



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Ciencias Económicas  
y Empresariales**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Grado en Administración y Dirección de  
Empresas**

**Las dificultades de acceso a la  
atención sanitaria de los mayores.  
Indicadores socioeconómicos.**

Presentado por:

***Carla Calvo Gimeno***

Tutelado por:

***Carmen García Prieto***

*Valladolid, 20 de Julio de 2022*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. CONTEXTO GENERAL.....	3
1.1 EL CONCEPTO DE SALUD .....	3
1.2 SANIDAD ESPAÑOLA .....	4
1.3 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS .....	5
1.4 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN SECTOR SANITARIO ESPAÑOL .....	6
1.5 PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.....	6
1.6 LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL AÑO 2020.....	9
1.7 EL ENVEJECIMIENTO .....	14
2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	18
2.1 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA Y LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA.....	18
2.2 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA AÑO 2020 .....	19
2.3 ESPAÑA .....	20
2.4 CASTILLA Y LEÓN .....	26
2.5 COMPARATIVA GENERAL (DATOS OBTENIDOS DE LA ENSE) .....	29
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
3.1 PRIMER ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	31
3.2 SEGUNDO ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	33
3.3 TERCER ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	35
4. CONCLUSIONES .....	39
5. BIBLIOGRAFÍA	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1.5.1 Personas en lista de espera quirúrgica .....</i>	<i>7</i>
<i>Gráfico 1.6.1 -Cifras de población, Ambos sexos, Edad, Total Nacional, 1 de enero de 2020 .....</i>	<i>9</i>
<i>Gráfico 1.6.2- Distribución de los municipios por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios .....</i>	<i>10</i>
<i>Gráfico 1.7.1 - Evolución índice de envejecimiento España.....</i>	<i>16</i>
<i>Gráfico 2.3.1-Estado de salud percibido por la población mayor de 65 años .....</i>	<i>21</i>
<i>Gráfico 2.3.2- Falta de atención sanitaria por motivos económicos. ....</i>	<i>23</i>
<i>Gráfico 2.3.3- Falta de atención médica por motivos internos sanitarios. ....</i>	<i>24</i>
<i>Gráfico 2.4.1-Estado de salud percibido por la población mayor de 65 años en CyL.....</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 2.4.2- Falta de atención por motivos económicos mayores de 65 en CyL .....</i>	<i>27</i>
<i>Gráfico 2.4.3- Falta de atención por motivos internos sanitarios mayores de 65 en CyL .....</i>	<i>28</i>

## ÍNDICE DE IMÁGENES

<i>Ilustración 3.1-Distribución del padrón del territorio nacional.....</i>	<i>11</i>
<i>Ilustración 3.2- Distribución de los hospitales en el ámbito español.....</i>	<i>12</i>
<i>Ilustración 3.3- Distribución de los hospitales en la zona de Castilla y León .....</i>	<i>13</i>

## RESUMEN

El sistema de salud español es de los mejores organizados y estructurados del mundo. Aun así, tiene ciertas carencias que se pueden analizar a través de las encuestas realizadas a la población, los principales clientes de este servicio.

Al inicio de este trabajo, se desarrollarán teóricamente las principales características de su título. Hay aspectos externos al Sistema Sanitario que afectan de manera directa como, por ejemplo, la financiación que la sanidad posee, el índice de envejecimiento de la población que compone un país, etc. Lo cual tiene que ser puesto en contexto para el posterior análisis.

En la segunda parte del presente trabajo, se analizará descriptivamente la Encuesta Europea de Sanidad en España para el año 2020, centrada en la población mayor de 65 años. Este análisis, se divide para la población total española y para la población que vive en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Por último, se analizará estadísticamente la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020. Para ello cruzaremos los datos obtenidos por la encuesta ya mencionada con indicadores socioeconómicos.

En conclusión, en las siguientes páginas se encontrará un análisis completo de la encuesta descrita anteriormente, además de las conclusiones obtenidas gracias al análisis estadístico de los datos.

## **ABSTRACT**

The Spanish Healthcare system is one of the best organized and structured in the world. Even so, it has certain shortcomings that can be analyzed through surveys of the population, the main clients of this service.

At the beginning of this paper, the main characteristics of its title will be developed theoretically. There are aspects external to the Health System that directly affect it, such as, for example, the financing that the health system has, the aging rate of the population that makes up a country, etc. This has to be put into context for the subsequent analysis.

In the second part of this paper, we will descriptively analyze the European Health Survey in Spain for the year 2020, focusing on the population over 65 years of age. This analysis is divided for the total Spanish population and for the population living in the Autonomous Community of Castilla y León.

Finally, the 2020 European Health Survey in Spain will be analyzed statistically. To do so, we will cross-reference the data obtained from the aforementioned survey with socioeconomic indicators.

In conclusion, in the following pages you will find a complete analysis of the survey described above, in addition to the conclusions obtained thanks to the statistical analysis of the data.

## 1. CONTEXTO GENERAL

### 1.1 EL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de “salud” ha sufrido una profunda evolución a lo largo del tiempo. Lo que hoy en día conocemos como salud, es fruto del contexto histórico, social y cultural, así como de los numerosos progresos que ha experimentado la medicina. No solo se ha transformado la definición del concepto salud, sino que, dependiendo de dicho contexto, este se ha entendido y aplicado de una forma u otra.

En 1948 se crea la OMS<sup>1</sup> (Organización Mundial de la Salud), publicando la definición oficial de este concepto que, como se verá posteriormente, ha sufrido cambios continuos a lo largo del tiempo. Este concepto se definió como *“el bienestar; en términos de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades y dolencias”* (Moreno, 2008).

Casi 40 años después, en el 1984, se redefinió dicho término como *“el grado en que un individuo o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, así como de cambiar o hacer frente a su entorno (...)”* (Moreno, 2008).

En línea con esta nueva consideración del concepto, y en contraposición a la primera definición, se puede apreciar que, aquella redactada a mediados de siglo ponía al individuo como elemento central, mientras que esta nueva versión pone su atención sobre la interacción del individuo con el entorno. Adicionalmente, la OMS añadió una nueva consideración a la definición del concepto “salud”, *“(…) para prevenir o curar los problemas de salud y promover la buena salud en los seres humanos son llevadas a cabo por encargados de la atención médica”* (Moreno, 2008). En este sentido, se puede apreciar cómo la evolución del concepto da un paso hacia delante, cuidando la interacción del individuo con el entorno a través de la atención médica especializada. Realizada gracias a un cuerpo médico de profesionales conocedor de la medicina y la salud.

---

<sup>1</sup> OMS: (Organización Mundial de la Salud): es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud.

Además, de estos dos factores encontrados en la actual definición del término salud, entorno y atención sanitaria, aparecen dentro del mismo concepto, ciertos elementos que forman parte del individuo y que complementan el propio concepto y aplicación del término salud, como son: “(...) *sus antecedentes, su estilo de vida y sus condiciones económicas, sociales y su espiritualidad.*” (Moreno, 2008).

Hoy en día, en España, la atención médica se incluye dentro del Sistema Nacional Sanitario (SNS), ya que es el órgano encargado de prestar este servicio a la población. En los siguientes capítulos se dará una visión más profunda y detallada del funcionamiento y organización del sistema sanitario español.

## **1.2 SANIDAD ESPAÑOLA**

Aprobada en el 1986 gracias a la Ley General de Sanidad (BOE - Ministerio de Política Territorial y Función Pública, 2020), establecía el derecho de todos los españoles a una sanidad pública y gratuita. Así mismo, esta ley asignaba al Sistema Nacional Sanitario una partida de los Presupuestos Generales del Estado (PGE).

Tras años de continua evolución y cambios legislativos, fue en el año 2008, con la entrada de la crisis financiera del XXI, cuando el SNS comenzó a sufrir uno de los mayores recortes hasta el momento. Con la aprobación de la “Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública” (B.O.E., 2011) se modificaron los apartados relativos a la financiación del sector sanitario, produciéndose un descenso de esta. Derivando en cuantiosos recortes tanto de personal como de material sanitario, provocados por la infrafinanciación. Estas reducciones presupuestarias han tenido repercusión a lo largo de los años, llegando a calificarse este periodo como la década de los recortes.

Posteriormente, la crisis económica y sanitaria derivada de la pandemia Covid-19 provocó estragos en todos los sistemas sanitarios mundiales, incluido el SNS español. En esta línea, el presupuesto destinado a esta área ha sido reformado e incrementado debido a las evidentes demandas del momento, llegando a

aprobarse unos fondos extraordinarios de 16.000 millones de euros para las comunidades autónomas (La Moncloa, 2020).

De aquí en adelante, se hace complicado estimar las necesidades de financiación de este sector para los próximos años, sabiendo las complejidades a la que la pandemia ha expuesto a los gobiernos. Sin embargo, es realista que la demanda actual de puestos de trabajo cualificados dedicados a la sanidad es superior al número de personas sanitarias tituladas.

### **1.3 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

En lo que respecta a la organización de los servicios de salud en España se divide en tres niveles: Central, Autonómico y Provincial.

- Administración central: encargado de organizar y realizar las funciones principales, temas relacionados con la asistencia sanitaria, políticas de salud y asistencia de consumo. El Ministerio de Sanidad y Consumo es el principal órgano del Estado Español (InterDomicilio, 2020).
- Organización autonómica: regula y coordina los establecimientos y centros de cada Comunidad Autónoma (InterDomicilio, 2020).
- Áreas de salud: Se dividen en zonas básicas formadas por centros de salud, hospitales y centros especializados. Se encarga de organizar las prestaciones y programas sanitarios de cada Comunidad Autónoma (InterDomicilio, 2020).

La sanidad pública española es considerada como un sistema con vocación de atención universal, en el que la mayoría de los habitantes tienen derecho a ser atendidos en cualquier lugar. Esto garantiza la accesibilidad y descentralización de los centros sanitarios ubicados en nuestro país (InterDomicilio, 2020).

En lo relativo a la organización interna del sistema, la característica principal de esta es la descentralización, en la que las Comunidades Autónomas tienen la potestad de organizar y gestionar los servicios con la mayor eficiencia posible. En esta línea, destaca la calidad de la atención primaria, como el primer servicio con el que se encuentra la población, siendo una de las dotaciones sanitarias más importantes, dentro de un contexto de descentralización del servicio.

## **1.4 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN SECTOR SANITARIO ESPAÑOL**

Los indicadores socioeconómicos son la principal fuente para conocer el estado de nuestros sectores económicos. Por tanto, un indicador socioeconómico, trata de recopilar información sobre un sector económico apoyado dentro de los datos sociales de un país. Dentro del sistema sanitario, estos indicadores son vitales ya que la salud es una variable muy dependiente de las alteraciones sociales sufridas externas a él, como por ejemplo la crisis del COVID-19, el sector poblacional que estudies, etc.

Por otra parte, los indicadores sanitarios, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad *“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 (Ministerio de Sanidad, 2020)”*.

