

Percepción de la calidad asistencial y barreras de uso en la Atención Primaria para personas mayores

Gisela Paula González^(*)

José María Elena Izquierdo^(**)

Resumen: Este trabajo analiza el acceso de las personas mayores a la Atención Primaria en España durante 2024 utilizando datos del Barómetro Sanitario. Evalúa cinco dimensiones del acceso (aceptabilidad, alcance, accesibilidad, adaptación y adecuación) y encuentra en general altos niveles de satisfacción, confianza y calidad percibida. Sin embargo, identifica barreras vinculadas a la brecha digital, los tiempos de espera y las desigualdades territoriales, especialmente entre zonas rurales y urbanas. Se requieren políticas específicas para mejorar la equidad, sostenibilidad y adaptación a las necesidades del envejecimiento poblacional.

Palabras clave: personas mayores-accesibilidad-adaptación-desigualdades-brecha digital.

[Resúmenes en inglés y portugués en la página 84]

^(*) Gisela Paula González es Doctora en Economía, becaria posdoctoral de CONICET y Profesora Adjunta en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Centro (Tandil, Buenos Aires, Argentina). Cuenta con numerosas publicaciones en revistas indexadas y ha realizado trabajos de transferencia y extensión siempre en temáticas relacionadas con la Economía de la Salud y la Seguridad Social. Contacto: gisela.gonzalez@econ.unicen.edu.ar

^(**) Jose María Elena Izquierdo es profesor en el Departamento de Economía Aplicada en la Universidad de Salamanca y Master in Arts por la University of Pennsylvania. Su trayectoria integra la docencia especializada y la investigación en economía pública y economía de la regulación. Centra su actividad en el análisis económico del sector salud a través de proyectos de investigación y publicaciones en foros especializados. Contacto: jomarel@usal.es

Introducción

Durante las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha avanzado a un ritmo acelerado en Europa, transformando profundamente la estructura demográfica y social de las sociedades contemporáneas. Este proceso se caracteriza por un aumento sostenido en la proporción de personas mayores de 65 años y una disminución de la población infantil y

juvenil. En España, más del 20% de la población pertenece al grupo de mayores, y las proyecciones demográficas anticipan que esta cifra seguirá creciendo en las próximas décadas (Eurostat, 2024).

El envejecimiento impacta de manera transversal en los principales sistemas interrelacionados que conforman el Estado de Bienestar, como el sistema de pensiones, protección social, vivienda y salud (Morel, Palier y Palme, 2012; Barr, 2020; Eurostat, 2023). En el Sistema Previsional, el incremento relativo de jubilados frente a la población activa plantea desafíos importantes para la sostenibilidad financiera del sistema. En materia de protección social, surge la necesidad urgente de garantizar condiciones de vida dignas y de reducir los índices de pobreza en la vejez. En cuanto a la vivienda, es imprescindible adaptar los entornos residenciales a las necesidades de las personas mayores, promoviendo su autonomía mediante soluciones habitacionales accesibles y modelos de soporte comunitario. Por último, pero no menos importante, con relación a las necesidades de asistencia sanitaria, tanto los cuidados de larga duración como la atención médica enfrentan una creciente demanda, asociada al aumento de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia.

Diversas estrategias se han implementado para afrontar estos retos. En el terreno de las pensiones, la Ley 27/2011 con su correspondiente reforma en el Real Decreto-Ley 2/2023 persigue la viabilidad del sistema mediante el retraso de la edad de jubilación y el fortalecimiento de las pensiones mínimas (España, Ministerio de la Presidencia, 2011; 2023). En cuanto a la protección social, la introducción en 2020 del Ingreso Mínimo Vital busca mitigar la pobreza en la vejez y brindar apoyo a los hogares más vulnerables. En materia habitacional, el Plan Estatal de Vivienda 2021-2025 fomenta la rehabilitación de viviendas para personas mayores, mientras que el modelo de co-housing promueve soluciones residenciales inclusivas de carácter comunitario.

