



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
**Universidad Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Master de Gerontología Social**  
**Curso Académico 2018 -2019**

**TRABAJO FIN DE MASTER**

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN FUNCIÓN DEL  
SEXO DE LA POBLACION MAYOR ESPAÑOLA.

UTILIZATION OF HEALTH SERVICES ACCORDING TO THE SEX OF THE  
SPANISH ELDERLY POPULATION.

**Autor/a:** Sousa Bernués, Ana Blanca

**Director/a:** Ana Gascón Catalán

## **RESUMEN:**

**Introducción:** La salud es un estado biocultural de equilibrio, con un componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico, así como una función normal mantenida dentro del contexto sociocultural. Durante el proceso de envejecimiento pueden producirse pequeñas descompensaciones que ocasionan grandes deterioros funcionales, lo que conlleva a un mayor uso de los servicios sanitarios por parte de las personas mayores. En el estado de salud, la equidad de género concierne el logro, por parte de mujeres y hombres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social, eliminando disparidades innecesarias, evitables e injustas, entre sexos.

**Objetivo:** Analizar y describir si existen desigualdades entre sexos en la utilización de los servicios sanitarios de Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE), ingreso hospitalario y servicio de urgencias en personas mayores de 65 años en España.

**Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transversal a partir de los datos procedentes de Encuesta Nacional de Salud en España en 2017 (ENSE 2017), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se analiza información sanitaria relativa a la población residente en España de personas de edad igual o mayor a 65 años.

**Resultados:** No se encontraron diferencias en el uso de los servicios de Atención Primaria y Especializada en cuanto al sexo ( $p > 0,05$ ), sin embargo, sí que se encontraron en los ingresos hospitalarios ( $p = 0,025$ ), y en el servicio de urgencias ( $p < 0,001$ ). Además se observa un aumento en el uso de los servicios de Atención Primaria ( $p = 0,019$ ), ingresos hospitalarios ( $p = 0,008$ ), y servicio de urgencias ( $p = 0,02$ ) al aumentar la edad. Del mismo modo, una peor percepción de la salud se asocia con un mayor uso de todos los servicios sanitarios ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados ponen de manifiesto las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios en función del sexo, así como de la edad y la salud percibida. Se resalta la necesidad de desarrollar programas de atención al anciano siendo necesario la realización de estudios bajo esta temática, que permiten identificar las necesidades de salud y mejorar la calidad de la atención.

**Palabras clave:** servicios de salud, sexo, adulto mayor.

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Health is a biocultural state of equilibrium, with a subjective component, between the biological and the psychic, as well as a normal function maintained within the sociocultural context. During the aging process, small decompensations can be produced that cause great functional deterioration, which leads to greater use of health services by the elderly. In the state of health, the gender equality, the achievement, the part of women and men, comparable levels of physical, psychological and social well-being, eliminating unnecessary, avoidable and unfair disparities between the sexes.

**Objective:** Analyze and describe if there are inequalities between sexes in the utilization of health services of Primary Care (PC), Specialized Care (SC), hospital admission and Emergency Service in people over 65 in Spain

**Methodology:** This is a cross-sectional descriptive study based on data from the National Health Survey in Spain in 2017 (ENSE 2017), carried out by the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare (MSCBS) with the collaboration of the National Institute of Statistics (INE), health information is analyzed relative to the population resident in Spain of people aged 65 or older.

**Results:** No differences were found in the use of Primary and Specialized Care services regarding sex ( $p > 0.05$ ), however, they were found in hospital admissions ( $p = 0.025$ ), and in the emergency department. ( $p < 0.001$ ). There was also an increase in the use of Primary Care services ( $p = 0.019$ ), hospital admissions ( $p = 0.008$ ), and emergency service ( $p = 0.02$ ) with increasing age. Similarly, a worse perception of health is associated with a higher of all health services ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The results show the differences in the use of health services according to sex, as well as age and perceived health. The need to develop elder care programs is highlighted, and it is necessary to carry out studies under this theme, which allow identifying health needs and improving the quality of care.

**Key words:** health service, sex, aged

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGS</b>
<b>1.</b> Introducción.....	7
1.1 Concepto de salud en la tercera edad.....	7
1.2 Utilización de los servicios sanitarios en la población mayor.....	8
1.3 Equidad en salud .....	9
<b>2.</b> Hipótesis.....	11
2.1 Pregunta de investigación.....	11
<b>3.</b> Objetivos.....	11
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
<b>4.</b> Metodología.....	12
4.1 Diseño del estudio.....	12
4.2 Diseño muestral.....	12
4.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	13
4.4 Recogida de la información.....	13
4.5 Consideraciones éticas.....	13
4.6 Variables del estudio.....	13
4.6.1 Variables dependientes.....	13
4.6.2 Variables independientes.....	15
<b>5.</b> Análisis de datos.....	18
<b>6.</b> Resultados.....	19
6.1 Atención Primaria.....	23
6.2 Atención Especializada.....	25
6.3 Ingreso Hospitalario.....	28
6.4 Servicio de urgencias hospitalarias.....	31
<b>7.</b> Discusión.....	33
<b>8.</b> Conclusiones.....	36
<b>9.</b> Agradecimientos.....	37
<b>10.</b> Bibliografía.....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

## PÁGS

- <b>Tabla 1:</b> variables dependientes.....	14
- <b>Tabla 2:</b> Variables independientes.....	16
- <b>Tabla 3:</b> Distribución de la muestra por sexos.....	19
- <b>Tabla 4:</b> Distribución de la muestra por sexo y edad. Porcentajes dentro del total de cada sexo.....	19
- <b>Tabla 5:</b> Distribución de la muestra por sexo y nacionalidad. Porcentajes dentro del total de cada sexo.....	20
- <b>Tabla 6:</b> Distribución de la muestra por sexo y estado civil legal. Porcentajes dentro del total de cada sexo.....	20
- <b>Tabla 7:</b> Distribución de la muestra por sexo y variables sociodemográficas. Porcentajes dentro del total de cada sexo.....	21
- <b>Tabla 8:</b> Distribución de la muestra por sexo, salud percibida y salud real. Porcentajes dentro del total de cada sexo.....	22
- <b>Tabla 9:</b> Distribución por sexos del uso del servicio de Atención Primaria en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	23
- <b>Tabla 10:</b> Distribución por sexos del número de visitas al servicio de Atención Primaria en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	23
- <b>Tabla 11:</b> Relación entre la variable dependiente (utilización de Atención Primaria) y las variables independientes.....	24
- <b>Tabla 12:</b> Distribución por sexos del uso del servicio de Atención Especializada en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	26
- <b>Tabla 13:</b> : Distribución por sexos del uso del servicio de Atención Especializada en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	26
- <b>Tabla 14:</b> Relación entre la variable dependiente (utilización de Atención Especializada) y las variables independientes.....	27
- <b>Tabla 15:</b> Distribución por sexos del empleo de Atención Primaria y Atención Especializada. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	28
- <b>Tabla 16:</b> Distribución por sexos de los ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....	29
- <b>Tabla 17:</b> Relación entre la variable dependiente (Ingreso hospitalario) y las variables independientes.....	29

- **Tabla 18:** Distribución por sexos del uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Porcentaje dentro del total de cada sexo.....31
- **Tabla 19:** Relación entre la variable dependiente (número de veces que se visita el servicio de urgencias) y las variables independientes.....32

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Concepto de salud en la tercera edad

El criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad ha quedado en desuso, la OMS introdujo el concepto de "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". Salud y enfermedad forman parte de un proceso continuo y dinámico que refleja el grado de adaptación del hombre como ser bio-psico-social a las condiciones biológicas y sociales del medio<sup>1</sup>.

La salud es un estado biocultural de equilibrio, con un componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico, así como una función normal mantenida dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos. Específicamente, la salud del anciano es considerada como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir"<sup>1</sup>.

