



ORIGINAL

Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social



Isabel Aguilar-Palacio^{a,b,*}, Patricia Carrera-Lasfuentes^a, Sofía Solsona^c,
M. Teresa Sartolo^d y M. José Rabanaque^{a,b}

^a Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^b Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA), Santa Eulalia del Campo, Teruel, España

^c Servicio de Geriátrica, Hospital San José, Teruel, España

^d Centro de Salud de Santa Eulalia del Campo, Teruel, España

Recibido el 6 de octubre de 2014; aceptado el 22 de enero de 2015

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Encuestas
epidemiológicas;
Servicios de salud;
Anciano;
Salud percibida;
Clase social

Resumen

Objetivo: Conocer la utilización de servicios sanitarios de Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE), hospitalizaciones, Hospital de Día y Urgencias, y la hiperfrecuentación en ancianos en España, analizando la influencia del estado de salud, sexo, clase social y evolución temporal.

Diseño: Estudio transversal en 2 fases.

Emplazamiento: España.

Participantes: Personas encuestadas en la Encuesta Nacional de Salud 2006 y 2011-12.

Mediciones principales: Como variables de salud se utilizaron la salud percibida y diagnosticada (número y tipo de diagnósticos). La clase social se obtuvo a partir de la última ocupación del sustentador principal (clases manuales y no manuales). Se realizaron análisis de regresión logística, ajustando por sexo, edad, nivel de salud, clase social y año, calculando su capacidad predictiva.

Resultados: El porcentaje de población mayor que utiliza consultas médicas descendió en el periodo estudiado. Las mujeres trabajadoras manuales presentaron la mayor prevalencia de mala salud (mala salud percibida en el 2006: 70,6%). La mala salud se asoció a mayor utilización de servicios sanitarios. La salud percibida fue mejor predictor de utilización de servicios y de hiperfrecuentación que la diagnosticada, con la mayor capacidad predictiva para AE ($c = 0,676$). Los ancianos de clases sociales bajas utilizaron con más frecuencia AP y Urgencias, mientras que la utilización de AE y Hospital de Día fue mayor en clases altas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iaguilar@unizar.es (I. Aguilar-Palacio).

KEYWORDS

Health surveys;
Health services;
Aged;
Self-rated health;
Social class

Conclusiones: Existen diferencias en salud y utilización de servicios sanitarios en mayores según clase social. Resulta necesario prestar atención a la salud percibida como predictor de la utilización de servicios sanitarios y revisar la accesibilidad-equidad de nuestros servicios.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health-care utilization in elderly (Spain 2006-2012): Influence of health status and social class

Abstract

Objective: to explore health-care utilization (primary and specialized health-care, hospitalizations, day hospital and emergency services) and overuse in elderly in Spain, considering the influence of health status, sex, social class and its temporal trend.

Design: cross sectional study in two phases.

Setting: Spain.

Participants: people surveyed in the National Health Surveys 2006 and 2011-12.

Main measurements: Health status was measured using self-rated and diagnosed health (number and diagnoses). Social class was obtained from the last occupation of the main supporter (manual and non-manual workers). Logistic regression analyses were conducted adjusting by sex, age, health status, social class and year, obtaining its predictive capacity.

Results: the percentage of elderly population with health-care utilization decreased during the period analyzed. Women who belonged to the manual workers category presented the highest prevalence of low health (low self-rated health in 2006: 70.6%). Low health status was associated with a higher utilization of health-care services. Self-rated health was a better predictor of health-care utilization and overuse than diagnosed health, getting the highest predictive capacity for specialized health-care ($C = 0.676$). Old people from low social class used with higher frequency primary health-care and emergency services. On the other hand, specialized health-care and day hospital were more used by high social classes.

Conclusions: inequalities in health and health-care utilization have been observed in elderly according social class. It is necessary to consider self-rated health as a health-care utilization predictor and to review our health-care services accessibility and equity.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el sistema sanitario como un conjunto de elementos cuyo objetivo principal es mejorar el estado de salud de la población. La utilización de servicios sanitarios se entiende como la consecución de la atención proporcionada por estos en forma de contacto asistencial¹.

En España, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde pero con una intensidad mayor que en otros países de su entorno. 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 española². Este dato es de especial relevancia al ser los ancianos el grupo de edad que utiliza con mayor frecuencia los servicios sanitarios³. Las personas mayores presentan un mayor número de visitas médicas, pruebas diagnósticas y prescripciones⁴. Diversos estudios asocian la mayor utilización a factores como edad⁵, peor salud percibida⁶, mayor frecuencia de comorbilidades³, nivel educativo bajo^{6,7} o mayor número de tratamientos⁸. La presencia de enfermedades crónicas, principalmente trastornos cardiorrespiratorios, circulatorios y musculoesqueléticos, así como la presencia de malestar psicológico o

de trastornos mentales, son factores que explican esta hiperfrecuentación⁹.

La clase social es un determinante clave de la salud de la población¹⁰, habiéndose descrito una asociación inversa entre ambas, de modo que la prevalencia de problemas de salud, y la mortalidad, son menores cuanto mayor es la clase social¹¹. Este fenómeno se ha explicado mediante 2 aproximaciones, la psicosocial, que enfatiza la percepción de aspectos como la desigualdad, la inseguridad, o los estilos de vida, y la material, que trabaja con las condiciones de vida o los recursos económicos disponibles¹². Además, parece existir relación entre clase social y utilización de servicios sanitarios, aunque la cobertura universal del sistema de salud atenúa estas diferencias¹³. En Estados Unidos, se observó que la utilización inadecuada de servicios sanitarios era más frecuente en personas de clase social baja respecto a los de clase alta, aunque estas diferencias se reducían al controlar por ingresos y el seguro médico existente¹⁴. En España existió para el periodo 1993-2006 una mayor utilización de los servicios de Atención Primaria (AP) y Urgencias en los trabajadores manuales¹⁵.

