



---

**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA  
COMUNICACIÓN

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Desigualdades en salud en la población mayor en España**

Presentado por Laura Martín Casla

Tutelado por Noelia Somarriba Arechavala

Segovia, 24 Junio 2020

## **RESUMEN**

En el presente trabajo, se van a estudiar las desigualdades sociales en el acceso al sistema sanitario por parte de la población mayor en España. El objetivo principal de este trabajo es contrastar si el colectivo de mayor edad tiene dificultades en el acceso a los servicios de salud dependiendo de su zona geográfica (rural versus urbana), así como en la utilización y aprovechamiento de los recursos sanitarios de los que disponen, tales como los servicios de urgencias, los servicios de especialistas, hospitalización y la consulta de medicina general. Para el logro de estos objetivos se ha estimado un conjunto de modelos econométricos (logit bivariantes) a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2017, con el fin de analizar los factores determinantes en la explicación del uso de los servicios sanitarios por parte del colectivo de personas mayores.

*Palabras clave:* desigualdades en salud, servicios sanitarios, salud, personas mayores, modelo logit bivalente, determinantes sociales.

## **ABSTRACT**

This work will study the social inequalities in access to the health system of the elderly population in Spain. The main objective of this work is to contrast whether the older age group has difficulties in accessing health services depending on their geographical area (rural versus urban), as well as in the use and exploitation of the health resources available to them, such as emergency services, specialist services, hospitalization and general medicine consultation. To achieve these objectives, a set of econometric models (bivariate logit) have been estimated from the National Health Survey 2017, in order to analyze the determining factors in explaining the use of health services by the elderly.

*Keywords:* inequalities in health, healthcare services, health, older people, bivariate logit model, social determinants.

*“Mención especial a mi tutora Noelia, por haberme dado la oportunidad de realizar este trabajo junto a ella, pese a todas las adversidades que se nos han ido presentando, por haber estado disponible en todo momento y por el gran interés y esfuerzo que ha dedicado en ello. Muchas gracias. También agradecer a mi familia, por su infinita paciencia, sus disgustos a causa de los míos, y sus continuas fuerzas para seguir hacia delante, ya que sin ellos nada de esto hubiera tenido sentido.”*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>Marco teórico</b>	
<b>1.1 El concepto de salud, sus determinantes y las desigualdades sociales</b> .....	3
<b>1.2 Los determinantes sociales en la medición de la salud</b> .....	4
1.2.1 Modelo Solar e Irwin .....	4
1.2.2 Modelo Socioeconómico de Salud .....	7
<b>1.3 Indicadores habituales en la medición de la salud</b> .....	10
1.3.1 Morbilidad .....	10
1.3.2 Mortalidad .....	12
1.3.3 Factores de riesgo comportamentales .....	14
1.3.4 Servicios de salud .....	16
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Salud y envejecimiento</b>	
<b>2.1 Salud y envejecimiento: Revisión de conceptos</b> .....	19
<b>2.2 El envejecimiento y sus consecuencias, una visión en la España rural</b> ....	20
<b>2.3 Revisión de literatura sobre accesibilidad sanitaria</b> .....	25
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>Metodología</b>	
<b>3.1 Descripción de la Encuesta Nacional de Salud</b> .....	28
<b>3.2 Descripción de la muestra y selección de variables</b> .....	29
<b>3.3 Modelo logit bivariantes</b> .....	32
<b>3.4 Estimación de los modelos econométricos y principales resultados</b> .....	33
3.4.1 Asistencia al médico en las últimas cuatro semanas .....	37
3.4.2 Asistencia a un especialista en las últimas cuatro semanas .....	39
3.4.3 Ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses .....	41
3.4.4 Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses .....	43
<b>CONCLUSIONES</b> .....	46
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48

## INTRODUCCIÓN

El estudio de las desigualdades en salud en la población mayor en España ha venido motivado por las carencias que, a día de hoy, sigue habiendo en las zonas y colectivos más desfavorecidos. Determinantes sociales como la edad, la educación, la clase social, entre otros, parecen ser factores explicativos de dichas desigualdades, también el área de residencia podría explicar estas desigualdades desde el punto de vista de la accesibilidad a los servicios sanitarios, normalmente áreas rurales con una población reducida. Estas zonas se han visto perjudicadas y envejecidas por el movimiento social de los más jóvenes en busca de nuevas oportunidades en las grandes ciudades, suponiendo una pérdida de población, conocido esto como la España vaciada.

Uno de los colectivos que padecen mayores problemas en su salud es el de las personas mayores que residen en zonas rurales, presentan mayores dificultades en el acceso al servicio sanitario, ya sea por su menor disponibilidad de infraestructuras y equipamientos en su zona geográfica o por su dificultad en el transporte, debido a que no todas las zonas disponen de ruta o los individuos dependen de otra persona para su desplazamiento.

Es por ello el interés de profundizar en ver cuáles son los factores que más afectan a estas desigualdades y presentar, al finalizar el estudio, unas posibles líneas de actuación para mejorar y reducir estas diferencias.

El principal objetivo de este trabajo es analizar si el colectivo de personas mayores tiene dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria en función de su área geográfica, prestándose una especial atención a aquellos que viven en la zona rural, así como en la utilización y aprovechamiento de los recursos sanitarios de los que disponen, como son las urgencias, los servicios especializados, la hospitalización y la consulta de medicina general.

El trabajo se estructura en tres capítulos, el *primero* se enfoca en el marco teórico, se revisarán distintas definiciones del concepto de salud y posibles modelos que expliquen los determinantes sociales de la salud, como son el propuesto por Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el propuesto por Dahlgren y Whitehead conocido como el Modelo Socioeconómico de Salud, principalmente y, además, se revisarán algunos de los indicadores habituales en la medición de la salud. El *segundo* capítulo se centrará en los conceptos de salud y el envejecimiento, con una visión a la España rural, y haremos una revisión de la literatura sobre la accesibilidad sanitaria. En el último capítulo, a partir de la Encuesta Nacional de Salud Española de 2017 (ENSE) proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) se estimarán modelos logísticos de respuesta binaria, con el objetivo de analizar los determinantes sociales, espaciales y económicos que explica el acceso al sistema sanitario de nuestros mayores. Terminaremos este Trabajo Fin de Grado con las principales conclusiones que se derivan del mismo, además de la recopilación de la bibliografía empleada para su estudio.

Se estudiarán en concreto una serie de cuestiones sobre el acceso de la población mayor al sistema sanitario teniendo en cuenta factores como el género, el lugar de residencia, el nivel de educación, el nivel de ingresos medios netos, etcétera, como por ejemplo son:

- Si el género de los individuos ocasiona diferencias en el acceso a los recursos sanitarios.

## INTRODUCCIÓN

- Si tener una mejor posición en la clase social ocupacional condiciona el acceso al sistema sanitario.
- Si las personas que disponen de mayores rentas acuden más al servicio sanitario que los que disponen de menores rentas.
- Si la educación es un aspecto clave en la accesibilidad a los recursos sanitarios.
- Si las personas mayores que residen en la zona rural presentan mayores dificultades en el acceso a los servicios sanitarios.
- Si los individuos que padecen enfermedades crónicas ocasionan diferencias en el acceso a los recursos sanitarios.
- Si los individuos presentan diferencias en el uso de los servicios sanitarios dependiendo de la salud percibida.
- Si hábitos como el consumo de alcohol o de tabaco condicionan el uso del sistema sanitario.

El tema, más aún si cabe, cobra un especial interés en estos días, ya que el colectivo de personas mayores ha sido uno de los grupos más afectados por el COVID-19, teniendo un mayor impacto en la mortalidad, donde no solo ha perjudicado el aumento de muertes la pandemia, sino también otros factores como la falta de información, la escasez de materiales de protección o las dificultades para la accesibilidad al sistema sanitario.

# **CAPÍTULO 1**

*Marco teórico*

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. El concepto de salud, sus determinantes y las desigualdades sociales

El concepto de salud está dotado de una naturaleza multidimensional, encerrando tras de sí una gran complejidad. Su interpretación ha ido evolucionando en función del momento histórico y del entorno cultural y social. Hasta el siglo XX, la salud, vinculada con las condiciones de vida, era entendida como “*la ausencia de enfermedades*” (Palomino et al., 2014). Durante la época griega, en el siglo V a.C., Higia (diosa de la curación, la limpieza y la sanidad) representaba «la creencia de que los hombres podían mantenerse sanos si vivían de acuerdo con la razón y el culto de la virtud» (Palomino et al., 2014).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, se proponen definiciones como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define en su Preámbulo de la Constitución del año 1946 como «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», llegando a un enfoque más positivo, dinámico y social. La OMS surge a raíz de una reunión organizada por el Comité Económico Social de las Naciones Unidas en 1948 en Ginebra. Se fundó con el objetivo de maximizar los niveles de salud de toda la población y centrarse en la lucha continua de las desigualdades que surgen en los países en desarrollo, y que ocasionan numerosos problemas sanitarios, fomentando la investigación sanitaria.

A principios de 2005, la Organización Mundial de la Salud, creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, a partir de un grupo variado de profesionales -con un rol importante en las redes de conocimiento e investigación, tales como científicos, expertos, políticos y miembros de la sociedad civil-, con el fin de recopilar y hacer frente a las **desigualdades de salud** generadas, tanto en el ámbito rural como en el urbano, a raíz de una serie de determinantes como el empleo, los servicios sanitarios, el género, la edad, la exclusión social, entre otros. En este escenario surgen dos conceptos, las desigualdades sociales y sus determinantes que pasaremos a continuación a explicar (Benach et al., 2008).

Las **desigualdades sociales** son “*aquellas diferencias en salud evitables, innecesarias e injustas entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente*” (Ministerio de Sanidad, 2017). En el ámbito de la salud, las desigualdades se observan a tenor de las diferencias entre las personas, en función de su clase social, etnia o género, lo que se traduce en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos, siendo los más frecuentes los colectivos de edad avanzada, ya que son más vulnerables. Estas desigualdades han ido aumentando con el paso del tiempo, agravándose con el estallido de las crisis económicas debido a la magnitud de los recortes y los cambios en la normativa sanitaria (Borrell, 2015).

Los **determinantes sociales**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), son “*las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, local y nacional, que depende a su vez de las políticas adaptadas*”. A la hora de explicar los determinantes sociales de la salud surgen una serie de modelos, en concreto, dos de los más difundidos en la literatura sobre el tema son de Solar e Irwin y el “*Modelo Socioeconómico de Salud*”, propuesto por Dahlgren y Whitehead en el año 1991, que explicaremos en detalle en el siguiente epígrafe.



Para reducir las desigualdades sociales y prevenir las enfermedades se requiere de un abordaje multisectorial (factores sociales, económicos, ambientales), los cuales se enmarcan dentro de la ciencia conocida como salud pública, que se define como *“la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad, la promoción de estilos de vida saludables, y las campañas de concienciación, la educación y la investigación”* (Winslow, 1920).

Una de las ramas que tiene la salud pública es la epidemiología, que tiene como propósito *“describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, al fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de la salud en las poblaciones humanas, así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas”* (López et al., 2000).

Las funciones esenciales de la salud pública se han definido como *“las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública”* (Muñoz et al., 2000). Algunas de las funciones que se tienen en cuenta fueron descritas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000), tales como el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública; promoción de la salud; participación de los ciudadanos en la salud; desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, entre otras.

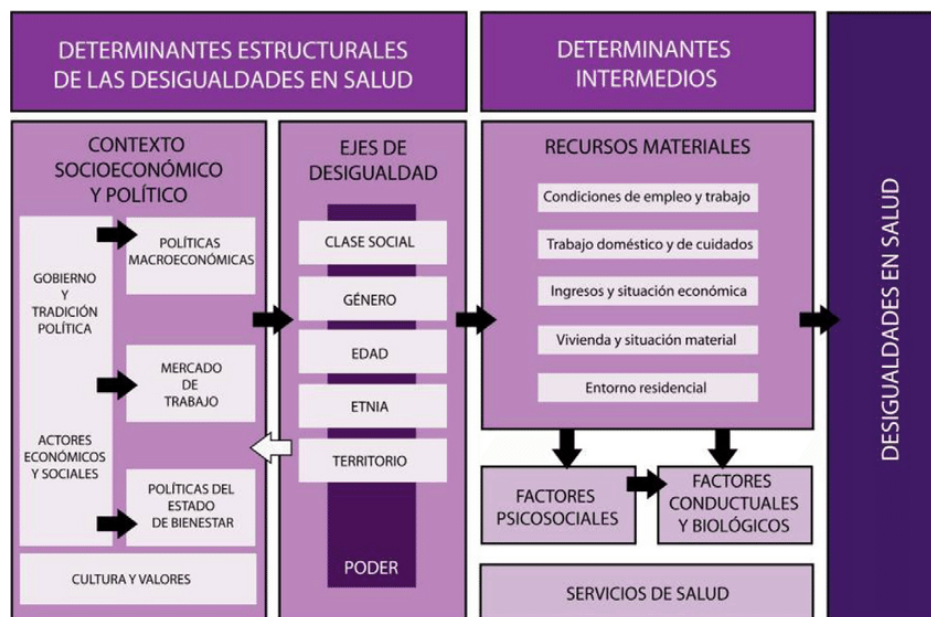
La toma de decisiones ineficiente en materia sanitaria puede traer consigo numerosas desigualdades sociales siendo estas eliminadas con una atención de calidad, con instalaciones, bienes y servicios adecuados de salud, no ahondar en discriminaciones y en que todos puedan disfrutar de las ventajas ofrecidas, los servicios de salud se deben basar en principios de equidad, entre otras. El análisis de las desigualdades en salud debe considerar los distintos ejes de desigualdad como la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio o área geográfica, tal y como se explica a continuación (Ministerio de Sanidad, 2015).

### **1.2. Los determinantes sociales en la medición de la salud**

#### **1.2.1. Modelo Solar e Irwin**

El primero de los modelos, recogido en la Figura 1.2.1.1 es el propuesto por Solar e Irwin (Solar & Irwin, 2010) para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, y posee dos elementos principales: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios de las desigualdades de salud.

Figura 1.2.1.1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



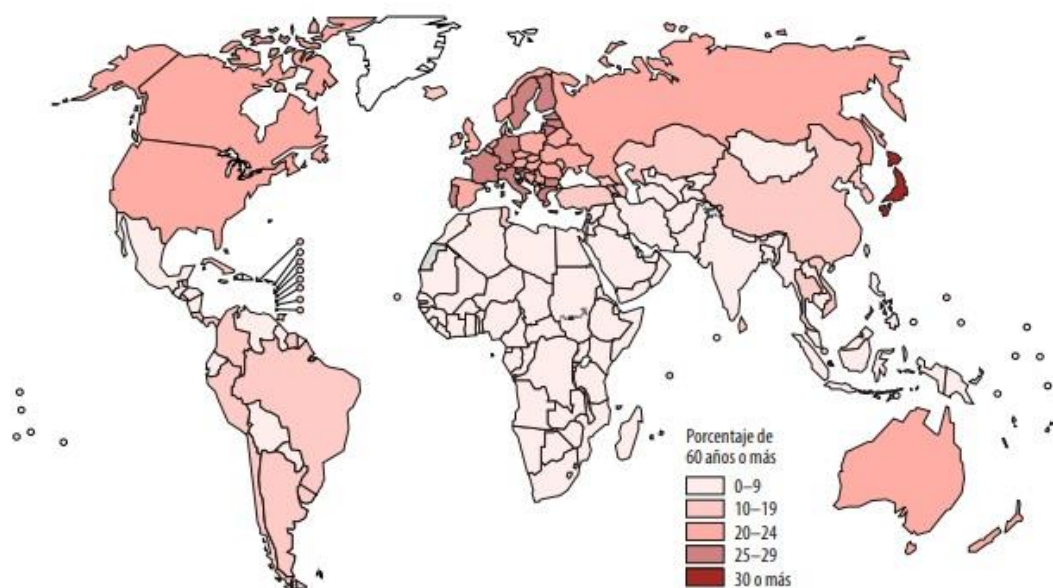
Fuente: Basado en Solar e Irwin y Navarro (2010).

Los determinantes estructurales se dividen a su vez en: el contexto socioeconómico y político, y los ejes de desigualdad. El contexto socioeconómico y político se refiere a “*los factores que afectan de manera importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella*” (Ministerio de Sanidad, 2015). Los distintos ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio de procedencia o de residencia, establecen jerarquías de poder en la sociedad que afectan a las oportunidades de tener una excelente salud.

Uno de los determinantes más notables ha sido la desigualdad en cuanto a género, debido a diferencias biológicas (físico, anatómico y fisiológico) y sociales (cultura, actitudes) entre hombres y mujeres. Estas desigualdades van ligadas a las desigualdades según la clase social y la educación, siendo por tanto evitables.

Referente a la desigualdad en la edad, Mateu et al., (2007) hacen hincapié en que estas desigualdades en salud afectan a las personas conforme se incrementa su edad, “*haciendo al colectivo de personas mayores aún más vulnerable*”. Esto podría repercutir en una mayor dificultad en el acceso a los servicios sanitarios. A raíz del aumento de la edad en las personas, se tiene en cuenta el concepto de envejecimiento, “*la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte*” (Bazo, 1998), siendo un proceso demográfico que no se puede evitar y que afecta al sistema sanitario, “*el envejecimiento de la población es un reto para la medicina, ya que se tienen cada vez más pacientes ancianos con todo lo que esto implica: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad renal crónica, etcétera, lo que conlleva altos costes y un mayor uso de los recursos sanitarios por parte de este colectivo de la población*” (Berrío, 2012), que tiene que hacer frente a un deterioro generalizado de la población (Figura 1.2.1.2), aunque, gracias a los avances tecnológicos y los avances en la salud, la esperanza de vida ha aumentado, en gran parte debido al crecimiento de la esperanza de vida de las personas de edad avanzada y la reducción de la mortalidad en los más jóvenes (OMS, 2015b).

Figura 1.2.1.2. Proporción de personas de 60 años o más, por país.



Fuente: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS (2015)

En cuanto a las desigualdades territoriales en salud, dadas en parte por la lejanía geográfica a los centros de salud e instalaciones sanitarias, se han ido reduciendo con el paso del tiempo debido al aumento de centros y personal sanitario en el territorio nacional. En este caso, tendremos en cuenta la diferencia entre el ámbito urbano frente al ámbito rural, teniendo este último mayor dificultad en un principio para acceder al sistema sanitario, ya que en muchas ocasiones no se dispone de centro de salud en la localidad y tienen que trasladarse al centro más cercano posible o incluso desplazarse hasta la ciudad.

