

DIFICULTADES EN LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS PARA ADULTOS MAYORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DIFFICULTIES IN SCHEDULING MEDICAL APPOINTMENTS FOR OLDER ADULTS AT THE PRIMARY CARE LEVEL

ALEJANDRA ÁVILA ARROYO¹, JOSÉ EDUARDO HERNÁNDEZ ALVARADO².

¹Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Coatepec, Veracruz, México; ²Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Veracruz, México.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional en México ha incrementado la demanda de atención médica en adultos mayores, quienes enfrentan barreras en la programación de citas en el primer nivel de atención. El objetivo del estudio fue identificar las principales dificultades en la programación de consultas médicas para personas mayores, analizando factores administrativos, tecnológicos y organizativos que limitan el acceso oportuno a la atención. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en 2024 con una muestra final de 232 adultos mayores (≥ 60 años) derechohabientes del ISSSTE. Se aplicaron encuestas estructuradas y entrevistas semiestructuradas al personal administrativo. Se analizaron variables sociodemográficas, uso de tecnología, tiempo de espera, satisfacción y barreras en la programación. Se empleó estadística descriptiva e inferencial (pruebas χ^2 y regresión logística) con SPSS v.28. **Resultados:** El 58.2% fueron mujeres, con edad promedio de 71.6 años; 43.1% presentaron dos o más enfermedades crónicas. Las principales barreras fueron Accesibilidad

(43.1%), Administrativas (14.7%) y Tecnológicas (13.4%). El 53% esperó más de 21 días para una cita; 46.1% mostraron satisfacción neutral y 27.2% insatisfacción. El 92.2% requirió ayuda familiar para agendar sus citas. La edad se asoció significativamente con la insatisfacción ($p < 0.001$).

Conclusiones: Las barreras tecnológicas y administrativas, junto con la saturación del sistema, limitan la atención oportuna a los adultos mayores. La brecha digital y la dependencia familiar evidencian la necesidad de estrategias inclusivas, capacitación al personal y plataformas accesibles que faciliten la programación de consultas.

Palabras clave: Adultos mayores; Primer nivel de atención; Acceso a los servicios de salud; Brecha digital.

SUMMARY

Introduction: The aging population in Mexico has increased the demand for medical care in older adults, who face barriers in scheduling appointments at the first level of care. The objective of the study was to identify the main difficulties in scheduling medical consultations for the elderly, analyzing administrative, technological, and organizational factors that limit timely access to care. **Materials and methods:** Descriptive, observational and cross-sectional study carried out in 2024 with a final sample of 232 older adults (≥ 60 years old) entitled to the ISSSTE. Structured surveys and semi-structured interviews were applied to administrative staff. Sociodemographic variables, technology use, waiting

Correspondencia: Alejandra Ávila Arroyo. Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Coatepec, Veracruz, México.
E-mail: aleaavila8887@gmail.com

Recibido: 25 de Noviembre de 2024.

Aceptado: 15 de Octubre de 2025.

time, satisfaction and barriers in programming were analyzed. Descriptive and inferential statistics (χ^2 tests and logistic regression) were used with SPSS v.28. **Results:** 58.2% were women, with a mean age of 71.6 years; 43.1% had two or more chronic diseases. The main barriers were accessibility (43.1%), administrative (14.7%) and technological (13.4%). 53% waited more than 21 days for an appointment; 46.1% showed neutral satisfaction and 27.2% dissatisfaction. 92.2% required family help to schedule their appointments. Age was significantly associated with dissatisfaction ($p < 0.001$). **Conclusions:** Technological and administrative barriers, together with the saturation of the system, limit timely care for the elderly. The digital divide and family dependency show the need for inclusive strategies, staff training and accessible platforms that facilitate the scheduling of consultations. **Keywords:** Older adults; First level of care; Access to health services; Digital divide.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional representa un fenómeno demográfico y sanitario de gran relevancia en México y el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050, lo que exige una reorganización de los sistemas de salud y de sus procesos de atención, especialmente en el primer nivel, donde se concentra la mayor demanda de servicios preventivos y de seguimiento médico (1). En México, los adultos mayores constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad debido a la presencia de enfermedades crónicas, la disminución funcional y la dependencia para el acceso a los servicios de salud (2).

