel educativo que no sea de grado superior técnico o superior universitario de los adultos mayores se descubre como factor de riesgo poco significativo (RP: 1.101, IC95%:0.995-1.218, $p=0.063$), resultado que es consistente con los obtenidos por Rufino (2023), cuyo estudio determina que el grado superior se establece como factor de protección (RP:0.93, $p<0.001$). Por otro lado, tenemos a Kobayashi (2020), quien descubre que los adultos

mayores con grado educativo superior a primaria tienen mayor riesgo de no acceder al sistema de salud (OR = 1.390).

Cabe mencionar que los adultos mayores con conocimiento en lectura y escritura obtuvieron mayor facilidad en el acceso a atención sanitaria, respecto a los que no, con una asociación significativa (RPa: 0.562, IC95%:0.423-0.747, $p=0.000$). Juvinyá-Canal (2018) refiere que la alfabetización se considera como una medida clave en la salud pública, para ello se necesita la intervención de toda la sociedad, teniendo en cuenta su complejidad. Aquellos adultos mayores que cuentan con documento de identidad tenían mayor facilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad con una asociación poco significativa (RP:0.623, IC95%:0.337-1.153, $p=0.128$)

Según Rodríguez (2017), el aislamiento, la soledad y la depresión son factores que intervienen en la afectación negativa de la salud de los individuos, sobre todo en adultos que requiere de soporte emocional y funcional. El presente estudio analizó la variable estado civil, obteniendo como resultado que los adultos mayores sin pareja no actúan como barrera en el acceso al sistema de salud. Sin embargo, estudios como el realizado por Gonzales (2022), en Colombia, encontró una asociación significativa (OR: 7.245, $p=0.02$), así como Alzamora y Ponce (2020), quien no obtuvo una asociación significativa (RP: 1.408, $p=0.338$).

Las personas que migran a lugares nuevos tienen ciertas dificultades para acceder a todo tipo de servicios, según el estudio de García-Valdez (2019), que afecta sobre todo a los adultos mayores, quienes suele necesitar de un periodo de adaptación más prolongado. El presente estudio encontró que aquellos adultos mayores que han migrado a otro distrito en un periodo menor a 5 años cuentan con mayor dificultad para acceso al sistema sanitario (RP:1.106, IC95%:0.957-1.277, $p=0.173$).

El idioma suele ser una barrera que dificulta la comunicación, sobre todo si se trata de la atención en salud. Aquellos adultos mayores cuya lengua materna no sea el castellano, tiene mayor riesgo de no acceder al sistema de salud con asociación poco significativa en el análisis multivariado (RP:1.108, RPa:0.942, IC95%:0.848-1.205, p=0.094).

En la situación de los adultos mayores que tengan alguna limitación funcional del habla, se ha encontrado una asociación de riesgo poco significativa (RP: 1.482, IC95%:0.937-2.343, p=0.090). Según OPS (2011), los profesionales en salud tienen el deber buscar un medio de comunicación adecuado con pacientes que tengan otro idioma nativo o discapacidad del habla, para mantener una conversación con el paciente sobre las enfermedades que se le han diagnosticado, el motivo por el que toma el medicamento, la duración del tratamiento, la pauta de administración y los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico.

Los adultos mayores cursan con un grado mayor de dificultad en su desplazamiento que en individuos de menor edad, diferencia que se incrementa que adultos mayores que cursan con alguna enfermedad o discapacidad. Si el establecimiento de salud se ubica a una distancia de recorrido mayor a dos horas del hogar del adulto mayor, se establece un riesgo de que este no logre acceso a una atención de calidad (RPa:1.485, IC95%:1.141-1.993, p=0.003). Un resultado semejante ha obtenido Alzamora y Ponce (2020), en su estudio realizado en Ñaña (RP: 1.009, p=0.322).

Aquellos adultos mayores que padecen alguna enfermedad crónica suelen recibir tratamiento y controles en establecimientos de salud, por ende, tienen conocimiento de aquellos que se encuentran más cerca o rutas de cómo llegar. El presente estudio reveló que las personas mayores a las que se había diagnosticado una enfermedad crónica tenían un acceso más sencillo al sistema sanitario. Esta relación no fue estadísticamente significativa (probabilidad relativa de 0,635; intervalo de confianza del 95%: 0,292-1,181; p=0,052). Durán (2010), menciona que

esta población tiene una mayor necesidad del sistema sanitario, lo que se ha expresado como un incremento de la búsqueda de atención primaria, consultas con expertos y visitas a domicilio.

En muchos casos, las personas con discapacidad permanente tienen dificultades para acceder a cualquier tipo de servicio. En el presente estudio encontramos que los adultos mayores con limitación permanente para desplazarse, usar sus extremidades no tienen mayor riesgo de acceder al sistema de salud (PR:0.884, 95%CI: 0.718-1.089, $p=0.247$), al igual que los adultos mayores con limitación permanente para ver, aunque usen gafas (PR:0,835, IC95%:0,616-1,131, $p=0,244$) y aquellos con limitación permanente para entender o aprender, concentrarse o recordar (PR:0,890, IC95%:0,667-1,186, $p=0,426$).