Esta definición considera dos aspectos clave: la necesidad de preservar y recuperar las capacidades que permitan a la persona ser independientes en su entorno (capacidad funcional) y la importancia que tienen en el resultado final del estado de salud, las variables personales, ambientales y de comportamiento. Sobre el concepto de "salud funcional" hay que señalar que, el estado funcional de la persona depende del estado de la salud física, el estado cognitivo y afectivo y la situación social. Las diferentes condiciones médicas, psicológicas y sociales interaccionan entre sí provocando una repercusión funcional y que pueden desencadenar en condiciones de vulnerabilidad o de fragilidad propias de la vejez<sup>1,2</sup>.

Según Ramos Campos (2001), existen tres tipos de envejecimiento en dependencia de las capacidades y condiciones físicas de las personas mayores<sup>2</sup>:

- Envejecimiento con éxito: Personas muy ancianas que envejecen sin enfermedades y conservan el nivel funcional casi hasta el final de sus vidas, es decir, sin enfermedad ni discapacidad. Es un grupo de población no muy numeroso.
- Envejecimiento usual o normal: Personas que padecen una o mas enfermedades crónicas, siendo esta relación entre envejecimiento y enfermedad la que produce la discapacidad en edades más extremas y cuando coexisten varias enfermedades. Es el grupo de población más abundante.
- Envejecimiento patológico: Personas con grandes discapacidades consecuencia del

envejecimiento y de la gravedad de las enfermedades que padecen. Consumen gran cantidad de recursos sociosanitarios. Es un grupo de población no muy numeroso.

Durante el proceso de envejecimiento pueden producirse pequeñas descompensaciones de un órgano concreto que conllevan grandes fracasos multiorgánicos o deterioros funcionales. Este fracaso en los ancianos sanos ocurre en edades muy extremas, pero en ancianos con enfermedades crónicas o con grandes discapacidades puede aparecer en edades más tempranas<sup>2</sup>.

## **1.2 Utilización de los servicios sanitarios en la población mayor**

En España, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde, pese a esto, la proporción de población de 65 años y más ha pasado de representar un 11,2% en 1981 a un 17,3% en 2011, esperándose que en el año 2050 sea más de un tercio del total de la población española. La distribución territorial del envejecimiento en España muestra que las CC.AA. de Cataluña, Andalucía y Madrid eran, y siguen siendo, las regiones con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios. Sin embargo, Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de las CC.AA. más envejecidas, con tasas superiores al 20%<sup>3,4</sup>.

Este dato es de especial relevancia al ser los ancianos el grupo de edad que utiliza con mayor frecuencia los servicios sanitarios, presentando un mayor número de visitas médicas, pruebas diagnósticas y prescripciones<sup>4</sup>.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España ofrece una amplia cobertura en sus tres dimensiones: población asegurada, prestaciones financiadas públicamente y porcentaje del coste asumido por el asegurador. El rápido fenómeno del envejecimiento de las sociedades modernas a puesto a prueba no sólo los recursos sanitarios, sino que a nivel social ha precisado el rápido desarrollo de servicios y programas destinados a hacer frente a las demandas de este grupo poblacional tan heterogéneo y con una amplia variedad de necesidades, desde lucrativas hasta de institucionalizaciones en caso de dependencia<sup>4,5,6</sup>.

En las últimas décadas, se ha triplicado la asistencia y utilización del sistema sanitario por paciente, especialmente por parte del paciente mayor. Las personas mayores suponen el 44,4% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población. Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se



debe a la población mayor: en 2015, ya suponían el 54,9%. A su vez, las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad en relación con peores estados de salud y cronicidad<sup>7</sup>.

Entre las personas mayores predominan, en España, al menos dos tipos de desaventajados sociales: las mujeres y las personas que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas. Se da la circunstancia de que estas últimas abundan entre las mujeres en mayor proporción que entre los hombres, debido al desigual acceso al mercado laboral de las actuales generaciones de personas mayores. Según el estudio de Aguilar Palacio, et al. (2015) en España existen diferencias en salud por sexo y clase social en ancianos, con peores resultados en mujeres y en personas de clase social baja<sup>3,8,9</sup>.

### **1.3 Equidad en salud**

El género se refiere a un concepto social basado en roles, características, actitudes y relaciones que se consideran apropiados para hombres y mujeres. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas de masculinidad/feminidad, las responsabilidades y las relaciones asociadas con el género suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, afectando negativamente a la salud. Es decir, el género no es un concepto estático, sino que cambia a través de las relaciones de las personas<sup>10,11</sup>.

Por otro lado, el concepto de sexo se refiere a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres<sup>11</sup>.

Estos dos conceptos interactúan de forma simultánea y disponen diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de las recomendaciones preventivas y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres<sup>11,12</sup>.

La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas, entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico. La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de equidad y, en particular, de la equidad de género<sup>13</sup>.

Agendas políticas de organismos internacionales han ido tratando a lo largo de los años la situación de desventaja de las mujeres en cuanto a desigualdades. Un momento culminante fue la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi (1985), donde se reconoció a escala mundial la discriminación de este sexo en la vida económica, política y social, lo cual se consideraba como un hecho natural y no como un problema social evitable. En esta conferencia, se trazaron importantes estrategias para el desarrollo de la mujer, que fueron adoptadas por algunos países. En ellos, como resultado, se obtuvo una mejoría en la situación económica y política de las mujeres<sup>13</sup>.

En la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing (1995), la equidad de género y el empoderamiento de la mujer fueron aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. Se asumió el enfoque de género, que considera que las relaciones entre hombres y mujeres forman parte de la estructura que conforma las desigualdades sociales<sup>14</sup>.

El Informe sobre Desarrollo Humano del Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas (UNDP 1995) ha definido que el objetivo básico del desarrollo debe ser la ampliación de las opciones que dispone el ser humano. Esto presupone la igualdad de condiciones entre hombres y mujeres, sin embargo, el "Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género", que compara a hombres y mujeres en base a ingreso, educación y salud, muestra que esta situación no se cumple<sup>15</sup>.

Los datos aportados por Gómez Gómez (2002) confirman que en países industrializados las mayores diferencias por sexo y la mayor utilización femenina de servicios ocurren durante la edad reproductiva, y que las diferencias por sexo en la utilización de servicios tienden a reducirse, e incluso a desaparecer en algunos países, en edades avanzadas<sup>15,16</sup>.

En el estado de salud, la equidad de género concierne el logro, por parte de mujeres y hombres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social.

En la atención de la salud, que es uno de los factores determinantes del estado de salud, la equidad de género implica que: los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y la financiación y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus

necesidades<sup>13</sup>.

Una situación de desventaja se muestra de muchas formas y puede ser absoluta o relativa. Puede incluir tener pocos bienes familiares, recibir una educación pobre durante la adolescencia, tener un empleo inestable, quedarse atrapado en un empleo de riesgo o en un empleo sin salida, vivir en viviendas en malas condiciones, intentar sacar adelante una familia en circunstancias difíciles o vivir con una pensión de jubilación insuficiente<sup>16</sup>.

En la participación social para la producción de salud, la equidad de género exige que se distribuyan con equilibrio y justicia entre los sexos las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión<sup>12,15</sup>.

En consecuencia y debido a la evidencia de disparidades en función de género y al imparable envejecimiento de la población, el presente estudio pretende examinar las diferencias respecto al sexo en la utilización de los principales tipos de servicios de atención sanitaria entre la población adulta mayor en España.

## **2. HIPÓTESIS**

Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios en personas mayores de 65 años en España.

### **2.1 Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias entre la utilización de los servicios sanitarios entre sexos según factores socioeconómicos, la salud percibida y la salud real de las personas mayores de 65 años en España?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo general**

- Analizar y describir las desigualdades existentes entre sexos en la utilización de los servicios sanitarios en personas mayores de 65 años en España.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre sexos en personas mayores de 65 años.