En el modelo que nos ocupa, también se aluden a los sistemas de salud que, aunque contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, sí que pueden agravar el problema. Por ejemplo, un menor acceso a los servicios de salud y una menor calidad de estos servicios para los grupos más desfavorecidos pueden repercutir en unas peores consecuencias en la salud y el bienestar de estos colectivos.

Durante la década de 1980, se estudió en profundidad las causas de las desigualdades sociales en salud en Reino Unido, con el objetivo de dar a conocer los principales aspectos que influyen en las desigualdades, cómo se desarrollan y cómo se pueden reducir o eliminar, surgiendo con ello el *“Informe Black”* dirigido por Douglas Black (Padrón, 2011). Dicho informe tuvo tanta repercusión que fue implementándose en Europa. En España, fue conocido como el *“Informe Navarro”*, y con los años se extendió hasta China, Japón y varios países latinoamericanos, como Brasil y Chile. En estos informes surgen diferentes formas -determinantes intermedios- de explicar la relación de las desigualdades con el estado de salud de las personas: en primer lugar, la estructura social, determina las desigualdades en los recursos materiales que caracterizan el entorno de los distintos conjuntos de individuos, como son las condiciones de empleo (situación laboral) y trabajo (entorno psicosocial, riesgos físicos), la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de las personas, el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y su situación material y el entorno residencial (Borrell et al., 2012). Estos factores, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud, tanto directa como indirectamente, e influyen en procesos psicosociales *“producidos por los significados emocionales y sociales que se otorgan a las condiciones*

*materiales, como la falta de control o situaciones de estrés*” así como las conductas individuales que repercuten en salud (Van et al., 2005). El menor acceso a los servicios de salud y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas puede repercutir en peores consecuencias de problemas de salud e incluso *“el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales”* (Borrell & Artazcoz, 2008).

Factores como el género, la edad y el territorio ocupan una parte importante de la agenda política y por ello en este trabajo nos centraremos en ellos, estudiando las desigualdades en salud de las personas mayores por género y en función de si residen en el entorno rural o urbano. Además, abordaremos el papel del sistema sanitario en estas desigualdades.

A continuación, analizaremos el segundo de los modelos más difundido.

### 1.2.2. Modelo Socioeconómico de Salud

El segundo modelo (Figura 1.2.2.1), conocido por la Organización Mundial de la Salud como el *“Modelo Socioeconómico de Salud”*, propuesto por Dahlgren y Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1991), es un esquema que muestra la interacción de los determinantes sociales a través de diferentes niveles:

Figura 1.2.2.1. Modelo socioeconómico de salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead 1991.

- El *primer nivel* se corresponde con el individuo, siendo este el centro de la figura, donde se destaca la importancia de los factores como la edad, el sexo y las características constitucionales, influyentes en la salud final y que no se pueden modificar.
- En el *segundo nivel* nos encontramos con los estilos de vida que pueden adoptar los individuos, es decir, por ejemplo, sus hábitos de alimentación, consumo de tabaco u otras sustancias perjudiciales.
- El *siguiente nivel* tiene relación con la influencia de las redes sociales y comunitarias en la salud de los individuos, pudiendo ser la principal causa del cambio de la conducta del individuo.
- El *cuarto nivel* trata de aspectos fundamentales como son las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de atención de salud y la educación.
- Y en el *último nivel* se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representando la capa más externa.

Numerosos estudios científicos han puesto de manifiesto que hay un enorme impacto sobre la salud de los determinantes sociales como son el trabajo, el desempleo y la asistencia sanitaria, tal y como hacen referencia Marmot & Wilkinson (Wilkinson & Marmot, 1976) en su análisis de los aspectos fundamentales en las condiciones de vida y trabajo.

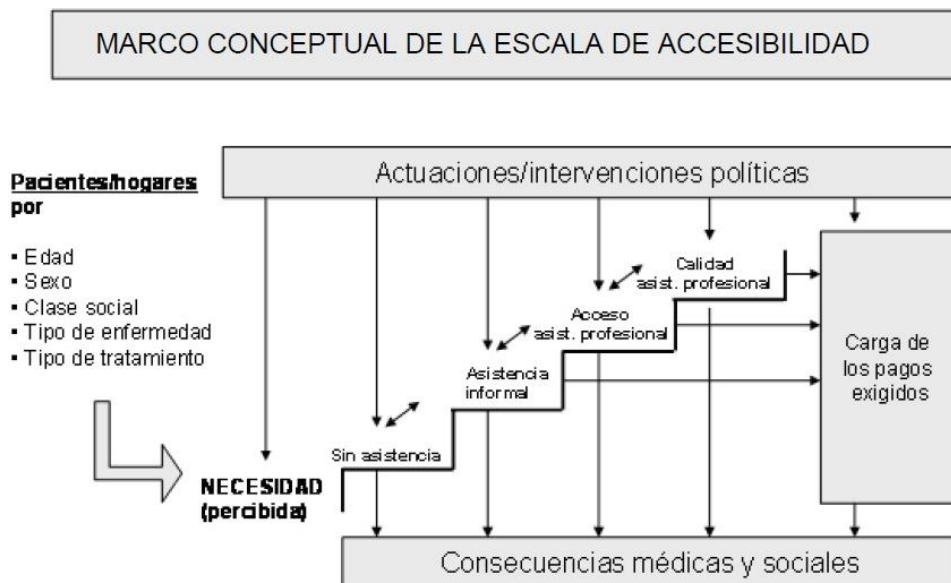
El primer determinante social, el **trabajo**, sigue siendo un factor de riesgo para la salud hoy en día, debido al entorno laboral físico y psicosocial, y a los accidentes y enfermedades profesionales, dando lugar además a numerosas situaciones de estrés. Además, se tiene muy en cuenta la formación académica que se realiza en cada trabajo, ya que *“formaciones limitadas producen un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad por condiciones poco saludables”* (Wilkinson & Marmot, 1976). Estos riesgos suelen estar relacionados también con los factores socioeconómicos, es decir, *“cuanta peor posición social, mayor es el riesgo de realizar un trabajo perjudicial para la salud”* (Whitehead & Dahlgren, 2010).

El segundo determinante social, el **desempleo**, es uno de los factores con más riesgo de mortalidad prematura, ya que el individuo tenderá a tener peores condiciones de vida, de salud y de nutrición. *“El riesgo de desempleo a largo plazo es más alto entre los grupos menos privilegiados, como madres solteras, familias de bajos ingresos y personas con pocos años de escolaridad”* (Wilkinson & Marmot, 1976). Esto repercute con mayor frecuencia en los niños que viven en hogares con bajos ingresos, como son las familias en paro, pudiendo desarrollar malas conductas, no tener un cuidado de salud adecuado o no disponer de un nivel digno de educación, siendo estos factores esenciales en el desarrollo de un individuo. Uno de los efectos más notorios del desempleo en la salud son las consecuencias psicológicas, que pueden conllevar enfermedades cardíacas y enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión.

En relación con este determinante, surge otro factor a destacar como es la **pobreza**, causada por un persistente paro, bajos salarios, precios de las viviendas, entre otros, siendo un importante factor generador de desigualdad social. *“Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas”* (Wagstaff, 2002).

El tercer determinante, al que hace referencia Marmot & Wilkinson, es la **asistencia sanitaria** que ha reducido notablemente los índices de mortalidad con el paso de los años, y con ello la inequidad existente en salud, además de incrementar la calidad y la esperanza de vida. Las diferencias causadas en la asistencia sanitaria vienen dadas por el acceso geográfico y por factores socioculturales y económicos. En lo referido al acceso económico, *“puede variar según la afiliación de los individuos a los distintos sistemas de planes de aseguramiento de salud”* (Gómez, 2002). Es decir, aunque tengan un nivel de ingreso adecuado y se viva en un ambiente sano, si no se dispone de centros sanitarios se creará una barrera de acceso a los servicios de salud, siendo frecuente en las zonas rurales. A través del Programa de la Escala de Accesibilidad *“Affordability Ladder Programme, ALPS”* (Figura 1.2.2.2) se propone, en base a cinco peldaños, un análisis orientado a la equidad, conteniendo todo el sistema sanitario (Whitehead & Dahlgren, 2010).

Figura 1.2.2.2. Affordability Ladder Programme



Fuente: Dahlgren, 2004.

Estos cinco peldaños son los que se detallan a continuación, siguiendo la explicación que ofrecen los autores (Dahlgren & Whitehead, 2006):

1. *Consideración de las diferencias en la necesidad de asistencia:* En estos casos, se busca una equidad en la salud donde los más necesitados sean los que más utilicen la asistencia sanitaria. A su vez, se debe tener en cuenta las distintas necesidades de cada individuo para acceder al servicio sanitario a causa de los diferentes tratamientos y especialidades necesarias.
2. *Asistencia informal o autocuidado:* En esta fase, los individuos que caen enfermos ponen solución por sí mismos, es decir, no acuden a los especialistas, sino que acceden al autocuidado o a los cuidados de sus familiares.
3. *Acceso a la asistencia sanitaria:* En este caso, se dan dos accesos: desde el punto de vista geográfico y desde el económico. En cuanto al acceso geográfico, se supone que “cuanta más renta, mayor será el número de centros médicos”. Desde el punto de vista económico, son las propias barreras económicas las que dificultan el acceso a la sanidad y a las prescripciones de medicamentos esenciales.
4. *Calidad asistencial:* En esta fase, se da una aproximación entre “lo que el cliente desea y lo que realmente recibe”, en función de sus necesidades, dando en muchos países una importante desigualdad social. Una buena calidad asistencial supone tener los recursos indispensables y con información actualizada.
5. *Carga de los pagos exigidos:* Esta fase se corresponde con la desigualdad social en cuanto a ingresos, donde las clases sociales bajas podrían sufrir consecuencias de no recibir la asistencia que necesitan, debido a que no pueden pagar su precio de mercado. Uno de los determinantes para tener en cuenta son las subvenciones públicas existentes, las cuales suelen ser favorables a las posiciones socioeconómicas con más nivel.

En conclusión, tras el análisis de los modelos realizados, se observa que las desigualdades sociales son más acusadas dependiendo de sus aspectos demográficos, sociales, económicos y geográficos a los que pertenece cada grupo social, ya que, si se tiene un estatus mayor, mejores serán las condiciones y recursos ofrecidos, y en contraposición,

cuanto peor es la posición social, se dan mayores dificultades para obtener una asistencia digna, lo que conlleva una peor salud. Además, factores como la edad, el sexo, la asistencia sanitaria, el trabajo y el desempleo, son también relevantes en cuanto a las condiciones de vida y salud de la población, siendo las clases sociales desfavorecidas las más afectadas negativamente por estos aspectos. La desigual distribución de los determinantes de la salud para el conjunto de la población conlleva que no toda la población tenga las mismas oportunidades para alcanzar un nivel digno de salud. En el siguiente epígrafe veremos cómo se puede medir la salud a través de una serie de indicadores.

### 1.3. Indicadores habituales en la medición de la salud

Los indicadores de salud, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad, 2017), *“son herramientas utilizadas para poner de manifiesto la magnitud de un problema de salud, para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población a lo largo del tiempo, para mostrar diferencias en salud entre diferentes poblaciones y para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados”*. Factores demográficos, económicos y sociales influyen sobre estos indicadores de salud y por ende en el estado de salud de la población y el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Existen diferentes tipos de indicadores y clasificaciones disponibles. Por ejemplo, siguiendo la información facilitada por la Organización Panamericana de la Salud (2018) desde un punto de vista matemático, las mediciones más frecuentes son el conteo (medición absoluta), la razón, la proporción, la tasa y los llamados odds (mediciones relativas). En relación con la situación epidemiológica, se habla de indicadores basados en la proporción de eventos incidentes y la proporción de eventos prevalentes, tasas de incidencia y prevalencia, siendo estas dos tasas más usadas para describir enfermedades en el campo de la salud pública. Otra posible clasificación, es la que diferencia entre varios grupos de indicadores, como son la morbilidad<sup>1</sup>, la mortalidad<sup>2</sup>, los factores de riesgo comportamentales y los servicios de salud, que analizaremos a continuación.

#### 1.3.1. Morbilidad

El primer grupo de indicadores se corresponde con el concepto de **morbilidad**, según el Real Diccionario de la Lengua Española (RAE, 2013) se define como la *“proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado”*, los cuales *“nos permiten conocer la incidencia y la prevalencia de las diferentes enfermedades en cada individuo. Asimismo, incluye los indicadores que proporcionan la información sobre las discapacidades o limitaciones de las actividades cotidianas. El problema que presentan estos indicadores es que las fuentes de datos sobre incidencia y prevalencia de la mayoría de enfermedades y de las discapacidades son escasas, ya que sólo existen registros continuos para algunas enfermedades”* (Girón, 2015). Dada la limitación de información

---

<sup>1</sup> Los indicadores de morbilidad tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones.

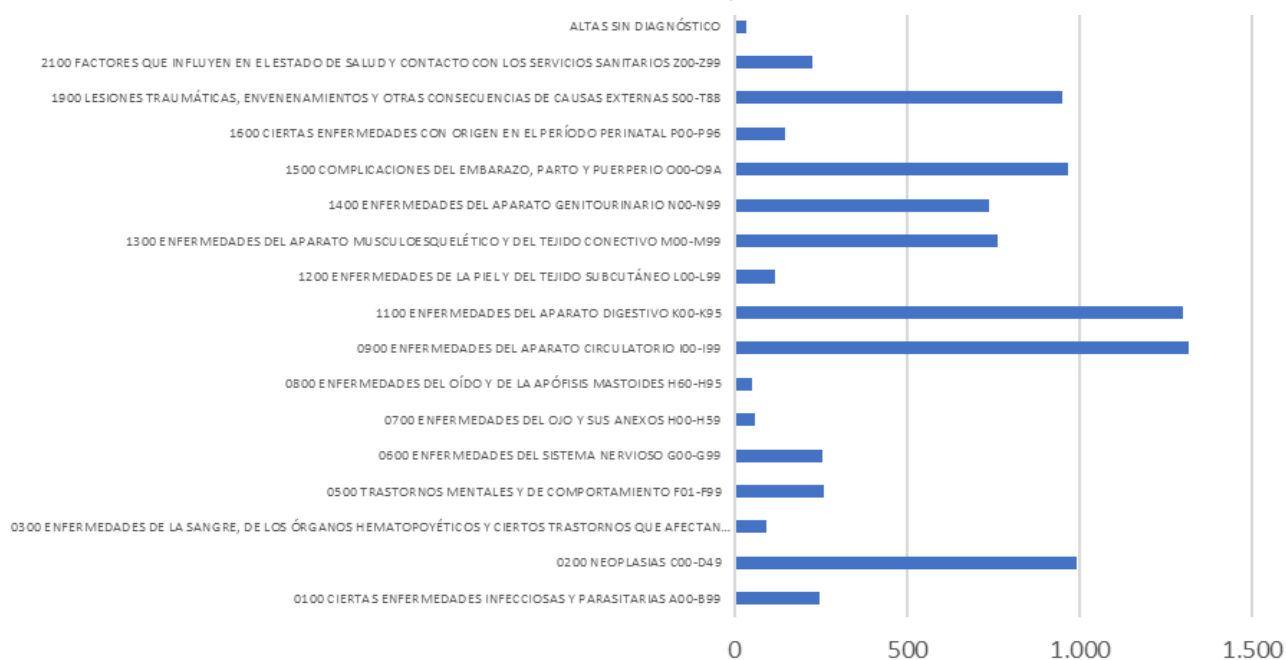
<sup>2</sup> Los datos de mortalidad representan una fuente fundamental de información demográfica, geográfica y de causa de muerte. Estos datos se usan para cuantificar los problemas de salud, así como para determinar o monitorear prioridades o metas en salud.

## MARCO TEÓRICO

comentada se utilizan dentro de esta categoría indicadores como altas hospitalarias, enfermedades infecciosas, incidencia de cáncer, víctimas de accidentes de tráfico o de trabajo, los cuales nos muestran las estadísticas de la población con la recogida pertinente de datos. Concluyendo, “*los indicadores de morbilidad tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones*” (OPS, 2020).

Algunos ejemplos de indicadores de morbilidad son los recogidos en el siguiente gráfico, a partir de los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del año 2018.

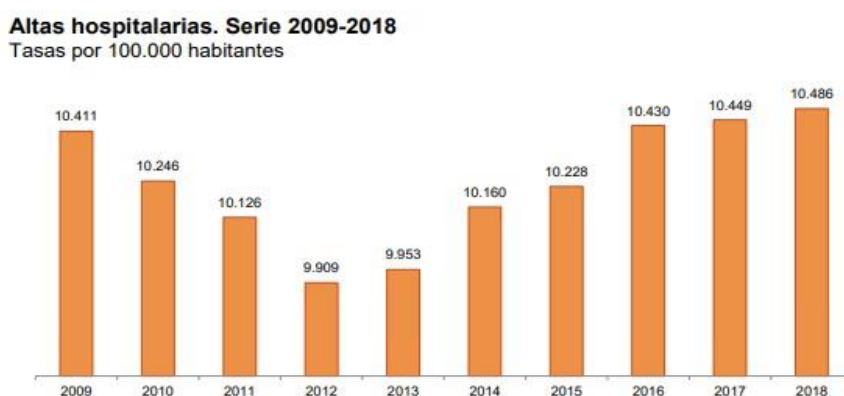
Gráfico 1.3.1.1. Tasas de morbilidad, algunas causas



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, INE (2018)

La evolución en los últimos años de la tasa de morbilidad se recoge a continuación, medida por medio del número de altas hospitalarias:

Gráfico 1.3.1.2. Evolución de las tasas de morbilidad



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE 2018

“La tasa de morbilidad hospitalaria se situó en 10.486 altas por cada 100.000 habitantes en el año 2018, produciéndose 4.899.954 altas hospitalarias, un 0’8% más con respecto al año anterior” (INE, 2019b). Haciendo una comparativa entre los distintos años, vemos que 2009-2010 y 2014-2018 son mejores años en términos de morbilidad que los años comprendidos entre 2011-2013, debido al aumento en altas hospitalarias.