Sin embargo, en materia de salud y cuidados de larga duración, las políticas continúan enfocadas principalmente hacia la financiación de prestaciones médicas, sin integrar plenamente la relación entre las necesidades específicas de las personas mayores, la disponibilidad de servicios y la demanda efectiva (Pardo García, 2022). Evaluar el acceso a los servicios implica, por tanto, analizar en qué medida quienes requieren atención encuentran las condiciones económicas, geográficas o informativas necesarias para demandarla, y si la oferta disponible resulta adecuada, oportuna y accesible. De ahí la importancia de que las políticas sanitarias garanticen un acceso efectivo y equitativo a las prestaciones (González et al., 2024).

Para ello, se requiere considerar las dimensiones que condicionan dicho acceso, comúnmente conocidas como las “5 A’s”. La *aceptabilidad* alude a la confianza en el sistema sanitario y a las creencias individuales sobre la atención médica, factores fuertemente influenciados por variables sociodemográficas y educativas. El *alcance* refiere a la existencia efectiva de bienes y servicios capaces de satisfacer las necesidades de la población. La *accesibilidad*, por su parte, se integra por tres componentes: accesibilidad geográfica (posibilidad de desplazarse al centro de salud), económica (capacidad de afrontar los costes derivados de la atención) y administrativa (trámites requeridos, tiempos de espera, etc.). La *adaptación* se centra en la interacción entre profesionales, pacientes y sus familias, destacando la capacidad de comunicación y empatía. Por último, la *adecuación* contempla la calidad percibida del servicio una vez recibido (González et al., 2024). El *Esquema I*

sintetiza esta clasificación, se opta por una forma de estrella dado que permite mostrar de manera equidistante las cinco dimensiones del acceso, otorgando a cada una el mismo nivel de importancia y visibilidad. Además, la forma estelar sugiere una estructura integrada donde las dimensiones se conectan en un centro común (el acceso efectivo a los bienes y servicios de salud).



Esquema I: Las “5 A´s” del acceso a los bienes y servicios de salud

Fuente: Elaboración propia

Las dimensiones del acceso no operan de forma uniforme: pueden actuar como facilitadores o barreras según el contexto y las características individuales (edad, estado de salud), sociales (educación, pertenencia a grupos minoritarios) o institucionales (organización del sistema, políticas locales). Analizar su comportamiento diferenciado resulta esencial para orientar políticas sanitarias más equitativas y eficaces (Hirmas Adauy et al., 2013).

En este marco, la atención primaria de la salud (APS) cumple un rol estratégico, al constituir el primer nivel de contacto con el sistema sanitario y un eje fundamental para garantizar un acceso integral y continuo. Su relevancia es particularmente alta en las personas mayores, cuya demanda de cuidados es más frecuente, sostenida y compleja.

En consecuencia, el presente trabajo tiene como objetivo analizar descriptivamente las variables que reflejan las distintas dimensiones del acceso a la APS para personas mayores en España durante el año 2024, con el fin de ofrecer una primera aproximación al estado actual de dicho acceso e identificar si las dimensiones implicadas operan como facilitadores u obstaculizadores.

Metodología

Este estudio se basa en datos del Barómetro Sanitario 2024, elaborado por el Ministerio de Sanidad de España. A partir de la base de datos general, se seleccionaron 1.788 observaciones correspondientes a personas de 65 años o más. Aunque el cuestionario no fue diseñado específicamente para medir el acceso a los servicios de salud, los investigadores —guiados por el marco teórico adoptado— identificaron y clasificaron 19 variables vinculadas al uso de servicios de atención primaria pública.

Estas variables fueron seleccionadas por su capacidad para representar los aspectos centrales de las cinco dimensiones del acceso (las “5 A’s”: aceptabilidad, alcance, accesibilidad, adaptación y adecuación), permitiendo así un abordaje más integral de los facilitadores y barreras presentes en el acceso a la atención primaria.