Sin embargo, los adultos mayores con restricción permanente para expresarse mediante el habla, aun usando lenguaje de señas u otro, tuvieron mayor riesgo de acceso a una atención en salud (RP:1.482, IC95%:0.937-2.343, $p=0.090$), así como quienes presentaron limitación para oír, aun usando audífonos (RP:1.027, IC95%:0.762-1.384, $p=0.862$) con asociación estadística poco significativa en ambos casos.

VI. CONCLUSIONES

- Se concluyó que existen factores asociados a un deficiente acceso al sistema sanitario en los adultos mayores peruanos; los que cuentan con significancia estadística son: procedencia rural (RPa:1.519, IC95%:1.156-1.998, p=0.003), distancia al establecimiento de salud mayor a dos horas (RPa:1.485, IC95%:1.141-1.993, p=0.003) y alfabetización (RPa:0.562, IC95%:0.423-0.747, p=0.000), actuando este último como factor protector.
- Los factores asociados a un deficiente acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos con baja significancia estadística son; género masculino (RPa: 1.022, IC95%:0.986-1.129, p=0.071), lengua materna no castellana (RPa:0.942, IC95%:0.848-1.205, p=0.094), padecimiento de enfermedad crónica (RPa:0.635, IC95%:0.292-1.181, p=0.052).
- Los factores que no tuvieron significancia estadística de asociación a un deficiente acceso al sistema de salud en adultos mayores son: edad superior a 69 años (RP:1.050, IC95%:0.990-1.113, p=0.106), grado de instrucción no superior (RP:1.101, IC95%:0.995-1.218, p=0.063), estado civil soltero, divorciado o viudo (RP:0.952, IC95%:0.874-1.037, p=0.262), residencia actual menor a 5 años (RP:1.106, IC95%:0.957-1.277, p=0.173), portador de DNI (RP:0.623, IC95%:0.337-1.153, p=0.128).
- Los factores de limitación permanente tuvieron una asociación poco significativa a un deficiente acceso al sistema de salud en adultos mayores peruanos.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda elaborar programas de seguimiento de adultos mayores con factores de barrera para acceder al sistema sanitario que favorezcan atención en salud de calidad.
- Se recomienda brindar charlas educativas dirigidas a adultos mayores sobre como ubicar los establecimientos de salud más cercanos y fortalecer la confianza en el profesional sanitario.
- Es imperante enfocar la acción de los profesionales sanitarios en las visitas domiciliarias a adultos mayores facilitando el acceso de estos a una atención de calidad, medicamentos y los procedimientos que requieran.
- Se aconseja llevar a cabo investigaciones adicionales estratificadas y sectorizadas, con especial enfoque en las sociedades vulnerables y de bajos ingresos. Esto se debe a que las personas mayores sufren mayores dificultades para acceder al sistema sanitario en estas poblaciones.

VIII. REFERENCIAS

- Alcalde-Rabanal, J; Lazo-González, O y Nigenda, G. (2011), “Sistema de salud de Perú”, en *Salud Pública de México, Vol. N° 53, Suplemento 2*, pp. 243-254.
https://www.researchgate.net/publication/262502048_Sistema_de_salud_de_Peru
- Alzamora, S. A. S. y Ponce, M. D. L. (2020). *Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del asentamiento humano San Francisco de Ñaña, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional UPEU. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3021>
- Atauje, Y. C. A. (2017). *Factores asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores de comunidades en los andes peruanos*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3006>
- Bronfman, E. (2005) Envejecimiento y género: algunas reflexiones. *Revista Mujer Salud RSMAC*; 2(3): 66-70.
https://www.researchgate.net/publication/242469780_GENERO_VEJEZ_Y_SALUD
- Castaño-Vergara, D. M. y Cardona-Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. salud pública. 17 (2)*: 171-183.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642015000200002&script=sci_abstract&tlng=es
- Cetránlogo, O; Bertranou, F; Casanova, L; Casalí, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos.

https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay/alma994816073402676/41ILO_INST:41ILO_V1

Ley N° 30490. Ley de la persona adulta mayor. (2016). Congreso de la República del Perú.

www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd6976768c

Corscadden, L; Levesque, J. F; Lewis, V; Strumpf, E; Breton, M y Russell, G. (2018) Factors associated with multiple barriers to acces to primary care: An international análisis. *Int J Equity* 17(18). <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0740-1>

Durán, A. Valderrama, L. Uribe, A. F. Gonzáles, A y Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universidad Médica*, vol. 51, núm. 1, pp. 16-28. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/15965>

Fondo de población de las Naciones Unidas – Perú. (2015). Adultos mayores en el Perú. Lima. <https://peru.unfpa.org/es/publicaciones/adultos-mayores-en-el-per%C3%BA>

García-Valdez, M. T; Sánchez-Gonzales, D y Román-Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos y Urbanos* vol. 34, núm. 1 (100), pp. 101-128. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102019000100101

González, H, C. (2016). Los servicios de salud dirigidos a atender a los adultos mayores del Perú. *Revista Derecho & Sociedad*, N° 46 / pp. 427-433.