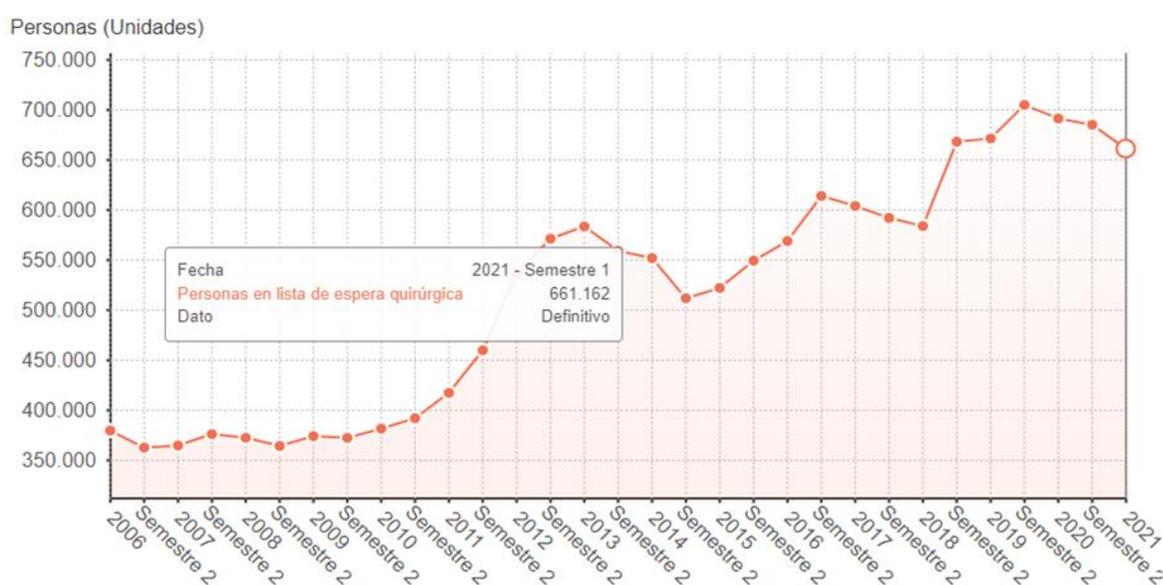
Finalmente, todas las definiciones y conceptos de este apartado, podemos resumir lo que encontraremos en este trabajo como la información sanitaria de carácter variable, tanto poblacional como temporal. La fuente de los indicadores utilizados en la parte práctica de este trabajo corresponde a la Encuesta Europea de Salud en España.

## **1.5 PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA**

Este apartado se define como los obstáculos que aparecen a la hora de desarrollar la atención médica. Estos problemas se engloban en diferentes ámbitos, como, por ejemplo, falta de material y de personal, problemas de transporte, problemas relacionados con los tiempos de atención, servicio en general, etc. Estos problemas se pueden agrupar en tres categorías generales: problemas materiales, problemas de personal y otros problemas.

Por otro lado, según el estudio Global Health Service Monitor 2021 (Epdata, 2022) de Ipsos para la población española, el 41% de los ciudadanos destaca que el principal problema que posee el sistema sanitario es el tiempo de espera para acceder a los tratamientos. Otro problema que sugieren es la falta de personal sanitario, siendo este hecho apoyado por un 39% de la población encuestada. Además, también se manifiesta la preocupación del coste de los tratamientos, considerándose como problema para un 31% de la población. Finalmente, solo el 38% de los encuestados piensa que la calidad sanitaria va a mejorar en el futuro.

Gráfico 1.5.1 Personas en lista de espera quirúrgica



Fuente: (Epdata, 2022)

Como se puede observar en el gráfico anterior, el año 2020 terminó con 661.162 personas en lista de espera quirúrgica. Dentro de esta serie temporal (2006-2020), se muestra una clara tendencia creciente desde el año 2010, aunque con periodos en los que ha descendido como en los últimos años. Esto, se puede considerar una consecuencia de los recortes sufridos en la sanidad española durante la crisis de 2008.

En lo que se refiere a la disposición de personal para llevar a cabo la atención sanitaria, se ha estudiado el número total de personal sanitario por cada 1.000 habitantes en el territorio español y dentro de la Comunidad autónoma de Castilla y León.

Castilla y León se sitúan en el quinto puesto en cuanto al total en número de profesionales de la medicina empleados. En concreto cuenta con 4 médicos por cada 1.000 habitantes, en contra posición a los 3,4 médicos que promedia el país en su conjunto (Ministerio de Sanidad, 2020).

Siendo este hecho de gran relevancia, va a ser tratado más adelante, relacionándose con la problemática de la España vaciada e intentando ver por qué hay un gran número de profesionales y pocos correspondientes a la atención hospitalaria.

Por otra parte, en lo que respecta a la evolución del precio de los medicamentos, la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos<sup>2</sup> (CIMP) (El Economista, 2021) durante el año 2020 ha continuado reduciendo el precio de estos debido al aumento de la demanda y al colapso de la atención sanitaria durante la pandemia.

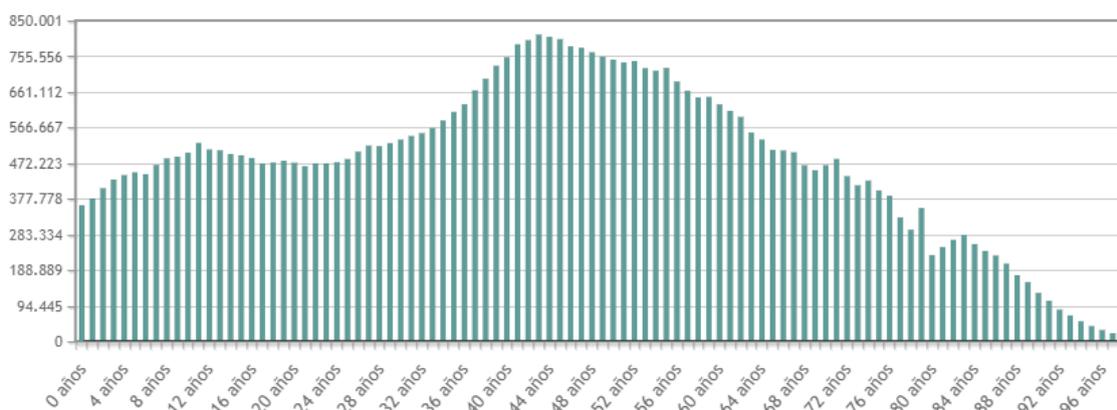
Por último, cabe destacar que, no todos los datos relacionados con la sanidad del año 2020 se deben a la sanidad pública, sino que la sanidad privada también está incluida en esta recopilación. En este sentido, la cooperación entre ambos sectores es fundamental para garantizar la solvencia y la sostenibilidad del sistema.

---

<sup>2</sup> Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (CIMP): es el órgano colegiado competente en materia fijación del precio industrial máximo (PVL) para cada presentación de medicamento a incluir, o ya incluida, en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional.

## 1.6 LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL AÑO 2020

Gráfico 1.6.1 -Cifras de población, Ambos sexos, Edad, Total Nacional, 1 de enero de 2020



Fuente: (Instituto Nacional de Estadística, s.f.)

Las necesidades de atención sanitaria están directamente relacionadas con la evolución de la población y su distribución. En esta línea, la accesibilidad es un factor clave para garantizar un buen servicio a los ciudadanos. Tomando como referencia el año 2020, de aquí en adelante se estudiará la relación que tiene la población con la accesibilidad a dicha atención.

La población total en España a principios del año 2020 fue de 47.332.614 habitantes, correspondiendo el 49% a hombres y el 51% a mujeres. Dentro de Castilla y León, estos datos varían mínimamente, siendo los hombres un 49,35% mientras que en mujeres un 50,65% del total. Profundizando más en Castilla y León, la provincia de Valladolid supone un 1,10% del total de la población del país, contando con un 51,22% mujeres y 48,78% hombres (Instituto Nacional de Estadística, s.f.).

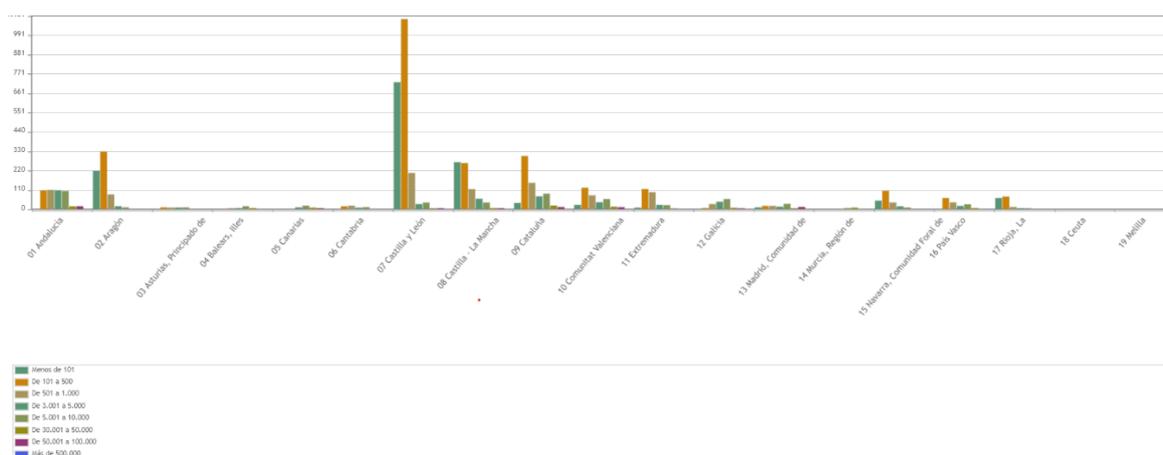
Centrando el análisis en el ámbito que compete a este estudio, los mayores de 65 años. A principios del año 2020 este grupo de población supuso un 18,56% del total nacional, desagregándose en un 43,24% hombres y un 56,76% de mujeres. Dentro de Castilla y León, la proporción se mantiene de manera muy similar, siendo el porcentaje de hombres de 44,54% mientras que en mujeres de 55,46%, formando 1,29% del total de la población de España. Desagregando aún más, la

provincia de Valladolid aporta el 0,26% del total nacional, siendo un 56,05% mujeres y 43,95% hombres (Instituto Nacional de Estadística, s.f.).

Como se ha visto en los datos anteriores, la población femenina sobrepasa ligeramente a la población masculina. En términos porcentuales, esta diferencia es más notable en los datos correspondientes a las personas mayores de 65 años.

Por otra parte, poniendo el foco en la distribución de la población dentro de Castilla y León. En el gráfico 1.6.2. se puede observar cómo es una de las comunidades que más municipios entre 101 y 500 habitantes tiene, por lo que se hace prácticamente imposible ofrecer servicios de atención sanitaria de calidad en todos y cada uno de ellos.

*Gráfico 1.6.2- Distribución de los municipios por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios*



Fuente: (Instituto Nacional de Estadística, s.f.)