En relación con el tratamiento de los datos, las respuestas de personas que no utilizaron los servicios de atención primaria durante el último año se consideraron como no aplicables y, por lo tanto, fueron tratadas como valores perdidos. Esta decisión metodológica buscó garantizar que el análisis se centrara exclusivamente en individuos con experiencia directa en el uso de servicios sanitarios, fortaleciendo la validez de las inferencias sobre las dimensiones del acceso. Se reconoce la posibilidad de un sesgo de selección asociado a la exclusión de personas que no utilizaron servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) en el periodo de referencia, dado que este grupo podría incluir individuos con mayores dificultades de acceso. No obstante, se estima que el impacto potencial de esta limitación es acotado. La APS en España se caracteriza por su carácter público, universal y gratuito, lo que disminuye la probabilidad de que la no utilización se explique por barreras económicas o administrativas. Asimismo, la gestión de citas se realiza mediante procedimientos simples y ampliamente accesibles (teléfono y plataformas digitales), reduciendo los costos de interacción con el sistema. Además, la literatura evidencia patrones de uso regular de la APS incluso para consultas preventivas (Rosell-Murphy et al., 2015; López Gómez y García-Foncillas López, 2025).

En el caso de las respuestas “no sabe” o “no contesta” provenientes de personas que sí habían utilizado los servicios, se adoptó un criterio diferenciado según la naturaleza de las variables.

- Para las variables ordinales, dichas respuestas fueron excluidas, con el objetivo de preservar la estructura de la escala y evitar sesgos en la interpretación de los resultados.
- Para las variables nominales, en cambio, se agrupó esta categoría bajo un código único (9), a fin de conservar la distribución completa de frecuencias sin alterar la naturaleza categórica de las variables.

El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo utilizando el software IBM SPSS Statistics (versión 30.0.0). Se realizaron análisis de frecuencias para examinar la distribución de respuestas en cada variable seleccionada. En aquellos casos en los que las preguntas eran de respuesta obligatoria para todos los encuestados, independientemente de su utilización de los servicios de atención primaria, se elaboraron gráficos de barras con el propósito de visualizar de manera comparativa las tendencias de respuesta.

Es importante destacar que si bien el Barómetro Sanitario cuenta con factores de ponderación destinados a asegurar la representatividad poblacional según variables sociodemográficas básicas, en este trabajo se optó por realizar los análisis descriptivos sin aplicar dichos pesos. Esta decisión se sustenta en el carácter exploratorio de los resultados presentados y en el propósito de examinar patrones internos de respuesta más que efectuar estimaciones poblacionales estrictas.

Resultados

La *Tabla 1* presenta la distribución de las variables seleccionadas según las dimensiones del acceso a los servicios de atención primaria. La dimensión de Adaptación es la más representada, con nueve variables, seguida por Aceptabilidad (cuatro variables) y Accesibilidad, que también cuenta con cuatro indicadores distribuidos en sus subdimensiones administrativa, geográfica y económica. Finalmente, Adecuación y Alcance se encuentran representadas por una variable cada una. En el Anexo se detalla la denominación y naturaleza estadística de cada variable.

Dimensión	Cantidad de variables
Aceptabilidad	4
Alcance	1
Accesibilidad administrativa y organizativa	2
Accesibilidad espacial y geográfica	1
Accesibilidad económica	1
Adaptación	9
Adecuación	1

Tabla 1: Cantidad variables elegidas por dimensión

Fuente: Elaboración propia

Dimensión aceptabilidad

Las variables analizadas permiten aproximarse a la percepción social sobre la calidad, equidad y coordinación del sistema sanitario.

La valoración general de la atención primaria muestra que el 61% de las personas mayores otorgó puntuaciones entre 7 y 10, lo que refleja una percepción media-alta y globalmente positiva. La coordinación entre niveles asistenciales también se evalúa favorablemente: el 57,4% la considera buena o muy buena, aunque persiste un margen de mejora. En cuanto a la percepción de equidad, la mayoría considera que el sistema ofrece los mismos servicios independientemente de la edad, mientras que la pregunta sobre igualdad de acceso

condicionada por el uso de tecnologías revela posibles brechas asociadas a la alfabetización digital (*Gráfico I*).

En conjunto, la aceptabilidad se comporta como un facilitador del acceso, aunque las diferencias vinculadas a la competencia digital podrían representar una barrera emergente para determinados grupos de mayores.