La accesibilidad a la atención médica se define como la capacidad de los individuos para obtener los servicios de salud cuando los necesitan, sin barreras físicas, económicas o administrativas (3). En este contexto, la programación de citas médicas constituye un proceso esencial que articula la demanda del paciente con la oferta institucional. Diversos estudios han señalado que los adultos mayores enfrentan obstáculos en este proceso debido a factores tecnológicos, organizacionales y humanos (4,5). El uso de sistemas digitales de citas, aunque eficiente para la población general, puede representar una limitante para los adultos mayores que presentan baja alfabetización digital o discapacidad visual y motora (6).

La brecha digital es un determinante emergente en salud que genera inequidades en el acceso a los servicios sanitarios (7). Friemel (2016) sostiene que el uso de tecnologías de la información disminuye significativamente con la edad, lo que se traduce en una exclusión digital para las personas mayores (8). En el ámbito del ISSSTE y otras instituciones públicas, esta brecha se acentúa cuando las plataformas de citas en línea o telefónicas sustituyen la atención presencial, sin ofrecer alternativas accesibles o asistencia personalizada (9).

Por otro lado, la gestión administrativa y la disponibilidad de recursos humanos influyen en la oportunidad de las consultas. La saturación de las Unidades de Medicina Familiar y la falta de personal capacitado en atención geriátrica generan retrasos en la programación, duplicidad de citas y fallas en la comunicación institucional (10). Según Rodríguez y colaboradores (11), la sobrecarga de trabajo y la ausencia de protocolos estandarizados son factores recurrentes que afectan la eficiencia del sistema.

Desde la perspectiva de la calidad de la atención, Donabedian A. (1988) plantea que la accesibilidad constituye un componente estructural fundamental que determina la satisfacción del paciente y los resultados de salud (12). En los adultos mayores, la insatisfacción con el proceso de programación puede derivar en abandono de tratamiento o incremento en consultas de urgencia, afectando la continuidad de la atención (13).

En consecuencia, abordar las dificultades en la programación de citas médicas implica reconocer la interacción entre factores individuales (edad, capacidad funcional, alfabetización digital), institucionales (infraestructura, gestión administrativa) y tecnológicos (diseño de plataformas, asistencia telefónica). La integración de estrategias inclusivas, capacitación del personal y sistemas híbridos de programación podría reducir la brecha de acceso, mejorar la satisfacción de los usuarios y optimizar el uso de los recursos en el primer nivel de atención (14,15). Este estudio tuvo como objetivo describir las dificultades en la programación de consultas médicas para adultos mayores, identificando factores que limitan la accesibilidad y satisfacción en el primer nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, diseñado con el propósito de identificar las principales dificultades que enfrentan las personas adultas mayores en la programación de consultas médicas dentro del primer nivel de atención. La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ubicada en Coatepec, Veracruz, México, durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2024. La población objetivo estuvo constituida por adultos mayores derechohabientes del ISSSTE con edad igual o superior a 60 años, adscritos a la unidad mencionada. A partir del universo estimado de usuarios mayores de 60 años, se calculó un tamaño muestral inicial de 288 sujetos; sin embargo, la muestra final quedó conformada por 232 participantes que cumplieron los criterios de selección y aceptaron participar de manera voluntaria.