- Comparar la utilización de los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada entre sexos en personas mayores de 65 años.
- Analizar la asociación entre factores socioeconómicos y la utilización del servicio de Atención Primaria entre sexos en personas mayores de 65 años.
- Analizar la asociación entre factores socioeconómicos y la utilización del servicio de Atención Especializada entre sexos en personas mayores de 65 años.
- Analizar la asociación entre factores socioeconómicos y los ingresos hospitalarios entre sexos en personas mayores de 65 años
- Analizar la asociación entre factores socioeconómicos y la utilización del servicio de urgencias hospitalarias entre sexos en personas mayores de 65 años

## **4 METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño del estudio**

Se trata de un estudio descriptivo transversal a partir de los datos procedentes de Encuesta Nacional de Salud en España en 2017 (ENSE 2017), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE), que recoge información sanitaria relativa a la población residente en España. Es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico, y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria<sup>17,18</sup>.

Se trata de un conjunto seriado de encuestas que constituye la principal fuente de información sobre la salud percibida de la población residente en España. Desde 2009, se alterna cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud en España (EESA 2014), con la que comparte un amplio grupo de variables.

### **4.2 Diseño muestral**

El tipo de muestreo que utilizaron los autores de la ENSE 2017 fue un muestreo trietápico estratificado. Las unidades de la primera etapa son las secciones censales, las de la segunda etapa son las viviendas familiares principales y las de la tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda en el momento de realización de la entrevista.

### **4.3 Criterios de inclusión y exclusión**

A partir de los datos de la ENSE 2017, se incluyeron en el estudio a todas las personas mayores de 65 años que respondieron al cuestionario de adultos de la Encuesta Nacional de Salud en España en 2017.

### **4.4 Recogida de información**

En la ENSE 2017, el contacto inicial con los hogares seleccionados se realizó mediante la expedición de una carta del MSCBS solicitando su colaboración, en ella se informaba del carácter confidencial y se advertía la visita de un entrevistador debidamente acreditado.

En la primera fase de la entrevista se intentó captar información de todas las personas del hogar elegido, tras lo cual, una aplicación informática seleccionaba a una persona adulta residente en el hogar que debía contestar el cuestionario de salud de adultos.

En la segunda fase, se recogió la información de salud de la persona adulta seleccionada. Este cuestionario debe ser completado directamente por las personas seleccionadas, únicamente se admite que otra persona distinta a la seleccionada sea la informante cuando: la persona seleccionada está ingresada en un hospital o residencia; la persona seleccionada está incapacitada para contestar por enfermedad grave o discapacidad; la persona seleccionada no puede contestar por causa del idioma.

El método de recogida de los datos es el de entrevista personal asistida por ordenador, la cual puede ser complementada, cuando sea necesario y en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica.

### **4.5 Consideraciones éticas**

Los datos están disponibles y anonimizados por lo que no se requirieron permisos para su utilización.

### **4.6 Variables del estudio**

#### **4.6.1 Variables dependientes**

Para conseguir el objetivo del estudio se seleccionaron las siguientes variables relativas a la utilización de los servicios sanitarios tanto en Atención Primaria, Atención

Especializada, ingreso hospitalario y servicio de urgencias hospitalarias, incluidas dentro de la ENSE 2017:

- Numero de veces que se consultó al médico de Atención Primaria en las últimas 4 semanas: variable cuantitativa discreta.
- Número de veces que se consultó a un especialista en las últimas 4 semanas: variable cuantitativa discreta.
- El último médico que se consultó era médico general o especialista: variable cualitativa nominal que se categorizó en 2 categorías (médico general/especialista).
- Hospitalización en los últimos 12 meses: variable cualitativa dicotómica que se categorizó en dos dimensiones (si/no).
- Número de días del último ingreso hospitalario: variable cuantitativa continua.
- Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses: variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Número de veces de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses: variable cuantitativa discreta.

En la **Tabla 1** se representan dichas variables en relación al número correspondiente de la pregunta del cuestionario de la ENSE 2017.

**Tabla 1:** variables dependientes

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Pregunta ENSE 2017</b>
Numero de veces que se consultó al médico de Atención Primaria en las últimas 4 semanas	Número de veces	<b>P. 49</b> <i>“Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el _____ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces ha consultado con su médico general o médico de familia para usted @mismola?”</i>
Número de veces que se consultó a un especialista en las últimas 4 semanas	Número de veces	<b>P. 51</b> <i>“Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el _____ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces consultó a un</i>

		<i>especialista para usted @mismo/a?"</i>
El último médico que se consultó era médico general o especialista	Médico de familia. Médico especialista.	<b>P.52</b> <i>"El último médico que consultó, ¿era médico de familia/general o era especialista?"</i>
Hospitalización en los últimos 12 meses	Si No	<b>P. 66b</b> <i>"Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche excluyendo partos o cesáreas?"</i>
Número de días del último ingreso hospitalario	Número de días	<b>P.70</b> <i>"En relación al último ingreso hospitalario que haya tenido por cualquier motivo, ¿cuántos días estuvo @ingresado/a en el hospital?"</i>
Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses	Si No	<b>P.78</b> <i>"En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?"</i>
Número de veces de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses	Número de veces	<b>P.79</b> <i>"Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos 12 meses?"</i>

#### 4.6.2 Variables independientes

Las variables consideradas como independientes, recogidas dentro de la ENSE 2017 y las cuales aportan información sobre el sexo, edad, nacionalidad, estado civil legal, nivel socioeconómico y salud percibida y real son las siguientes:

- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica (hombre/mujer).
- Edad: variable cuantitativa continua. Se incluyeron las personas mayores de 65 años. Esta variable se categorizó en 4 grupos de edad (65-69 años/ 70-74 años/ 75-79 años/ más de 80 años).
- Nacionalidad: variable cualitativa nominal dicotómica (española/extranjera).
- Estado civil legal: variable cualitativa nominal que se categorizó en 6 categorías (solter@/ casad@/ viud@/ separad@/ divorciad@/ no sabe no contesta).
- Nivel educativo obtenido: variable cualitativa ordinal que se categorizó en 9 categorías (analfabet@/ educación primaria incompleta/ educación primaria completa/ educación secundaria incompleta/ / educación secundaria y/o bachillerato/ formación profesional / estudios universitarios/ no sabe no contesta).
- Cobro de una pensión contributiva: variable cualitativa nominal categorizada en 5 categorías: (si, cotización propia/ si, cotización ajena/ si, ambas/ no/ no sabe no contesta).
- Situación profesional en el último empleo: variable cualitativa nominal que se categorizó en 6 grupos (asalariad@/ empresari@ con asalariados/ empresari@ sin asalariados/ ayuda familiar/ otra situación/ no sabe no contesta).
- Salud percibida en los últimos 12 meses: variable cualitativa ordinal con 5 categorías (muy buena/ buena/ regular/ mala/ muy mala).
- Presencia de un problema de salud crónico o de larga duración (6 meses o más): variable cualitativa nominal categorizada en 3 categorías: (si/no/ no sabe no contesta).

En la **Tabla 2** se representan dichas variables en relación al número correspondiente de la pregunta del cuestionario de la ENSE 2017.

**Tabla 2:** Variables independientes

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Pregunta ENSE 2017</b>
Sexo	Hombre Mujer	
Edad	65-69 70-74 75-79 +80	
Nacionalidad	Española	<b>P.2</b>



	Extranjera	<i>“¿Y cuál es su nacionalidad?”</i>
Estado civil legal	Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a No sabe/no contesta	<b>P.4b</b> <i>“¿Cuál es su estado civil legal?”</i>
Nivel educativo obtenido	Analfabeto/a Educación primaria incompleta Educación primaria completa Educación secundaria incompleta Educación secundaria y/o bachillerato Formación profesional Estudios universitarios No sabe/no contesta	<b>P.5</b> <i>“Por favor, detalle a continuación cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido:”</i>
Cobro de una pensión contributiva	Si, cotización propia Si, cotización ajena Si, ambas No No sabe/no contesta	<b>P.6</b> <i>“¿Percibe alguna pensión contributiva?”</i>
Situación profesional en el último empleo	Asalariado/a Empresario/a con asalariados Empresario/a sin asalariados Ayuda familiar Otra situación No sabe/no contesta	<b>P.10</b> <i>“¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?”</i>
Salud percibida en los últimos 12 meses	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	<b>P.21</b> <i>“En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?”</i>
Presencia de un problema de salud crónico o de larga duración (6 meses o	Si No No sabe/ no contesta	<b>P.22</b> <i>“¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de</i>

más)		<i>larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)”</i>
------	--	---

## 5. Análisis de datos

En primer lugar, se seleccionaron los datos necesarios de la base de datos del cuestionario de adultos de la ENSE 2017, seleccionándose únicamente aquellas personas de edad igual o mayor a 65 años y las variables anteriormente descritas.