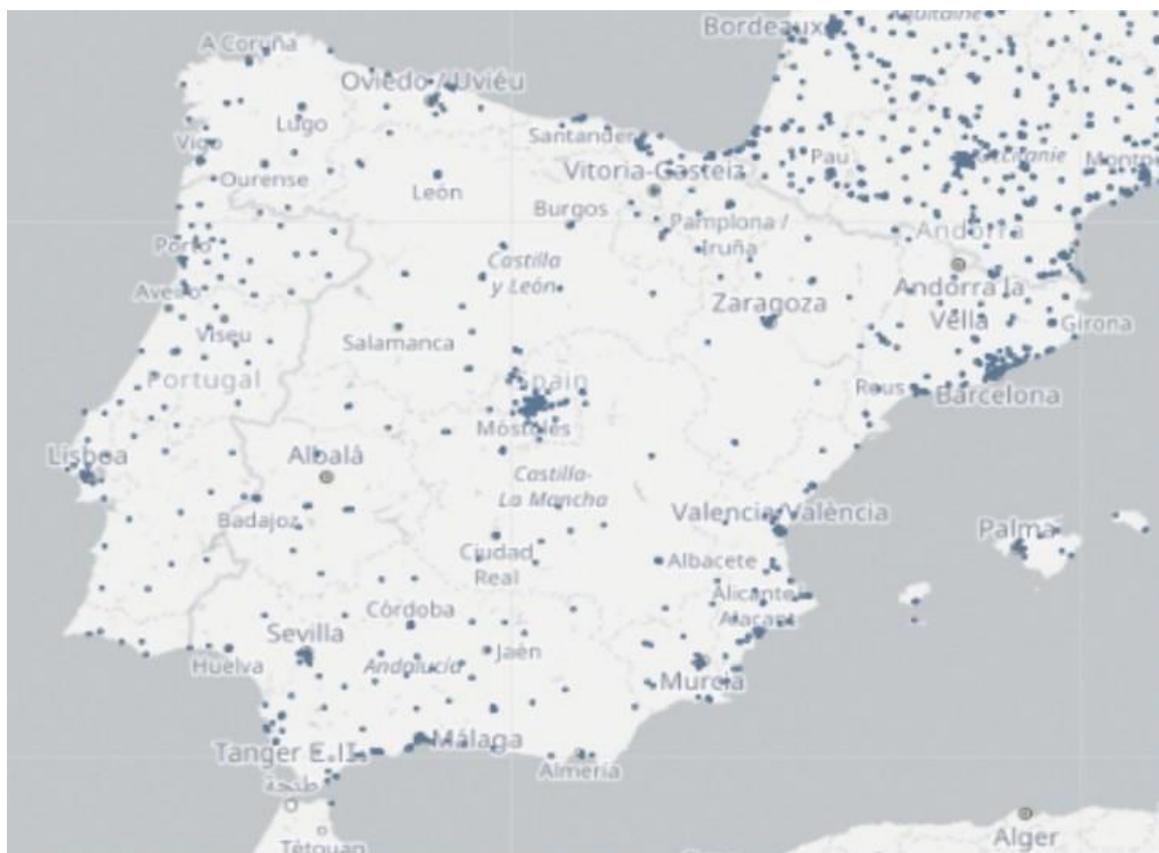
Por otra parte, la evolución de la población a nivel general en estos municipios es negativa, ya que, si la población es predominantemente envejecida, unido a las tendencias migratorias hacia las ciudades de los más jóvenes, provoca que estos municipios pequeños vean reducidos sus dotaciones de servicios y equipamientos municipales. En concreto, en el año 2020, aproximadamente el 40,1% de la población española se situaba en grandes ciudades (Instituto Nacional de Estadística, s.f.).



imágenes se podrá ver, para el año 2020, la distribución de los distintos puntos sanitarios, como hospitales o centros de salud.

Como se puede apreciar, España sufre una clara desigualdad en detrimento de las zonas rurales, en lo que respecta a la dotación de servicios sanitarios, concentrados mayoritariamente en zonas urbanas. Este hecho se conoce como la España vacía de hospitales, surgiendo una importante diferencia entre las grandes ciudades y los pequeños núcleos de población que apenas tienen asistencia médica.

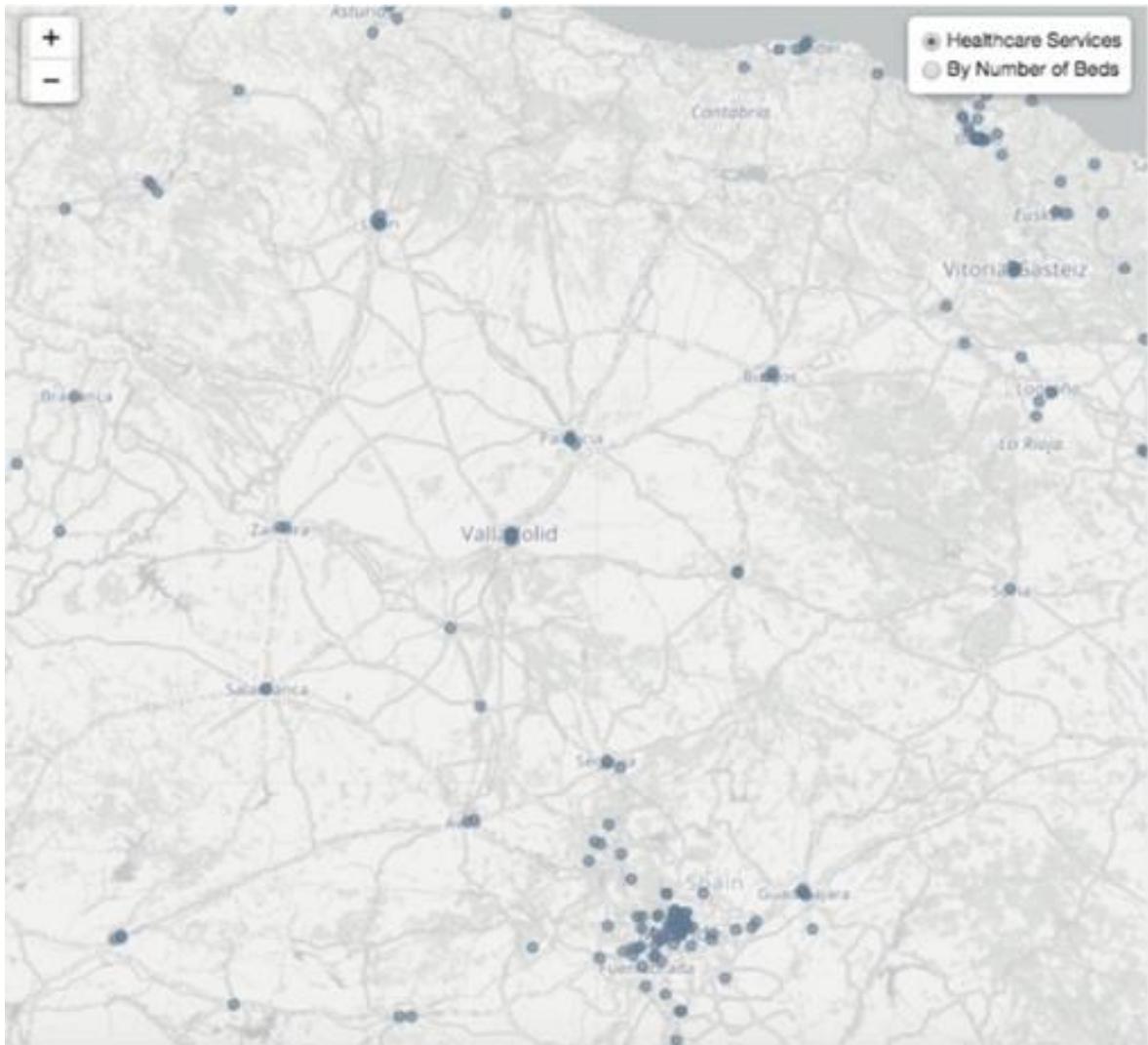
*Ilustración 3.2- Distribución de los hospitales en el ámbito español*



Fuente: (Contexto y acción, 2020)

A nivel peninsular, según las cifras recopiladas por Eurostat en España, hay 819 centros sanitarios con la consideración de hospitales –uno por cada diez localidades–. Cerca de la mitad, se encuentran en Cataluña (213), Andalucía (112) y Madrid (83), las comunidades más pobladas y con los mayores núcleos urbanos. Por otro lado, existe una clara diferencia a nivel autonómico, Castilla y León es una de las comunidades más castigadas en lo que respecta a la pérdida de dotaciones sanitarias y la reducción de la población (Contexto y acción, 2020).

Ilustración 3.3- Distribución de los hospitales en la zona de Castilla y León



Fuente: (Contexto y acción, 2020)

Continuando el análisis en Castilla y León, los hospitales se encuentran en las capitales de provincia y grandes municipios, dificultando a los habitantes de núcleos rurales el acceso a estos servicios y haciendo que tengan que recorrer grandes distancias para recibir la atención que no pueden recibir en otros centros más cercanos. En este sentido, la falta de personal y de recursos son las causas fundamentales de la falta de centros hospitalarios.

En esta línea y en concordancia con el escenario anterior, en lo que respecta a los centros sanitarios de atención primaria, como son los centros de salud, Castilla y León encabeza el ranking con 3.914 centros sanitarios de atención primaria, seguida por los 1.514 de Andalucía, 1.311 de Castilla-La Mancha y 1.253 de

Cataluña, según datos del año 2018. En gran parte, esto se debe a la gran extensión territorial de la comunidad y, como se ha comentado anteriormente, el problema de la España vacía (Contexto y acción, 2020).

A nivel general, España cuenta hoy en día con un total de 13.122 centros de atención primaria, de los cuales 3.055 son centros de salud y 10.067 consultorios locales. La tasa de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) es de 28 por cada 100.000 habitantes (Contexto y acción, 2020).

Para terminar, es importante mencionar que, Castilla y León cuenta con la mayor tasa de personal sanitario por habitante de España, siendo 4 profesionales por cada 1.000 habitantes. Cabe destacar que la disposición de este personal es inútil si no se poseen consultorios o infraestructuras para poder ofrecer este servicio. Sin embargo, Castilla y León cuenta con la mejor tasa de centros de Atención Primaria por habitante, siendo esta de 160 establecimientos por cada 100.000 habitantes (Contexto y acción, 2020).

## **1.7 EL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es un hecho irreversible que todo ser humano sufre a lo largo de su vida. Sin embargo, existen diferentes formas de enfrentarse a este paso del tiempo, dando lugar a diferentes puntos de vista del concepto “envejecimiento”.

- El envejecimiento exitoso se trata de “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” (Casla, 2020).
- El envejecimiento saludable es “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (Casla, 2020). Se encuentra asociado al mantenimiento de hábitos saludables por parte de las personas de avanzada edad, para así reducir la velocidad del envejecimiento y fomentar una mejor calidad de vida.