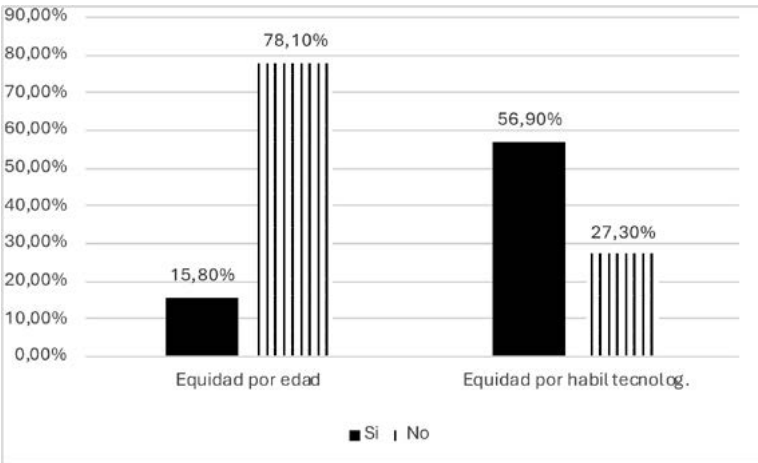


Gráfico I: Distribución respuestas a las preguntas sobre equidad (edad y uso de tecnologías)

Fuente: Elaboración propia

Dimensión alcance

El análisis de la variable “Motivos por los cuales no pudo consultar al médico” indica que la gran mayoría de las personas mayores que necesitaron atención pudieron efectivamente acceder a una consulta. Solo el 0,4% mencionó la falta de médicos o de citas disponibles, lo que sugiere que, en esta muestra, la falta de médicos/citas aparece poco mencionada como motivo directo de falta de acceso a consultas.

Dimensión accesibilidad

En la subdimensión administrativa, los resultados son mayoritariamente favorables. Más del 70% de los encuestados obtuvo turno con su médico de cabecera en menos de una semana, y el 56% esperó menos de una hora en el centro de salud. Sin embargo, el 44% restante experimentó esperas superiores, lo que podría constituir una barrera puntual, especialmente para personas mayores con problemas de movilidad, enfermedades crónicas o dependencia.

En la subdimensión geográfica, la variable “Tamaño del municipio” evidencia desigualdades territoriales: el 21,6% de las personas mayores reside en municipios rurales o semi-rurales, donde enfrentan limitaciones en infraestructura, transporte y oferta sanitaria. En contraste, el 78,4% vive en ciudades medianas o grandes, con mayor disponibilidad de

servicios. Estas diferencias estructurales refuerzan la necesidad de políticas específicas para mejorar la equidad territorial en el acceso. Debe tenerse en cuenta que el tamaño del municipio es una variable que no informa sobre: distancia real al centro de salud, frecuencia de transporte público, orografía, etc.

En cuanto a la subdimensión económica, la variable elegida muestra que el 95,3% de las personas mayores no dejó de tomar medicamentos por motivos económicos en los últimos doce meses. Esto indica que la accesibilidad económica opera como un facilitador, coherente con las características del sistema público español. No obstante, la situación puede variar entre subgrupos vulnerables, como los pacientes polimedicados o quienes perciben pensiones mínimas, para quienes los copagos acumulados podrían representar una carga significativa. Si bien la accesibilidad es relativamente buena en fármacos, existe un núcleo de riesgo no despreciable y debe considerarse que otros componentes del gasto de bolsillo no están captados.

Dimensión adaptación

Esta dimensión integra variables que evalúan la calidad del trato, la comunicación profesional-paciente y el empoderamiento en la atención.

Los resultados son ampliamente positivos:

- El 76,3% considera que las explicaciones médicas fueron comprensibles.
- El 74,4% manifestó alta satisfacción con la confianza y seguridad transmitidas por el personal médico, y el 76,3% por el personal de enfermería.
- El 60,7% valoró positivamente el tiempo dedicado en consulta.
- El 66,1% y el 70,7%, respectivamente, evaluaron favorablemente el conocimiento del historial clínico y la información recibida sobre su salud.
- En relación con la participación activa, el 66,9% afirmó haber podido intervenir en decisiones sobre su tratamiento y el 69% pudo expresar preguntas o preocupaciones.
- Finalmente, el 86% manifestó cumplir las recomendaciones médicas de vacunación.