<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/18864>

González, V. L. Y. (2022). *Factores asociados con el acceso a la atención en salud de personas mayores de 60 años. Manizales 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad de Caldas].

Repositorio Institucional universidad de Caldas.

<https://repositorio.ucaldas.edu.co/entities/publication/5493c329-bf02-417a-8e8a-3b192382c16b>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Situación de la población del adulto mayor: enero-febrero-marzo 2018. Lima, Perú.

www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Situación del adulto mayor. Lima.

www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Situación de la población adulto mayor:

enero-febrero-marzo 2015. Lima, Perú.

www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2015.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Situación de la población adulta mayor:

enero-febrero-marzo 2018. Lima.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

Juvinyà-Canal, D; Bertran-Noguer, C y Suñer-Soler, R. (2018). Health literacy, more than information. *Gac Sanit* 32(1): 8-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967453/>

Kobayashi, G. E. L. (2020). *Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes: análisis socioeconómicos utilizando la encuesta ENDES – INEI, Perú 2014 – 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/1737bafc-d945-4f31-838e-41aaa4aba9f7>

Levesque, J. F; Harris, M. F y Russell, G. (2013). Patient-centred Access to health care: Conceptualising acces at the interface of health systems ans populations. *Int J Equity Health* 12(18). pp 4-7. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

Melguizo-Herrera, E. y Castillo-Ávila, I. Y. (2012). Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública (Cartagena)*. Volumen 14 (5). pp 5-8. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a04.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2018). Plan nacional de derechos humanos 2018-2021. Lima, Perú. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1539318/PLAN-NACIONAL-2018-2021.pdf.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf

Ministerio de Salud. (2014) Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Lima: MINSA.
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5883.pdf>

Montano, F, K, M. (2021). *Factores que afectan el acceso a los servicios de atención de salud de los adultos mayores: El caso del asentamiento humano José Olaya en el distrito de Independencia, Lima. Una mirada a partir de la implementación de la política de salud para los ciudadanos de la tercera edad.* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/items/31afd692-ae70-4333-a707-2686151b528a>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). La salud de los adultos mayores: una visión compartida. ISBN 978-92-75-33250-4. <https://iestppacaran.edu.pe/books/la-salud-de-los-adultos-mayores/>

Peña-Montoya, M. E; Garzon-Duque, M; Cardona-Arango, D; Seguro-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud los adultos mayores. Antioquia-Colombia. *Universidad y salud*, 18(2). pp 4-9.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200004

Ramos, B, G. (2013). Antropología de la vejez en el Perú: un vacío etnográfico”. *Anthropía*. Lima, número 11, pp. 104-112.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropia/article/view/11274>

Rodríguez, G., Burga, D., Cipriano, G., Ortiz, P., Tello, T., Casas, P. (2017). Factores asociados a velocidad de marcha lenta en adultos mayores de un distrito en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*;34(4): 619-626.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400006.

Rufino, R. E. D. (2023). *Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en época de pandemia: Un análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) en Perú*. [Tesis de pregrado Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/132109>

Ruiz, D. C. F. J. (2024). Factores asociados a la condición de salud de los adultos mayores de la ciudad de Alberdi, año 2023. *Ciencia latina revista científica multidisciplinar*, 8(2),pp 14-18. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11729/17089>

Seinfeld, J. y Besich, N. (2014) Universal Health Coverage Assessment: Peru, Global Network for Health Equity. https://www.academia.edu/33390829/Universal_Health_Coverage_Assessment_Peru

Vera-Tudela, D y Cárdenas, M. (2009). El adulto mayor y su contribución a la economía familiar: una aproximación empírica para el Perú y un estudio de caso en San Juan de Miraflores. Lima. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/AE49F3671B7110580525795600735F18/\\$FILE/mimdes_personas_adultas_mayores.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/AE49F3671B7110580525795600735F18/$FILE/mimdes_personas_adultas_mayores.pdf)

Vílchez-Barboza, V y Mendoza-Parra, S. (2012). Equidad del género en el acceso al sistema de salud: implicaciones para enfermería. *Rev Costarr Salud Pública*; 21: pp 105-110. www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v21n2/art11v21n2.

Yucra, M. M. C. (2022). *Factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud Puno, 2020*. [Tesis de pregrado Universidad Privada San Carlos]. Repositorio

Institucional

UPSC.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSC_c2bbd0a5eb56122aa821a1b3c55

[b158c/Details](#)