- El envejecimiento activo es “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” (Casla, 2020). Dentro de esta definición, incluimos al individuo como un participante en la vida activa de la población. Es decir, sigue participando en el mercado laboral, pero de manera no remunerada.

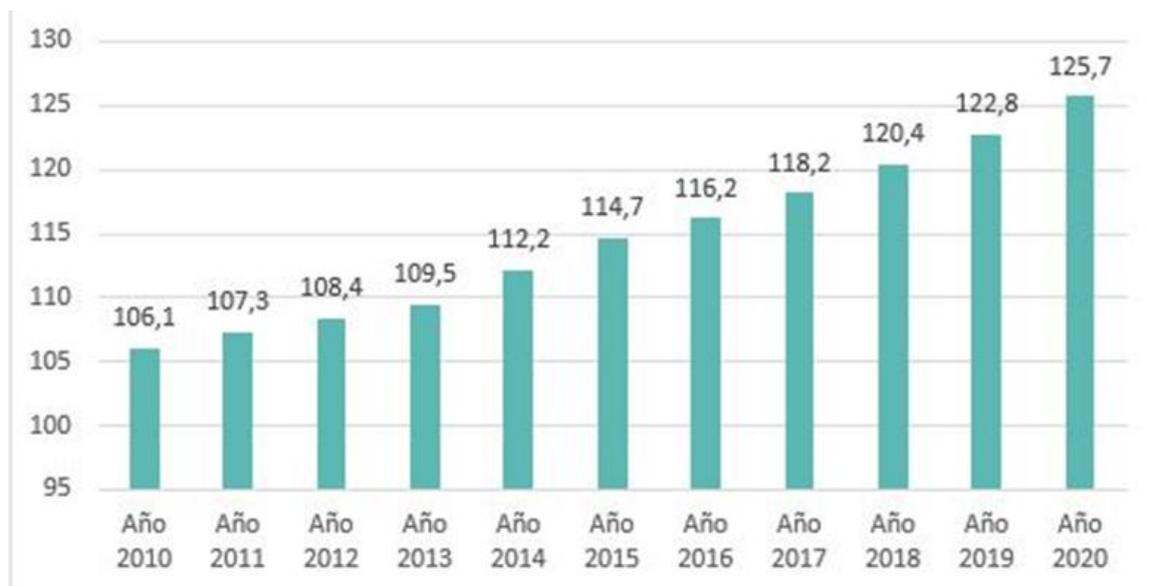
Cada persona es diferente a la hora de envejecer, desde personas que no llevan buenos hábitos de vida, pero su envejecimiento es exitoso, hasta personas que siguen los mejores hábitos de vida conocidos y, sin embargo, su salud se encuentra muy deteriorada durante el envejecimiento.

Independientemente de estas irregularidades, el desarrollo de unos hábitos de vida saludables lleva a un envejecimiento social y psicológico satisfactorio. Nuestro objetivo es conseguir una actuación independiente de este grupo de edad a la vez que desarrollan un entorno social estable.

Como definición final, englobando todo lo anteriormente descrito, “*el envejecimiento 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*” (Casla, 2020). En este estudio, trabajaremos con el envejecimiento demográfico, definiendo este como, “*el aumento del índice de vejez o porcentaje que representan los individuos de 65 y más años sobre el total de la población*” (Casla, 2020).

En el año 2020 se contabilizan en España 125 mayores de 64 años por cada 100 habitantes menores de 16 años. Esto supone un índice de envejecimiento del 125,7%, arrojando el mayor dato de la historia y avanzando progresivamente dentro de nuestro país (Fundación Adecco, s.f.).

Gráfico 1.7.1 - Evolución índice de envejecimiento España



Fuente: (Fundación Adecco, s.f.)

Este aumento del índice de envejecimiento viene propiciado por otros indicadores demográficos, como son la tasa de natalidad, reduciéndose a 7,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Otro indicador que encontramos involucrado es la esperanza de vida alcanzando su máximo histórico en 83,2 años (Fundación Adecco, s.f.).

El principal problema lo encontramos en el ámbito económico, debido a la relación cotizante-pensionista que se encuentra 0,3 por debajo de una ecuación sostenible de este sistema, que considera la cifra de 2,5 (Fundación Adecco, s.f.). Esto supone un gran problema a la hora de mantener el actual sistema de pensiones, generando muchos cambios en diferentes sectores de la sociedad como, por ejemplo, el sufrido en el mercado laboral.

Como es esperado, este aumento en el índice de envejecimiento genera por otro lado nuevas situaciones en otros servicios de atención, preocupándonos especialmente la atención sanitaria.

En relación con el indicador tasa de envejecimiento, se encuentra relacionado la tasa de dependencia de un país. En nuestro caso, la tasa de dependencia arroja un dato de 54,60%, lo que supone que más de la mitad de la población española comprendida entre edades menores de 16 años y mayores de 64, es dependiente

de la población activa de nuestro país (Fundación Adecco, s.f.). A mayores, como ya hemos comentado, la tasa de nacimientos ha descendido, por lo que el primer rango mencionado de menores de 16 años será inferior al rango de mayores de 64 años. Por otro lado, la índole de edad superior comprende también un mayor rango de edad.

## **2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

En este apartado, vamos a relacionar todos los datos aportados y obtenidos con la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020. Vamos a contrastar los resultados obtenidos en esta encuesta, con los comentarios o aportaciones que hemos relacionado en los apartados anteriores.

### **2.1 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA Y LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA.**

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) recoge información sobre la población adulta, es decir, a partir de 15 años (Ministerio de Consumo, 2020). Se trata de una encuesta no institucionalizada de la población que reside en España y se resuelve a través de un cuestionario común europeo, el cual se realiza de manera tanto presencial como no presencial. Este estudio ofrece datos sobre comportamientos relacionados con los servicios sanitarios, así como su uso o el acceso a los mismos, para poder conocer el estado de salud de la población encuestada. La periodicidad de esta encuesta es cada dos años y medio.

Esta encuesta se realiza en el ámbito español, y en coordinación con Eurostat, el Instituto Nacional de Estadística (INE). Éste, junto al Ministerio de Sanidad (MS) desarrollan el cuestionario adaptado dentro de nuestro país, para poder comparar los indicadores utilizados principalmente con la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) (Instituto Nacional de Estadística). La encuesta que corresponde a esta categoría de nacional se realiza cada cinco años.

El INE, el MS, como órganos pertenecientes a España, llevan años intentando armonizar las encuestas nacional y europea de salud, con el fin de constituir una serie única tomando como referencia lo aplicado a nivel europeo. Por un lado, las encuestas se realizan cada dos años y medio y cinco años, la del nivel europeo y la del nivel nacional, respectivamente. Por lo tanto, se encuentran alternados en el tiempo los resultados obtenidos en la encuesta europea y la encuesta nacional, además de compartir variables y metodología.

## 2.2 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA AÑO 2020

Los datos se consiguen a través de un muestreo trietápico estratificado por tamaño de municipio. Como unidades de primera etapa aparecen las secciones censales, las viviendas familiares principales aparecen como segunda etapa y el individuo que cumplimenta el cuestionario como última etapa.

La recogida de las muestras necesarias para este estudio se realizó en el periodo comprendido entre desde el 15 de Julio de 2019 y el 24 de Julio de 2020, a lo largo de un total de 52 semanas. Como sabemos, en esta etapa apareció toda la crisis provocada por la COVID-19. Consecuentemente, gran parte de las entrevistas no se pudieron realizar de manera personal en el domicilio del encuestado como se venía haciendo hasta ese momento, por lo que, se pasó a realizar de manera telefónica a partir del día 17 de marzo de 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Finalmente se consiguieron encuestar unas 37.500 viviendas por ambos métodos, telefónico y presencial, obteniendo información de un total de 22.072 entrevistas. Esa diferencia de unidades arroja un 21,26% de falta de respuestas para el año 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Como se desarrollará más adelante, estos datos se corresponden con hechos ya pasados: la forma que se ha sido atendido, si se ha tenido algún problema sanitario, etc. Por tanto, para su obtención, se retoman fechas aproximadas del año 2020. Se puede llegar a obtener datos de años aún inferiores como el 2019 o incluso 2018.

## 2.3 ESPAÑA

Dentro del rango de mayor edad, constituido por población de 65 años en adelante, las facilidades o dificultades que aparecen a la hora de acceder a los servicios que la sanidad ofrece son especiales. Para este colectivo, en muchas ocasiones es difícil realizar tareas de la vida cotidiana, o poder desplazarse hasta ciertos lugares para recibir la atención médica necesaria. Por tanto, a medida que la edad del individuo va aumentando, el número de tareas a realizar por éste desciende. Como consecuencia, debido al paso de los años hace que la población se vuelva más dependiente.

La selección de la muestra de la Encuesta Europea de Salud en España representa la población de más de 65 años del total de la población nacional española. El recuento de la muestra seleccionada supone un 19,85% del total de la encuesta total realizada en 2020. Dentro de estos valores, se diferencia un 42% de hombres frente a un 58% de mujeres.

Dentro de la muestra de población anterior de 4.382 personas (suponiendo esta un 19,85% del total de 22.072 de la encuesta de la EPA<sup>3</sup> del 2020), se va a utilizar como estudio las personas de 65 años en adelante dentro de la muestra de población. Esto supone un 6,06% del total de la encuesta del año 2020. Con esta muestra de estudio de los mayores de 65 años, se diferencia un 38% hombres y un 62% de mujeres, dentro del propio análisis.

Como se observa en ambos casos, muestra y muestra centrada en los mayores de 65 años, la proporción de mujeres es superior a la de hombres. Estas diferencias se acentúan cuando el rango de edad es superior, es decir en el segundo caso.

Hablando del motivo generacional, se puede afirmar un descenso de población en el mayor rango de edad. Hay más personas de 70 años que de 90, hecho que ocurre en todas las divisiones poblacionales. Esto supone un descenso del número de participantes dentro de cada rango, a medida que crece la edad de la población,

---

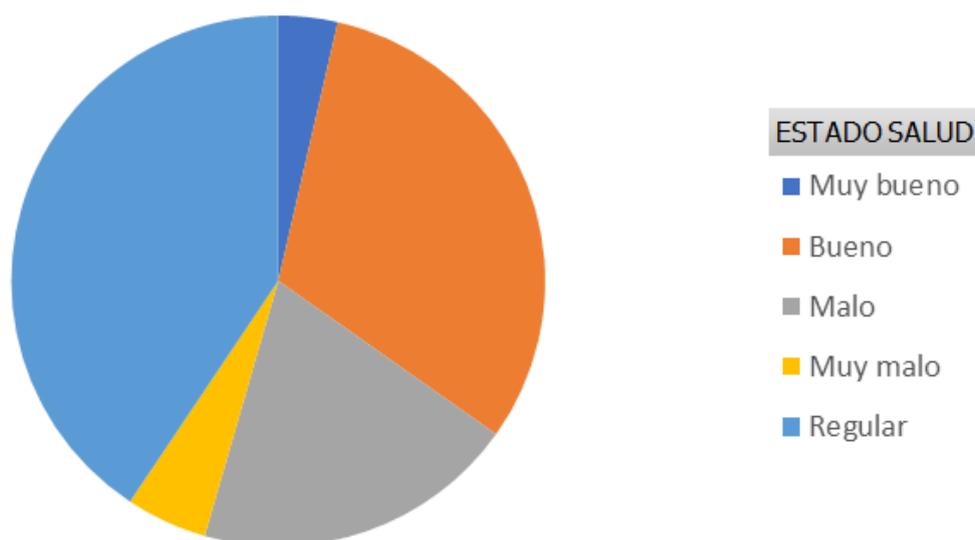
<sup>3</sup> Encuesta de Población Activa (EPA): Se trata de una investigación continua y de periodicidad trimestral dirigida a las familias, cuya finalidad principal es obtener datos de la fuerza de trabajo y de sus diversas categorías (ocupados, parados), así como de la población ajena al mercado laboral (inactivos)

para los mayores de 65 años.