Tras lo cual, mediante el programa SPSS, se realizó la estadística descriptiva del estudio, dando lugar a la distribución porcentual, la media y la desviación típica de toda la población por sexos de cada una de las variables independientes: edad, nacionalidad, estado civil legal, nivel educativo, cobro de una pensión contributiva, situación profesional en el último empleo, salud percibida y salud real.

Una vez descrita la población del estudio, para estudiar si existía asociación entre las variables cualitativas se realizó el test de Chi cuadrado.

Posteriormente, para determinar la utilización de los servicios sanitarios en las personas mayores de 65 años se realizó un análisis de la varianza con la prueba ANOVA, siendo el sexo la variable independiente principal, comprobando la relación entre esta y el resto de variables. En aquellos casos de comparaciones múltiples con diferencias significativas se llevó a cabo un estudio Post Hoc de Tukey-B. En el caso de variables cuantitativas, se realizó un análisis de correlación bivariado mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

En todos los casos el nivel de significación estadística se estableció para un valor p menos de 0,05.

Para su presentación los resultados del análisis estadístico se agruparon en 4 apartados: Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AE), ingreso hospitalario y servicio de urgencias.

## 6. Resultados

La población total fue de 23.090 de la cual se seleccionó una muestra (N) de 7.023 personas de edad igual o mayor a 65 años. Dicha muestra estaba compuesta por un 40,6% de hombres y un 59,4% de mujeres (**Tabla 3**).

**Tabla 3:** Distribución de la muestra por sexos.

Sexo	N	%
Hombre	2850	40,6
Mujer	4173	59,4
<b>Total</b>	<b>7023</b>	<b>100</b>

En la distribución de hombres y mujeres según la edad se pudo observar que sí que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). El porcentaje mayor de las mujeres se encontraban en el grupo de edad de más de 80 años, y en el caso de los hombres se distribuía con porcentajes similares en los grupos de edad de 65-69 años, 70-74 y mayores de 80 años (**Tabla 4**).

**Tabla 4:** Distribución de la muestra por sexo y edad. Porcentajes dentro del total de cada sexo.

Edad	Sexo		p	
	Total	Hombre		Mujer
<b>65-69 años</b>	1711	784 (27,5%)	927 (22,2%)	
<b>70-74 años</b>	1672	765 (26,8%)	907 (21,7%)	<0,001
<b>75-79 años</b>	1280	527 (18,5%)	753 (18,0%)	
<b>+80 años</b>	2360	774 (27,2%)	1586 (38,0%)	

Respecto a la nacionalidad, quedó reflejado que la mayor parte de la población era de nacionalidad española y que no existían diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexos ( $p > 0,05$ ). (**Tabla 5**)

**Tabla 5:** Distribución de la muestra por sexo y nacionalidad. Porcentajes dentro del total de cada sexo.

Nacionalidad	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
<b>Española</b>	6924	2807 (98,5%)	4117 (98,7%)	0,560
<b>Extranjera</b>	99	43 (1,5%)	56 (1,3%)	

En la **Tabla 6** se muestra que existía un mayor porcentaje de hombres casados que de mujeres casadas, un 70,6% frente a un 37,2%. En su contra, los resultados mostraron que el porcentaje de mujeres viudas (51,4%) fue mucho mayor que el de hombres viudos (14,8%). Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas,  $p < 0.001$ .

**Tabla 6:** Distribución de la muestra por sexo y estado civil legal. Porcentajes dentro del total de cada sexo.

Estado civil legal	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
<b>Soltero/a</b>	527 (8,1%)	270 (9,5%)	302 (7,2%)	
<b>Casado/a</b>	3567 (50,8%)	2013 (70,6%)	1554 (37,2%)	
<b>Viudo/a</b>	2567 (63,6%)	421 (14,8%)	2146 (51,4%)	<0,001
<b>Separado/a</b>	133 (1,9%)	61 (2%)	72 (1,7%)	
<b>Divorciado/a</b>	173 (2,5%)	80 (2,8%)	93 (2,2%)	
<b>NS/NC</b>	11 (0,2%)	5 (0,2%)	6 (0,1%)	

Se puede observar que un 37,2% de la muestra tenía un nivel educativo equivalente a Educación Primaria completa, siendo ligeramente más elevado el porcentaje de mujeres que el de hombres, mientras que sólo un 6,5% de la muestra obtuvo un nivel educativo de Educación Secundaria completa, siendo en este aspecto más alto porcentaje de hombres (8,5%) que el de mujeres (5,2%). Estas diferencias son significativas con un valor  $p < 0,001$ .

En cuanto al cobro de una pensión contributiva, en 70,9% de la población la cobraba por cotización propia, destacando el mayor porcentaje de hombres (96,2%) ( $p < 0,001$ ). Respecto a la situación profesional en el último empleo no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías ( $p = 0,080$ ) (**Tabla 7**).

**Tabla 7:** Distribución de la muestra por sexo y variables sociodemográficas. Porcentajes dentro del total de cada sexo.

Nivel educativo	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
Analfabeto/a	339 (4,8%)	76 (2,7%)	263 (6,3%)	
Educación primaria incompleta	1797 (25,6%)	612 (21,5%)	1185 (28,4%)	
Educación primaria completa	2614 (37,2%)	1036 (36,4%)	1578 (37,8%)	
Educación secundaria incompleta	908 (12,9%)	387 (13,6%)	521 (12,5%)	<0,001
Educación secundaria y/o bachillerato	458 (6,5%)	242 (8,5%)	216 (5,2%)	
Formación profesional	139 (2,0%)	66 (2,3%)	73 (1,7%)	
Estudios universitarios	133 (1,9%)	82 (2,9%)	51 (1,2%)	
No sabe/no contesta	635 (9,0%)	349 (12,2%)	286 (6,9%)	
<b>Cobro pensión contributiva</b>				
Si, cotización propia	4154 (70,9%)	2660 (96,2%)	1494 (48,3%)	
Si, cotización ajena	1185 (20,2%)	68 (2,5%)	1117 (36,1%)	<0,001
Si, ambas	281 (4,8%)	11 (0,4%)	270 (8,7%)	
No	221 (3,8%)	24 (0,9%)	197 (6,4%)	
NS/NC	14 (0,3%)	2 (0,0%)	12 (0,4%)	
<b>Situación profesional</b>				
Asalariado	910 (76,8%)	58 (85,3%)	852 (76,3%)	0,080

Empresario/a con asalariados	68 (5,7%)	3 (4,4%)	65 (5,8%)
Empresario/a sin asalariados	197 (16,6%)	6 (8,8%)	191 (17,1%)
Ayuda familiar	1 (0,1%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Otra situación	4 (0,3%)	0 (0%)	4 (0,4%)
NS/NC	5 (0,5%)	1 (1,5%)	4 (0,4%)

Los resultados en las variables de salud percibida y salud real mostraron que un 39,1%, percibía su salud como buena, dentro de esta categoría había un porcentaje mayor dentro del grupo de los hombres que tenían esta percepción (45,6%) que en las mujeres (34,6%). Por otro lado, también se pudo observar que en la categoría de percepción de salud “Mala” y “Muy mala” el porcentaje dentro del grupo de mujeres fue mayor con un 16,4% y 4,5% respectivamente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor  $p < 0,001$ .

En lo que concierne a la salud real, un 92,5% de la muestra tenía algún problema de salud crónico o de larga duración, siendo el porcentaje mayor (93,6%) en el grupo de las mujeres. Se demostró que las diferencias eran estadísticamente significativas con un valor  $p < 0,001$  (**Tabla 8**)

**Tabla 8:** Distribución de la muestra por sexo, salud percibida y salud real. Porcentajes dentro del total de cada sexo.