Se incluyeron en el estudio adultos mayores de ambos sexos, con capacidad cognitiva preservada, que hubieran intentado o realizado la programación de una cita médica en los últimos seis meses previos a la aplicación del instrumento

y que otorgaron su consentimiento informado por escrito. Se excluyeron aquellos pacientes con trastornos neurológicos o cognitivos severos que impidieran contestar el cuestionario de forma autónoma, así como quienes no se encontraran clínicamente estables o que rechazaran participar. Se eliminaron del análisis los cuestionarios incompletos o con inconsistencias detectadas durante la revisión y depuración de los datos. La muestra fue no Probabilística de tipo Incidental o por casos Consecutivos, conformada por los pacientes que acudieron a la unidad durante el periodo de recolección de datos y que cumplieron los criterios mencionados, lo que permitió obtener información representativa de la población atendida en condiciones reales de consulta.

Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario estructurado diseñado específicamente para esta investigación, basado en la revisión bibliográfica y en instrumentos empleados en estudios previos sobre accesibilidad y satisfacción en servicios de salud. El cuestionario integró variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de enfermedades crónicas), así como aspectos relacionados con el uso de tecnología para la gestión de citas, tiempo de espera entre la solicitud y la atención médica, satisfacción con el proceso (valorada mediante una escala de Likert de cinco puntos) y tipo de barreras percibidas (administrativas, tecnológicas o de accesibilidad). El instrumento fue revisado por tres especialistas en investigación en salud para asegurar la validez de contenido y fue sometido a una prueba piloto con 30 adultos mayores para evaluar la claridad y consistencia interna, alcanzando un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78, considerado aceptable.

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas directas estructuradas aplicadas por personal capacitado en espacios designados dentro de la unidad, garantizando privacidad y confidencialidad. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 15 minutos. De manera complementaria, se efectuaron entrevistas semiestructuradas al personal administrativo y de salud con el fin de explorar las percepciones institucionales sobre el proceso de programación de citas y las dificultades operativas asociadas. Los formularios fueron revisados diariamente para identificar omisiones y asegurar la calidad de la base de datos antes de su captura electrónica.

Los datos fueron procesados inicialmente en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2021 y posteriormente analizados con el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 28.0. Se empleó estadística descriptiva para resumir las características de la población, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Para determinar asociaciones entre variables categóricas, se aplicó la prueba de ji cuadrada (χ^2), y para comparar medias entre grupos se utilizaron pruebas t de Student y análisis de varianza

de un factor (ANOVA), según la naturaleza de los datos.

Además, se elaboró un modelo de regresión logística binaria para identificar los principales predictores de insatisfacción en la programación de citas, considerando como variables independientes la edad, el nivel educativo, la presencia de barreras tecnológicas y la necesidad de apoyo familiar para acceder al sistema. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa y se clasificó como de riesgo mínimo de acuerdo con lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Todos los procedimientos se realizaron en conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones, asegurando la confidencialidad, el anonimato de la información y la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento sin repercusiones en la atención médica. Los participantes firmaron un consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos, y los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines científicos.

RESULTADOS

De los 232 adultos mayores participantes en el estudio, el 58.2% correspondió al sexo femenino y el 41.8% al masculino, con una edad promedio de 71.6 ± 6.4 años. La mayoría se encontraba en el grupo etario de 66 a 75 años (47.0%), mientras que el 26.7% tenía más de 76 años. En cuanto al nivel educativo, predominó la educación primaria con 26.3%, seguida de la secundaria (25.0%) y la ausencia de instrucción formal en 14.2% de los casos. Respecto a las comorbilidades, el 43.1% presentó dos o más enfermedades crónicas, principalmente hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia (Tabla 1).

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	135	58.2
	Masculino	97	41.8
Grupo de edad	60–65 años	61	26.3
	66–75 años	109	47.0
	>75 años	62	26.7
Nivel educativo	Sin escolaridad	33	14.2
	Primaria	61	26.3
	Secundaria	58	25.0
	Bachillerato o superior	80	34.5
Enfermedades crónicas ≥ 2	Sí	100	43.1

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n=232).

