



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

El acceso a la eSalud en España: ¿Tenemos las competencias digitales necesarias?



Antón Lodeiro-Vázquez

Bran Barral-Buceta

Irene Loureiro-Álvarez

**XVIII Congreso Asociación Española de
Ciencia Política y de la Administración**

Granada, jueves 10 de septiembre de 2026

Universidade de Santiago de Compostela



ISOPOLIS

Investigación social e
políticas públicas



- Sociedades altamente conectadas, interdependientes y digitalizadas (Castells, 2006; Foucault, 2002).
- Necesidad de adaptación: **Alfabetización digital** como parte imprescindible en el acceso y uso de las herramientas y servicios de eSalud (Fu et al., 2026; Tavares y Oliveira, 2017).
- Exclusión digital, social y administrativa (Larsson, 2021): falta de **participación**, **desmotivación** o **frustración** → repercusión en la **calidad de vida** de la ciudadanía (Baack, 2015; Moriche et al., 2020).
- Enfoque y **análisis multidimensionales** (Buchert et al., 2023). **Factor edad**: estereotipos, edadismo y gerontofobia (Momtaz et al., 2021; Rueda Etxebarria, 2020).

Objetivos

I

Analizar qué factores **impulsan** y/o **frenan** el uso efectivo de los servicios y herramientas de la eSalud.

II

Evaluar el peso de la **autonomía digital** en el uso de la eSalud.

III

Medir el impacto de la **edad** como **barrera de exclusión** en el acceso y uso de la eSalud.

Metodología

Encuesta eSactiv (2025): Envejecimiento y salud digital en España [PID2022-138892OB-I00]

Trabajo de campo: 30/05/2025 – 08/07/2025

Diseño mixto: **18-64 CAWI**; **mayores de 65 años CATI**.

N = **1599** [Submuestra > 65 años = **553**].

Ámbito nacional: Ponderación según **CC.AA.**, **sexo** y **grupo de edad**.

Nivel de Confianza **95% 2 sigmas**. Margen de error **±2,7 %** ($p = q$).

Sociodemográficas

(Sexo, Edad, Estudios, Estado de Salud, Cronicidad)

Variables

Nivel de **Autonomía en Competencias Digitales**

Frecuencia de **Uso Herramientas y Servicios eSalud**

Análisis Estadístico

Análisis Factorial Exploratorio (AFE) + Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM)

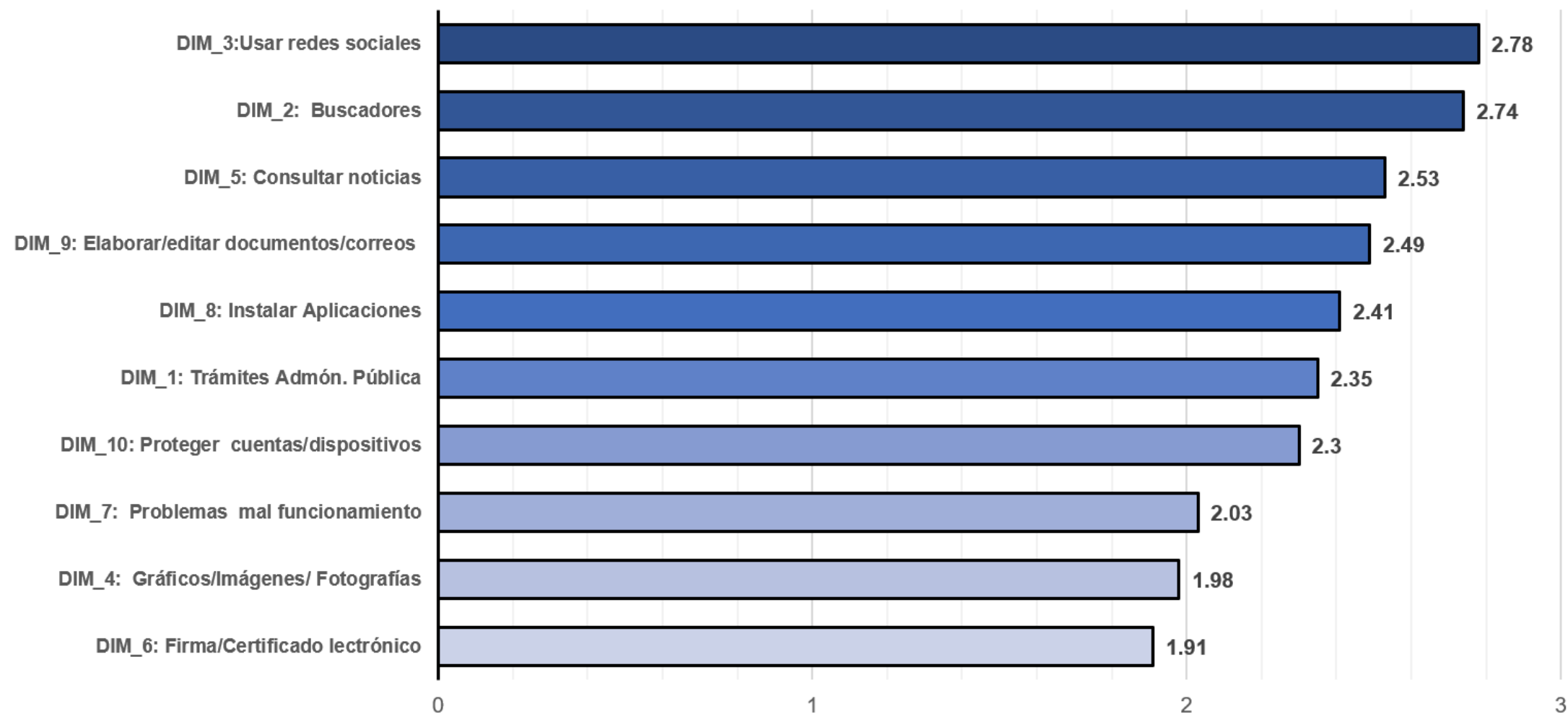
Modelo de Estimación: Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS).