Salud percibida	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
Muy buena	441 (6,3%)	199 (7,0%)	242 (5,8%)	
Buena	2745 (39,1%)	1300 (45,6%)	1445 (34,6%)	
Regular	2593 (36,9%)	976 (34,2%)	1617 (38,7%)	<0,001
Mala	977 (13,9%)	294 (10,3%)	683 (16,4%)	
Muy mala	267 (3,8%)	81 (2,8%)	186 (4,5%)	

#### Problema de salud Real

Si	6493 (92,5%)	2585 (90,7%)	3908 (93,6%)	<0,001
No	527 (7,5%)	264 (9,3%)	263 (6,3%)	
NS/NC	3 (0%)	1 (0%)	2 (0%)	

### 6.1 Atención primaria

La ENSE 2017 recoge el uso de los servicios de Atención Primaria de una manera retrospectiva, es decir, recoge el número de veces que se ha visitado el médico de Atención Primaria en las últimas 4 semanas.

No se observaron diferencias significativas en el uso ni en el número de visitas al servicio de Atención Primaria según el sexo de manera global ( $p > 0,05$ ) (**Tablas 9 y 10**).

**Tabla 9:** Distribución por sexos del uso del servicio de Atención Primaria en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Visita AP	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
Si	3441 (49%)	1402 (49,2%)	2039 (48,9%)	0,402
No	3582 (51%)	1448 (50,8%)	2134 (51,1%)	

**Tabla 10 :** Distribución por sexos del número de visitas al servicio de Atención Primaria en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Número de visitas a AP	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
1-5 veces	3582 (54%)	1448 (54,3%)	2134 (53,8%)	0,690
6-10 veces	2867 (43,2%)	1149 (43,1%)	1718 (43,3%)	
+10 veces	185 (2,8%)	69 (2,6%)	116 (2,9%)	

Respecto al resto de variables, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de los servicios de Atención Primaria y la edad ( $p=0,019$ ) y la salud percibida ( $p<0,001$ ). No hubo diferencias en el número de visitas en Atención

Primaria al considerar la nacionalidad, el estado civil legal, el nivel de estudios, el cobro de una pensión contributiva, la situación profesional en el último empleo y la existencia de un problema de salud real (**Tabla 11**).

Los resultados mostraron la existencia de una correlación positiva entre la edad y las visitas al servicio de Atención Primaria ( $r=0,03$  y  $p= 0,014$ ), es decir, a mayor edad más visitas a este servicio.

Las diferencias encontradas en relación a la edad reflejan que el grupo de hombres de más de 80 años son los que más veces visitan el servicio de AP, mientras que las mujeres de edades comprendidas entre 65-69 son las que menos visitan este servicio.

Respecto a la salud percibida, las diferencias radican en que las mujeres con salud percibida como “Muy mala” son las que más emplean este servicio sanitario, y los hombres con salud percibida como “Muy buena” son los que menos uso hacen del servicio de AP.

**Tabla 11:** Relación entre la variable dependiente (utilización de Atención Primaria) y las variables independientes.

Variable	Media (DS)		p
	Hombre	Mujer	
<b>EDAD</b>			
65-69 años	0,53 (0,909)	0,52 (0,745)	0,019
70-74 años	0,56 (0,852)	0,70 (3,434)	
75-79 años	0,60 (0,887)	0,66 (0,973)	
+80 años	0,80 (3,729)	0,78 (3,699)	
<b>NACIONALIDAD</b>			
Española	0,63 (2,099)	0,69 (2,855)	0,456
Extranjera	0,62 (0,807)	0,30 (0,462)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	0,70 (1,203)	0,49 (0,730)	0,341
Casado/a	0,62 (2,370)	0,69 (2,669)	
Viudo/a	0,67 (1,119)	0,67 (2,395)	
Separado/a	0,52 (0,687)	0,54 (0,586)	
Divorciado/a	0,51 (0,986)	1,63 (10,725)	
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>			
Analfabeto/as	0,77 (0,944)	0,72 (0,966)	0,143
Educación primaria incompleta	0,78 (4,115)	0,81 (3,098)	
Educación primaria completa	0,57 (0,797)	0,63 (2,629)	



Educación secundaria incompleta	0,68 (1,382)	0,75 (4,499)	
Educación secundaria y/o bachillerato	0,49 (0,658)	0,48 (0,792)	
Formación profesional	0,64 (0,797)	0,46 (0,772)	
Estudios universitario	0,61 (0,818)	0,50 (0,723)	
<b>COBRO PENSIÓN</b>			
Si, cotización propia	0,63 (2,143)	0,55 (0,970)	
Si, cotización ajena	0,66 (0,991)	0,84 (4,291)	0,151
Si, ambas	0,64 (0,505)	0,63 (1,277)	
No	0,75 (0,989)	0,65 (0,779)	
<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>			
Asalariado/a	0,64 (0,982)	0,79 (3,526)	
Empresario/a con asalariados	0,67 (1,155)	0,44 (0,643)	0,887
Empresario/a sin asalariados	0,80 (1,304)	1,20 (7,188)	
Ayuda familiar	0 (0)	2 (0,000)	
Otra situación	0 (0)	1,25 (1,258)	
<b>SALUD PERCIBIDA</b>			
Muy buena	0,34 (0,513)	0,36 (0,557)	
Buena	0,43 (0,576)	0,51 (2,752)	<0,001
Regular	0,78 (3,303)	0,70 (2,634)	
Mala	0,96 (1,334)	0,86 (1,331)	
Muy mala	1,16 (1,571)	1,46 (7,281)	
<b>PROBLEMA DE SALUD REAL</b>			
Si	0,65 (2,158)	0,70 (2,913)	0,062
No	0,30 (0,550)	0,36 (0,643)	

## 6.2 Atención especializada

La ENSE 2017 recoge el uso de los servicios de Atención Especializada de una manera retrospectiva, es decir, recoge el número de veces que se ha visitado al médico de Atención Especializada en las últimas 4 semanas.

No se observaron diferencias significativas en el uso ni en el número de visitas al servicio de Atención Especializada según el sexo de manera global ( $p > 0,05$ ) (**Tablas 12 y 13**).

**Tabla 12:** Distribución por sexos del uso del servicio de Atención Especializada en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Visita AE	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
Si	3147 (44,8%)	1296 (45,5%)	1851 (44,4%)	0,184
No	3876 (55,2%)	1554(54,5%)	2322 (55,6%)	

**Tabla 13:** Distribución por sexos del número de visitas al servicio de Atención Especializada en las últimas 4 semanas. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Número de visitas a AE	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
1-5 veces	3876 (77,7%)	1554 (77,2%)	2322 (77,9%)	
6-10 veces	1039 (20,8%)	417 (20,8%)	622 (20,9%)	0,398
+10 veces	73 (1,5%)	35 (1,7%)	38 (1,3%)	

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al estado civil ( $p=0,015$ ), el nivel educativo ( $p<0,001$ ) y en la salud percibida ( $p<0,001$ ). No se observaron diferencias en el uso del servicio de Atención Especializada teniendo en cuenta la edad, la nacionalidad, el cobro de una pensión contributiva, la situación profesional en el último empleo y la existencia de un problema de salud real (**Tabla 14**).

Se puede observar que las mujeres divorciadas eran las que más visitaban el servicio de AE, mientras que los que menos empleaban este servicio eran los hombres solteros.

En lo referente al nivel educativo, los hombres con un nivel equivalente a formación profesional eran los que más visitaban al médico de AE, mientras que los hombres con estudios universitarios eran los que menos.

En base a la percepción de la salud, los que más visitaban el servicio de AE eran los hombres con percepción de salud “Muy mala”, mientras que las mujeres con percepción “Muy buena” eran las que menos veces visitaban dicho servicio.