El estado de salud percibido es la autoevaluación acerca de cómo se encuentra el individuo. Dentro de la encuesta realizada por la EESE, los individuos responden marcando una de las cinco opciones siguientes: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. La respuesta corresponde a como perciben su estado de salud. En el gráfico circular inferior aparecen las respuestas de una muestra de la última Encuesta Europea de Salud en España realizada en el año 2020.

Para nuestro gráfico circular 2.3.1, los colores amarillos (muy malo), gris (malo) y azul oscuro (regular), suponen un 4,93%, 19,64% y un 40,63%, respectivamente. Se asegura que el 65,20% de la población estudiada refleja en sus encuestas un estado de salud regular, malo o muy malo. Esto corresponde a tres de las cinco peores opciones a las que se puede optar en la encuesta, dentro de los parámetros de respuesta comentados anteriormente.

*Gráfico 2.3.1- Estado de salud percibido por la población mayor de 65 años*



Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

El otro 34,80% de la población mayor de 65 años seleccionado dentro de nuestra muestra de la EESE, han escogido su respuesta como estado de salud bueno o muy bueno, siendo menos numeroso esta segunda respuesta.

Las personas mayores de 65 años suelen padecer una o varias enfermedades crónicas, dentro de la gravedad o no que puede caracterizar esta patología, para

muchas personas. Una enfermedad crónica es aquella que se define como un problema de salud a largo plazo, la cual puede no tener cura. Este tipo de enfermedades resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales.

Relacionando a través de un análisis cruzado estos dos factores, estado de salud y enfermedad crónica, el que el individuo sufra o no sufra una enfermedad crónica no está directamente relacionado con percibir su propio estado de salud de una manera positiva o negativa.

La percepción de la salud por el propio individuo es un factor muy importante en este estudio. Esto se debe a que la autorregulación de la salud hace que las personas realicen unos buenos hábitos de vida, se cuiden más o no practiquen una vida sedentaria, lo que ayuda a no desarrollar ciertas enfermedades, crónicas o puntuales, que pueden ser frenadas o mejor tratadas gracias a esos buenos hábitos de vida.

Pasando ahora a relacionar la falta de atención médica o sanitaria con el motivo que las produce. En la encuesta realizada por la EESE, existen varias preguntas que resumen los motivos de la falta de atención en 6 problemas principales a la hora de ser atendidos sanitariamente. A continuación, resumiremos muy brevemente esos problemas para tener una visión general del tema:

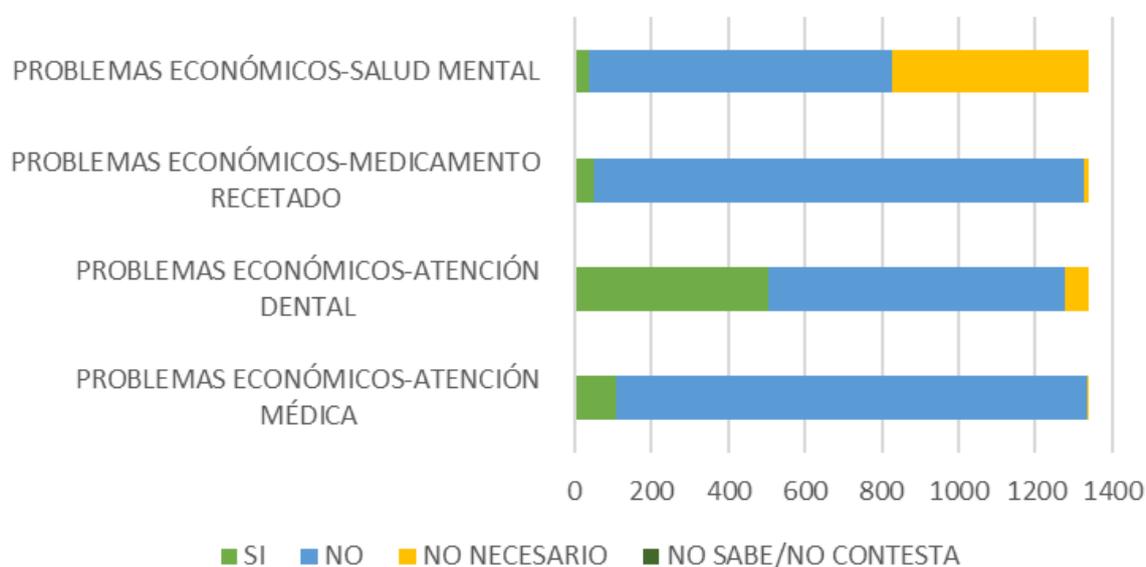
- Problemas económicos: En este apartado, nuestro análisis va a constar de cuatro problemas que aparecen reflejados en la encuesta de la EESE. Las preguntas incluyen ciertos problemas económicos correspondientes a la salud mental, al acceso a medicamentos recetados a la atención dental o a la atención médica. Los encuestados responden a cada una de estas preguntas con su situación personal.
- Problemas de transporte: Este problema incluye el desplazamiento hasta el hospital, centro de salud o consultorio necesario para el encuestado.
- Problemas debidos a la lista de espera: En este caso, la lista de espera supone un atraso a la hora de recibir un tratamiento de atención sanitaria para el paciente.

Para analizar las respuestas a las que puede optar el individuo encuestado será analizado de la siguiente forma. Si la respuesta es afirmativa, supone un problema de atención. Por contra, si la respuesta es negativa, supone una atención óptima por parte del servicio.

Analizaremos la muestra de población de mayores de 65 años, que se corresponde con el 6,06% de la población total española, porcentaje estudiado anteriormente. Se desagregarán los motivos de la falta de atención en dos bloques: individuales o externos al paciente.

En el gráfico 2.3.2 se resume de manera muy visual la falta de atención sanitaria correspondiente a los factores económicos que pueden afectar a la población. Por tanto, estos motivos se pueden calificar como individuales a la hora de recibir la atención necesaria.

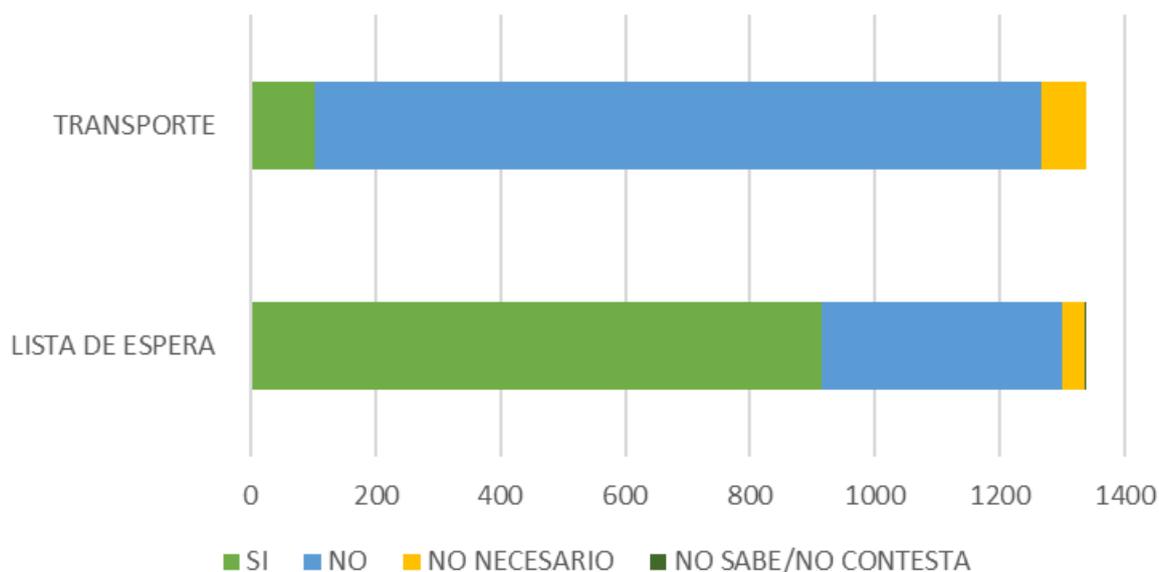
*Gráfico 2.3.2- Falta de atención sanitaria por motivos económicos.*



Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística).

Por otra parte, existen problemas a la hora de recibir la atención médica necesaria. Estos se pueden calificar como externos al paciente que recibe la atención médica. Se encuentran visualizados en el gráfico 2.3.3.

Gráfico 2.3.3- Falta de atención médica por motivos internos sanitarios.



Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística, 2020)

Compararemos de manera conjunta ambos gráficos en las siguientes líneas.

Como se observa en los dos gráficos anteriores, el principal problema acerca de la falta de atención médica es la lista de espera. El porcentaje de respuestas alegando este motivo como causa es el 68,34% de la muestra. En segundo lugar, con un 37,72% de respuestas afirmativas, se encuentran los problemas económicos en cuanto a la atención dental. Hay otros 4 motivos que realmente influyen poco a nivel numérico, ya que sus porcentajes de respuestas afirmativas no supera el 10% de la muestra. Independientemente, hay que seguir trabajando en ellos para que la población obtenga un servicio sanitario de cobertura completo, y nadie resulte afectado por estos problemas.

Se pasa ahora a la muestra de la población supone un “No” en su respuesta. La atención a la hora de obtener un medicamento recetado comprende un 95,30% de respuesta por parte de la muestra. También, se conoce el dato del 91,56% de respuesta ante la atención médica recibida y un 87% de respuesta ante el transporte. Los dos primeros porcentajes comprenden el ámbito económico, mientras que el tercer porcentaje aplica como motivo interno de la sanidad.

Conclusiones, la falta de atención que más respuestas en su contra obtuvo fue la lista de espera. Por otro lado, la falta de atención que menos se ha producido ha sido la obtención de medicamento recetado para este primer análisis.