Algoritmo de Estimación: NLMINB. Total de 86 iteraciones.

1011 observaciones válidas.

Resultados: Distribución de la Muestra

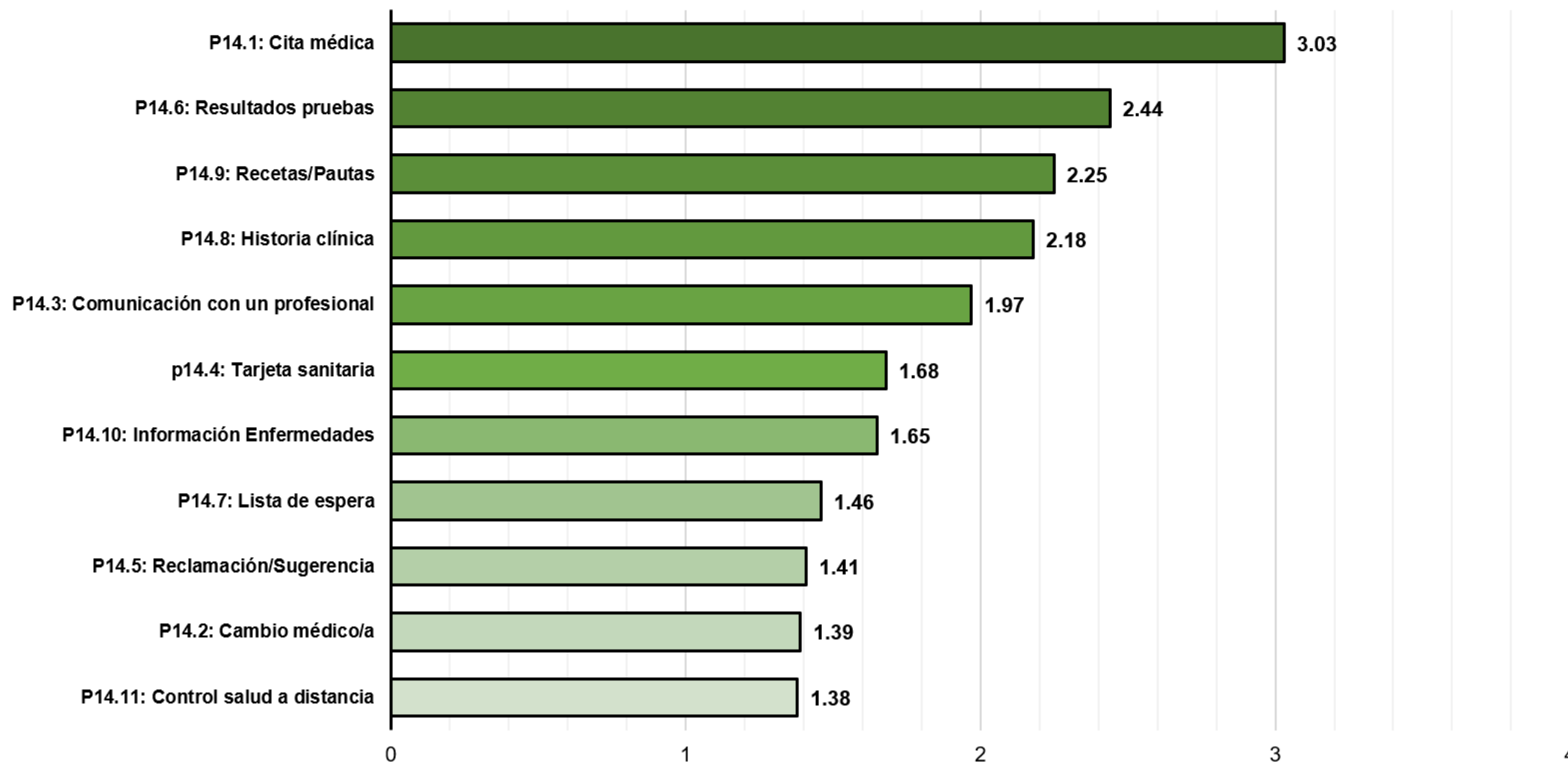
Figura 1: Nivel medio de Autonomía DigComp [1 = No, no lo hice; 2 = Sí, me ayudó alguien; 3 = Sí, yo mismo/a]