En relación con el uso de tecnología, se encontró que el 47.0% de los adultos mayores manifestó utilizar algún dispositivo electrónico (celular o computadora) para acceder al sistema de citas, mientras que el 53.0% dependía totalmente

del apoyo familiar o de terceros para realizar la programación. Entre quienes utilizaron medios digitales, el 21.6% empleó la plataforma en línea del ISSSTE, el 18.4% lo hizo vía telefónica y un 7% alternó ambos mecanismos.

El tiempo promedio de espera para obtener una cita médica fue de 24.3 ± 9.1 días, con predominio de demoras superiores a 21 días en más de la mitad de la muestra (Gráfico 1). Este hallazgo se asoció significativamente con la edad y el nivel educativo ($p < 0.001$).

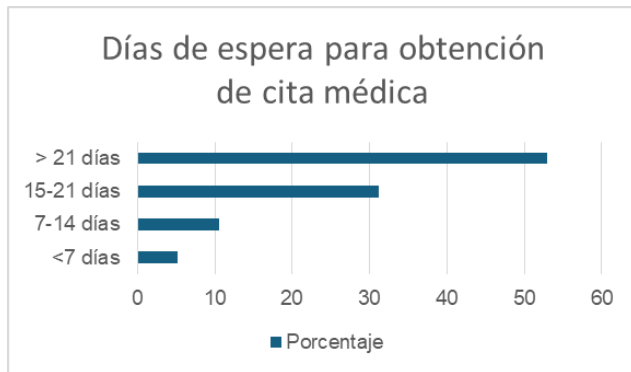


Gráfico 1. Distribución del tiempo de espera para la obtención de cita médica

En cuanto a la satisfacción general con el proceso de programación de consultas, el 25.4% se declaró satisfecho

o muy satisfecho, el 46.1% reportó satisfacción neutral y el 27.2% manifestó algún grado de insatisfacción (Tabla 2). Los principales factores asociados a la insatisfacción fueron la edad avanzada (≥ 75 años), las dificultades tecnológicas y los retrasos en la asignación de citas. La prueba de ji cuadrada mostró una asociación significativa entre la edad y la insatisfacción ($p < 0.001$), sin diferencias relevantes por sexo ($p = 0.21$).

Nivel de satisfacción	n	%
Muy satisfecho	16	6.9
Satisfecho	43	18.5
Neutral	107	46.1
Insatisfecho	45	19.4
Muy insatisfecho	21	7.8

Tabla 2. Nivel de satisfacción con el proceso de programación de citas.

Respecto a las barreras percibidas, se identificó que las de tipo accesibilidad física o cognitiva fueron las más frecuentes (43.1%), seguidas por las administrativas (14.7%), las tecnológicas (13.4%) y la falta de disponibilidad de citas (28.8%) (Tabla 3). Cabe destacar que el 92.2% de los participantes refirió requerir ayuda de un familiar, principalmente hijos o nietos, para completar el proceso de solicitud de consulta.

Tipo de barrera	n	%
Accesibilidad (física, cognitiva o de comprensión)	100	43.1
Administrativa (falta de información, errores o trámites)	34	14.7
Tecnológica (dificultad de uso de sistemas digitales)	31	13.4
Falta de disponibilidad de citas	67	28.8

Tabla 3. Principales barreras reportadas por los adultos mayores

Al analizar los factores asociados a la insatisfacción mediante un modelo de regresión logística binaria, se identificó que la edad ≥ 75 años (OR = 2.46; IC95%: 1.38–4.39; $p = 0.002$) y la presencia de barreras tecnológicas (OR = 1.87; IC95%: 1.04–3.35; $p = 0.037$) fueron los principales predictores de percepción negativa. El nivel educativo alto y la asistencia familiar mostraron efecto protector ($p < 0.05$).