## 2.4 CASTILLA Y LEÓN

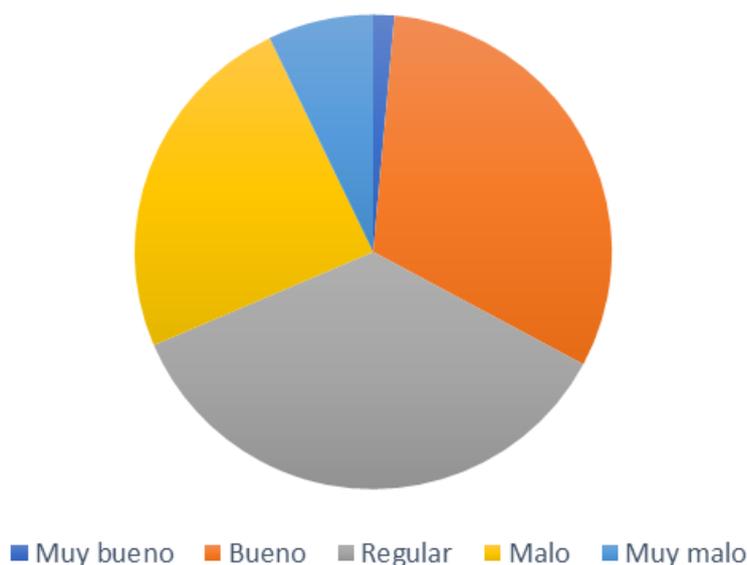
Para que los datos no sean insignificantes dentro de la muestra, se trabajará con el porcentaje total de mayores de 65 años de Castilla y León.

Se hablará del 1,6 % que pertenece a la muestra española siendo ahora los objetos de estudio los mayores de 65 años que pertenecen a la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

La muestra se distribuye porcentualmente como un 33% de hombres y un 67% de mujeres. La proporción de mujeres es superior a la de hombres. Como se ha analizado anteriormente con la población de España, los rangos de edad aportan menor valor en sus valores numéricos superiores.

Este gráfico arroja un 67% de resultado negativo ante el estado de salud percibido para la muestra poblacional de estudio. Este porcentaje reúne las respuestas “Muy malo” “Malo” y “Regular”, representadas en el gráfico 2.4.1. en colores azul oscuro amarillo y gris.

*Gráfico 2.4.1- Estado de salud percibido por la población mayor de 65 años en CyL*



Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

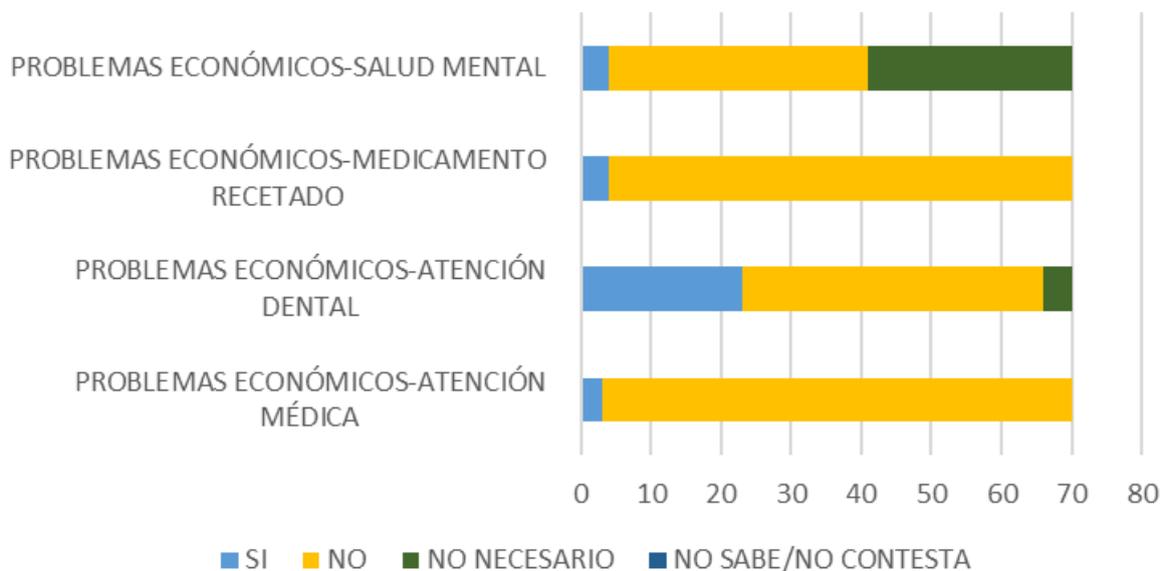
Gran parte de los seleccionados para la población de Castilla y León padecen una enfermedad crónica, debido al paso del tiempo.

Para la población de Castilla y León se ha utilizado el mismo método de obtención de información, a través de la encuesta realizada por la EESE.

Se analizará por tanto la muestra del 1,6 % de población que cumple las siguientes características: encuestado por la EESE, mayor de 65 años, perteneciente a la comunidad autónoma de Castilla y León además de pertenecer a nuestra muestra de población.

Como en el apartado anterior, se divide la falta de asistencia en dos, motivos individuales o ajenos al paciente.

Gráfico 2.4.2- Falta de atención por motivos económicos mayores de 65 en CyL

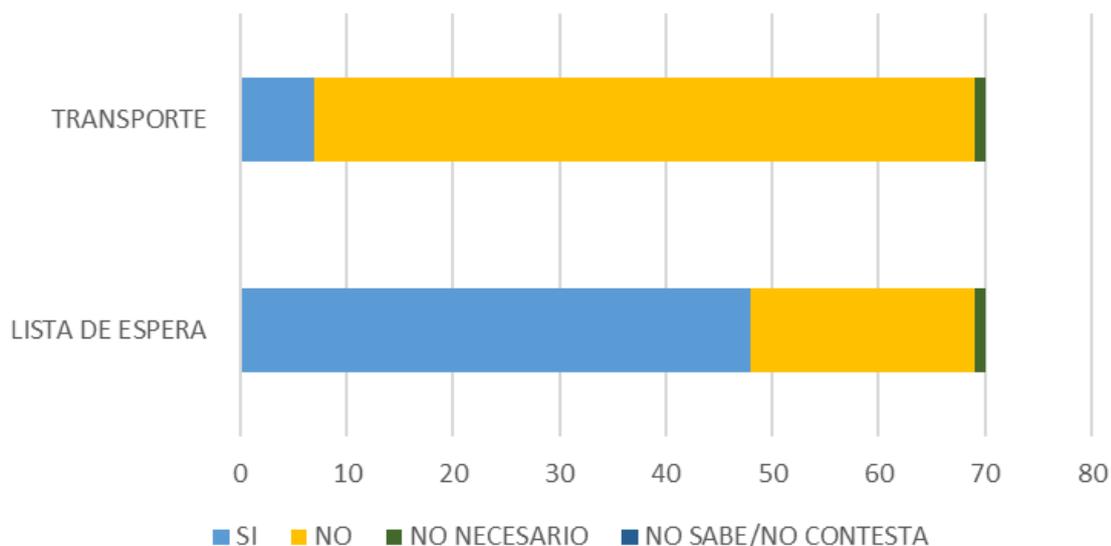


Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

En la gráfica 2.4.2- aparecen representados los motivos económicos de falta de atención médica con su correspondientes resultados diferenciados en la leyenda.

Por otro lado aparecen los motivos externos al paciente, los cuales no tienen solución por su parte. En la gráfica 2.4.3- aparecen representados los dos motivos que recoge la encuesta de la EESE sobre este problema de atención.

Gráfico 2.4.3- Falta de atención por motivos internos sanitarios mayores de 65 en CyL



Fuente- Elaboración propia a partir de la EESE (Instituto Nacional de Estadística, 2020)

Ahora, compararemos de manera conjunta ambos gráficos en las siguientes líneas.

El principal problema es la lista de espera que tienen que sufrir los pacientes ante consultas aportando unos porcentajes del 68,57 %. Seguido de este, el siguiente problema que aparece como principal motivo ante un descontento en el servicio de salud, son los motivos económicos ante cualquier intervención dental, con un porcentaje de 32.85 %

Por contra, aparecen las respuestas como el mínimo resultados de si o máximo de no, se muestran problemas económicos de atención médica. Este supone un 95,71 % de resultados. Le sigue muy de cerca las respuestas proporcionadas por el problema de obtención de medicamentos ante una receta proporcionada por el médico, con un 94,29 %.

Conclusiones, para la muestra de población de Castilla y León se obtiene como principal problema de falta de atención al que supone la lista de espera. En contra, el problema que menos ha aparecido en esta muestra es la atención médica, seguido muy de cerca por el problema de obtención de medicamentos recetados.

## 2.5 COMPARATIVA GENERAL (DATOS OBTENIDOS DE LA EESE)

Con los datos aportados anteriormente con distintos niveles y rangos de población, realizaremos un pequeño resumen basado en conclusiones que nos proporcionan esos datos.

Comenzando con el estado de salud, este no está relacionado directamente con padecer o no una enfermedad crónica. En muchas ocasiones esa enfermedad crónica puede estar tratada médica, física o psicológicamente. El paciente, puede disponer de todos los medios necesarios para su tratamiento y, aun así, percibe su estado de salud como muy malo. Al mismo tiempo, encontramos la cara opuesta de la situación, en la que se puede no disponer de medios para el tratamiento de esa enfermedad crónica, y al mismo tiempo, el estado de salud percibido es bueno o incluso muy bueno.

Como se ha comentado anteriormente, profundizar específicamente en cada una de las situaciones que ofrece cada individuo es inalcanzable, siendo de extrema dificultad realizar un análisis pormenorizado de los resultados. Sin embargo, el estudio realizado por la EESE se posiciona como una herramienta imprescindible para obtener conclusiones globales que aporten una visión más generalizada de la situación.

Por otro lado, en lo que respecta a la falta de asistencia médica o sanitaria. Destaca, desde hace tiempo, la falta de atención médica debido a las largas listas de espera como el principal problema percibido por los encuestados. La sanidad española, como se ha visto anteriormente, es de carácter fundamentalmente público y la mayoría de la población puede acceder a ella de manera gratuita.

La población va siendo cada vez mayor, y la necesidad de atención sanitaria se eleva por el número de personas que acceden a ella. En este ámbito, también influye el aumento del número de personas mayores, parte de la población que necesita, por lo general, un mayor seguimiento de su salud. Por tanto, una manera sencilla de solucionarlo sería aumentando el número de trabajadores dedicados al sector sanitario. En otras palabras, la creciente necesidad de atención sanitaria demanda una creciente necesidad de profesionales de la salud.

Una de las principales consecuencias que este sector lleva acarreado desde la crisis del año 2010, cuando los presupuestos del estado cayeron en picado, es la reducción de personal y de material, y de lugares de atención sanitaria. Esto afecta en mayor medida, a lugares considerados como la España vacía, cerrando temporalmente centros sanitarios, y dando lugar a la aparición de otro problema que afecta a la atención sanitaria, la problemática de la movilidad y el transporte.