**Tabla 14:** Relación entre la variable dependiente (utilización de Atención Especializada) y las variables independientes

Variable	Media (DS)		p
	Hombre	Mujer	
<b>EDAD</b>			
65-69 años	0,26 (0,473)	0,25 (0,469)	0,99
70-74 años	0,24 (0,461)	0,26 (0,461)	
75-79 años	0,24 (0,469)	0,22 (0,455)	
+80 años	0,23 (0,468)	0,21 (0,434)	
<b>NACIONALIDAD</b>			
Española	0,24 (0,466)	0,23 (0,451)	0,265
Extranjera	0,30 (0,534)	0,30 (0,529)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	0,18 (0,404)	0,24 (0,485)	0,015
Casado/a	0,26 (0,475)	0,25 (0,450)	
Viudo/a	0,22 (0,458)	0,22 (0,442)	
Separado/a	0,20 (0,464)	0,35 (0,529)	
Divorciado/a	0,24 (0,503)	0,40 (0,524)	
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>			
Analfabeto/as	0,24 (0,431)	0,24 (0,491)	<0,001
Educación primaria incompleta	0,22 (0,451)	0,24 (0,453)	
Educación primaria completa	0,21 (0,425)	0,20 (0,418)	
Educación secundaria incompleta	0,25 (0,493)	0,27 (0,475)	
Educación secundaria y/o bachillerato	0,30 (0,506)	0,28 (0,505)	
Formación profesional	0,45 (0,544)	0,27 (0,528)	
Estudios universitario	0,11 (0,309)	0,30 (0,463)	
<b>COBRO PENSIÓN</b>			
Si, cotización propia	0,25 (0,468)	0,24 (0,466)	0,480
Si, cotización ajena	0,16 (0,369)	0,23 (0,449)	
Si, ambas	0,25 (0,462)	0,20 (0,424)	
No	0,26 (0,561)	0,24 (0,475)	
<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>			
Asalariado/a	0,15 (0,365)	0,23 (0,447)	0,763
Empresario/a con asalariados	0 (0)	0,28 (0,455)	
Empresario/a sin asalariados	0,33 (0,577)	0,22 (0,455)	
Ayuda familiar	0 (0)	0 (0)	
Otra situación	0 (0)	0,50 (0,577)	

<b>SALUD PERCIBIDA</b>			
Muy buena	0,21 (0,440)	0,08 (0,272)	<0,001
Buena	0,19 (0,417)	0,18 (0,398)	
Regular	0,26 (0,479)	0,23 (0,448)	
Mala	0,29 (0,513)	0,31 (0,523)	
Muy mala	0,47 (0,630)	0,38 (0,591)	
<b>PROBLEMA DE SALUD REAL</b>			
Si	0,25 (0,469)	0,24 (0,453)	0,165
No	0,19 (0,442)	0,20 (0,419)	

Tras estudiar los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, se describió cuál de los dos servicios era el más empleado en la última visita médica por la muestra del estudio. En la **Tabla 15** queda reflejado que no existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la última visita médica.

**Tabla 15:** Distribución por sexos del empleo de Atención Primaria y Atención Especializada en la última visita médica. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Variable	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
<b>Atención Primaria</b>	336 (48,3%)	132 (47,8%)	204 (48,6%)	0,847
<b>Atención Especializada</b>	360 (51,7%)	144 (52,2%)	216 (51,4%)	

### 6.3 Ingreso hospitalario

La ENSE 2017 recoge el uso de los servicios de hospitalarios de una manera retrospectiva, es decir, recoge si ha habido ingreso hospitalario y los días de duración en los últimos 12 meses.

La mayoría de la muestra, un 85,3% no había sido ingresada en un hospital.

Se observaron diferencias significativas en función del sexo e ingreso hospitalario en los últimos 12 meses de manera global ( $p=0,025$ ), con un porcentaje de hombres mayor que el de mujeres (**Tabla 16**).

**Tabla 16:** Distribución por sexos de los ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

<b>Ingreso hospitalario</b>	<b>Sexo</b>			<b>p</b>
	<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
<b>Si</b>	1031 (14,7%)	451 (15,8%)	580 (13,9%)	0,025
<b>No</b>	5992 (85,3%)	2339 (84,2%)	3593 (86,1%)	

En relación con la duración del ingreso hospitalario se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad ( $p=0,008$ ), nivel educativo ( $p=0,004$ ) y la salud percibida ( $p<0,001$ ). No se encontraron diferencias en la duración de los ingresos hospitalarios con respecto a la nacionalidad, el estado civil legal, el cobro de una pensión contributiva, la situación profesional en el último empleo y la existencia de un problema de salud real (**Tabla 17**).

Respecto a la edad, los ingresos hospitalarios más largos se relacionan con hombres de edad mayor a 80 años y los ingresos más cortos con las mujeres más jóvenes de entre 65-69 años.

Según el nivel educativo obtenido, los ingresos más largos corresponden a los hombres con un nivel de educación primaria completa mientras que los más cortos corresponden a hombres con un título de formación profesional.

Los hombres con una salud percibida “Muy mala” se corresponden con ingresos más largos, los ingresos más cortos pertenecen a la mujeres con percepción de salud “Buena”.

**Tabla 17:** Relación entre la variable dependiente (Ingreso hospitalario) y las variables independientes

<b>Variable</b>	<b>Media (DS)</b>		<b>p</b>
	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
<b>EDAD</b>			0,008
65-69 años	0,65 (0,760)	0,48 (0,711)	
70-74 años	0,64 (0,773)	0,60 (0,810)	
75-79 años	0,77 (0,808)	0,54 (0,720)	
+80 años	0,80 (0,141)	0,77 (0,812)	
<b>NACIONALIDAD</b>			0,131
Española	0,72 (0,802)	0,64 (0,785)	
Extranjera	0,57 (0,786)	0,35 (0,633)	

<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	0,83 (0,863)	0,54 (0,753)	
Casado/a	0,70 (0,798)	0,57 (0,751)	0,672
Viudo/a	0,80 (0,815)	0,70 (0,799)	
Separado/a	0,60 (0,699)	0,43 (0,786)	
Divorciado/a	0,60 (0,828)	0,64 (0,981)	
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>			
Analfabeto/as	1,25 (0,856)	0,69 (0,769)	
Educación primaria incompleta	0,84 (0,854)	0,65 (0,783)	
Educación primaria completa	0,71 (0,806)	0,66 (0,797)	0,004
Educación secundaria incompleta	0,88 (0,764)	0,70 (0,810)	
Educación secundaria y/o bachillerato	0,34 (0,627)	0,52 (0,730)	
Formación profesional	1,00 (1,095)	0 (0)	
Estudios universitario	0,52 (0,696)	0,62 (0,744)	
<b>COBRO PENSIÓN</b>			
Si, cotización propia	0,73 (0,805)	0,60 (0,771)	
Si, cotización ajena	0,53 (0,776)	0,70 (0,817)	0,702
Si, ambas	0,66 (1,154)	0,87 (0,846)	
No	0,40 (0,547)	0,69 (0,780)	
<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>			
Asalariado/a	0,45 (0,687)	0,69 (0,808)	
Empresario/a con asalariados	0 (0)	1,00 (1,095)	0,458
Empresario/a sin asalariados	1,00 (1,414)	0,633 (0,808)	
Ayuda familiar	0 (0)	1,50 (0,707)	
Otra situación	0 (0)	0 (0)	
<b>SALUD PERCIBIDA</b>			
Muy buena	1,00 (0,816)	0,44 (0,726)	
Buena	0,55 (0,769)	0,39 (0,711)	<0,001
Regular	0,66 (0,772)	0,57 (0,734)	
Mala	0,88 (0,844)	0,79 (0,800)	
Muy mala	1,09 (0,817)	0,63 (0,783)	
<b>PROBLEMA DE SALUD REAL</b>			
Si	0,72 (0,803)	0,63 (0,783)	0,248
No	0,55 (0,881)	0,80 (0,632)	

## 6.4 Servicio de urgencias hospitalarias

La ENSE 2017 recoge el uso de los servicios de urgencias de una manera retrospectiva, es decir, recoge el uso de dicho servicio y el número de veces que se ha visitado en los últimos 12 meses.

Los resultados ponen de manifiesto que un 68,7% no había empleado el servicio en el último año (**Tabla 18**).

Se observaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en el uso del servicio de urgencias, el cual era más utilizado por mujeres que por hombres.