En conjunto, la Adaptación se configura como un fuerte facilitador del acceso, al reflejar relaciones de confianza, comunicación efectiva y continuidad asistencial, aunque el tiempo limitado de consulta sigue siendo un aspecto susceptible de mejora.

Dimensión adecuación

La variable que indaga sobre la valoración general de la atención recibida, muestra que el 88,7% de las personas mayores calificó la atención como buena o muy buena. Este elevado nivel de satisfacción global indica que los servicios de atención primaria responden adecuadamente a las necesidades de este grupo etario, favoreciendo la continuidad asistencial y la adherencia al sistema de salud.

En síntesis, los resultados permiten afirmar que, en 2024, el acceso de las personas mayores a la atención primaria en España se caracteriza por niveles altos de satisfacción y confianza, aunque persisten brechas específicas asociadas a la alfabetización digital, la espera en la atención presencial y las desigualdades territoriales entre áreas rurales y urbanas.

Discusión

El análisis de las respuestas a la encuesta bajo el prisma de las múltiples dimensiones del acceso a la atención sanitaria sugiere que, en términos generales, los servicios de Atención Primaria de la Salud dirigidos a personas mayores en España ofrecen un acceso razonablemente adecuado en cuanto a calidad, accesibilidad y adaptación a las necesidades de esta población. No obstante, se identifican áreas clave que requieren mayor atención para garantizar la equidad y sostenibilidad del sistema.

En la dimensión de aceptabilidad, resultaría recomendable implementar programas de alfabetización digital dirigidos a personas mayores, especialmente en áreas rurales o menos urbanizadas, con el fin de asegurar un acceso equitativo a los servicios electrónicos y de telemedicina. Podrían impulsarse iniciativas intergeneracionales que vinculen a jóvenes voluntarios con personas mayores, no sólo para la enseñanza de habilidades digitales, sino también para fortalecer el acompañamiento y el uso cotidiano de estas herramientas. Esta estrategia podría complementarse con la creación de puntos digitales en centros comunitarios, donde profesionales o facilitadores brinden asistencia directa para el acceso a la telemedicina.

Si bien no se evidencian deficiencias significativas en la disponibilidad de turnos o profesionales sanitarios, una política innovadora podría ser la creación de unidades geriátricas móviles de diagnóstico temprano, que recorran centros de Atención Primaria para identificar necesidades específicas antes de que evolucionen hacia patologías de mayor complejidad. Asimismo, sería conveniente que el Barómetro Sanitario ampliara sus indicadores incorporando información sobre la oferta de servicios, incluyendo aspectos como la calidad del equipamiento médico, el grado de actualización tecnológica de los centros y la especialización del personal sanitario —en particular, la presencia de geriatras o equipos interdisciplinarios formados en envejecimiento. Contar con información pública y actualizada sobre estos elementos permitiría un análisis más integral del acceso y la calidad asistencial.

En relación con la accesibilidad geográfica, las políticas deberían enfocarse en fortalecer la infraestructura sanitaria en zonas rurales, promoviendo, por ejemplo, la implementación de centros de salud móviles o “consultas descentralizadas” en espacios no convencionales (como bibliotecas o centros culturales), con atención básica y coordinación directa con los centros de salud. En cuanto a la accesibilidad administrativa, podría establecerse un sistema de “turnos garantizados”, que asegure la atención en un plazo máximo de espera razonable. Aunque las barreras económicas directas son actualmente limitadas, sería pertinente desarrollar mecanismos de monitoreo automatizado del gasto farmacéutico en personas mayores, acompañados de alertas sociales tempranas ante situaciones de vulnerabilidad económica. Asimismo, la creación de un fondo de contingencia sanitaria destinado a cubrir tratamientos no incluidos en la cartera de servicios públicos de salud —como terapias innovadoras o cuidados domiciliarios prolongados— contribuiría a reforzar la equidad. Resultaría también valioso que el Barómetro Sanitario incorporara indicadores sobre pagos directos por parte de los pacientes, tanto en medicamentos como en cuidados de largo plazo.