### 1.3.2. Mortalidad

Otro posible grupo de indicadores son los relacionados con la **mortalidad**, que se define según la OMS (OMS, 2017) como “*el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa*” mientras que la tasa de mortalidad es “*la proporción total de defunciones a lo largo del año “t” de personas pertenecientes a un determinado ámbito por cada 1.000 habitantes de ese ámbito*” (INE, 2019b)

$$TMB^t = \frac{D^t}{P^t} \times 1000$$

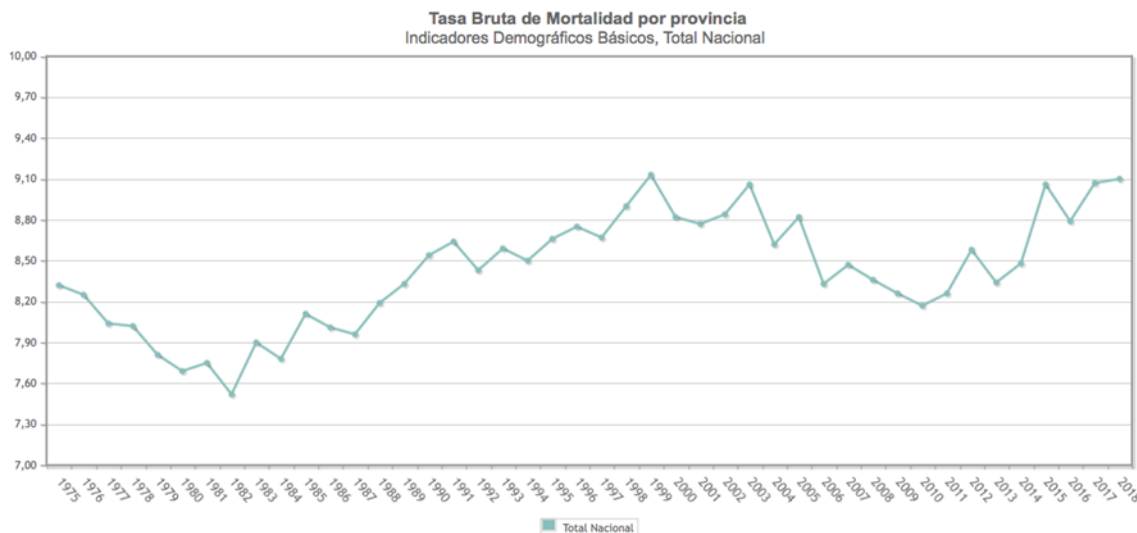
donde:

$D^t$  = Defunciones registradas durante el año t de personas pertenecientes al ámbito de estudio.

$P^t$  = Población residente media en el ámbito de estudio en el año t.

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución de la tasa de mortalidad para el conjunto nacional según los datos suministrados por el INE (Gráfico 1.3.2.1).

Gráfico 1.3.2.1. Tasa Bruta de Mortalidad por provincia

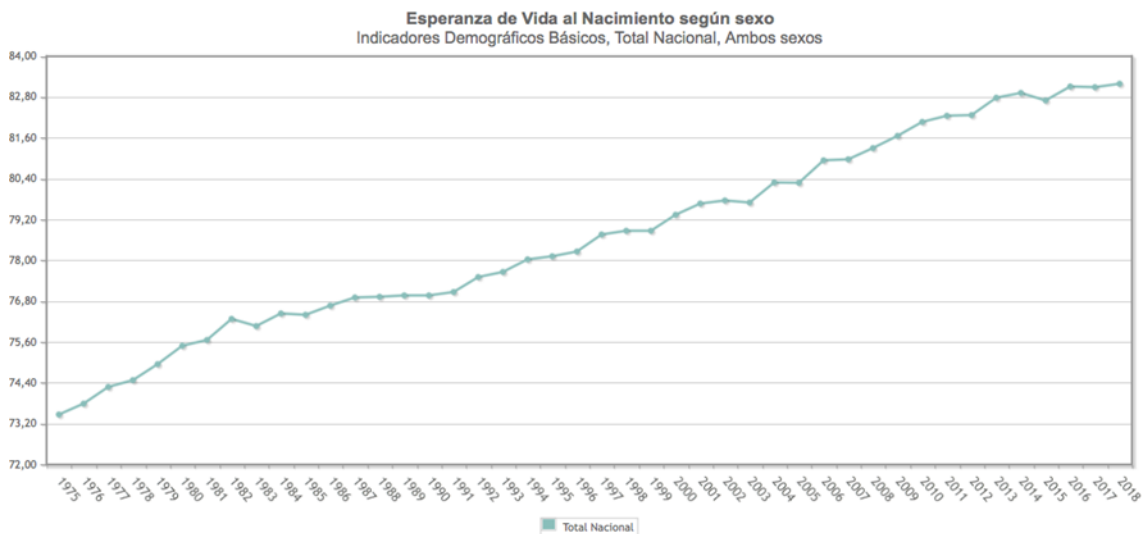


Fuente: INE

A raíz de la progresiva reducción de la tasa de mortalidad, aunque en los últimos años se está produciendo un cierto repunte, ha aumentado la esperanza de vida, que pasó de tener un promedio de unos 77 años en 1991 a tener un promedio de 83 años en 2018, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020). La evolución de este indicador puede ser una clara señal de los hábitos saludables de la población, así como un buen autocuidado.

Además del indicador mortalidad en muchos estudios se tiene en cuenta la esperanza de vida que se define como “*el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una generación sujeta a la mortalidad, en un contexto social determinado*” (Eustat, 2018). Se puede medir a diferentes edades, las más usuales son al nacimiento y a los 65 años. A continuación, se recogen los datos para el caso de España en los Gráficos 1.3.2.2 y 1.3.2.3.

Gráfico 1.3.2.2. Esperanza de vida, ambos sexos, desde el nacimiento

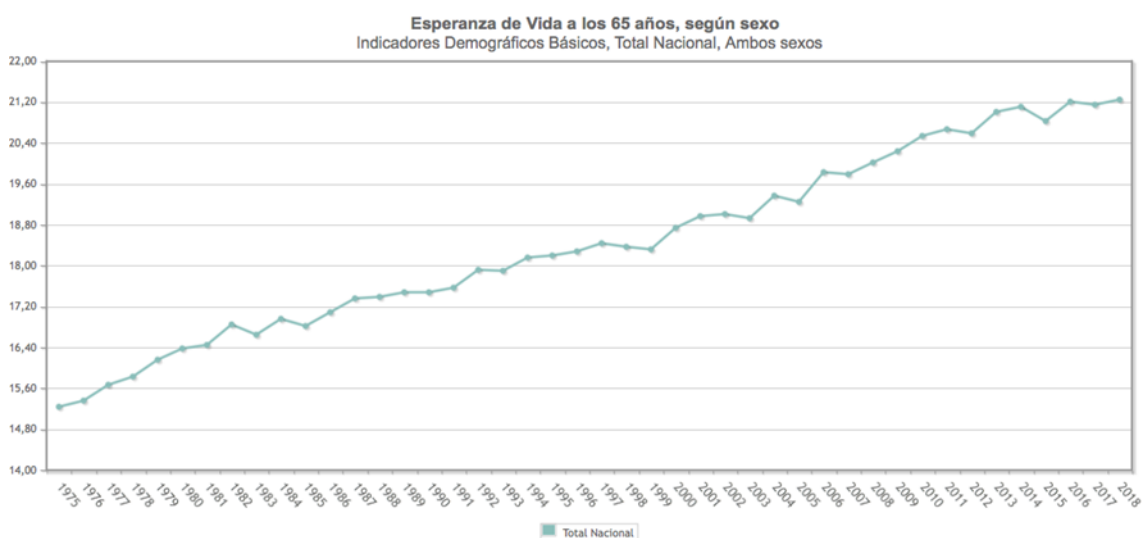


Fuente: INE

La esperanza de vida al nacer en España, entre 1975 y 2018, ha experimentado un crecimiento de aproximadamente un 13'4%, debido al descenso de la mortalidad infantil, la mejora de la medicina, del sistema sanitario, de la educación, entre otros. En la serie se observan ligeros descensos de la esperanza de vida en momentos puntuales como, por ejemplo, la ola de calor que hubo en 2003, los años 2004 y 2005 en los que la esperanza de vida se redujo debido a la gripe, repitiéndose esta causa en 2014 y 2015.

En cuanto a la esperanza de vida a los 65 años en España, tal y como podemos ver en el gráfico 1.3.2.3 en el año 2018 fue de 21,3 años. Aunque tuvo un crecimiento positivo, no fue tan notable como la evolución de la esperanza de vida al nacer, aunque, a partir del 2002, ambas gráficas presentan un patrón muy similar. Si comparamos nuestras cifras en el entorno de la Unión Europea (UE) “España es el país con una menor tasa de mortalidad de toda la UE, superando a países como Francia, Suecia o Luxemburgo” (SEMFYC, 2019).

Gráfico 1.3.2.3. Esperanza de vida, ambos sexos, a los 65



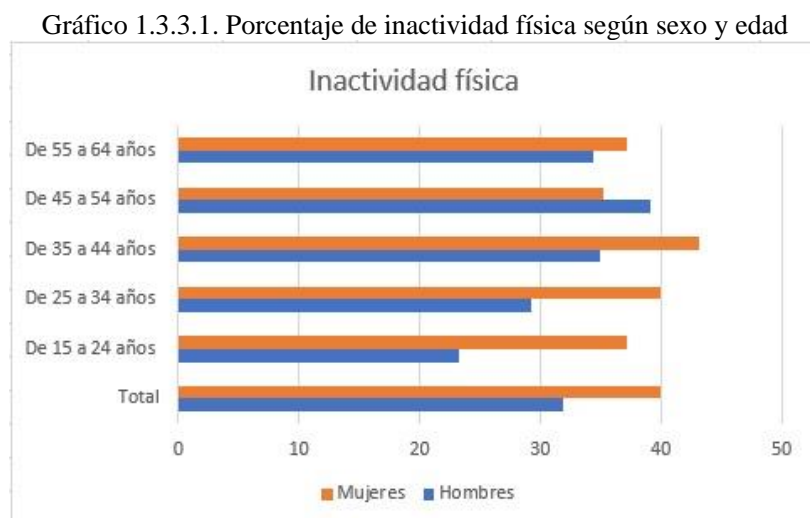
Fuente: INE

Tras analizar el bloque de indicadores relacionados con la mortalidad vamos a estudiar los factores de riesgo comportamentales.

### 1.3.3. Factores de riesgo comportamentales

Los cambios que se produjeron en los últimos tiempos, en los patrones demográficos y epidemiológicos de la población en muchos países, aumentaron la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Entre los determinantes de estas enfermedades existe un conjunto de **factores de riesgo comportamentales** (relacionados con modos de vida que son susceptibles de modificación) como la inactividad física, el tabaquismo, el uso nocivo de alcohol y el consumo regular de frutas y verduras (Rangel et al., 2017):

- La **tasa de inactividad física** es “*el número de personas entre 15 y 69 años de edad insuficientemente activas, dividido por el número de personas entrevistadas entre 15 y 69 años de edad, todo ello multiplicado por 100*” (OPS, 2018).  
En el siguiente gráfico se describe la inactividad física según sexo y edad en el año 2017 según en el Instituto Nacional de Estadística.



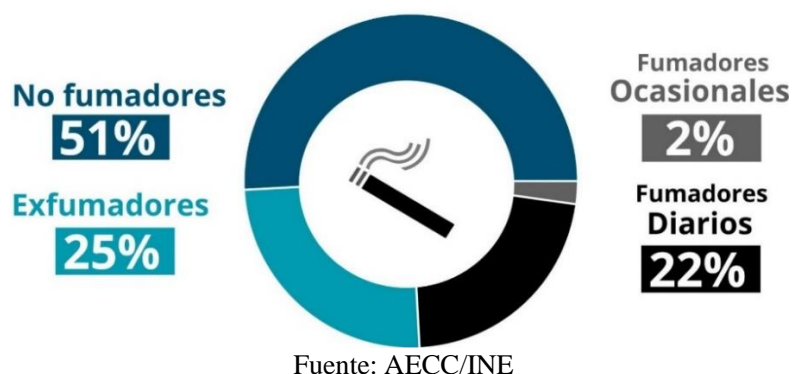
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. INE 2017

En rasgos generales, vemos que un 40% de las mujeres frente a un 31'9% de los hombres se declaran sedentarios, es decir, no realizan una actividad física. El porcentaje más alto de mujeres y hombres sedentarios se da entre los 55 y los 64 años, siendo el porcentaje de los hombres un 34'4% y el de las mujeres un 37'2%.

- La **tasa de prevalencia de adultos fumadores** es “*el número de personas adultas (18 o más edad) fumadoras, dividido por el número de personas adultas que pueden ser residentes o entrevistadas, todo ello multiplicado por 100*” (OPS, 2018).

En la siguiente figura 1.3.3.1 se muestra el porcentaje de la población entrevistada que consume tabaco en España.

Figura 1.3.3.1. Consumo de tabaco en España



A través de la Encuesta Nacional de Salud 2017, el 2% de la población se consideran fumadores ocasionales, el 22% afirma fumar a diario, y un 25% se declara exfumador. Un dato relevante es que más de la mitad de la población se declara no fumador (Europa Press, 2019).

El gráfico 1.3.3.2 descrito a continuación, muestra el porcentaje de adultos fumadores a diario medido por edad y sexo.

Gráfico 1.3.3.2. Porcentaje de fumadores a diario medido por edad y sexo

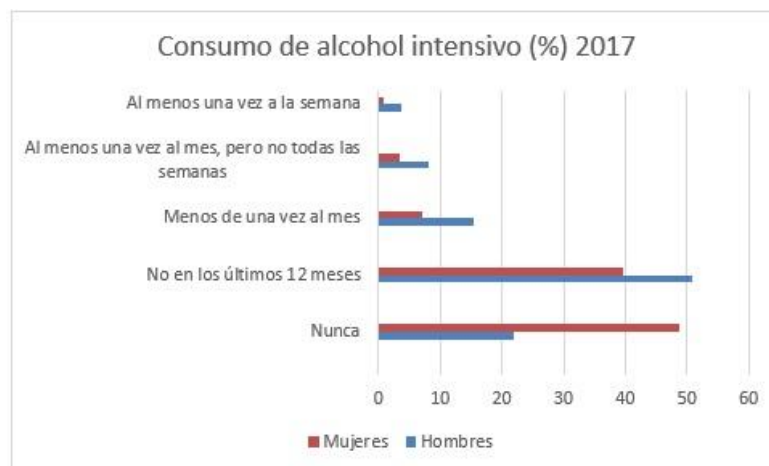


El porcentaje mayoritario en cualquier rango de edad corresponde a los hombres, teniendo sus mayores porcentajes entre los 25 y 44 años, mostrando un descenso notable a partir de los 75 años, siendo el tabaquismo un claro factor de riesgo.

- La **tasa de consumo excesivo de alcohol** es “el número de personas de 15 o más años de edad con un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, dividido por el número de personas de 15 o más años de edad, todo ello multiplicado por 100” (OPS, 2018).

En el siguiente gráfico 1.3.3.3, se muestra la frecuencia en porcentaje del consumo de alcohol intensivo recogido en el último año, tanto en hombres como en mujeres, normalmente estos datos son recogidos mensualmente.

Gráfico 1.3.3.3. Porcentaje de consumo de alcohol intensivo en los últimos doce meses



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. INE.

La Encuesta Nacional de Salud se realizó a personas de más de 15 años, donde un 21,9% de hombres dice no haber bebido nunca, frente a un 48,7% de mujeres. Un 50,9% dice no haber bebido en los últimos 12 meses en el caso de los hombres, mientras que las mujeres solo a un 39,7% dice no haberlo hecho. Cuando se les preguntó por el consumo de menos de una vez al mes, se obtuvo un 15,5% de los hombres frente a un 7,2% de las mujeres. Un 8,1% de los hombres dijo haber consumido al menos una vez al mes, pero no todas las semanas, frente a un 3,5% de las mujeres. Con menor porcentaje, encontramos a los consumidores de al menos una vez a la semana, siendo un 3,6% los hombres frente a un 0,9% las mujeres.

#### 1.3.4. Servicios de salud

El último bloque de indicadores se corresponde con **los servicios de salud**, que son “*las prestaciones que brindan asistencia sanitaria*” (OPS, 2018). Estas prestaciones, conllevan un aumento en los gastos debido a tratamientos cada vez más innovadores y al uso de nuevas tecnologías. Algunos de estos indicadores serían, por ejemplo, la razón del número de camas hospitalarias por habitante y el número de médicos.

- La **razón del número de camas hospitalarias por habitante** es medida por “*el número de camas hospitalarias, dividido por el número total de habitantes en un año (ajustado, en general, para la mitad de año) todo ello multiplicado por 1000*” (OPS, 2018).
- El **número de médicos por 1000 habitantes** es medido por “*el ratio de médicos por cada 1000 habitantes, teniendo en España 4,07 médicos según el Informe anual de estadísticas sanitarias 2019 en base a una media de los valores registrados entre 2009 y 2018*” (Recarte, 2019).

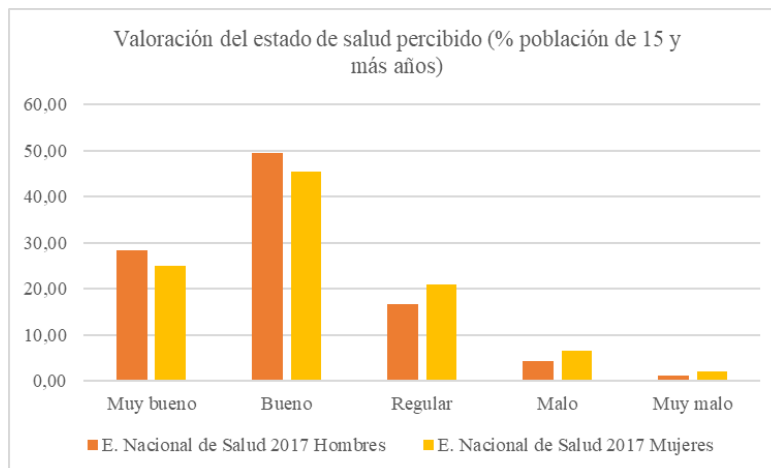
Además de los estimadores citados, surgen otros como, por ejemplo, la salud percibida y la salud mental.

La **salud percibida** hace referencia a la percepción sobre el estado de salud que tiene cada individuo, siendo habitual que hombres y mujeres manifiesten diferencias en este aspecto. Tradicionalmente, aunque las mujeres viven más que los hombres (mayor esperanza de vida), lo hacen en peores condiciones. Este hecho queda reflejado en el

gráfico 1.3.2.3, para el caso de España, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

En el siguiente gráfico 1.3.4.1, se muestran los resultados obtenidos en porcentaje de la valoración del estado de salud percibido a la población de 15 y más años entrevistada.