**Tabla 18:** Distribución por sexos del uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Porcentaje dentro del total de cada sexo.

Utilización de urgencias en los últimos 12 meses	Sexo			p
	Total	Hombre	Mujer	
Si	2197 (31,3%)	802 (28,1%)	1395 (33,4%)	<0,001
No	4826 (68,7%)	2048 (71,9%)	2778 (66,6%)	

En relación con el número de veces que se visitó el servicio de urgencias en los últimos 12 meses se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de nivel educativo ( $p = 0,004$ ) y la salud percibida ( $0 < 0,001$ ). No se encontraron diferencias en las visitas a urgencias con respecto a la edad, la nacionalidad, el estado civil legal, el cobro de una pensión contributiva, la situación profesional en el último empleo y la existencia de un problema de salud real (**Tabla 19**).

Existía una correlación positiva entre la edad y la visita al servicio de urgencias ( $r = 0,49$  y  $p = 0,022$ ), es decir, a mayor edad más visitas a este servicio.

En relación con el nivel de estudios, se observó que visitaban más veces el servicio de urgencias el grupo de hombres sin estudios.

Respeto a la salud percibida, los hombres con una percepción “Muy mala” conformaban el grupo de los que más veces emplean el servicio de urgencias.

**Tabla 19:** Relación entre la variable dependiente (número de veces que se visita el servicio de urgencias) y las variables independientes

<b>Variable</b>	<b>Media (DS)</b>		<b>p</b>
<b>EDAD</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
65-69 años	0,05 (0,253)	0,08 (0,305)	0,308
70-74 años	0,08 (0,314)	0,08 (0,330)	
75-79 años	0,06 (0,247)	0,08 (0,307)	
+80 años	0,10 (0,379)	0,10 (0,358)	
<b>NACIONALIDAD</b>			
Española	0,08 (0,313)	0,09 (0,335)	0,847
Extranjera	0,17 (0,333)	0,05 (0,242)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	0,04 (0,209)	0,04 (0,214)	0,202
Casado/a	0,08 (0,318)	0,08 (0,305)	
Viudo/a	0,10 (0,357)	0,10 (0,367)	
Separado/a	0,09 (0,294)	0 (0)	
Divorciado/a	0,03 (0,196)	0,06 (0,242)	
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>			
Analfabeto/as	0,25 (0,508)	0,15 (0,449)	0,004
Educación primaria incompleta	0,08 (0,346)	0,11 (0,387)	
Educación primaria completa	0,09 (0,316)	0,07 (0,276)	
Educación secundaria incompleta	0,07 (0,327)	0,09 (0,334)	
Educación secundaria y/o bachillerato	0,01 (0,136)	0,06 (0,253)	
Formación profesional	0 (0)	0 (0)	
Estudios universitario	0,03 (0,191)	0,15 (0,375)	
<b>COBRO PENSIÓN</b>			
Si, cotización propia	0,08 (0,314)	0,07 (0,309)	0,356
Si, cotización ajena	0,18 (0,404)	0,10 (0,364)	
Si, ambas	0(0)	0,15 (0,381)	
No	0,11 (0,333)	0,12 (0,361)	
<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>			
Asalariado/a	0,25 (0,462)	0,08 (0,316)	0,129
Empresario/a con asalariados	0 (0)	0,04 (0,204)	
Empresario/a sin asalariados	0 (0)	0,18 (0,527)	
Ayuda familiar	0 (0)	0 (0)	
Otra situación	0 (0)	0,50 (1,000)	



<b>SALUD PERCIBIDA</b>			
Muy buena	0,03 (0,174)	0,03 (0,192)	
Buena	0,01 (0,114)	0,03 (0,217)	<0,001
Regular	0,07 (0,301)	0,07 (0,293)	
Mala	0,15 (0,412)	0,14 (0,405)	
Muy mala	0,27 (0,539)	0,23 (0,503)	
<b>PROBLEMA DE SALUD REAL</b>			
Si	0,08 (0,318)	0,09 (0,337)	0,078
No	0 (0)	0,02 (0,169)	

## 7. Discusión

Los resultados del estudio muestran que existen diferencias entre hombres y mujeres y el uso de algunos de los servicios sanitarios en España. Se ha evidenciado un mayor el uso de los servicios de urgencia por parte de las mujeres y del ingreso hospitalario por parte de los hombres. Sin embargo, no se observan diferencias respecto al uso y al número de visitas a Atención Primaria o Especializada

Se ha evidenciado que los componentes sociales protagonizan gran parte de las inequidades sanitarias entre la población mayor española, generando dependencias las cuales implican diferencias en el estado de salud. Pero la dependencia en las personas mayores no es un fenómeno nuevo, como ya decía el informe del Imsero en 2016, edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años<sup>3,19</sup>.

Otra de las características del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. Como se muestra en la estadística descriptiva del estudio, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 59,6% del total de la muestra. Este fenómeno se puede deber a la mayor esperanza de vida de las mujeres. En España, en el año 1900 la esperanza de vida al nacer era de 33,9 años para los hombres y 35,7 años para las mujeres. En el año 2015, la esperanza de vida al nacer de los hombres se situaba en los 80,4 años, y la de las mujeres en los 85,9 años. Sin embargo, se prevé que las disparidades de mortalidad entre hombres y mujeres se vayan reduciendo en un futuro, debido a la difusión entre las mujeres de hábitos nocivos como el consumo de tabaco o el estrés<sup>19,20</sup>.

No se encontraron diferencias en el uso de los servicios sanitarios debido a la nacionalidad, en concordancia con otros estudios revisados<sup>12,19</sup>. Se puede deber a que el porcentaje de población extranjera en la muestra es muy pequeño, ya que disminuye el número de población de otras nacionalidades según aumenta la edad. Muchos de los inmigrantes, una vez que han cumplido con su etapa laboral en España, incluso antes de la edad de jubilación (65 años), deciden regresar a su país de origen, por lo que su presencia en los grupos superiores de edad va siendo cada vez más reducida. En contraste, el estudio de Urbanos-Garrido (2016) manifiesta la existencia de diferencias significativas relacionadas con la etnia<sup>7,19</sup>.

El estado civil es un atributo demográfico relacionado con la situación legal de las personas, y está vinculado con las formas de convivencia. Se considera un indicador óptimo para conocer el apoyo familiar, ya que la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio reducen los vínculos familiares con los que las personas pueden contar en la vejez. Al igual que los datos presentes en el informe del Imsero en 2016, en el estudio se pone de manifiesto que del porcentaje total de personas viudas (63,6%) la mayor parte eran mujeres (51,4%). Esta situación está en concordancia con el fenómeno de que del porcentaje total de personas casadas (50,8%) la mayor parte eran hombres (70,6%), puesto que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres y por lo tanto viven más tiempo que sus maridos<sup>19,21</sup>.

En España, las diferencias de género en cuanto a factores socioeconómicos son ligeramente inferiores a la media europea para los mayores de 65 años. En particular, la renta equivalente de las mujeres españolas mayores de 65 años es 9 puntos inferior a la de los varones de la misma edad y a los ingresos correspondientes a la población de todas las edades, brecha que se reduce un poco cuando se considera la población de más edad. Queda reflejado que un 95,9% de la muestra cobraba una pensión contributiva (ya fuese por cotización propia, por cotización ajena o ambas), destacando el porcentaje de hombres que cotizaban por cuenta propia (96,2%), mientras que las mujeres cotizaban por cuenta ajena (36,1%). Como es lógico, la tasa de actividad de las personas mayores desciende a medida que aumenta la edad a partir de los 70 años. Según el informe del Imsero de 2016 tasa de empleo de las mujeres es menor que la de los hombres para cualquier edad, lo que difiere de los resultados del estudio en los que se muestra que en las categorías de empresaria sin o con asalariados el porcentaje de mujeres resultaba

mayor que el de hombres<sup>19,22</sup>.