Fuente: Elaboración Propia

Resultados: Distribución de la Muestra

Figura 2: Frecuencia media de uso herramientas y servicios eSalud [1 = Nunca; 2 = Casi Nunca; 3 = Algunas Veces; 4 = Frecuentemente]



Fuente: Elaboración Propia

Resultados: Análisis Factorial Exploratorio

Tabla 1: Fiabilidad y Consistencia Interna de los Factores

Escala	Factor	Ítems	Alfa de Cronbach (α)	Omega de McDonald (ω)	KMO Global	Prueba de Esfericidad de Bartlett
DigComp 1	Técnicas / Gestión	DIM_1,4,6,7,8,9,10	0.862	0.867	0.924	p < 0.001
DigComp 2	Comunicación / Ocio	DIM_2,3,5	0.806	0.828		
eHealth 1	Consulta Información Clínica	P14.6,8,9	0.804	0.810	0.868	p < 0.001
eHealth 2	Gestiones Administrativas	P14.2,4,5,7	0.743	0.746		
eHealth 3	Monitorización / Seguimiento	P14.10,11	0.685	0.690		
eHealth 4	Citas/Comunicación	P14.1,3	0.300	0.303	Descartado	

Fuente: Elaboración Propia

Resultados: Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla 2: Ajustes Modelo AFC

Escala Autonomía Digital

Prueba Para un Ajuste Exacto				
χ^2	df	p		
386	34	<.001		
Medidas de Ajuste				
CFI	TLI	RMSEA	IC 90% del RMSEA	
			Más bajo	Superior
0.953	0.937	0.0807	0.0735	0.088

Escala eSalud

Prueba Para un Ajuste Exacto				
χ^2	df	p		
140	24	<.001		
Medidas de Ajuste				
CFI	TLI	RMSEA	IC 90% del RMSEA	
			Más bajo	Superior
0.964	0.947	0.067	0.0565	0.078