En cuanto a la adaptación, si bien es cierto que es una dimensión claramente facilitadora en el caso español, se recomienda profundizar la formación en competencias comunicativas de los profesionales de salud, especialmente en escucha activa, trato digno y lenguaje accesible. Del mismo modo, podrían desarrollarse planes de atención personalizados, co-diseñados entre profesionales y pacientes, que integren no sólo variables clínicas, sino también preferencias, redes de apoyo, hábitos y necesidades socioemocionales.

La percepción general del sistema de atención primaria por parte de las personas mayores (dimensión de adecuación) es positiva. No obstante, las mejoras propuestas en las dimensiones específicas —aceptabilidad, accesibilidad, adaptación y alcance— no sólo buscan resolver carencias puntuales, sino también generar efectos sinérgicos sobre la percepción global del sistema. Reforzar aspectos como la calidad del trato, la inclusión digital, la especialización profesional, la equidad territorial y la sostenibilidad económica puede mejorar la experiencia asistencial, promover una mayor adherencia a los tratamientos y fortalecer el vínculo entre las personas mayores y los servicios de salud.

Aunque este estudio tiene un carácter preliminar, ofrece una visión global valiosa sobre el acceso a la atención primaria de las personas mayores en España. Permite identificar fortalezas y áreas de mejora dentro del sistema, y constituye una base sólida para orientar futuras investigaciones y políticas públicas. Sin embargo, el trabajo tiene limitaciones una de ellas radica en que analiza la experiencia de los usuarios activos y que, por tanto, los resultados no reflejan a la población excluida del sistema.

Sería especialmente útil que instrumentos como el Barómetro Sanitario incorporaran preguntas más específicas y sensibles a la realidad de las personas mayores, de modo que se logre una representación más completa de las dimensiones del acceso: aceptabilidad, accesibilidad, alcance, adaptación y adecuación. La disponibilidad de datos desagregados y comparables entre distintas olas de encuestas permitiría diseñar intervenciones más precisas y efectivas.

En definitiva, las medidas de política propuestas no sólo buscan mejorar la experiencia individual de las personas mayores, sino también fortalecer la equidad y sostenibilidad del sistema de salud. Avanzar hacia un modelo de atención primaria más inclusivo, adaptado y sensible al envejecimiento poblacional constituye no solo un imperativo ético, sino también una estrategia clave para consolidar un sistema sanitario público robusto, justo y resiliente.

Referencias bibliográficas

- Barr, N. A. (2020). *The economics of the welfare state*. Oxford university press.
- España, Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2011). Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, 184, de 2 de agosto de 2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/08/01/27>
- España, Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2023). Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo, de medidas urgentes para la ampliación de derechos de los pensionistas y la sostenibilidad del sistema público de pensiones. Boletín Oficial del Estado, 64, de 17 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2023/03/16/2>
- Eurostat. (2023). Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU. Publications Office of the European Union. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2024). Demography of Europe – 2024 edition. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-interactive-publications/w/demography-of-europe-2024-edition>
- González, G. P., Moscoso, N. S., & Lago, F. P. (2024). Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual: e202412061. *Revista Española de Salud Pública*, 98, 15-páginas.
- Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229.
- López Gómez, H. J., & García-Foncillas López, R. (2025). Cross-Sectional Study of Attendance at a Primary Care Consultation in a Social Security Health System (No. ART-2025-143390).
- Morel, N., Palier, B., & Palme, J. (Eds.). (2012). *Towards a social investment welfare state?: ideas, policies and challenges*. Policy Press.
- Pardo García, I. (2022). Cuidados de larga duración: Oferta de servicios y necesidades de los usuarios. Disponible en: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6605>.
- Rosell-Murphy, M., Rodríguez-Blanco, T., Morán, J., Pons-Vigués, M., Elorza-Ricart, J. M., Rodríguez, J., ... & Bolívar, B. (2015). Variability in screening prevention activities in primary care in Spain: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 473.
- World Health Organization (2024). WHO calls for urgent transformation of care and support systems for older people. Available at: <https://www.who.int/news/item/01-10-2024-who-calls-for-urgent-transformation-of-care-and-support-systems-for-older-people>
-