Según la EESE 2014 y 2017, los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres. En la misma línea, los resultados obtenidos en el estudio demuestran que los hombres presentaban mejor salud autopercebida que las mujeres, es decir, percepciones de salud “Muy buena” y “Buena” se relacionaban con mayores porcentajes de hombres mientras que en las percepciones “Regular”, “Mala” y “Muy mala” se encontraban mayores porcentajes de mujeres. Por otra parte, con la edad también aumenta el riesgo de ciertas enfermedades y condiciones de salud, según la EESE de 2014 un 93% de las personas declara algún problema crónico de salud, datos similares a los obtenidos en el estudio (92,5%)<sup>19,23,24</sup>.

En el análisis realizado no se encontraron diferencias en el uso de los servicios sanitarios entre personas con un problema de salud crónico o de larga duración, al contrario que en otras investigaciones consultadas<sup>24</sup>.

La utilización de los servicios sanitarios ha incrementado a lo largo de las últimas dos décadas de manera progresiva y ha experimentado crecimiento desde 1987, con una tendencia a la estabilización. En relación al servicio de Atención Primaria y Atención Especializada, el porcentaje de hombres y mujeres que lo visitaron en las últimas 4 semanas resultaba muy similar. Resultados coincidentes con otras investigaciones que observan que las diferencias entre sexos disminuyen al aumentar la edad. Sin embargo en línea con los resultados comunicados por otros autores en uso de Atención Primaria se incrementa con la edad.<sup>8,25,26,27</sup>

Respecto a los ingresos hospitalarios, el porcentaje de hombres que habían sido ingresados en los últimos 12 meses era mayor respecto a las mujeres, coincidiendo con otras investigaciones, en que los hombres de edades más avanzadas eran los que padecían ingresos más largos<sup>8,26-30</sup>.

Respecto a la utilización o no del servicio de urgencias, el porcentaje mayor de utilización del servicio correspondía a las mujeres (33,4%). Sin embargo, los hombres sin estudios y aquellos que tenían una percepción de salud “Muy mala” eran los que habían empleado este servicio un mayor número de veces. En la misma línea que los estudios revisados, si que existe una relación entre la edad y el número de veces que se visita urgencias (a mayor edad, mayor número de visitas)<sup>3,31,32</sup>.

Este trabajo constata la elevada utilización de los servicios sanitarios por la población de 65 años y más y, dado el elevado coste que supone en un contexto de escasez de recursos públicos, resalta la necesidad de desarrollar programas de atención al enfermo crónico centrados en un mayor empoderamiento de esta población y en la promoción del autocuidado. Es necesario la realización de estudios bajo esta temática, ya que nos permite tener identificadas cuáles son las necesidades de salud y, de alguna manera, nos proporciona resultados que nos permiten tomar decisiones en la mejora continua de la calidad de la atención.

## **8. Conclusiones**

Tras describir y analizar la utilización de los servicios sanitarios en personas de edad igual o mayor a 65 años en España, se llegó a las siguientes conclusiones:

- No existieron diferencias entre el uso de los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada en función del sexo.
- Respecto al servicio de Atención Primaria: los hombres de edad más avanzada eran los que más visitas realizaban a este servicio, aumentando estas con la edad. En el caso de las mujeres, las que percibían su salud como “Muy mala”, son las que más acudían a Atención Primaria.
- En relación con el servicio de Atención Especializada: las mujeres divorciadas, los hombres con nivel educativo de formación profesional y aquellos con percepción de salud “Muy mala” eran los que más veces acudían a este servicio.
- Respecto a los ingresos hospitalarios: existieron diferencias significativas con un mayor porcentaje de hombres ingresados en el último año. Los hombres de edades más avanzadas, con un nivel educativo de educación primaria completa y con una autopercepción de salud “Muy mala” padecían ingresos hospitalarios más largos.
- En relación al servicio de urgencias hospitalarias: un mayor porcentaje de mujeres habían usado el servicio. No obstante, atendiendo al número de visitas, los hombres sin estudios y con un nivel de percepción de salud “Muy mala” eran los que acudían

un mayor número de veces. Además, el número de visitas se incrementa al hacerlo la edad.

## **9. Agradecimientos**

A mi tutora, Ana Gascón por su gran ayuda para desarrollar este trabajo permitiéndome estudiar a las inequidades existentes entre mujeres y hombres con el fin de contribuir a que adquiriera la relevancia social necesaria, así como mostrarme una actitud siempre abierta y ofreciéndome su interés, tiempo y conocimientos.

## 10. Bibliografía:

1. Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008; 24(4). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010&lng=es).
2. Ramos Campos. Salud y Calidad de Vida en las personas mayores. Universidad de Salamanca. 2001;84-104. Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUKEwiRjNGejMXgAhUQ1-AKHXRdD0oQFjAFegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdes carga%2Farticulo%2F743587.pdf&usg=AOvVaw3XMALHJCqaaH3WTSP4EE51>
3. Aguilar Palacio I, Carrera Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Utilización de los servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. Atención primaria. Elsevier. 2015; 48(4):235-243. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002115>
4. Navalpotro Pascual S, González MEs, Martín Iglesias S, Vicente Edo M<sup>a</sup>J, Comet Cortés P, Vidal Thomás C. Oferta de servicios sociosanitarios en Atención Primaria para la atención a mayores de 65 años. Gerokomos. 2006 ; 17(4):189-196. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2006000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400003&lng=es)
5. Romero Rizos L, Martín Sebastián E, Navarro López JL, Luengo Márquez C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. Tratado de geriatría para residentes. 2002; (2):33-47.

6. Urbanos R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y Gasto Público*. 2011;64 (3): 117-130.
7. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*. 2018(15):48. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
8. Ramos Cordero P, Pinto Fontanillo J.A. Las personas mayores y su salud: situación actual. *Av Odontoestomatol* 2015 ; 31(3): 107-116. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000300001>
9. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit* . 2004 ; 18(4):69-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400012&lng=es)
10. UN Women Training Centre [Internet]. Gender Equality. República Dominicana: UN Women; 2011;1-38 Disponible en: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&lang=es>
11. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública* . 2008; 82(3):241-249. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es).

12. Gómez Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5/6):454-461. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es>
13. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al sexo. Rev. Cubana Salud Pública. 2006;33(2). Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci_arttext)
14. Jeanette VM, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev. méd. Chile. 2003; 131(6):669-678. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000600012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012)
15. Gómez Gómez E. Género equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5/6):327-334. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/327-334>
16. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. OMS Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2003 [citado el 29 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/deigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
17. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. 2017 [citado el 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>



18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017 [Internet]. 2018 [citado 28 de febrero 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195295&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195295&idp=1254735573175)
19. Vidal Domínguez MJ, et al. Las personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
20. García-Altés A, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, Borrel C. Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. Cuadernos económicos de ICE. 2008. N°75: 115-128.
21. Alcalá MV, Puime AO, Santos MT, Barral AG, Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de la fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Primaria. 2010;42(10):520-527
22. Salcedo-Álvarez RA, Torres-Chirinos M, Zarza-Arziemendi MD. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de atención de enfermería. Conamed. 2010;15(2):92-98.
23. Informe Encuesta Europea de Salud 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14\\_inf.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf)
24. Nota Técnica. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)

25. Van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. BMC. 2014;04;15(1):1-20. Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-61>
26. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. Gac Sanit. 2004;18(4):69-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400012&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400012&Ing=es).
27. Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Martín S, Mateo Pascual C, Otero Puime A. Utilización de servicios de atención primaria, atención especializada y consumo de medicamentos por la población de 65 años y más en la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica . 2016; 90:40012. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135)
28. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC Public Health. 2006;16;6:155. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-155>
29. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad CMBD. Madrid 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
30. Chigne Verástegui O, Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Sandoval Berroca L. Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia:1990-1997. Rev Med Hered . 1999; 10(3):111-118. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v10n3/v10n3ao4>

31. Martín-Sánchez F.J., Fernández Alonso C., Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. Anales Sis San Navarra . 2010; 33(1):163-172. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es).
32. Núñez S, Martínez Sanz R, Ojeda E, Aguirre-Jaime A. Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias de un mayor de 65 años. Anales Sis San Navarra. 2006 ; 29(2):199-205. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300004&lng=es).