Continuando con la crisis del 2010, tomando el punto de vista de las necesidades de la población, se puede observar que el segundo problema de atención sanitaria era la ausencia de atención bucodental. Por otra parte, el servicio dental está privatizado, ya que la seguridad social cubre necesidades muy básicas. Debido a que el acceso a este servicio está directamente relacionado con el desembolso de dinero privado, su relación con la crisis económica es más notable, debido a que estas necesidades se dejaron en un segundo plano ante la falta de capital.

Por otro último, destaca el hecho que la mayoría de los encuestados no encontraron dificultades para acceder a los medicamentos recogidos bajo el régimen de subvenciones.

### 3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este apartado final, se concluirá con un análisis estadístico de la EESE en el año 2020. Se realizarán tres análisis, que den pie a responderá la pregunta inicial de cada uno de los apartados.

#### 3.1 PRIMER ANÁLISIS ESTADÍSTICO

¿Existen diferencias en la valoración de la salud entre grupos de edad?

Para analizar la valoración de la salud entre los grupos de edad, ante la ausencia de una puntuación global objetiva recogida en la encuesta, se opta por integrar las variables:

- Falta de asistencia médica debido a listas de espera.
- Falta de asistencia médica debido a problemas de transporte
- Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos: Atención médica
- Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos: Atención dental
- Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos: Algún medicamento que le habían recetado
- Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos: Atención de salud mental.

Todas ellas referidas a los 12 meses previos a la realización de la encuesta. Se entiende que una ausencia de asistencia médica en cualquiera de sus formas anteriores contribuye a una valoración inferior del Sistema de Salud.

A término de analizar las diferencias entre grupos de edad se utilizarán los definidos por el INE, menores de 15 años, entre 15 y 64 años y más de 64 años. A fin de analizar las respuestas solo se entenderán como válidas los valores de si y no y se considerarán valores perdidos los individuos que no han precisado atención sanitaria, y los que seleccionaron NS/NC.

Dado que queremos comprobar si existen diferencias en la distribución entre dos variables cualitativas utilizaremos un test de diferencia de frecuencias, en este caso

vamos a optar por el test exacto de Fischer ya que las variables de clasificación categóricas tienen 2 y (existencia/ausencia de problemas en la asistencia) 3 niveles (los tres grupos de edad) respectivamente.

Las diferencias en la percepción de la falta de asistencia médica entre los grupos de edad son significativas para todos los tipos de asistencia ( $p < 0,019$ ), por lo que podemos descartar la hipótesis nula y admitir que las variables son dependientes, la percepción de la falta de asistencia médica varía entre los grupos de edad. No obstante, y en vista a la distribución de los grupos de edad, es posible que esta diferencia se deba a una gran desviación hacia la ausencia de percepción de problemas en el grupo de edad de menores de 15 años, por lo que volvemos a realizar el análisis para dos grupos de edad (menores de 65 años (sin los menores de 15 años) y mayores de 65 años), con el fin de corroborar si los mayores encuentran mayor la falta de asistencia médica y/o sanitaria.

Pasamos a analizar la percepción de la falta de cada tipo de atención entre los dos grupos de edad.

- Entre los mayores de 65 años, los encuestados que afirman que existen problemas de asistencia médica debido a la lista de espera suponen un 70,3%, mientras que para la población menor de 65 años este porcentaje baja al 65,1%, diferencia significativa de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p < 0,001$ ) para una N de 4143 encuestados.

- La misma diferencia se aprecia entre ambos subgrupos respecto a la percepción de problemas de transporte en la asistencia médica. No obstante, en este caso el porcentaje que consideran que existe un problema es menor en ambos subgrupos que los que consideran que existe un problema en la lista de espera. Los porcentajes son del 5,3% para menores de 65 años y 8,1 % para los mayores.

- La falta de atención médica debido a problemas económicos tiene la tendencia opuesta, y es percibida como un menor problema por los mayores de 65 años (8,1%) en comparación con los menores de dicha edad (10,3%).

- La falta de atención dental por problemas económicos es percibida como un mayor problema en el grupo de edad menor de 65 años (50,9 %) frente a los mayores de esa edad (39,6 %) ( $p < 0,001$ ).

- La falta de medicamentos recetados debido a problemas económicos también tiene una distribución de frecuencia diferente entre los dos grupos de

edad ( $p < 0,007$ ). En este caso, un 5,8 % de los menores de 65 años lo consideran un problema mientras que solo un 3,8 % de los mayores de 65 años encuentran un problema en esto.

- La falta de atención relacionada con la salud mental asociada a problemas económicos es percibida como un problema por 7,6 % de los menores de 65 años, pero solo por un 4,5 % de los mayores de 65. Esto supone una diferencia significativa ( $p = 0,002$ ) entre grupos.

## CONCLUSIONES:

Se aprecian diferencias significativas en la valoración de la salud entre los grupos de edad para todos los segmentos estudiados. Sin embargo, las diferencias no son siempre homogéneas, ya que algunas carencias en la asistencia son percibidas en mayor medida por los menores de 65 años mientras que otras son percibidas con más fuerza por los mayores de dicha edad. Los mayores de 65 años muestran una mayor preocupación por las listas de espera y los problemas de transporte que los otros grupos de edad, mientras que los problemas económicos tienen una menor prevalencia en este grupo.

### 3.2 SEGUNDO ANÁLISIS ESTADÍSTICO

¿Dentro del subgrupo de población mayor de 65 años, existen diferencias en la valoración de la salud entre Castilla y León y el resto del territorio nacional?

Para analizar la valoración de la salud entre Castilla y León y el resto del territorio nacional entre los mayores de 65 años, vamos a continuar analizando las 6 variables dependientes descritas en el apartado anterior, mientras que, en este caso la variable independiente será la residencia en la comunidad de Castilla y León.

Para el análisis, vamos a utilizar de nuevo el test exacto de Fischer ya que las variables de clasificación categóricas tienen 2 niveles (existencia/ausencia de problemas en la asistencia) y la variable de la agrupación también es dicotómica (población la Comunidad Autónoma de Castilla y León o de la totalidad del territorio español).

Pasamos a analizar la percepción de la falta de cada tipo de atención entre los dos grupos de población.

- Entre la población del resto del territorio nacional, los encuestados que afirman que existen problemas de asistencia médica debido a la lista de espera suponen un 70,4 %, mientras que para la población de Castilla y León este porcentaje es del 69,6 %, diferencia no significativa de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p = 0,893$ ) para una N de 1301 encuestados. Dentro de la N para el resto del territorio nacional corresponde con 1232 mientras que para Castilla y León la N supone un 69 de encuestados.

- Para los resultados de la percepción de problemas de transporte en la asistencia médica, los porcentajes son del 7,9 % para la población del resto de la población nacional y 10,1 % para la población de Castilla y León. La prueba exacta de Fisher ( $p=0,493$ ) no podemos concluir que existan diferencias en la percepción de los dos grupos de población.

- La falta de atención médica debido a problemas económicos tiene una probabilidad similar y, por lo tanto, es percibida como un mayor problema por la población del resto de España (8,3 %) en comparación con la población de Castilla y León (4,3 %). Se ve una diferencia no significativa que podemos saber gracias a la prueba exacta de Fisher ( $p=0,364$ ).

- La falta de atención dental por problemas económicos es percibida como un mayor problema en la población del resto territorio nacional (39,8 %) frente a los que corresponden a la población de Castilla y León (34,8 %). De nuevo, vemos una diferencia no significativa que aporta la prueba exacta de Fisher ( $p = 0,441$ ).

- La falta de medicamentos recetados debido a problemas económicos tiene el siguiente valor de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p = 0,340$ ). En este caso, un 3,7 % del resto de la población nacional lo consideran un problema mientras que solo un 5,7 % de la población de Castilla y León encuentran un problema en esto.

- La falta de atención relacionada con la salud mental asociada a problemas económicos es percibida como un problema por 4,2 % del resto de la población nacional, estando compuesta por un 9,7 % de la población de Castilla y León. Esto supone una diferencia significativa ( $p=0,105$ ) entre grupos.

## CONCLUSIONES:

Gracias a los datos aportados anteriormente, podemos observar que para las 6 variables analizadas no podemos detectar que haya diferencias entre la población de Castilla y León y para el resto de la población nacional. Una explicación de ello es que la muestra de la población de Castilla y León mayor de 65 años que contestaron a estas preguntas es muy baja para todas las variables analizadas. Esto se produce porque en estas repuestas, muchos de los encuestados han respondido N/S o N/C y al no considerar estas respuestas en el análisis disminuye la potencia de la prueba. No obstante, es posible que, si aumentamos el tamaño muestral del grupo de encuestados dentro de Castilla ya León, al aumentar la potencia de la muestra fuéramos capaces de detectar diferencias en cuanto a la percepción de la valoración de la salud entre los mayores de 65 años dentro y fuera de la comunidad de Castilla y León.

Podemos concluir que no hemos sido capaces de detectar diferencias significativas en la valoración de la salud entre los dos grupos de población, los mayores de 65 años en Castilla y León y los de fuera de esta Comunidad Autónoma.

### **3.3 TERCER ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

¿Existen diferencias en la valoración de la salud en España asociadas con el género? ¿Se mantienen estas diferencias en la valoración entre la población de más de 65 años?

Para analizar la valoración de la salud entre hombres y mujeres, vamos a continuar analizando las 6 variables descritas en los apartados anteriores.

Para el análisis, vamos a utilizar de nuevo el test exacto de Fischer ya que el número de niveles sigue siendo bajo y podemos calcular su valor rápidamente. Las variables de clasificación categóricas tienen 2 niveles (existencia/ausencia de problemas en la asistencia) y la variable de la agrupación también es dicotómica (hombres o mujeres).

Pasamos a analizar la percepción de la falta de cada tipo de atención entre los dos grupos de población (hombres y mujeres) sin dividir por subgrupos de edad.

- Entre los hombres, los encuestados que afirman que existen problemas de asistencia médica debido a la lista de espera suponen un 65,6 %, mientras que para las mujeres este porcentaje es del 67,4 %, diferencia no significativa de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p = 0,229$ ). Los tamaños muestrales una vez eliminados los individuos que no responden o no contestan son de 1713 hombres frente a 2443 mujeres.

- Respecto a los problemas de transporte en la asistencia médica, un 5,4 % de los hombres y 6,6 % de las mujeres consideran que sí existen. Una diferencia porcentual no significativa de acuerdo a la prueba exacta de Fisher ( $p = 0,141$ ).

- La percepción de una falta de atención médica debido a problemas económicos se mantiene similar entre ambos sexos, aunque es percibida ligeramente más por los hombres (8,6 %) en comparación con la femenina (10,4 %), sin ser la diferencia significativa ( $p = 0,061$ ).