En conjunto, los resultados evidencian que los adultos mayores presentan una dependencia significativa hacia su entorno familiar para acceder a las citas médicas, además de enfrentarse a limitaciones operativas del sistema institucional y a una brecha tecnológica que condiciona la accesibilidad y la satisfacción con el servicio. Estos hallazgos destacan la necesidad de rediseñar los mecanismos de programación de consultas bajo un enfoque inclusivo y gerontológico que

garantice la equidad en el acceso a la atención médica del primer nivel.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman que los adultos mayores enfrentan múltiples barreras para acceder a la programación de consultas médicas en el primer nivel de atención, especialmente aquellas relacionadas con la accesibilidad, la gestión administrativa y las limitaciones tecnológicas. Más de la mitad de los participantes experimentaron demoras superiores a tres semanas para obtener una cita médica, un hallazgo que coincide con estudios realizados en otras instituciones públicas del país, donde se ha documentado que los tiempos de espera prolongados son

una causa frecuente de desatención o abandono de tratamiento en personas mayores (14,10).

El predominio de mujeres en la muestra (58.2%) refleja la estructura demográfica observada en los servicios de salud, donde las mujeres mayores acuden con mayor frecuencia a consultas preventivas y de control de enfermedades crónicas (2). Este patrón ha sido explicado por la mayor expectativa de vida femenina y por un comportamiento de búsqueda de atención más constante, aunque no necesariamente asociado a una mejor experiencia de acceso (6).

El hallazgo de que más del 90% de los adultos mayores requiere apoyo familiar para agendar sus citas coincide con lo reportado por Gómez-Olvera et al. (9), quienes identificaron que la dependencia tecnológica y las limitaciones cognitivas constituyen los principales factores que dificultan la interacción de los mayores con sistemas digitales de salud. Esta dependencia se asocia estrechamente con la brecha digital generacional, un fenómeno descrito como la desigualdad en el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información según la edad, el nivel educativo y la alfabetización digital (7). Friemel (8) señala que el envejecimiento reduce significativamente la frecuencia de uso de dispositivos electrónicos y la capacidad de interacción con plataformas en línea, lo que en el ámbito sanitario se traduce en exclusión tecnológica y menor acceso a servicios de salud digitales.

Asimismo, las barreras administrativas, como la falta de citas disponibles o los errores en los registros, fueron reportadas por el 14.7% de los encuestados. Estos obstáculos, de carácter organizativo, guardan relación con la sobrecarga laboral del personal y la ausencia de protocolos estandarizados para la programación de consultas, situación previamente descrita por Rodríguez y García-Hernández (11) en unidades del ISSSTE, donde los retrasos administrativos afectan tanto la satisfacción del usuario como la eficiencia del servicio. La combinación de deficiencias tecnológicas y administrativas, junto con la saturación del sistema, configura un escenario estructural que compromete la oportunidad y calidad de la atención médica en la población geriátrica (4,10).

El tiempo promedio de espera encontrado (24.3 días) es superior al reportado en otros contextos latinoamericanos, donde estudios en atención primaria muestran intervalos de entre 10 y 18 días (15,16). Estas diferencias podrían atribuirse a la falta de personal médico, a la centralización del sistema de citas y a la demanda creciente de los servicios del ISSSTE sin un incremento proporcional en recursos humanos o tecnológicos. Tales condiciones repercuten negativamente en la percepción de calidad del servicio, como lo evidencia el 27.2% de insatisfacción observada en el presente estudio.

El análisis inferencial reveló una asociación significativa entre la edad avanzada (≥ 75 años) y la insatisfacción con el proceso de citas, un hallazgo coherente con la literatura

internacional. Vázquez-Navarrete y colaboradores (13) demostraron que la edad avanzada y la baja escolaridad se correlacionan con mayores dificultades para acceder a servicios públicos de salud, principalmente por falta de orientación y accesibilidad física o comunicacional. Por su parte, Donabedian (12) subraya que la accesibilidad es un componente estructural esencial en la evaluación de la calidad asistencial, y que su deficiencia impacta directamente en los resultados en salud y en la satisfacción del usuario.