Gráfico 1.3.4.1. Valoración del estado de salud percibido. Población de 15 y más años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que un 28'38% de los hombres declaran tener una "muy buena" salud, frente a un 24'97% de las mujeres. Una "buena" salud es reflejada en un 49'37% en los hombres y un 45'46% en las mujeres. Tener una "regular" salud se corresponde con un 21'02% en mujeres y un 16'60% en hombres. Un 4'40% de los hombres considera tener una "mala" salud frente a un 6'53% en las mujeres. Los porcentajes más pequeños se corresponden con una "muy mala" salud correspondiendo un 1'25% en hombres y un 2'02% en mujeres.

La **salud mental**, hace referencia a los problemas psiquiátricos que se dan en la población que afectan a nuestro bienestar social, psicológico, entre otros. Los problemas de salud mental implican grandes cargas familiares, a su vez que una mayor utilización de los servicios sanitarios en busca de desarrollar habilidades para enfrentarse a los problemas del día a día, comunicarse de una manera adecuada y encontrar el lado positivo de manera global (MedlinePlus, 2019). *"La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales"* (OMS, 2014).

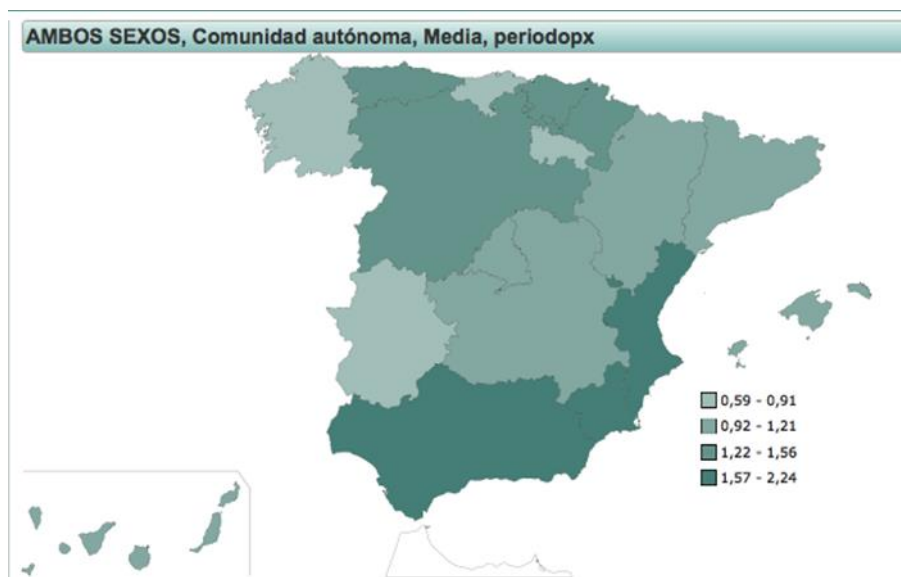
*"El riesgo de mala salud mental en la población adulta se valora mediante el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12<sup>3</sup>, que permite detectar la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico. No es un*

<sup>3</sup> El cuestionario está formado por doce ítems, seis de ellos son sentencias positivas y los otros seis son sentencias negativas. En todos los estudios de validación se calculan los indicadores psicométricos del GHQ-12. Se administran los cuestionarios a los individuos, seleccionados previamente, para identificar los posibles problemas de salud que estos puedan tener. A través de los cuestionarios se dará respuesta a los ítems previamente agrupados en "bienestar psicológico" y "malestar psicológico". Una vez se recojan dichos resultados, se asociarán con la puntuación según determina el sistema de calificación, de 0 a 12 puntos, de mejor a peor salud respectivamente.

*instrumento adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos” (INE, 2017).*

El siguiente mapa recoge la salud mental medida a nivel de las CCAA en España, los valores de la variable “salud mental en población adulta” oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental, donde el punto de corte en España es de 2-3 puntos, haciendo que de 0 a 3 sean individuos que denotan una “buena salud mental” y el resto, todo lo contrario (Rajmil et al., 1998).

Mapa 1.3.4.1. Salud mental en población adulta según sexo y Comunidad Autónoma. Media



Fuente: INE (2019)

Las Comunidades Autónomas más afectadas en cuanto a peor nivel de salud mental en población adulta son Andalucía, Murcia y la Comunidad Valenciana. En contraposición, Galicia, Extremadura, Cantabria y La Rioja son las que mejor nivel de salud mental tienen. Estas diferencias podrían deberse a la falta de inversión en políticas sanitarias para hacer frente a enfermedades mentales como, por ejemplo, la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el alzhéimer, entre otros.

A modo de conclusión, los indicadores de salud te permiten ver la situación del desarrollo de un país en cuanto a su sistema sanitario, observar si existen deficiencias y, además, detectar grupos que tienen necesidades en cuanto a la atención de la salud de la población. También, nos ofrece una diferenciación de datos en cuanto a género, edad, geografía, cultura entre las diferentes poblaciones. Una de las clases sociales más perjudicadas en cuanto a la salud son las personas mayores, por lo que en el siguiente capítulo haremos un análisis centrado en este colectivo.

## **CAPÍTULO 2**

*Salud y envejecimiento*



## 2. SALUD Y ENVEJECIMIENTO

Dado que el objetivo de este trabajo es analizar aquellos factores que determinan la salud de nuestros mayores, nos ha parecido interesante revisar algunos de los conceptos ligados a la salud en esta etapa de la vida y ver su situación en nuestro país.

En el primer epígrafe, se hará una revisión de los conceptos de salud y envejecimiento; en el segundo, se verá cómo afecta el envejecimiento y las consecuencias que ello conlleva en nuestro país, con una visión hacia la España rural y, por último, en el tercer epígrafe, haremos una revisión de la literatura acerca de accesibilidad sanitaria.

### 2.1. Salud y envejecimiento: Revisión de conceptos

El **envejecimiento** humano es *“un proceso propio, progresivo, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno”* (La Nación, 2018) siendo, desde un punto de vista biológico, según la OMS (OMS, 1996) *“la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte”*. Este concepto, puede ser analizado desde distintos puntos de vista, dependiendo de cómo cada persona quiera entender el ciclo vital, es decir, puede ser un proceso negativo cuando se enfoca al desarrollo de enfermedades crónicas, las cuales se prolongan en el tiempo y dejan un sentimiento perjudicial en el individuo (Rodríguez, 2018) o, por el contrario, tener una mirada más positiva, lo que junto a la propia definición de vejez hace surgir otros conceptos como:

- Mendoza (1995) define la vejez como *“la construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. Es un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas”*.
- El **envejecimiento exitoso** es *“un proceso que contempla tres componentes: baja probabilidad de enfermedad o discapacidad asociada a dicha enfermedad; alta capacidad funcional, tanto física como cognitiva; y compromiso activo con la vida”* (Gómez, 2016).
- El **envejecimiento saludable** es *“el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”* (OPS, 2019). Permite a la gente de avanzada edad mantener hábitos saludables con una vida física, mental y social activa, mejorando su independencia y calidad de vida, posponiendo el deterioro funcional que acompaña el envejecimiento (Colomer, 2008). Este concepto tiene mucha relación con el envejecimiento activo.
- El **envejecimiento activo** fue definido por la OMS (OMS, 2015b) como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*. Además, hace referencia a *“la situación en la que las personas siguen participando en el mercado laboral, así como en otras actividades productivas no remuneradas (como la prestación de atención a familiares y voluntariado) y viven vidas saludables, independientes y seguras a medida que envejecen”* (Fernández et al., 2015).

Dada la diversidad de conceptos relacionados con el envejecimiento, surge otra posible clasificación en relación a la vejez (Colomer, 2008):

- **Vejez normal:** *“implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos asociados a la edad, intrínsecos e inevitables, que ocurren como consecuencia del paso del tiempo”*.
- **Vejez patológica:** *“proceso de aparición de cambios no necesarios del envejecimiento que se producen como consecuencia de enfermedades y discapacidades”*.
- **Vejez activa, satisfactoria, con éxito o competente:** *“cursa en las mejores condiciones posibles con baja posibilidad de enfermar, con alto funcionamiento físico funcional, cognitivo y afectivo y gran compromiso con la sociedad”*.

Otra mirada a la vejez es la que nos ofrece el **envejecimiento demográfico**, siendo *“el aumento del índice de vejez o porcentaje que representan los individuos de 65 y más años sobre el total de la población”* (Chasco & Hernández, 2004).

A modo de conclusión, vemos que la salud tiene un papel muy importante en el envejecimiento debido a que es un proceso inherente a la vida humana, donde se experimentan cambios psicológicos, sociales y físicos. Una buena salud, promueve una mejor calidad de vida y un envejecimiento satisfactorio, donde las personas mayores viven en un entorno social estable y actúan de manera independiente.

### 2.2. El envejecimiento y sus consecuencias, una visión en la España rural

El envejecimiento en la población es uno de los problemas más significativos en nuestro país en los últimos años y, por tanto, es uno de los retos sociales, políticos y económicos a los que nos enfrentamos. En 2012 *“la población mayor de 65 años representa actualmente el 16’9% de la población total, proporción que aumentará paulatinamente hasta llegar al 36’8% en el año 2049, siendo el 18’2% mayores de 75 años y el 11’8% restante mayores de 80 años”* (Abades & Rayón, 2012). Este problema de envejecimiento es un problema generalizado en toda Europa, tal y como podemos consultar en Eurostat (2019), en 2018 casi la quinta parte (19’7 %) de la población de la UE tenía 65 años o más, un aumento de 0’3% con respecto al año anterior. Grecia (21’8%) e Italia (22’6%) fueron los países con mayor porcentaje en relación con la proporción de personas de este colectivo, en contraposición con Irlanda (13’8%) siendo el país con la proporción más baja. Debido al crecimiento a gran velocidad del envejecimiento, se prevé que el porcentaje de personas de más de 80 años se duplique con creces, pasando de un 5’6% en 2018 hasta alcanzar el 14,6 % de la población total en 2100.

En España, se da un claro envejecimiento demográfico debido a que el peso proporcional de las personas mayores sigue creciendo, se produce un descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad, lo que conlleva a una población menos joven y con más supervivientes de más de 65 años (Chasco & Hernández, 2004).

El envejecimiento es considerado normalmente como un “problema social” porque, por una parte, la población solo tiene en cuenta el deterioro físico y mental y no lo concibe como un aumento de la longevidad con sus mejores condiciones de vida. Por otra parte, necesita continuamente de respuestas sociales, es decir, aumenta el gasto en las pensiones, en la sanidad y genera nuevos servicios de atención (González & San Miguel, 2001).

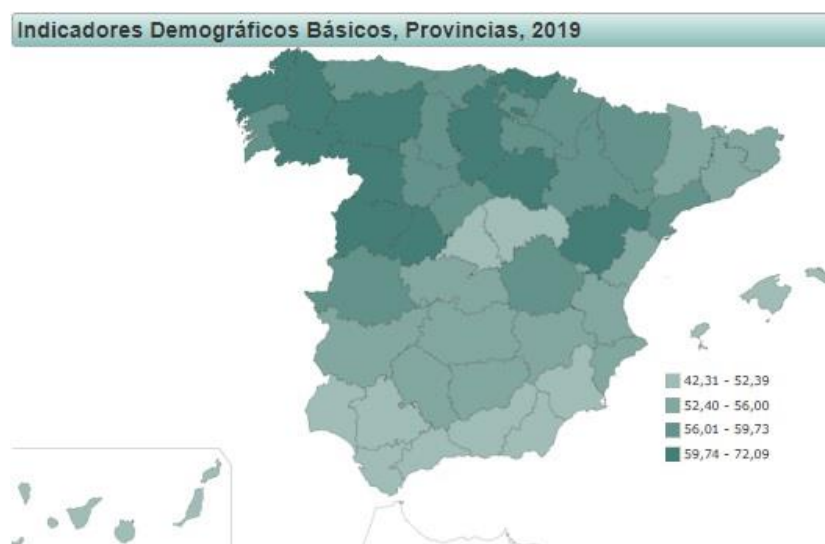
El aumento de los gastos sanitarios se produce debido a que las personas mayores precisan de una mayor atención y demandan un mayor nivel de cuidados. Además, se produce un aumento en el gasto farmacéutico como consecuencia de los tratamientos y enfermedades de este colectivo. Otro de los elementos que aumenta el gasto en este proceso de envejecimiento son las pensiones, donde *“desde algunos sectores se ha dado la voz de alarma ante la imposibilidad de poder pagar las pensiones en una sociedad en la que supuestamente el número de trabajadores podría ser inferior al de beneficiarios”* (Lorenzo, 2001). El retraso de la edad de jubilación ha propiciado que en un país como España, donde los jóvenes comienzan más tardía su etapa profesional, una persona de 65 años no tenga apenas trayectoria laboral y se enfrente a una jubilación con unos ingresos reducidos y en numerosos casos con personas a su cargo. Otro de los problemas asociados a la vejez es que este subgrupo tiene problemas con los gastos del hogar debido a su peor situación económica, donde se prevé según estos autores (Abellán et al., 2019), que *“el mantenimiento de la vivienda donde residen las personas mayores suele ser más alta que en el resto de grupos de edad, con unos ingresos menores”*.

Uno de los servicios más demandado por las personas mayores son los servicios residenciales, ya que integran las diferentes prestaciones sociosanitarias que puede necesitar una persona de edad avanzada, como es el caso de una atención de media o larga estancia, cuidados paliativos, atención de día, destacando también los centros de día, las personas encargadas para cuidarlos, entre otros (Lorenzo, 2001).

El cuidado solicitado por parte de las personas mayores, normalmente es debido a problemas como la discapacidad, que puede surgir conforme se va aumentando en edad, haciendo que este colectivo dependa de terceras personas (Abades & Rayón, 2012).

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución territorial del **índice de dependencia**, recogido en el mapa 2.2,1, que se define como *“la proporción de personas dependientes (personas menores de 16 años o mayores de 64) sobre la población en edad de trabajar (entre 16 y 64 años)”* (INE, 2018b).

Mapa 2.2.1. Índice de dependencia en porcentaje



Fuente: INE (2019)

Las provincias con mayor índice de dependencia coinciden con las de mayor índice de envejecimiento, ya que el colectivo de personas mayores pertenece a la población potencialmente inactiva, no encontrándose en edad de trabajar. Esta dependencia se evidencia en un aumento en la demanda de cuidados profesionales, donde los grupos de

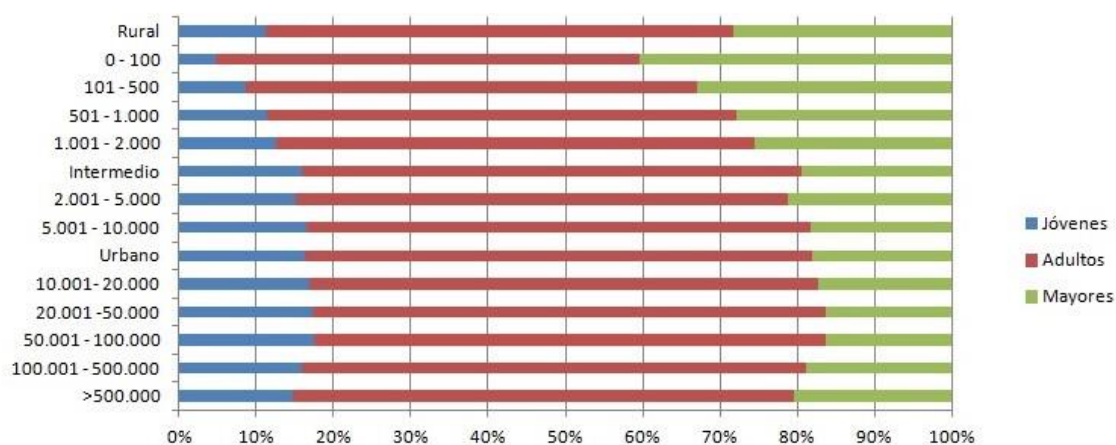
## CAPÍTULO 2

más de 65 años solicitan este servicio debido a que están solos en sus viviendas y sus familiares, normalmente, no pueden atender estas necesidades. El incremento de la esperanza de vida trae consigo un aumento en la prevalencia de enfermedades, haciendo más notoria esta dependencia a causa de la pérdida de autonomía funcional (Abades & Rayón, 2012).

Otro de los efectos del envejecimiento viene interconectado con el término de “La España vacía”, surgió para referirse a los territorios despoblados, es decir, a los movimientos migratorios que se dieron de las zonas rurales (municipios de menos de 10.000 habitantes) hasta las grandes ciudades y con ello la disminución de la tasa de natalidad, movidos por una revolución económica, ambiental y social.

En el siguiente gráfico y en la siguiente tabla, se muestra un ejemplo de cómo se vio afectada la España rural en el 2017 debido a la despoblación, distinguiendo los diferentes grupos de edad (jóvenes, adultos y mayores) en los municipios de diferentes tamaños.

Gráfico 2.2.1. Población por grupo de edad y tamaño municipal en España



\* Grupos de edad: Jóvenes: Población menor de 16 años. Adultos: e 16 a 64 años. Mayores: 65 y más años.

Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017.

Se observa que, además de producirse una reducción en cuanto a la población joven y adulta, la España rural también se ha visto afectada por el descenso de las personas mayores, debido a menos nacimientos, más inmigración y más fallecimientos. Tal y como muestra el gráfico 2.2.1, la edad media es elevada y, sobre todo, “es más alta en los municipios más pequeños (de 0 a 100 habitantes), donde el 40% de la población se corresponde con las personas que tienen 65 o más años” (Abellán et al., 2018).