Anexo

Variable	Descripción	Dimensión	Tipo variable
P4ES_1	Escala de valoración atención primaria	Aceptabilidad	Ordinal
P10	Por su experiencia personal o por la idea que Ud. tenga, entre la atención primaria, los centros de especialidades y los hospitales, ¿cree Ud. que, en general, hay muy buena, buena, regular, mala o muy mala comunicación y coordinación?	Aceptabilidad	Ordinal
P14_3	En su opinión, ¿la sanidad pública presta los mismos servicios a todas las personas con independencia de que sean jóvenes o ancianos?	Aceptabilidad	Nominal
P14_6	En su opinión, ¿la sanidad pública presta los mismos servicios a todas las personas con independencia de que sepan o no usar los medios tecnológicos?	Aceptabilidad	Nominal
P5A_01	La última vez que Ud. tuvo ese problema, ¿por qué motivo no pudo consultar con su médico/a?	Alcance	Nominal
P5C_01	¿Cuántos días pasaron desde que pidió el turno con el médico de cabecera hasta que lo atendieron?	Accesibilidad administrativa	Ordinal
P5D_03	¿Tuvo Ud. que esperar más de una hora en la sala de espera hasta entrar en la consulta?	Accesibilidad administrativa	Nominal
TAMUNI	Tamaño del municipio	Accesibilidad geográfica	Ordinal
P16	En los últimos doce meses, ¿ha dejado Ud. de tomar algún medicamento recetado por un/a médico/a de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos?	Accesibilidad económica	Nominal
P5D_01	En la última consulta con el médico de cabecera, ¿Pudo dar su opinión o participar en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, tanto como Ud. hubiera deseado?	Adaptación	Nominal
P5D_02	¿Le dio el/la médico/a la oportunidad de hacer preguntas o plantear preocupaciones?	Adaptación	Nominal
P5D_04	¿El médico o la médica de atención primaria le explicó las cosas de una forma fácil de entender?	Adaptación	Nominal
P5E_1	Satisfacción con la confianza y seguridad que transmite el personal médico	Adaptación	Ordinal
P5E_2	Satisfacción con la confianza y seguridad que transmite el/la profesional de enfermería	Adaptación	Ordinal
P5E_3	Satisfacción con el tiempo dedicado por el personal médico a cada enfermo/a	Adaptación	Ordinal
P5E_4	Satisfacción con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud	Adaptación	Ordinal
P5E_5	Satisfacción con la información recibida sobre su problema de salud	Adaptación	Ordinal
P12_2	Manifiesta su grado de acuerdo con la siguiente afirmación: "Sigo las recomendaciones de los/las profesionales sanitarios respecto de la vacunación"	Adaptación	Ordinal
P5F	En general, ¿la atención que ha recibido Ud. en las consultas del/la médico/a de familia de la sanidad pública ha sido muy buena, buena, regular, mala o muy mala?	Adecuación	Ordinal

Abstract: This paper analyzes older adults' access to primary care in Spain during 2024 using data from the Health Barometer. It evaluates five dimensions of access (acceptability, availability, accessibility, adaptation and adequacy) and finds generally high levels of satisfaction, trust, and perceived quality. However, it identifies barriers related to the digital divide, waiting times, and territorial inequalities, especially between rural and urban areas. Specific policies are needed to improve equity, sustainability, and adaptation to the needs of an aging population.

Keywords: older adults-accessibility-adaptation-inequalities-digital divide.

Resumo: Este artigo analisa o acesso de idosos à atenção primária à saúde na Espanha durante o ano de 2024, utilizando dados do Barômetro da Saúde. Avalia cinco dimensões de acesso (aceitabilidade, abrangência, acessibilidade, adaptação e adequação) e constata, de modo geral, altos níveis de satisfação, confiança e qualidade percebida. Contudo, identifica barreiras relacionadas à exclusão digital, aos tempos de espera e às desigualdades territoriais, especialmente entre áreas rurais e urbanas. Políticas específicas são necessárias para melhorar a equidade, a sustentabilidade e a adaptação às necessidades de uma população em envelhecimento.

Palavras-chave: idosos-acessibilidade-adaptação-desigualdades-exclusão digital.

[Las traducciones de los abstracts fueron supervisadas por el autor de cada artículo.]