Fuente: Elaboración Propia

Resultados: Modelo SEM

Tabla 3: Ajuste Modelo SEM

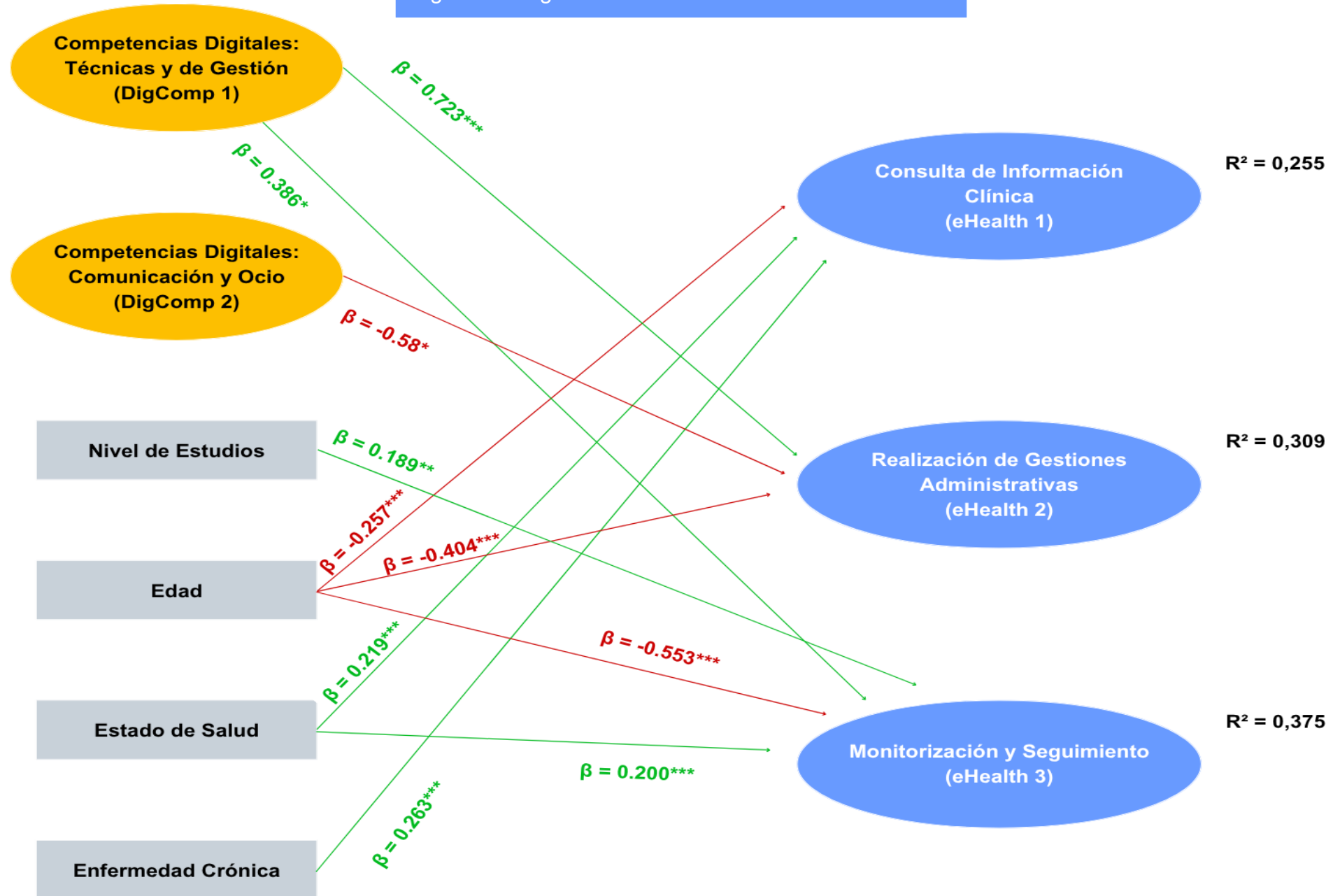
Ajuste Global del Modelo Final (DWLS)	
Comparative Fit Index (CFI)	0.947
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.935
RMSEA	0.05
SRMR	0.067

Tabla 4: Relaciones de Covarianza y Correlación de Residuos

Factor 1	Factor 2	Covarianza Est.	E.E.	Z	p
eHealth1	eHealth2	0.678	0,029	9.15	<0.001
eHealth1	eHealth3	0.733	0.034	10.67	<0.001
eHealth2	eHealth3	0,856	0.037	9.08	<0.001