Tabla 2.2.1. Proporción por grupo de edad y tamaño municipal. España 2017. Ambos sexos

Tamaño municipal de la población (habitantes)	Número de municipios	Grupos de edad *						
		Valores absolutos y % horizontales						
		Total población	Jóvenes		Adultos		Mayores	
<b>TOTAL</b>	<b>8.124</b>	<b>46.572.132</b>	<b>7.416.081</b>	<b>15,9</b>	<b>30.391.847</b>	<b>65,3</b>	<b>8.764.204</b>	<b>18,8</b>
<b>Rural</b>	<b>5.868</b>	<b>2.728.017</b>	<b>303.670</b>	<b>11,1</b>	<b>1.651.098</b>	<b>60,5</b>	<b>773.249</b>	<b>28,3</b>
0 - 100	1.319	74.739	3.533	4,7	41.009	54,9	30.197	40,4
101 - 500	2.653	665.322	57.979	8,7	387.673	58,3	219.670	33,0
501 - 1.000	1.007	724.667	82.735	11,4	440.148	60,7	201.784	27,8
1.001 - 2.000	889	1.263.289	159.423	12,6	782.268	61,9	321.598	25,5
<b>Intermedio</b>	<b>1.506</b>	<b>6.873.385</b>	<b>1.091.686</b>	<b>15,9</b>	<b>4.440.346</b>	<b>64,6</b>	<b>1.341.353</b>	<b>19,5</b>
2.001 - 5.000	957	3.017.483	454.395	15,1	1.925.897	63,8	637.191	21,1
5.001 - 10.000	549	3.855.902	637.291	16,5	2.514.449	65,2	704.162	18,3
<b>Urbano</b>	<b>750</b>	<b>36.970.730</b>	<b>6.020.725</b>	<b>16,3</b>	<b>24.300.403</b>	<b>65,7</b>	<b>6.649.602</b>	<b>18,0</b>
10.001 - 20.000	348	4.926.456	835.712	17,0	3.237.214	65,7	853.530	17,3
20.001 - 50.000	257	7.584.424	1.309.592	17,3	5.041.696	66,5	1.233.136	16,3
50.001 - 100.000	83	5.960.153	1.035.789	17,4	3.953.374	66,3	970.990	16,3
100.001 - 500.000	56	10.984.725	1.737.352	15,8	7.182.498	65,4	2.064.875	18,8
>500.000	6	7.514.972	1.102.280	14,7	4.885.621	65,0	1.527.071	20,3

\* Grupos de edad:

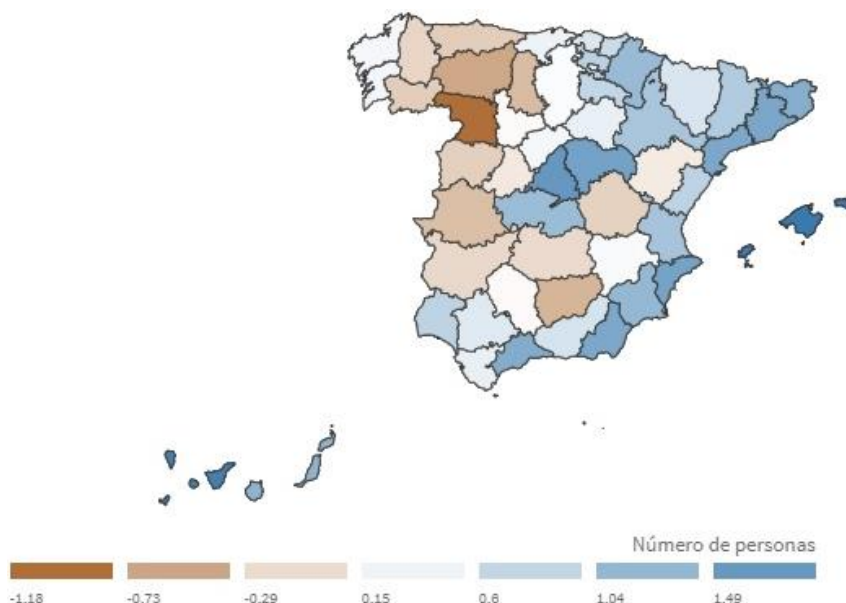
Jóvenes: Población menor de 16 años. Adultos: Población de 16 a 64 años. Mayores: Población de 65 y más años.

Fuente: INE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Datos por municipios. Consulta en enero 2018.

- Los municipios más pequeños (menos de 2.000 habitantes) fueron vinculados a la ruralidad, es decir, a la aparición de municipios deshabitados o escasamente poblados. Se prevé que las personas que aún viven en estos municipios tengan difíciles condiciones de vida por la menor disponibilidad de infraestructuras y equipamientos (Abellán et al., 2018). En estas zonas es donde se da el mayor porcentaje de personas adultas (60'5%) y mayores (28'3%), no solo porque los jóvenes se marchan en búsqueda de oportunidades a las zonas urbanas, si no que no se producen nacimientos, por lo que la población queda cada vez más envejecida, y con ello se eleva el número de fallecimientos y la despoblación.
- Los municipios entre 2.001 y 10.000 habitantes fueron considerados intermedios, es decir, no se consideran rurales ni tampoco llegan a las situaciones urbanas. *“Este agregado se puede asimilar a la España de los pueblos más consolidados, de dedicación esencialmente rural, aunque realizando en ocasiones la función de cabeceras comarcales”* (Zoido & Arroyo, 2003). A la hora de gestiones administrativas puede ser un problema, ya que no tienen las inversiones que se realizan para las grandes ciudades, pero tampoco disponen de tan pocas infraestructuras y equipamientos como las zonas rurales. En estos municipios el mayor porcentaje lo ocupan las personas adultas (64'6%) siendo el porcentaje de los jóvenes y de los mayores muy similar.
- Los municipios de 10.001 y más habitantes se corresponden con la situación urbana. *“A partir del umbral de los 10.000 habitantes, todos los grupos de municipios siguen una evolución claramente diferenciada de los anteriores, pues a lo largo del siglo aumentan su significado poblacional, tanto en términos absolutos como relativos, estableciendo la separación entre lo urbano y lo rural”* (Zoido & Arroyo, 2003). Este grupo sin duda es el que recoge el mayor porcentaje de personas, sin embargo, el envejecimiento es mucho más acentuado en el mundo rural.

El siguiente mapa 2.2.2 recoge el saldo de población por provincias en España, en tonos marrones aquellas provincias que han perdido población frente a aquellas provincias, en tono azul, que son las que han ganado población.

Mapa 2.2.2. Las provincias que perdieron población y las que ganaron entre julio 2018 y 2019

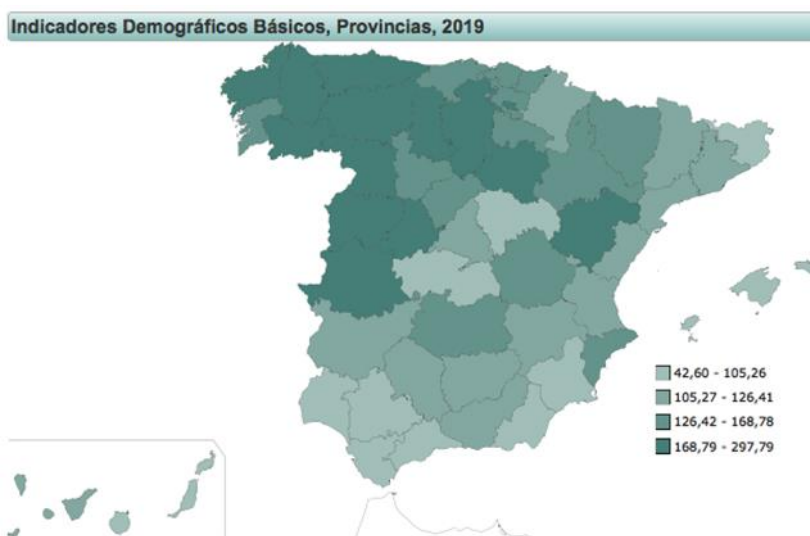


Fuente: Europa Press.

Las provincias más afectadas por el éxodo rural fueron Huesca, Zaragoza, Teruel, Asturias, Zamora, León, Soria, Ávila, Cáceres y Badajoz, en contraposición con Álava, Madrid, Mallorca, Menorca, Cabrera, Ibiza, Formentera, Málaga y Almería, siendo estas últimas las provincias que más han ganado en población en los últimos años. Este movimiento de la población, junto al envejecimiento de la misma, sin duda alguna incide en la salud de la población y en la redistribución de los servicios sanitarios.

El siguiente mapa muestra el **índice de envejecimiento** en porcentaje, definido como “*el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años*” (INE, 2019a), a nivel provincial para España en el año 2019.

Mapa 2.2.3. Índice de Envejecimiento en porcentaje



Fuente: INE (2019)

Como se puede apreciar las zonas con mayor éxodo de población coinciden con las que tienen unas mayores tasas de envejecimiento.

En el ámbito rural estos problemas se ven más agudizados. Tal y como se recoge en el Consejo Económico y Social (CES, 2018), uno de los ámbitos más perjudicados en cuanto a mayor envejecimiento y mayor dificultad en el acceso a los servicios básicos, como la sanidad, educación, banca, es decir, falta de medios de comunicación, es el ámbito rural, siendo, a su vez, la zona más despoblada. La carencia de servicios de salud, en muchas zonas rurales, hace que se tengan que desplazar a los servicios de mayor proximidad, siendo el desplazamiento un problema, ya que no siempre se dispone de transporte público, debido a las dificultades para trazar rutas que permitan conectar a todos los usuarios, teniendo por ello que utilizar el transporte privado, suponiendo esto una limitación y dependencia en muchos casos.

La ausencia de infraestructura sanitaria y de cuidados a la dependencia en estas zonas rurales, resulta clave para explicar la salud de las personas mayores, de ahí el interés de reflexionar sobre las diferencias en el acceso a estos servicios por parte de la población mayor en el ámbito rural en comparación al ámbito urbano.

En el siguiente apartado, haremos la revisión de algunos trabajos que han modelizado los problemas de accesibilidad al sistema sanitario en general y, en concreto, para las personas mayores, y en el siguiente capítulo, haremos un análisis econométrico.

### **2.3 Revisión de literatura sobre accesibilidad sanitaria**

La existencia de una sanidad pública de calidad requiere que se garantice la accesibilidad de la población las prestaciones del sistema sanitario. Un sistema de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015a), “*comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero*”.

Las malas condiciones de los sistemas de salud o la existencia de barreras de cualquier tipo en la utilización del sistema generan problemas de equidad entre la población, además de problemas sanitarios y económicos. Muchas zonas rurales se han visto afectadas por estas insuficiencias en las condiciones de los sistemas de salud, hecho que ha llevado a la despoblación. Es por ello, que las zonas rurales se hayan tenido que enfrentar a diferentes desafíos, tal y como se apunta en la empresa fundada en 1997 “*AlmaNatura*”, con cuatro ejes de intervención: empleo, educación, salud y tecnología, en la que proponen, entre otros, proyectos para transformar la España Rural (Macías, 2016):

- *Proporcionar las mismas condiciones a toda la población por igual, es decir, la búsqueda de la equidad tanto en el ámbito rural como en el ámbito urbano.*
- *Mejorar la accesibilidad de los servicios integrales que conforman el sistema sanitario.*
- *Disminuir los problemas de mortalidad y morbilidad más prevalentes en la población rural.*
- *Reducir el tiempo de espera de los servicios sanitarios.*
- *Acortar las distancias desde cualquier municipio hasta el centro de salud u hospital más cercano.*

Estas premisas junto a otras variables, a tener en cuenta en el análisis de la accesibilidad sanitaria, se han analizado en numerosos estudios que citaremos a continuación.

La consulta médica, la hospitalización, la consulta al dentista, la consulta al ginecólogo, el tiempo invertido en llegar a la consulta del médico, el tiempo de espera en la consulta médica y el tiempo de espera para ingreso hospitalario ordinario, fueron las variables llevadas a cabo en el estudio *“Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97”*. Además, se tuvo en cuenta las características socioeconómicas como el nivel de estudios, la ocupación y la situación laboral del cabeza de familia. Todo el estudio fue llevado a cabo a través de las Encuestas Nacionales de Salud y medido por la razón de porcentajes, calculada mediante regresión binomial. Después de analizar todas las variables y contrastar los datos de las encuestas, se llegó a la conclusión de que

*cuando se compara la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en la segunda mitad de los años noventa con la segunda mitad de los años ochenta en España, se observa que las personas de los estratos socioeconómicos bajos o de menor nivel de estudios continúan presentando una mayor frecuencia de consultas médicas que el resto de los grupos para igual grado de necesidad, pero una menor frecuencia de consultas ginecológicas, posiblemente preventivas, y una menor frecuencia de consultas al dentista; por otro lado, ni en uno ni en otro período se han encontrado diferencias en la frecuencia de hospitalización. Persisten las diferencias en los tiempos de espera para la consulta, según características socioeconómicas, y han desaparecido las diferencias en el tiempo de espera para ingreso hospitalario ordinario (Lostao et al., 2001).*

En referencia al *tiempo de trayecto* de un paciente hasta su centro médico, *“una mayor distancia con el consiguiente mayor tiempo de viaje, puede suponer un retraso en el tratamiento y la discontinuidad en la atención de seguimiento”* (Scoggins et al., 2012) fue la conclusión que se sacó en el estudio de un paciente diagnosticado de cáncer, siendo esto aplicable a cualquier enfermedad o situación vulnerable. La *ubicación geográfica* tiene un papel muy importante en relación con el tiempo de trayecto donde *“el acceso a la atención médica es más difícil para los residentes rurales en territorios geográficamente extensos donde los servicios están muy dispersos, debido a las mayores distancias a los servicios de salud y las opciones limitadas de transporte”* (Smith et al., 2008). Además del tiempo y la ubicación, surge otro problema a tener en cuenta como es el caso de la *limitación de transporte*, donde las personas mayores son las más afectadas debido, por ejemplo, a que en muchos casos se sobrepasa la edad de conducir o no se dispone de automóvil, no hay ruta disponible del transporte público, por lo que tienen que depender de terceras personas para su desplazamiento.

La *asistencia a las consultas médicas* se vio influida por el *nivel socioeconómico* de la población, tal y como analiza Rodríguez en su estudio *“Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria”* sacando la conclusión de que *“la frecuencia en consultas es mayor en provincias con nivel socioeconómico bajo”* (Rodríguez, 1999). En el ámbito rural, los problemas acaecidos con las consultas médicas se deben a los servicios que prestan, en comparación con los del ámbito urbano, donde

*muchos de los centros sanitarios periféricos tienen un horario restringido de consulta (dos horas a la semana, por ejemplo), estando la mayor parte del tiempo cerrados, y la población debe depender de otro centro de referencia con atención durante toda la jornada y también con la dotación limitada de recursos ya que no se pueden atender a procesos urgentes en la mayor parte de las ocasiones, ya que la mayor parte de las pruebas que precisan deben ser realizadas en otros centros por no disponer del aparataje necesario (De Dios, 2006).*



Otros ejemplos de estudios donde se hace referencia al nivel socioeconómico concluyen con que *“las personas con desventajas socioeconómicas muestran resultados más pobres”* (Palència et al., 2013), al igual que *“los grupos de población con peor estado de salud por lo general también se caracterizan por altas tasas de pobreza y niveles de educación más bajos”* (Smith et al., 2008).

En conclusión, el ámbito urbano dispone de mejores accesos al nivel sanitario ya sea por la oferta de servicios, la calidad que estos ofrecen, la capacidad resolutive, las mejores infraestructuras y la disposición de un mayor número de herramientas y equipamientos que el ámbito rural. Estas diferencias denotan una clara falta de equidad, y desembocan en numerosos problemas y deficiencias en los colectivos de avanzada edad. Para ello, en el siguiente capítulo, estudiaremos cómo afectan estas desigualdades en los distintos ámbitos geográficos a partir de unas variables determinadas y haciendo hincapié en este colectivo de personas mayores.

# **CAPÍTULO 3**

*Metodología*

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Descripción de la Encuesta Nacional de Salud

Para nuestro estudio econométrico vamos a emplear la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) que nos ofrece información periódica, sobre la salud de los ciudadanos, el acceso a los servicios sanitarios y el estilo de vida. Esta encuesta es elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El objetivo que se quiere alcanzar es facilitar estimaciones con un grado alto de fiabilidad a nivel nacional, monitorizando la salud de la población residente en España, mediante la selección y el análisis concreto de un conjunto amplio de aspectos de la salud acorde a sus características demográficas, socioeconómicas (nivel de estudios, actividad económica, situación profesional, tipo de ingresos) y por comunidad autónoma.

Su periodicidad es quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta Europea de salud, con la que comparte un grupo de variables armonizadas. El periodo de recogida de la información se extiende a lo largo de un año, desde octubre de 2016 hasta octubre de 2017, con el objetivo de recopilar datos que puedan estar afectados por la estacionalidad.

Los resultados obtenidos en tales cuestionarios son recogidos mediante la entrevista asistida por ordenador (CAPI) o por entrevista telefónica.

El tipo de muestreo utilizado es trietápico estratificado, con las siguientes etapas:

1. Secciones censales, agrupándose en estratos según el tamaño del municipio al que pertenezcan y distribuido entre los cuatro trimestres de forma homogénea (2500 unidades censales).
2. Viviendas familiares principales, se seleccionaron 37500, mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. De la muestra inicial de 37.500 viviendas seleccionada para la ENSE 2017, se ha obtenido una muestra efectiva de 23.860 hogares
3. Personas encuestables en la vivienda: un adulto (de 15 o más años) elegido al azar y un menor elegido al azar, si lo hubiera

La ENSE 2017, según la información facilitada por el INE (2018a) está diseñada para proporcionar información sobre:

- El estado de salud y la morbilidad percibida de los ciudadanos, su distribución y características.
- El grado de acceso y utilización de los servicios de salud y sus características.
- Los factores determinantes de la salud: los estilos de vida y las características del medio ambiente (físico y social) que pueden suponer riesgo para la salud.
- La relación entre el estado de salud de la población, el uso de los servicios sanitarios y los determinantes individuales, sociodemográficos y territoriales de la salud.

La información que la encuesta recoge se centra en tres cuestionarios: de hogar, de adulto y de menores. Los cuestionarios constan a su vez de cuatro grandes bloques como el sociodemográfico (sexo, rango de edad, ingresos, etc.), el estado de salud (salud mental, dolor, limitaciones para las actividades diarias, etcétera), la asistencia sanitaria (acceso y

utilización de los servicios sanitarios) y los determinantes de la salud (características físicas, apoyo social, actividad física).

En nuestro estudio la principal base de datos utilizada va a ser el Cuestionario de Adultos, ya que nuestro objetivo es analizar la accesibilidad de los mayores al sistema sanitario y las diferencias entre zona rural y urbana. Sin embargo, también se van a utilizar algunos datos que solo están disponibles en el Cuestionario de Hogar. Ambos cuestionarios se han fusionado utilizando la variable "Identificación del hogar" como dato común para identificar cada individuo.