Desde un enfoque de Salud Pública, las dificultades observadas reflejan un problema sistémico más que individual. La alfabetización digital limitada, la falta de acompañamiento institucional y la escasa adecuación de las plataformas de citas a las necesidades de los mayores son elementos que contribuyen a la inequidad sanitaria. En concordancia con la Organización Mundial de la Salud, la inclusión digital de los adultos mayores constituye un requisito fundamental para la equidad en salud y para garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios (1,18). Implementar estrategias de atención centrada en el adulto mayor, simplificar los procesos administrativos y fortalecer las competencias digitales del personal de salud son acciones prioritarias para optimizar la atención médica en este grupo etario (18,19).

Finalmente, los resultados de este estudio enfatizan la necesidad de adoptar un enfoque integral de accesibilidad que considere la dimensión tecnológica, organizativa y humana del proceso de atención. Promover la capacitación del personal administrativo, disponer de sistemas híbridos de programación (presencial, telefónica y digital) y establecer protocolos gerontológicos de atención podría reducir significativamente los tiempos de espera, mejorar la satisfacción de los usuarios y fortalecer la continuidad del cuidado en el primer nivel de atención. Estos hallazgos aportan evidencia útil para la planificación de políticas públicas orientadas a la atención digna y accesible de las personas mayores, coherentes con el modelo de envejecimiento saludable promovido por la OMS (19).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. Gutiérrez-Robledo LM, García-Peña C. Envejecimiento y calidad de vida en México. *Salud Pública Mex.* 2019;61(1):68–74.
3. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
4. Álvarez-Tostado P, Martínez-Hernández R. Barreras en la programación de consultas para la tercera edad. *Aten Primaria.* 2020;52(3):195–200.
5. Gómez-González AM, Pérez-Mora F, Ramírez-Arias J, et

- al. Desafíos de la atención médica a adultos mayores en México. *Salud Pública Mex.* 2017;59(1):28–35.
6. Valenzuela V, Barriga V, Gómez A. Evaluación de la carga de trabajo en las Unidades de Medicina Familiar del ISSSTE. *Rev Mex Med Fam.* 2019;10(4):176–182.
7. Selwyn N. The digital divide in educational technology. *Curriculum J.* 2004;15(2):87–91.
8. Friemel TN. The digital divide has grown old: Determinants among seniors. *New Media Soc.* 2016;18(2):313–31.
9. Gómez-Olvera M, García-Rivera B, Rodríguez-Vega GM. Barreras tecnológicas en el acceso a servicios de salud para personas mayores. *Rev Mex Geriatr Gerontol.* 2020;36(3):210–9.
10. López-Soto J, Rodríguez MA, García-Hernández A. Carga laboral y desempeño del personal administrativo en unidades de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018;56(4):297–304.
11. Rodríguez MA, García-Hernández A, López-Soto J. Multimorbilidad y su impacto en la programación de consultas médicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(2):163–9.
12. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743–8.
13. Vázquez-Navarrete ML, García-Subirats I, Clavería A. Evaluación de la accesibilidad y satisfacción de usuarios mayores en servicios públicos de salud. *Gac Sanit.* 2014;28(2):144–50.
14. Hernández-Vázquez M, Ortiz-León M, Rangel-Pérez C. Factores asociados al acceso oportuno a la consulta médica en adultos mayores. *Rev Mex Salud Pública.* 2018;60(3):279–87.
15. Barragán-Guzmán L, Mejía-Castro A, Ramírez-Gómez R. Inclusión digital y atención sanitaria en personas mayores. *Rev Panam Salud Pública.* 2021;45:e52.
16. Pérez-García L, Montoya-Sandoval J, Rivas-Peralta M. Determinantes del acceso a la atención médica en adultos mayores en América Latina. *Rev Panam Salud Pública.* 2022;46:e23.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Proyecciones de la población de México 2010–2050.* México: INEGI; 2018.
18. Organización Mundial de la Salud. *Estrategias para mejorar la atención médica oportuna en adultos mayores.* Ginebra: OMS; 2019.
19. Organización Mundial de la Salud. *Década del Envejecimiento Saludable 2020–2030.* Ginebra: OMS; 2020.