Fuente: Elaboración Propia

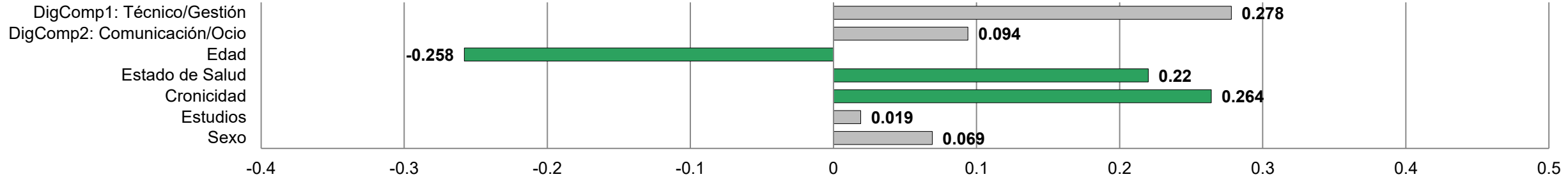
Figura 3: Diagrama de Rutas Estructurales del Modelo



Fuente: Elaboración Propia

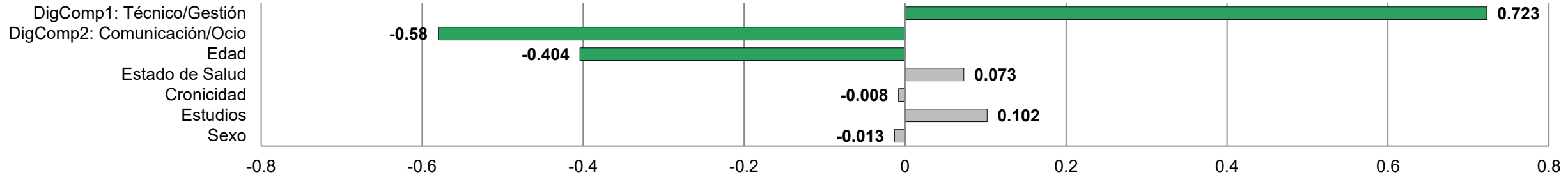
eHealth1: Consulta Información Clínica

■ No significativo ■ Significativo ($p < 0.05$)



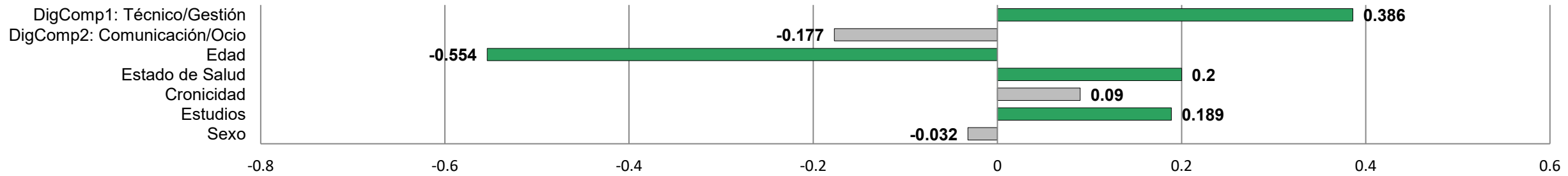
eHealth2: Gestiones Adiminstrativas

■ No significativo ■ Significativo ($p < 0.05$)



eHealth3: Monitorización/Seguimiento

■ No significativo ■ Significativo ($p < 0.05$)



Conclusiones

I

Resulta necesario establecer **diferencias** en la autonomía digital: la técnica, la gestión o la resolución de problemas se posicionan como **potenciadores** del uso efectivo de la eSalud, frente a la comunicación y el ocio digital.

II

Cuestiones como tener un **peor estado de salud** y contar con alguna **enfermedad crónica** favorecen el uso de la eSalud frente al **sexo** o al **nivel de estudios**. La **edad** como freno sistemático (personas mayores) y barrera en el uso de la eSalud.

III

Necesidad de **orientar** la alfabetización digital hacia la **autonomía técnica**; priorizar un **diseño accesible** en las herramientas de **monitorización** y **seguimiento**; y dirigir las **campañas de implementación** de estos servicios hacia personas con enfermedades crónicas.

¡Muchas gracias a todxs! Moitas grazas a todxs!

antonlodeiro.vazquez@usc.es

bran.barral.buceta@usc.es

irene.loureiro.alvarez@usc.es

**XVIII Congreso Asociación Española de
Ciencia Política y de la Administración**

Universidade de Santiago de Compostela