En el siguiente epígrafe se hará una descripción de la muestra y una selección de las variables que serán objeto de estudio en este trabajo, y a partir de ahí, se formulará un modelo econométrico para el análisis de dichas variables.

### 3.2. Descripción de la muestra y selección de variables

En este trabajo vamos a realizar un estudio empírico sobre el uso de los servicios sanitarios por parte de las personas mayores (individuos de 65 o más años) a partir de los datos de la ENSE 2017. Se ha optado por trabajar con este subgrupo de población debido al interés de analizar las condiciones con las que cuentan en relación al acceso al sistema sanitario (Mateu et al., 2007), las consecuencias que ocasiona el envejecimiento en la población (Bazo, 2005; Lorenzo, 2001) y el “problema social” surgido por el envejecimiento (Abades & Rayón, 2012).

Los datos facilitados por la ENSE 2017 serán analizados con el programa estadístico SPSS, ofreciéndonos una amplia información referida al colectivo de personas mayores. Para ello, se van a estimar modelos de regresión logística binaria con el fin de analizar el acceso de los mayores al sistema sanitario y sus determinantes.

Contamos con un total de 7.023 individuos de 65 o más años, entre los cuales 2.850 son hombres, es decir, un 40'6% del total de la población, y 4.173 son mujeres, siendo estas un 59'4%. Desglosando estos individuos por su residencia en las distintas Comunidades Autónomas, vemos que el mayor porcentaje se encuentra en Andalucía, siendo este un 11'4% del total de la población, seguido de Cataluña con un 10'4%, Madrid 8'6% o la Comunidad Valenciana con un 7'7%. Los porcentajes más pequeños se encuentran en Melilla con un 0'8% o Ceuta con un 0'6%. Todos estos datos pueden verse en las siguientes tablas (Tabla 3.2.1 y Tabla 3.2.2).

Tabla 3.2.1. Distribución de frecuencias según el sexo de los individuos seleccionados

Identificación del adulto seleccionado: Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	2850	40,6	40,6	40,6
	Mujer	4173	59,4	59,4	100,0
	Total	7023	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

Tabla 3.2.2. Distribución de frecuencias según la Comunidad Autónoma de residencia

		Comunidad Autónoma de residencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Andalucía	801	11,4	11,4	11,4
	Aragón	341	4,9	4,9	16,3
	Asturias, Principado de	307	4,4	4,4	20,6
	Baleares, Illes	253	3,6	3,6	24,2
	Canarias	269	3,8	3,8	28,1
	Cantabria	315	4,5	4,5	32,6
	Castilla y León	449	6,4	6,4	38,9
	Castilla - La Mancha	357	5,1	5,1	44,0
	Cataluña	731	10,4	10,4	54,4
	Comunitat Valenciana	542	7,7	7,7	62,2
	Extremadura	325	4,6	4,6	66,8
	Galicia	463	6,6	6,6	73,4
	Madrid, Comunidad de	602	8,6	8,6	81,9
	Murcia, Región de	273	3,9	3,9	85,8
	Navarra, Comunidad Foral de	246	3,5	3,5	89,3
	País Vasco	449	6,4	6,4	95,7
	Rioja, La	200	2,8	2,8	98,6
	Ceuta	43	,6	,6	99,2
	Melilla	57	,8	,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>7023</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

El estudio de las desigualdades en salud en la población mayor en España se ha llevado a cabo eligiendo aquellas variables relevantes en la explicación de la accesibilidad al sistema sanitario. Como variables dependientes hemos elegido aquellas que hacen referencia al *acceso*, y utilización, a las *prestaciones del sistema sanitario* por parte de los colectivos de personas mayores (65 o más años), que son objeto de estudio en este trabajo. Estas variables son:

- *Visita al médico en las últimas cuatro semanas*: si ha asistido a su médico de medicina general en las últimas cuatro semanas, ya sea por una dolencia, enfermedad, entre otros.
- *Visita a un especialista en las últimas cuatro semanas*: si el individuo ha necesitado acudir a servicios de especialistas concretos, como puede ser ir al dentista, ir al ginecólogo, entre otros, en las últimas semanas.
- *Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses*: si los individuos entrevistados han estado ingresados en el último año, sin tener en cuenta el motivo que los hubiera llevado a ello.
- *Utilización de servicios de urgencias en los últimos 12 meses*: se le preguntará al individuo si ha tenido que hacer uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses.

A continuación, se explican los valores que adoptan estas variables dependientes:

- *Visita al médico en las últimas cuatro semanas*: 0= no, 1= sí
- *Visita a los especialistas en las últimas cuatro semanas*: 0= no, 1= sí
- *Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses*: 0= no, 1= sí
- *Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses*: 0= no, 1= sí

## METODOLOGÍA

Para explicar estas variables contaremos con otras variables, denominadas variables independientes, como:

- *Edad*: variable escala cuantitativa.
- *Género*: variable que mostrará el sexo del individuo entrevistado, ya sea hombre o mujer.
- *Estado civil*: variable entendida teniendo en cuenta si la persona a la que se le realiza la entrevista vive sola o por el contrario vive en pareja, y no será entendida como si está casada, soltera o viuda.
- *Clase social*: variable en función de la ocupación de los individuos entrevistados, ya sea la que desempeñan actualmente o la que ejercieron en el pasado. Para ello dispondremos de 6 clases de ocupaciones recodificadas en 3 categorías.
- *Nivel de educación*: variable que mostrará el nivel de educación más alto que ha terminado el individuo hasta el momento de la entrevista.
- *Ingreso mensual neto*: variable centrada en el nivel de renta del hogar, medido por intervalos, después de la aplicación de impuestos, créditos u otras deducciones.
- *Lugar de residencia*<sup>4</sup>: se analizará si la persona entrevistada pertenece al ámbito rural o al ámbito urbano en el momento del censo, lugar donde previamente ha estado y tiene la intención de permanecer por un periodo largo de tiempo.
- *Tiempo desde que se pide una cita hasta que se acude a ella*: se tendrá en cuenta el tiempo desde que un individuo pide tener una cita con su médico hasta que el centro le proporciona la fecha y el paciente acude a ella en horas. Generada a partir del fichero.
- *Consumo de alcohol*: se analizará el consumo medio semanal de alcohol medido en gramos, haciendo la equivalencia entre los gramos que contiene la bebida ingerida con la cantidad de copas consumidas.
- *Fumar*: se tendrán en cuenta las personas que fuman o han fumado anteriormente y las que nunca han fumado.
- *Enfermedad crónica*: se distingue entre las personas que denotan tener una enfermedad crónica o de larga duración, y aquellas que no.
- *Estado de salud percibido*: se tendrá en cuenta la autopercepción de la salud de cada individuo, distinguiendo entre las personas que dicen tener una salud “muy buena” o “buena”, y los que tienen una salud “regular”, “mala” o “muy mala”.

Los valores que adoptarán estas variables independientes son los siguientes:

- *Género*: 0= hombre, 1= mujer
- *Estado civil*: 0= no, 1= sí
- *Clase social*: 1= directores, 2= ocupaciones intermedias, trabajadores por cuenta propia o supervisores, 3= trabajadores sí/no cualificados
- *Nivel de educación*: 1= menos de primaria, 2= primaria, 3= secundaria, 4= estudios universitarios
- *Ingreso mensual neto*: 1= Menos de 1050 euros, 2= Entre 1050 y 1800 euros, 3= De 1800 a 3600 euros, 4= Más de 3600 euros.
- *Lugar de residencia*: 0=urbano, 1= rural
- *Fumador*: 0= no, 1= sí
- *Enfermedad crónica*: 0= no, 1= sí
- *Estado de salud percibido*: 0= regular, mala o muy mala, 1= buena o muy buena

---

<sup>4</sup> Según la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), consideramos ámbito rural a los municipios que tienen menos de 10.000 habitantes, más de 10.000 pertenecerían al ámbito urbano.

### 3.3. Modelo logit bivariantes

El modelo logit bivariante se usa para las variables de respuesta binaria, es decir, variables que toman únicamente como valor el 0 y el 1, siendo esta la principal ventaja sobre el modelo de probabilidad lineal, donde este podía tener valores probabilísticos próximos a 0 y 1 indistintamente, mostrando la baja o alta responsabilidad de ocurrencia. Como desventaja hay que destacar que el modelo logit es más difícil de interpretar.

Partiendo de un modelo de respuesta binaria, tal y como:

$$P(y = 1|x) = P(y = 1|x_1, x_2, \dots, x_k),$$

donde:

$x$  = conjunto total de variables explicativas

llegamos a una ecuación que evita las limitaciones del modelo de probabilidad lineal, considerando la clase de modelos de respuesta binaria de esta forma:

$$P(y = 1|x) = G(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k) = G(\beta_0 + x\beta),$$

donde:

$G$  = función que asume valores estrictamente entre 0 y 1,  $0 < G(z) < 1$ , para todos los números reales “ $z$ ” escrito en la ecuación como “ $x\beta$ ”.

En el modelo logit,  $G$  es la función logística:

$$G(z) = \frac{\exp(z)}{1 + \exp(z)}$$

Esta elección de “ $G$ ” asegura que esté estrictamente entre cero y uno para todos los valores de los parámetros, además de ser una función creciente.

La estimación de los parámetros se obtiene mediante el método de máxima verosimilitud (MV), siendo este el estimador de los modelos de variables dependientes limitadas, ya que es insesgado, eficiente y se distribuye normalmente.

Para obtener el estimador de máxima verosimilitud, condicional sobre las variables explicativas, para una muestra de  $n$  observaciones aleatorias, se necesita la densidad de  $y$ , dada  $x_i$ . Se escribe esta ecuación como:

$$f(y|x_i; \beta) = [G(x_i\beta)]^y [1 - G(x_i\beta)]^{1-y}, y = 0,1,$$

donde,  $y = 1$  se obtiene  $G(x_i\beta)$  y cuando  $y = 0$ , se obtiene  $1 - G(x_i\beta)$ . Con la función logarítmica, aplicando la observación “ $i$ ” en los parámetros y datos  $(x_i, y_i)$  se obtiene:

$$l_i(\beta) = y_i \log[G(x_i\beta)] + (1 - y_i) \log[1 - G(x_i\beta)],$$

En el siguiente epígrafe se mostrarán los resultados econométricos obtenidos a raíz de todos los datos y variables elegidas, especificadas en los anteriores apartados.

### **3.4. Estimación de los modelos econométricos y principales resultados**

Previamente a la estimación de los modelos, se han estimado una serie de tablas de contingencia que relacionan las variables dependientes como la asistencia a la consulta de medicina general, la asistencia a un especialista, el ingreso hospitalario y la utilización de los servicios de urgencias en función de ciertas variables explicativas de tipo categórico como el género, rural, etcétera. Se recogen tanto los porcentajes filas como los porcentajes columnas en las Tablas 3.4.1 y 3.4.2.



Tabla 3.4.1. Distribución de frecuencias por porcentaje columna a partir de cuatro variables dependientes para personas mayores de 65 años

	Has visitado al médico las últimas semanas		Ha visitado al especialista las últimas cuatro semanas		Ingreso Hospital últimos 12 meses		Utilización servicios de urgencias en los últimos 12 meses	
	No % de N columnas	Sí % de N columnas	No % de N columnas	Sí % de N columnas	No % de N columnas	Sí % de N columnas	No % de N columnas	Sí % de N columnas
Sexo								
Hombre	59,6%	59,3%	59,9%	58,9%	60,0%	56,3%	57,6%	63,5%
Mujer	40,4%	40,7%	40,1%	41,2%	40,0%	43,7%	42,4%	36,5%
Clase social								
Directores	14,1%	13,5%	13,6%	14,0%	13,9%	13,1%	14,7%	11,9%
Ocupaciones intermedias o Supervisores	35,1%	33,2%	34,6%	33,7%	34,4%	32,5%	34,8%	32,7%
Trabajadores si/no cualificados	50,8%	53,3%	51,8%	52,3%	51,6%	54,4%	50,5%	55,4%
Menos de 10.000 habitantes	74,1%	72,7%	73,2%	73,7%	73,3%	74,2%	72,0%	76,5%
Rural	25,9%	27,3%	26,8%	26,3%	26,7%	25,8%	28,0%	23,5%
Nivel Educación								
Menos de Primaria	28,1%	32,9%	30,3%	30,6%	29,9%	33,7%	27,4%	37,1%
Primaria	37,7%	36,8%	38,6%	35,5%	37,4%	36,1%	37,9%	35,7%
Secundaria	25,3%	21,3%	22,2%	24,8%	23,5%	22,1%	24,9%	19,9%
Estudios Universitarios	9,0%	9,1%	9,0%	9,2%	9,2%	8,1%	9,9%	7,2%
Salud percibida dicotómica								
Regular mala o muy mala	49,8%	59,7%	59,9%	48,1%	50,3%	79,6%	45,9%	73,8%
Buena o muy buena	50,2%	40,3%	40,1%	51,9%	49,7%	20,4%	54,1%	26,2%
Enfermedad crónica dicotómica								
No	8,1%	6,9%	4,8%	10,9%	8,5%	1,9%	9,7%	2,8%
Sí	91,9%	93,1%	95,2%	89,1%	91,5%	98,1%	90,3%	97,2%
Fuma o ha fumado								
No	62,8%	62,4%	63,2%	62,0%	63,1%	59,7%	61,8%	64,4%
Fuma o ha fumado	37,2%	37,6%	36,8%	38,0%	36,9%	40,3%	38,2%	35,6%
Si vive con pareja								
No	50,3%	50,6%	50,5%	50,3%	50,3%	50,8%	49,0%	53,4%
Sí	49,7%	49,4%	49,5%	49,7%	49,7%	49,2%	51,0%	46,6%
Ingreso mensual neto								
Menos de 1050 euros	48,6%	53,3%	52,0%	49,6%	50,7%	52,1%	49,5%	53,9%
Entre 1050 y 1800 euros	32,0%	29,3%	30,5%	30,9%	30,9%	29,5%	30,9%	30,2%
De 1800 a 3600 euros	17,4%	15,2%	15,4%	17,4%	16,2%	16,8%	17,3%	14,3%
Más de 3600 euros	2,0%	2,2%	2,1%	2,1%	2,2%	1,6%	2,4%	1,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

Tabla 3.4.2. Distribución de frecuencias por porcentaje fila a partir de cuatro variables dependientes para personas mayores de 65 años

	Ha visitado al médico las últimas semanas		Ha visitado al especialista las últimas cuatro semanas		Ingreso Hospital últimos 12 meses		Utilización servicios de urgencias en los últimos 12 meses		
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	
Sexo	Hombre	51,1%	48,9%	55,6%	44,4%	86,1%	13,9%	66,6%	33,4%
	Mujer	50,8%	49,2%	54,5%	45,5%	84,2%	15,8%	71,9%	28,1%
Clase social	Directores	52,1%	47,9%	54,4%	45,6%	86,0%	14,0%	73,2%	26,8%
	Ocupaciones intermedias o Supervisores	52,5%	47,5%	55,8%	44,2%	86,0%	14,0%	70,1%	29,9%
	Trabajadores si/no cualificados	49,9%	50,1%	54,9%	45,1%	84,6%	15,4%	66,7%	33,3%
Menos de 10.000 habitantes	>10.000	51,5%	48,5%	55,0%	45,0%	85,2%	14,8%	67,4%	32,6%
	Rural	49,6%	50,4%	55,6%	44,4%	85,8%	14,2%	72,3%	27,7%
Nivel Educación	Menos de Primaria	47,1%	52,9%	55,0%	45,0%	83,8%	16,2%	61,8%	38,2%
	Primaria	51,6%	48,4%	57,2%	42,8%	85,8%	14,2%	70,0%	30,0%
	Secundaria	55,3%	44,7%	52,4%	47,6%	86,1%	13,9%	73,3%	26,7%
	Estudios Universitarios	50,9%	49,1%	54,6%	45,4%	86,8%	13,2%	75,0%	25,0%
Salud percibida dicotómica	Regular mala o muy mala	46,5%	53,5%	60,5%	39,5%	78,6%	21,4%	57,8%	42,2%
	Buena o muy buena	56,5%	43,5%	48,7%	51,3%	93,4%	6,6%	81,9%	18,1%
Enfermedad crónica dicotómica	No	55,0%	45,0%	35,1%	64,9%	96,2%	3,8%	88,4%	11,6%
	Sí	50,7%	49,3%	56,8%	43,2%	84,4%	15,6%	67,1%	32,9%
Fuma o ha fumado	No	51,2%	48,8%	55,7%	44,3%	86,0%	14,0%	67,8%	32,2%
	Fuma o ha fumado	50,7%	49,3%	54,4%	45,6%	84,2%	15,8%	70,2%	29,8%
Si vive con pareja	No	50,9%	49,1%	55,2%	44,8%	85,2%	14,8%	66,8%	33,2%
	Sí	51,2%	48,8%	55,1%	44,9%	85,4%	14,6%	70,6%	29,4%
Ingreso mensual neto	Menos de 1050 euros	48,2%	51,8%	55,6%	44,4%	84,5%	15,5%	65,8%	34,2%
	Entre 1050 y 1800 euros	52,7%	47,3%	54,1%	45,9%	85,5%	14,5%	66,2%	31,8%
	De 1800 a 3600 euros	53,9%	46,1%	51,4%	48,6%	84,4%	15,6%	71,6%	28,4%
	Más de 3600 euros	47,4%	52,6%	55,2%	44,8%	88,8%	11,2%	76,7%	23,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

El porcentaje de los hombres y de las mujeres en el uso de los servicios sanitarios denota pocas diferencias, un 48'9% frente a un 49'2% respectivamente en la asistencia a las consultas de medicina general. Este resultado va en contra a lo que yo pensaba, ya que creía que las mujeres usaban los servicios sanitarios con mayor porcentaje frente a los hombres debido a motivos preventivos tanto en consultas de medicina general como en consultas de especialistas. Según la literatura, las mujeres son las que más acuden a los servicios sanitarios, pero no como pacientes, sino en calidad de acompañantes.

No se aprecian diferencias en los porcentajes de las personas en función de si vivían o no en pareja en cuanto al acceso a la asistencia a la consulta de medicina general, asistencia al especialista, ingreso hospitalario o uso de los servicios de urgencias.

En cuanto a la clase social ocupacional, vemos que las categorías más frecuentes en la asistencia a los diferentes servicios se corresponden con los trabajadores con y sin cualificación, excepto en la asistencia al especialista, siendo los considerados como directores los que más lo frecuentan.