- La falta de atención dental por problemas económicos tampoco es percibida de forma diferencial entre sexos, un (48,5 % de hombres) frente a (un 46,9% de las mujeres). De nuevo, la prueba exacta de Fischer no nos permite concluir que existan diferencias significativas ( $p = 0,303$ ).

- La falta de medicamentos recetados debido a problemas económicos tampoco se percibe de forma diferencial entre sexos ( $p = 0,524$ ). En este caso, un 4,9 % de los varones lo consideran un problema frente a un 5,3 % de las mujeres.

- La falta de atención relacionada con la salud mental asociada a problemas económicos es percibida como un problema por 5,3 % de los hombres frente a un, 7,4 % de las mujeres. Esto convierte a la falta de atención relacionada con la salud mental derivada de los problemas económicos el único apartado de la salud que es percibido de forma diferencial entre ambos sexos ( $p = 0,028$ ).

#### CONCLUSIONES PRIMERA PREGUNTA:

Analizando los datos relacionados con la percepción de la falta de cada tipo de atención, encontramos que en términos generales no se observan diferencias significativas entre géneros, a excepción de la percepción de los problemas económicos para el acceso a la salud mental.

A continuación, nos vamos a centrar únicamente en el grupo de edad mayor de 65 años, por lo que excluimos el resto de las personas encuestadas de edad inferior a 65 años. También estudiaremos las variaciones entre sexos en este grupo de edad.

- Entre los hombres, los encuestados que afirman que existen problemas de asistencia médica debido a la lista de espera suponen un 74,6 %, mientras que para las mujeres este porcentaje es del 67,7 %, diferencia significativa de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p = 0,009$ ).

- Respecto a los problemas de transporte en la asistencia médica, un 5,8 % de los hombres y 9,3 % de las mujeres consideran que sí existen. Una diferencia porcentual significativa de acuerdo con la prueba exacta de Fisher ( $p = 0,025$ ), por lo que podemos afirmar que la percepción de problemas de transportes es mayor entre las mujeres mayores de 65 años que entre los hombres.

- La percepción de una falta de atención médica debido a problemas económicos se mantiene similar entre ambos sexos, aunque es percibida ligeramente más por los hombres (7,3 %) en comparación con las mujeres (8,5 %), sin ser la diferencia significativa ( $p = 0,469$ ).

- La falta de atención dental por problemas económicos es percibida de forma diferencial entre sexos, un (34,7 % de hombres) frente a (un 42,5% de las mujeres). De nuevo, la prueba exacta de Fischer nos permite concluir que existen diferencias significativas ( $p = 0,007$ ) entre ambos sexos para los mayores de 65 años.

- La falta de medicamentos recetados debido a problemas económicos no se percibe con este grupo de edad de forma diferencial entre sexos ( $p = 0,558$ ). En este caso, únicamente 3,3 % de los varones lo consideran un problema frente a un 4,1 % de las mujeres.

- La falta de atención relacionada con la salud mental asociada a problemas económicos es percibida como un problema por 3,13 % de los hombres frente a un, 5,1 % de las mujeres. Esto convierte a la falta de atención relacionada con la salud mental derivada de los problemas económicos un hecho percibido como un problema por una parte relativamente baja de la población mayor de 65 años y cuya percepción no parece variar entre sexos en

este grupo de edad, de acuerdo con la prueba exacta de Fischer ( $p=0,217$ ).

#### CONCLUSIONES SEGUNDA PREGUNTA:

Las diferencias entre sexos en la percepción de los distintos problemas parecen acrecentarse en el grupo de edad mayor de 65 años analizado en este apartado.

Los problemas en los que existe percepción diferencial son:

- Falta de asistencia médica debido a listas de espera.
- Falta de asistencia médica debido a problemas de transporte
- Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos: Atención dental.

Podemos asegurar que, a medida que la edad de la población aumenta, la valoración de la salud de la muestra de población que se estudia por sexo arroja cada vez unos valores de percepción diferentes, pasando a ser algunos de estos significativos.

#### 4. CONCLUSIONES

Como se ha podido observar en el presente trabajo, las dificultades que afectan a los mayores de 65 años en el ámbito sanitario son una realidad con la que tienen que lidiar día a día. Desde el propio European Health Interview Survey, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Eurostat, se está realizando cada dos años y medio la Encuesta Europea de Salud en España, con el fin de recoger las opiniones de la población española a la hora de hacer uso de servicios sanitarios.

Con afán de sintetizar y concentrar las ideas más importantes del trabajo, obtenidas del análisis y explotación de una muestra de los datos recogidos en la Encuesta Europea de Salud en España para el año 2020, se puede destacar:

- Los mayores de 65 años muestran una gran preocupación por las listas de espera y los problemas de transporte, en comparación con los otros grupos de edad y problemas económicos estudiados.
- Para la muestra de los mayores de 65 años de Castilla y León, en contraposición con la muestra de los mayores de 65 años en el resto del territorio nacional, no ha sido posible encontrar diferencias significativas de cara a problemas de atención sanitaria. Concluyendo que, el análisis comparativo de los resultados obtenidos para la falta de asistencia médica y falta de atención sanitaria por motivos económicos, son todos similares en estas dos muestras de población.
- Atendiendo el género del encuestado, el análisis para la muestra de los mayores de 65 años, en comparación con el total de la muestra de la población, provoca diferencias significativas en las dos respuestas conocidas como falta de asistencia médica y para la falta de atención sanitaria por motivos económicos que corresponde a la atención dental. Para la muestra del total de la población, únicamente se encuentran diferencias significativas entre género a la falta de atención por problemas económicos para el acceso a la salud mental.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

- 20 minutos. (21 de enero de 2021). *MAPA | Consulta los municipios que más habitantes pierden y ganan en España... y si tu población está entre ellos*. Obtenido de <https://www.20minutos.es/noticia/4552020/0/mapa-municipios-mas-poblacion-ganan-pierden/>
- (2021). Obtenido de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595)
- B.O.E. (4 de Octubre de 2011). Obtenido de Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- BOE - Ministerio de Política Territorial y Función Pública. (2020). *Boletín Oficial del Estado*. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3514>
- Casla, L. M. (2020). Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42346/TFG-N.%201280.pdf?sequence=1>
- Consalud. (25 de octubre de 2020). *RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)*. Obtenido de 2009-2018, la década de los recortes: Efectos de la infrafinanciación sobre la Sanidad: [https://www.consalud.es/politica/decada-recortes-2009-2018-efectos-infrafinanciacion-sanidad\\_87083\\_102.html](https://www.consalud.es/politica/decada-recortes-2009-2018-efectos-infrafinanciacion-sanidad_87083_102.html)
- Contexto y acción. (6 de junio de 2020). *La España vacía de hospitales*. Obtenido de <https://ctxt.es/es/20200501/Firmas/32169/Observatorio-salud-sanidad-publica-UE-centros-despoblacion.htm---->
- El Economista. (30 de marzo de 2021). *Menos fármacos y precios más bajos en España en 2020*. Obtenido de <https://revistas.economista.es/salud/2021/abril/menos-farmacos-y-precios-mas-bajos-en-espana-en-2020-LC7062409>
- Epdata. (3 de mayo de 2022). *Listas de espera en la Sanidad pública, últimos datos oficiales*. Obtenido de <https://www.epdata.es/datos/listas-espera-sanidad-publica/24/espana/106>
- Fundación Adecco. (s.f.). *Año 2020: El envejecimiento avanza imparable y*

alcanza su valor máximo en España (125%); se contabilizan 125 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16. Obtenido de <https://fundacionadecco.org/notas-de-prensa/ano-2020-el-envejecimiento-avanza-imparable-y-alcanza-su-valor-maximo-en-espana-125-se-contabilizan-125-mayores-de-64-anos-por-cada-100-menores-de-16/>

- Generali. (s.f.). *Mejores sistemas sanitarios del mundo*. Obtenido de <https://www.generalis.es/blog/tuasesorsalud/sistemas-sanitarios-alrededor-del-mundo/>
- II CONGRESO ESTATAL DE LAS PERSONAS MAYORES. (s.f.). *EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD RESPECTO A LAS PERSONAS MAYORES*. Obtenido de [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_005697.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_005697.pdf)
- León. (s.f.). *León y Zamora, las provincias con mayor descenso de población de España en 2020*. Obtenido de <https://ileon.eldiario.es/coronavirus/117768/leon-y-zamora-las-provincias-con-mayor-descenso-de-poblacion-de-espana-en-2020>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE)*. Obtenido de [https://www.ine.es/prensa/eese\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional)*. Obtenido de [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Encuesta europea de Salud Pública 2020*. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020\\_inf\\_evol\\_princip\\_result.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *INE*. Obtenido de <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2019/p01/&file=pcaxis>
- InterDomicilio. (2020). *CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL*. Obtenido de <https://www.interdomicilio.com/caracteristicas->

sistema-sanitario-espanol/

- Israel, S. (2016). Obtenido de <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0335-7>
- La Moncloa. (16 de junio de 2020). *El Gobierno aprueba el Fondo COVID-19 de 16.000 millones de euros para las comunidades autónomas*. Obtenido de <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/160620-cministros.aspx>
- Ministerio de Consumo. (2020). *Encuesta Europea de la Salud (EES)*. Obtenido de [http://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subdetalle/encuesta\\_europea\\_salud.htm](http://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subdetalle/encuesta_europea_salud.htm)
- Ministerio de Sanidad. (2014). *Estadística de Gasto Sanitario Público*. Obtenido de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario/docs/EstadGastoSanitPublicPrincResult.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Indicadores de salud 2020*. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores\\_de\\_Salud\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma*. Obtenido de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE PRECIOS DE LOS*. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/pdf/REGLAMENTO\\_CIMP\\_30\\_09\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/pdf/REGLAMENTO_CIMP_30_09_2019.pdf)
- Moreno, G. A. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Obtenido de

file:///C:/Users/carla/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf

- Nuecatribuna. (25 de enero de 2015). *Tribuna Sanitaria*. Obtenido de ¿Cómo garantizar la accesibilidad de nuestro sistema sanitario público?: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/garantizar-accesibilidad-poblacion-clave-funcionamiento-sanidad-publica/20150125144146111652.html>
- Redacción médica. (3 de abril de 2017). *España marca un nuevo mínimo de centros de salud y cae a niveles de 2012*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-marca-un-nuevo-minimo-de-centros-de-salud-13-163-al-nivel-de-2012-7402>
- Revista Internacional de sociología (RIS). (2014). *LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*. Obtenido de <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>
- Rosa, U. (2016). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116000248>
- Varios, A. (1997). Obtenido de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.87.3.365>
- Varios, a. (2012). Association between chronic conditions and perceived. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659214/pdf/OpenMed-06-e48.pdf>
- Varios, a. (2013). Obtenido de <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/5/808/476327?login=true>
- Varios, a. (2017). Obtenido de <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/10/1127>
- Varios, A. (2017). Obtenido de [https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl\\_1/82/3045940?login=true](https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_1/82/3045940?login=true)
- Varios, a. (2020). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020303225>