En esta misma línea, si tenemos en cuenta la clase medida por el nivel educativo y la renta, podemos observar que las personas que mayor frecuentan los distintos servicios sanitarios se corresponden con las que menor nivel de educación. Además, los individuos que indicaron un mayor porcentaje en la asistencia a la consulta de medicina general en las últimas semanas se correspondieron con los que tenían un ingreso mensual medio de más de 3600 euros. En la asistencia al especialista en las últimas cuatro semanas o en los ingresos hospitalarios, fueron los individuos con unos ingresos medios de 1800 a 3600 euros. Y en la utilización de los servicios de urgencias, el mayor porcentaje se correspondió con los individuos con unos ingresos medios inferiores a 1050 euros.

En relación con el lugar de residencia, los habitantes pertenecientes al ámbito rural acuden en mayor porcentaje a la consulta de medicina general, un 50'4% frente a un 48'5% que acuden desde el ámbito urbano. El mayor porcentaje de asistencia al especialista, los ingresos hospitalarios o el uso de los servicios de urgencias se corresponde con los habitantes de las zonas urbanas.

En relación con la salud, los individuos que manifestaron tener una salud buena o muy buena indicaron, con un 51'3%, la asistencia al especialista, no siendo frecuentes en la asistencia a la consulta de medicina general ni en los diferentes accesos a los recursos sanitarios. Los individuos que padecen de una enfermedad de larga duración denotaron haber ido a la consulta de medicina general, haber tenido ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses y haber usado los servicios de urgencias en el último año.

Si tenemos en cuenta algunos hábitos poco saludables como es el fumar, el mayor porcentaje de los individuos que hicieron uso de los servicios sanitarios fueron personas que fumaban o habían fumado con anterioridad.

En la tabla mostrada a continuación (Tabla 3.4.3) se analizó la media de las tres variables escala (cuantitativas) del modelo, siendo estas la edad, el consumo medio de alcohol y el tiempo en horas de espera.

Tabla 3.4.3. Media de las variables escala del modelo econométrico

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Identificación del adulto seleccionado: Edad	7023	65	103	76,01	7,572
Variable derivada: Consumo medio diario de alcohol semanal (lunes a domingo)	7023	0	25000	490,22	1026,884
Tiempo en horas desde que se solicita hasta que le dan la cita	3447	,00	73755,00	2999,3415	13291,69588
N válido (por lista)	3447				

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

Como vemos la edad media de la muestra de la población fue de 76 años, el tiempo de espera medio desde que se solicita hasta que le dan la cita es de unos 4 meses, correspondiéndose con 2.999'3415 horas, y el consumo de alcohol medio en gramos fue de unos 490'22 gramos semanales.

El siguiente análisis que se llevó a cabo fue mediante la utilización del modelo de regresión logística binaria, para comprobar el comportamiento de las variables independientes sobre las variables dependientes, siendo un modelo que *“permite cuantificar la importancia de la relación existente entre cada una de las covariables y la variable dependiente, y a su vez, clasificar individuos dentro de las categorías de la variable dependiente, según la probabilidad que tenga de pertenecer a una de ellas dada la presencia de determinadas covariables”* (Berlanga, 2014).

Se analizaron las variables dependientes individualmente para ver qué variables independientes eran o no significativas, siendo significativo cuando la probabilidad (p valor) es menor que 0'05 (contraste de significación), y por lo tanto relevantes para el estudio. Para ello, se utilizó el método introducir del SPSS que mantiene todas las variables sean o no significativas en el modelo.

A continuación, se presentan los resultados de los distintos modelos econométricos para nuestro conjunto de cuatro variables comentadas anteriormente.

### 3.4.1 Asistencia al médico en las últimas cuatro semanas

La primera de las variables es la *“Asistencia al médico en las últimas cuatro semanas”* (Tabla 3.4.1.1).

Tabla 3.4.1.1. Regresión logística binaria en la asistencia a la consulta de medicina general en las últimas cuatro semanas

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup>	Identificación del adulto seleccionado: Edad	,227	,168	1,826	1	,177	1,254
	Edad al cuadrado	-,001	,001	1,539	1	,215	,999
	Variable derivada: Consumo medio de alcohol semanal	,000	,000	,000	1	,987	1,000
	Tiempo en horas desde que se solicita hasta que le dan cita	,000	,000	41,431	1	,000	1,000
	Sexo: Mujer	-,020	,162	,015	1	,903	,980
	Clase social			,857	2	,652	
	Clase social: ocupaciones intermedias o supervisores	,177	,223	,630	1	,427	1,194
	Clase social: trabajadores sí/no cualificados	,215	,234	,845	1	,358	1,240
	Nivel Educación			8,660	3	,034	
	Nivel Educación: Primaria	,002	,172	,000	1	,993	1,002
	Nivel Educación: Secundaria	-,457	,191	5,702	1	,017	,633
	Nivel Educación: Estudios Universitarios	-,215	,294	,539	1	,463	,806
	Menos de 10.000 habitantes: rural	,448	,159	7,920	1	,005	1,566
	Salud percibida dicotómica: buena o muy buena	,052	,137	,143	1	,705	1,053
	Enfermedad crónica dicotómica: si	,312	,294	1,128	1	,288	1,366
	Fuma o ha fumado	-,057	,156	,136	1	,713	,944
	Si vive con pareja	-,199	,145	1,879	1	,170	,819
	Ingreso mensual neto			4,191	3	,242	
	Ingreso mensual neto: entre 1050 y 1800 euros	-,102	,159	,410	1	,522	,903
	Ingreso mensual neto: de 1800 a 3600 euros	-,382	,193	3,921	1	,048	,683
	Ingreso mensual neto: más de 3600 euros	-,376	,381	,977	1	,323	,686
	Constante	-7,391	6,446	1,315	1	,252	,001

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

- El tiempo en horas que pasaba desde que el individuo solicitaba una cita médica hasta que se la daban resultó ser una variable significativa.
- La variable educación en general sí fue significativa, no siendo el mismo caso para las distintas categorías que la componen, exceptuando las personas que tienen estudios secundarios, teniendo estos una probabilidad menor de asistencia a las consultas médicas frente a la categoría de referencia que son los individuos sin estudios (menos estudios que los primarios).
- También resultó significativo la variable rural obteniéndose que aquellos que viven en el ámbito rural, tienen un 56'6% de probabilidad de más de asistir al médico de medicina general frente a los que viven en el ámbito urbano, hecho que se constata en numerosos trabajos citados anteriormente.
- El ingreso mensual neto como variable general no es significativo, pero sí que lo es la categoría de los individuos con unos ingresos de 1800 a 3600 euros teniendo una probabilidad menor de asistencia a las consultas médicas frente a la categoría de referencia, siendo esta los individuos con unos ingresos inferiores a 1050 euros.

De ello concluimos que variables como la educación, la renta, la residencia en la zona rural, resultan significativas en la explicación de la asistencia del individuo al médico de medicina general.

En cuanto a la bondad de modelo en la siguiente tabla (Tabla 3.4.5) se mostrarán los resultados obtenidos en el modelo donde:

- *Logaritmo de la verosimilitud -2*: indica hasta qué punto un modelo se ajusta bien a los datos (desviación). Cuanto más pequeño sea el valor, mejor será el ajuste.
- *R cuadrado de Cox y Snell*: determina la proporción de varianza de la variable dependiente explicada por las variables independientes. Sus valores oscilan entre 0 y 1.
- *R cuadrado de Nagelkerke*: versión corregida de la R cuadrado de Cox y Snell. Tiene un valor máximo inferior a 1.

Tabla 3.4.1.2. Resumen del modelo teniendo en cuenta los R cuadrados

<b>Resumen del modelo</b>			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
<b>1</b>	<b>1767,485<sup>a</sup></b>	<b>,036</b>	<b>,072</b>

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

En este caso vemos que las variables independientes logran explicar solo un 3'6% de la varianza de la variable dependiente, es decir, la asistencia a la consulta médica en las últimas cuatro semanas, sin embargo, hay que tener en cuenta el gran tamaño de la muestra.

Otro indicador que nos muestra la bondad del ajuste es la prueba de Hosmer y Lemeshow (Tabla 3.4.1.3), que consiste en comparar los valores esperados por el modelo con los valores observados, contrastados mediante la prueba chi cuadrado ( $\chi^2$ ), donde la hipótesis nula indica que el modelo se ajusta a la realidad.

Tabla 3.4.1.3. Prueba de Hosmer y Lemeshow

<b>Prueba de Hosmer y Lemeshow</b>			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
<b>1</b>	<b>9,745</b>	<b>8</b>	<b>,283</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

El haber obtenido un p-valor mayor que el 5%, tal y como muestra la tabla 3.4.6, nos indica que el modelo se ajusta a la realidad, es decir, el modelo es válido.

### 3.4.2 Asistencia a un especialista en las últimas cuatro semanas

En la siguiente tabla 3.4.2.1, se mostraron los resultados obtenidos en la “Asistencia a un especialista en las últimas cuatro semanas”.

Tabla 3.4.2.1. Regresión logística binaria en la asistencia a un especialista en las últimas cuatro semanas

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1ª	Identificación del adulto seleccionado: Edad	-,138	,107	1,658	1	,198	,871
	Edad al cuadrado	,001	,001	1,836	1	,175	1,001
	Variable derivada: Consumo medio de alcohol semanal	,000	,000	,817	1	,366	1,000
	Tiempo en horas desde que se solicita hasta que le dan la cita	,000	,000	23,222	1	,000	1,000
	Sexo: Mujer	-,057	,105	,297	1	,586	,944
	Clase social			1,578	2	,454	
	Clase social: ocupaciones intermedias o supervisores	-,206	,164	1,570	1	,210	,814
	Clase social: trabajadores si/no cualificados	-,170	,168	1,029	1	,310	,843
	Nivel Educación			7,679	3	,053	
	Nivel Educación: Primaria	-,102	,098	1,079	1	,299	,903
	Nivel Educación: Secundaria	,182	,123	2,167	1	,141	1,199
	Nivel Educación: Estudios Universitarios	-,157	,205	,585	1	,444	,855
	Menos de 10.000 habitantes: rural	-,144	,091	2,515	1	,113	,866
	Salud percibida dicotómica: buena o muy buena	,188	,087	4,623	1	,032	1,206
	Enfermedad crónica dicotómica: sí	-,114	,253	19,320	1	,000	,328
	Fuma o ha fumado	,079	,103	,600	1	,439	1,083
	Si vive con pareja	,002	,090	,001	1	,978	1,003
	Ingreso mensual neto			9,088	3	,028	
	Ingreso mensual neto: entre 1050 y 1800 euros	,227	,098	5,398	1	,020	1,254
	Ingreso mensual neto: de 1800 a 3600 euros	,245	,132	3,431	1	,064	1,277
	Ingreso mensual neto: más de 3600 euros	-,266	,297	,802	1	,370	,766
	Constante	6,122	4,145	2,181	1	,140	455,877

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017).

- El tiempo que pasó desde que se solicitó una cita para un paciente hasta que se la dieron resultó significativo.
- Los entrevistados que dijeron tener una buena o muy buena *salud percibida* tuvieron un 20'6% de probabilidad mayor de asistencia al especialista que los que indicaron tener una salud regular, mala o muy mala. Este porcentaje quizás es debido a que estos individuos cuidan más su salud.
- Las *enfermedades de larga duración* fueron significativas entre las personas que tuvieron una asistencia menor frente a los individuos que indicaron no padecer ninguna enfermedad, reportando estos un 70% menos. Este resultado habría que estudiarlo en profundidad en estudios posteriores empleando otros métodos, ya que resulta extraño que los que no padecen estas enfermedades acudan con mayor frecuencia que los que si están diagnosticados.
- El *ingreso mensual neto* como variable general es significativa, no siendo igual en las categorías que la componen, exceptuando la categoría de los individuos que tenían ingresos entre 1050 y 1800 euros, teniendo una probabilidad del 25'4% de

mayor asistencia con respecto a la categoría de referencia, individuos con ingresos inferiores a 1050 euros. Con un  $\alpha=10\%$  también son significativos los individuos que tienen unos ingresos de 1800 a 3600 euros.

Tal y como muestra la tabla 3.4.2.2 las variables independientes logran explicar casi un 5% de la varianza que explica la asistencia a un especialista en las últimas cuatro semanas.

Tabla 3.4.2.2. Resumen del modelo teniendo en cuenta los R<sup>2</sup>

<b>Resumen del modelo</b>			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
<b>1</b>	<b>3565,113<sup>a</sup></b>	<b>,035</b>	<b>,046</b>

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

La tabla 3.4.2.3 muestra que el modelo se ajusta a la realidad, ya que se ha obtenido un nivel de significación (p-valor) superior a  $\alpha=5\%$ .

Tabla 3.4.2.3. Test de Hosmer y Lemeshow

<b>Prueba de Hosmer y Lemeshow</b>			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
<b>1</b>	<b>7,363</b>	<b>8</b>	<b>,498</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

### 3.4.3 Ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses

En tercer lugar, se analizó la variable “*Ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses*” (Tabla 3.4.3.1).



Tabla 3.4.3.1. Regresión logística binaria en el ingreso hospitalario en los últimos 12 meses

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup>	Identificación del adulto seleccionado: Edad	,010	,134	,005	1	,942	1,010
	Edad al cuadrado	,000	,001	,002	1	,967	1,000
	Variable derivada: Consumo medio de alcohol semanal	,000	,000	6,394	1	,011	1,000
	Tiempo en horas desde que se solicita hasta que le dan cita	,000	,000	,029	1	,866	1,000
	Sexo: Mujer	,393	,132	8,911	1	,003	1,482
	Clase social			,149	2	,928	
	Clase social: ocupaciones intermedias o supervisores	-,075	,204	,135	1	,713	,928
	Clase social: trabajadores si/no cualificados	-,078	,209	,138	1	,710	,925
	Nivel Educación			1,002	3	,801	
	Nivel Educación: Primaria	-,006	,123	,002	1	,964	,994
	Nivel Educación: Secundaria	,099	,154	,412	1	,521	1,104
	Nivel Educación: Estudios Universitarios	-,105	,264	,159	1	,690	,900
	Menos de 10.000 habitantes: rural	-,095	,116	,676	1	,411	,909
	Salud percibida dicotómica: buena o muy buena	-1,146	,129	79,247	1	,000	,318
	Enfermedad crónica dicotómica: si	,331	,367	,814	1	,367	1,393
	Fuma o ha fumado	-,033	,129	,065	1	,798	,967
	Si vive con pareja	,027	,113	,055	1	,814	1,027
	Ingreso mensual neto			5,371	3	,147	
	Ingreso mensual neto: entre 1050 y 1800 euros	,105	,123	,739	1	,390	1,111
	Ingreso mensual neto: de 1800 a 3600 euros	,368	,162	5,175	1	,023	1,445
	Ingreso mensual neto: más de 3600 euros	,041	,404	,010	1	,920	1,041
	Constante	-2,446	5,200	,221	1	,638	,087

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

En la explicación del ingreso hospitalario en los últimos 12 meses fueron significativas las siguientes variables:

- El *consumo medio de alcohol semanal*.
- El *género* fue significativo con un 48'2% de mayor probabilidad de ingreso hospitalario de las mujeres frente a los hombres, siendo estos la categoría de referencia.
- La *salud percibida* por los individuos fue significativa, teniendo un 69% menos de probabilidad de ingresos hospitalarios aquellos individuos que indicaron tener una buena o muy buena salud.
- El *ingreso mensual neto* de los entrevistados en general no fue significativo, aunque la categoría de los individuos con ingresos de 1800 a 3600 euros mostró tener un 44'5% más de probabilidad de ingreso hospitalario frente a los que pertenecen a la categoría de ingresos inferiores a 1050 euros.

Tabla 3.4.3.2. Resumen del modelo en relación con los R cuadrados

<b>Resumen del modelo</b>			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
<b>1</b>	<b>2504,628<sup>a</sup></b>	<b>,050</b>	<b>,079</b>

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

En este modelo (Tabla 3.4.3.2) las variables independientes explicaban un 5% de la varianza de la variable dependiente.

Tabla 3.4.3.3. Test de Hosmer y Lemeshow

<b>Prueba de Hosmer y Lemeshow</b>			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
<b>1</b>	<b>10,463</b>	<b>8</b>	<b>,234</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

Tal y como muestra la tabla 3.4.3.3 el modelo está bien ajustado, ya que se acepta la hipótesis nula al no mostrar diferencias entre los datos observados y los esperados, teniendo estos una significación mayor que  $\alpha=5\%$ .

### 3.4.4 Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses

La última variable analizada es la “*Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses*” mostrada en la Tabla 3.4.4.1.

Tabla 3.4.4.1. Regresión logística binaria en la utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1ª	Identificación del adulto seleccionado: Edad	-,120	,110	1,179	1	,278	,887
	Edad al cuadrado	,001	,001	1,423	1	,233	1,001
	Variable derivada: Consumo medio de alcohol semanal	,000	,000	,170	1	,680	1,000
	Tiempo en horas desde que se solicita hasta que le dan cita	,000	,000	,786	1	,375	1,000
	Sexo: Mujer	-,054	,111	,238	1	,626	,947
	Clase social			,274	2	,872	
	Clase social: ocupaciones intermedias o supervisores	-,053	,171	,097	1	,755	,948
	Clase social: trabajadores si/no cualificados	-,007	,175	,002	1	,967	,993
	Nivel Educación			22,427	3	,000	
	Nivel Educación: Primaria	-,475	,102	21,889	1	,000	,622
	Nivel Educación: Secundaria	-,349	,128	7,469	1	,006	,705
	Nivel Educación: Estudios Universitarios	-,435	,216	4,039	1	,044	,647
	Menos de 10.000 habitantes: rural	-,349	,096	13,242	1	,000	,705
	Salud percibida dicotómica: buena o muy buena	-,975	,095	106,347	1	,000	,377
	Enfermedad crónica dicotómica: si	,623	,281	4,895	1	,027	1,864
	Fuma o ha fumado	,031	,108	,081	1	,776	1,031
	Si vive con pareja	,048	,094	,260	1	,610	1,049
	Ingreso mensual neto			1,958	3	,581	
	Ingreso mensual neto: entre 1050 y 1800 euros	,128	,102	1,583	1	,208	1,136
	Ingreso mensual neto: de 1800 a 3600 euros	,038	,139	,073	1	,787	1,038
	Ingreso mensual neto: más de 3600 euros	-,108	,325	,111	1	,739	,898
	Constante	3,832	4,284	,800	1	,371	46,160

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

- La variable *rural* resultó ser significativa, teniendo los individuos que viven en el ámbito rural un 30% de probabilidad menor de utilización de los servicios de urgencias en referencia a los del ámbito urbano.
- Todos los niveles de *educación* fueron significativos y reportan probabilidades más bajas de ir al servicio de urgencias que los de la categoría sin estudios.
- La *salud* de los entrevistados fue significativa teniendo los que declaran una salud buena o muy buena un 63% de probabilidad menor de utilización de los servicios de urgencias de estos frente a los que indicaron tener una regular, mala o muy mala salud.
- Los individuos que indicaron tener *una enfermedad crónica* tienen un 86'4% de probabilidad mayor de utilización de los servicios de urgencia frente a los que no tienen estas enfermedades.

Tabla 3.4.4.2. Resumen del modelo en relación con los R<sup>2</sup>

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	3345,525 <sup>a</sup>	,079	,106

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

La tabla 3.4.4.2 muestra que las variables independientes explican un 7'9% de la varianza de la variable dependiente.

Tabla 3.4.4.3. Test de Hosmer y Lemeshow

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	4,878	8	,771

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSE (2017)

La tabla 3.4.4.3 muestra un nivel de significación p-valor ( $\alpha=5\%$ ) muy elevado, lo que nos lleva a concluir que este modelo tiene un buen ajuste entre los datos observados y los esperados, ya que no se muestra diferencia entre ellos, y por tanto el modelo es significativo en su conjunto.

Como conclusión general, vemos que:

- Variables como el *ingreso mensual medio* ha sido significativo en la asistencia a las consultas de medicina general, al especialista o en los ingresos hospitalarios, no siendo significativo en el uso de los servicios de urgencias.
- En cuanto a las *enfermedades de larga duración* o la *salud percibida* por los individuos, han sido significativas en el uso de los servicios de urgencias y en la asistencia a los especialistas.
- La *educación* resultó ser significativa a la hora de asistir a las consultas de medicina general o hacer uno de los servicios de urgencias.

Para mejorar la calidad de las predicciones del modelo sería interesante, en estudios posteriores, emplear otros métodos implementados en SPSS como los métodos hacia adelante o hacia atrás, e introducir interacciones entre las variables, e incluso tener en cuenta aspectos geográficos como las CCAA. Este trabajo pretende ser una primera aproximación al tema.

En el debate propuesto de si se presentaban diferencias a la hora de acceder a los distintos servicios sanitarios, como es el caso de las consultas médicas, consultas con especialistas, ingresos hospitalarios o utilización de los servicios de urgencias, dependiendo del lugar de residencia, ya fuera rural o urbano, se observa que las personas que habitan en el ámbito rural acceden más a la consulta de medicina general y hacen menos uso de los servicios de urgencias que los del ámbito urbano.

## CONCLUSIONES

A través de este trabajo se ha intentado ofrecer una panorámica del concepto de salud desde diferentes perspectivas y se ha procurado dar respuesta a una serie de cuestiones que nos marcábamos al principio del trabajo.

En respuesta a la primera de las cuestiones planteada, que guardaba relación con si *el género de los individuos ocasiona diferencias en el acceso a los recursos sanitarios*, se obtuvo que no se apreciaban diferencias significativas con relación al género en cuanto a la frecuencia de asistir a la consulta de medicina general, al especialista o utilizar los servicios de urgencias. Este resultado va en contra con el resultado obtenido en el trabajo “*Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica*” Gómez (2002), donde las mujeres son las que acceden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, ya sea por motivos preventivos, estar en edad reproductiva o en estratos socioeconómicos altos. Sería interesante en próximos estudios completar nuestro modelo econométrico introduciendo el género con un efecto multiplicativo, en interacción con otras variables.

La siguiente de las cuestiones que nos habíamos planteado es si *tener una mejor posición en la clase social ocupacional condicionará el acceso al sistema sanitario*. En relación con esta cuestión, se obtuvo que la clase social del individuo no resultó significativa en la explicación de las diferencias al acceso de los distintos servicios sanitarios por parte de los mayores.

En contraposición se confirmó la hipótesis de que *las personas que disponen de mayores rentas acuden más al servicio sanitario que los que disponen de menores rentas*. Se observó que los individuos que disponían de una renta mayor eran los que acudían con mayor frecuencia a la consulta de medicina general, al especialista o habían tenido un mayor número de ingresos hospitalarios con relación a los que disponían de ingresos menores.

Otra de las cuestiones que se analizó fue si *la educación era un aspecto clave en la accesibilidad a los recursos sanitarios* y se obtuvo que el nivel de estudios de los individuos fue significativo en la asistencia a la consulta de medicina general y en el uso de los servicios de urgencias. Tal y como se recogió en un artículo sacado del diario “La Vanguardia” (Rius, 2012) “*las personas con mayor nivel educativo se comportan de manera diferente: fuman menos, beben alcohol de forma más moderada, hacen más ejercicio, tienen un peso más cercano al ideal, van de forma más regular al médico y, en conjunto, terminan siendo más saludables y viviendo más tiempo*”. Este hecho, lo contrastamos con nuestros datos obtenidos de la ENSE 2017, donde obtenemos que los que acuden a las consultas de medicina general se corresponden con aquellos individuos que poseen un nivel de estudios de secundaria, sin embargo, no hay diferencias en cuanto al nivel de estudios a la hora de hacer uso de los servicios de urgencias.

Una de las hipótesis de mayor interés en este estudio fue si *las personas mayores que residen en la zona rural presentaban mayores dificultades en el acceso a los servicios sanitarios*. En relación con esta cuestión, se observaron la presencia de diferencias significativas a la hora de acceder a los distintos servicios sanitarios (consultas de medicina general, especialistas, ingresos hospitalarios o utilización de los servicios de urgencias), dependiendo del lugar de residencia, rural o urbano. Se obtuvo que las personas que habitan en el ámbito rural acceden más a la consulta de medicina general y

## CONCLUSIONES

hacen menos uso de los servicios de urgencias que los del ámbito urbano. Tal y como se recoge en el trabajo (De Geyndt, 1985) *“las zonas rurales carecen de la infraestructura física y del personal de salud necesario para la prestación de servicios personales de salud idóneos”* y *“la calidad y cantidad de los servicios personales de salud es mayor en las zonas urbanas que en las rurales”*.

Como respuesta a *si los individuos que padecen enfermedades crónicas ocasionan diferencias en el acceso a los recursos sanitarios* obtuvimos que tener enfermedades de larga duración es significativo en las personas que acuden a los servicios de especialistas o usan los servicios de urgencias. Este resultado va en contra del planteado en el portal web MSD Salud, donde se indica que *“las enfermedades crónicas acaparan el 80% de las consultas de Atención Primaria y un claro envejecimiento de la población ingresada”* (MSDsalud, 2015), por ello, podría requerir un análisis más profundo.

La siguiente de las cuestiones planteadas fue *si los individuos presentaban diferencias en el uso de los servicios sanitarios dependiendo de la salud percibida*. En relación con esta cuestión, se obtuvo que denotar una buena o muy buena salud resultó ser significativa, en la mayoría de los casos, presentando unos porcentajes de probabilidad menor a la hora de acceder a los recursos sanitarios.

El análisis más sorprendente, en mi opinión, fue el que respondía a la cuestión de *si influía el consumo de alcohol y el tabaco en el acceso al sistema sanitario*. Se obtuvo que ambas variables no eran significativas en la explicación de las diferencias en el acceso de los distintos servicios sanitarios por parte de las personas mayores, excepto el consumo de alcohol que sí fue significativo en los ingresos hospitalarios. Esta teoría, según fuentes del Ministerio de Sanidad, se ve contrariada ya que según un estudio *“el alcohol causa en nuestro país entre el 10% y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, y junto al tabaco se considera que son la gran droga legal”* (El País, 2007).

A la vista de todos los resultados, sería conveniente en estudios futuros, estimar modelos más precisos, introduciendo variables ficticias e interacciones que recojan aspectos relativos al género o a la ubicación geográfica.

En base a los resultados del modelo econométrico, se podrían implantar medidas para mejorar la accesibilidad de las personas mayores al sistema sanitario como:

- Garantizar que todos los individuos reciban la atención que necesitan, sin tener en cuenta la clase social, el nivel de ingresos medios, es decir, eliminar las barreras de cualquier tipo en el acceso a los recursos sanitarios, sobre todo para el colectivo de personas mayores.
- Dotar de infraestructuras físicas y de personal necesario en las zonas menos privilegiadas, las zonas rurales en la mayoría de los casos, para la prestación de servicios sanitarios.
- Aumentar la calidad y la cantidad de los servicios sanitarios en las zonas más afectadas.
- Mejorar las comunicaciones en los distintos accesos a los recursos sanitarios.
- Fomentar campañas para que la gente esté informada en todo momento de los buenos hábitos de vida saludables, así como para mejorar el nivel de educación de las personas mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades, M., & Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151–155. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., & Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. <Http://Envejecimiento.Csic.Es/Documentos/Documentos/Enred-Indicadoresbasicos2019.Pdf>, 22, 38.
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., & Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España 2018*.
- Bazo, M. T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers. Revista de Sociologia*, 56, 143. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.1949>
- Bazo, M. T. (2005). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *Panorama Social*, 1, 48–57.
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29–40.
- Berlanga, V. (2014). Cómo obtener un Modelo de Regresión Logística Binaria con SPSS. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 7(8(2)), 105–118. <https://doi.org/10.1344/reire2014.7.2727>
- Berrío, M. I. (2012). Aging population: A challenge for public health. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192–194. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.04.001>
- Borrell, C. (2015). *Las desigualdades en salud | salud | EL MUNDO*. <https://www.elmundo.es/salud/2015/07/09/559d6f82268e3ed7428b45b3.html>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473. <https://doi.org/10.1157/13126929>
- Borrell, C., Malmusi, D., Artazcoz, L., Diez, E., Rodríguez-Sanz, I. P. y. M., Campos, P., Merino, B., Ramírez, R., Benach, J., Escolar, A., Esnaola, S., Gandarillas, A., Gómez, A., La Parra, D., Peiró, R., Segura, J., & Solanillas, J. R. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
- CES. (2018). El medio rural. Concepto y definiciones operativas. In *Colección Informes. El Medio Rural y su Vertebración Social y Territorial* (Vol. 1). <http://www.ces.es/documents/10180/5461461/Inf0118.pdf>
- Chasco, C., & Hernández, I. (2004). Aspectos económicos y territoriales del envejecimiento en España. *Encuentros Multidisciplinares*, 6(16), 47–58.
- Colomer, M. (2008). *Envejecimiento saludable*. <https://www.asefasalud.es/servicios/consejos-saludables/44-envejecimiento-saludable-y-activo>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dahlgren & Whitehead. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud*. 1–116.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Available: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (Issue September 1991).
- De Dios, R. (2006). Cartas al director. *SEMERGEN*. [https://doi.org/10.1016/S1132-8460\(08\)72486-3](https://doi.org/10.1016/S1132-8460(08)72486-3)
- De Geyndt, W. (1985). Atención primaria de salud en zonas urbanas. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(5), 473–478.
- El País. (2007). ... ¿Y el alcohol y el tabaco? | Domingo | EL PAÍS. [https://elpais.com/diario/2007/07/15/domingo/1184471561\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2007/07/15/domingo/1184471561_850215.html)
- Europa Press. (2019). *El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos*. <https://www.epdata.es/datos/consumo-tabaco-espana-datos-graficos/377>
- Eurostat. (2019). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población - Statistics Explained*. Eurostat. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/es](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es)
- Eustat. (2018). *Datos Esperanza de vida*. [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_163/elem\\_1446/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_163/elem_1446/definicion.html)
- Fernández, G., Rojo, F., Forjaz, M. J., & Rodríguez, V. (2015). *Envejecimiento activo y participación en actividades de ocio entre adultos mayores residentes en comunidad y en institución*. <http://digital.csic.es/handle/10261/111065>
- Girón, P. (2015). *UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA Departamento de Enfermería*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128609%0Ahttps://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: Una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 11(5–6), 327–334. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500008>
- Gómez, P. (2016). *Envejecimiento exitoso: qué es y cómo lograrlo / Revista Magna - Es tiempo de pensar en grande*. <http://revistamagna.com.ar/nota/envejecimiento-exitoso-que-es-y-como-lograrlo>
- González, M. J., & San Miguel, B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 19–45. <https://doi.org/10.14198/altern2001.9.2>
- INE. (2017). *Glosario de conceptos*. <https://www.ine.es/DEFine/es/concepto.htm?c=4574&op=54009&p=2&n=20>
- INE. (2018a). *Metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2017*. 64. <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>
- INE. (2018b). *Tasa de dependencia en España*. [http://www.observatorioabaco.es/post\\_observatorio/tasa-de-dependencia-2](http://www.observatorioabaco.es/post_observatorio/tasa-de-dependencia-2)



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE. (2019a). Indicadores Demográficos Básicos. *Instituto Nacional de Estadística*, 49. [https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)
- INE. (2019b). *La tasa de morbilidad hospitalaria se situó en 10 . 449 altas por cada debió a enfermedades del aparato circulatorio Instituto Nacional de Estadística. 2019*, 1–9.
- INE. (2020). *Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones. Mujeres. Año 2018*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=27153#!tabs-grafico>
- La Nación. (2018). *¿Qué es el envejecimiento humano? - La Nación*. 4–7. <https://www.nacion.com/opinion/foros/que-es-el-envejecimiento-humano/YZFFQ2PBIIJDGDF6MFWSVX56T7U/story/>
- López, S., Garrido, F., & Hernández, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: Su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42(2), 133. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342000000200009>
- Lorenzo, L. (2001). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. *Ine*, 1–20.
- Lostao, L., Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Domínguez, V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Revista Española de Salud Pública*, 75(2), 115–128. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272001000200004>
- Macías, C. (2016). *La importancia de los Centros de Salud en el Desarrollo Rural – AlmaNatura*. 18 de Febrero 2016. <https://almanatura.com/2016/02/importancia-los-centros-salud-desarrollo-rural/>
- Mateu, M. L., Panisello, M. L., Lasaga, M. A., & Bonfill, E. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 18(1), 30–33. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2007000100005>
- MedlinePlus. (2019). *Salud mental: MedlinePlus en español*. Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU). <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Mendoza, V. M. (1995). *Envejecimiento Y Vejez*. Conpes 2793 De 1995. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Ministerio de Sanidad. (2015). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2017). Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017*, 31–46.
- MSDsalud. (2015). *El paciente crónico / MSD Salud*. <https://www.msdsalud.es/informacion-practica/paciente-cronico.html>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Muñoz, F., López, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., & Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 8(1–2), 126–134. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000700017>
- OMS. (1996). Envejecimiento y salud. *Geriatría*, 12(9), 38–43. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2009). *Determinantes Sociales de la Salud*. Subsanan Las Desigualdades En Una Generación. <https://doi.org/10.1111/j.1574-6941.2010.00853.x>
- OMS. (2014). OMS | Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. In *Nota descriptiva N°220* (p. 1). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2015a). Acerca de los sistemas de salud. In *Who* (Issue Epe 2014, pp. 16–18). <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- OMS. (2015b). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- OMS. (2017). *OMS. Mortalidad*. Who; World Health Organization. <https://www.who.int/topics/mortality/es/>
- OPS. (2000). Funciones esenciales de Salud Pública. *La Salud Pública En Las Américas*, 59–72. <https://doi.org/978-950-710-113-7>
- OPS. (2018). Elaboración y medición de indicadores de salud. In *Indicadores de salud*.
- OPS. (2019). *OPS/OMS / Envejecimiento Saludable*. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es)
- OPS. (2020). *OPS/OMS - INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2)*. Paho.Org. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es)
- Padrón, H. S. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2).
- Palència, L., Espelt, A., Rodríguez, M., & Rocha, K. (2013). Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006. *European Journal of Health Economics*, 14(2), 211–219. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0362-7>
- Palomino, P. A., Grande, M. L., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(EXTRA 1), 71–91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- RAE. (2013). *Real Academia Española*. Madrid, España. <https://www.rae.es/>
- Rajmil, L., Gispert, R., Roset, M., & Segura, A. (1998). Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia. Team of the Health Survey of Catalonia. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 12(4), 153–159. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76465-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76465-9)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rangel, L. G., Gamboa, E. M., & Murillo, A. L. (2017). *Nutrición Hospitalaria*. 34(5), 1185–1197.
- Recarte, J. (2019). *OMS: España, 17ª del mundo en número de médicos*. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/oms-espana-sub-3-puestos-y-se-coloca-17-del-mundo-en-numero-de-medicos-8518>
- Rius, M. (2012). *A mayor nivel educativo, mejor salud y más años de vida | En Positivo*. <https://enpositivo.com/2012/09/educacion-y-salud/>
- Rodriguez, B. (1999). *Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria*. Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-variabilidad-utilizacion-recursos-atencion-primaria-14744>
- Rodriguez, N. (2018). *Envejecimiento : Edad , Salud y Sociedad*. 17(2), 2005–2006.
- Scoggins, J. F., Fedorenko, C. R., Donahue, S. M. A., Buchwald, D., Blough, D. K., & Ramsey, S. D. (2012, December). *Is Distance to provider a barrier to care for medicaid patients with breast, colorectal, or lung cancer?* *Journal of Rural Health*; NIH Public Access. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00371.x>
- SEMFYC. (2019). *España, líder en salud con la tasa de mortalidad más baja de la Unión Europea - semFYC*. SEMFYC. <https://www.semfyc.es/espana-lider-en-salud-con-la-tasa-de-mortalidad-mas-baja-de-la-union-europea/>
- Smith, K. B., Humphreys, J. S., & Wilson, M. G. A. (2008). Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56–66. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, 79. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Van, F. V. A., Van, F. J., & Mackenbach, J. P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214–220. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.016493>
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and inequalities in the health sector. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 11(5–6), 316–326. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud*. Europe. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf> <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (1976). Quantum statistical hierarchy equation in nonequilibrium systems. *Journal of Statistical Physics*, 14(4), 359–380. <https://doi.org/10.1007/BF01030200>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Winslow, H. (1920). *LA SALUD PUBLICA SEGUN WINSLOW (1920) – Salud y Solidaridad*. <https://saludysolidaridad.com/2017/03/25/la-salud-publica-segun-winslow-1920/>
- Zoido, F., & Arroyo, A. (2003). La población de España. *Tendencias Demográficas Durante El Siglo XX En España*, 17–76.