El objetivo de este estudio es conocer la utilización de servicios sanitarios (asistencia a consultas de AP, Atención Especializada [AE], hospitalizaciones, uso de Hospital de Día

Tabla 1 Preguntas de la Encuesta Nacional de Salud relativas a la utilización de servicios sanitarios

Utilización de servicios sanitarios

- «En las últimas 4 semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia o enfermedad suya?»
- «Y con un especialista, ¿ha consultado en las últimas 4 semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?»
- «Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?»
- «Durante los últimos 12 meses ¿ha sido usted atendido/a en un "Hospital de Día" para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?»
- «En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de Urgencias por algún problema o enfermedad?»

y de servicios de Urgencias), el estado de salud referido y la hiperfrecuentación en ancianos en España, analizando la influencia del estado de salud, sexo y clase social, así como su evolución en el tiempo.

Material y método

Estudio transversal cuyas fuentes de información fueron las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) correspondientes a los años 2006 y 2011-12. La ENS es representativa, de diseño polietápico estratificado, realizada a población no institucionalizada mediante entrevista personalizada. Esta encuesta se lleva a cabo por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE)^{16,17}. Los microdatos están disponibles y anonimizados, por lo que no se requirieron permisos especiales para su utilización. La población a estudio se restringió a las personas con edad ≥ 65 años, alcanzando un tamaño de muestra suficiente para llevar a cabo los objetivos del estudio.

Para conocer la utilización de servicios sanitarios, se consideraron los distintos niveles asistenciales: consultas a AP y AE en las últimas 4 semanas, hospitalización y Hospital de Día en el último año y utilización de Urgencias en el último año (tabla 1). El instrumento utilizado no permitió diferenciar si las visitas se realizaron dentro del sistema público o privado. Se realizó un estudio específico de los hiperfrecuentadores de AP, AE y Urgencias, considerando como tales a aquellas personas que se encontraban por encima del percentil 90 en la distribución del número de visitas, entre todos los que habían visitado al médico.

Se estudió la influencia del estado de salud, la clase social, el sexo, la edad y la evolución temporal sobre la utilización de servicios sanitarios en ancianos. Para el estado de salud se consideró la salud percibida en los últimos 12 meses, clasificando como personas con mala salud percibida a las que valoraron su salud como regular, mala o muy mala, frente a los que la definieron como buena o muy buena, y la salud diagnosticada, valorada mediante los diagnósticos médicos que refirió cada individuo, a partir de una lista de 25 enfermedades comunes a ambas ENS. Se

clasificó como mala salud diagnosticada a aquellos con más diagnósticos que la mediana de la población estudiada, y se calculó por separado para hombres y mujeres. La mediana de diagnósticos fue igual en ambos sexos (mediana = 4) considerando como ancianos con mala salud diagnosticada a los que tuvieron ≥ 4 diagnósticos. Con fines descriptivos, se agruparon las enfermedades en 6 grupos: cardiovasculares, osteomusculares, respiratorias, endocrinas, tumores malignos y psiquiátricas.

La clase social del individuo se calculó a partir de la clase social del sustentador principal del hogar (personas con mayor aportación económica). Se utilizaron las categorías de clase social propuestas por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología, donde se asigna la clase social según la ocupación, a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011¹⁸ y se clasificaron en 2 categorías, trabajadores manuales y no manuales.

Análisis estadístico

Se realizó en primer lugar un estudio descriptivo de la utilización de servicios sanitarios y de la salud referida. En ambos casos se estratificó por sexo, clase social y año de realización de la encuesta. Se utilizó la prueba de la ji al cuadrado para detectar posibles diferencias entre los años de estudio. Este análisis se realizó incluyendo a todos los mayores y se repitió en los hiperfrecuentadores.

Para conocer la influencia de las variables de interés sobre la utilización de servicios sanitarios se realizaron distintos análisis de regresión logística, para lo que se agregaron los sujetos de ambas encuestas en una única base de datos. En primer lugar, para conocer las variables que influían en la asistencia sanitaria, se utilizaron como variables dependientes la utilización de servicios (AP, AE, hospitalizaciones, Hospital de Día y Urgencias) y como variables independientes la salud (percibida o diagnóstica), sexo, clase social y año de la encuesta. Estos análisis se ajustaron por edad. Se calculó el estadístico C (área bajo la curva ROC) para conocer la capacidad predictiva de los modelos, donde un valor próximo a 0,5 indica baja capacidad predictiva.

También se llevó a cabo un análisis de regresión logística para conocer la influencia del sexo, la salud, la clase social y el año sobre la hiperfrecuentación de servicios sanitarios. Se ajustó por edad y se calculó la capacidad predictiva de cada modelo.

Todos los análisis se ponderaron utilizando el factor de ponderación aportado por las ENS, corregido mediante el método Normal, con el fin de evitar errores asociados al muestreo. Todas las pruebas fueron consideradas significativas cuando $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics 19®, licencia de la Universidad de Zaragoza.

Resultados

La muestra total utilizada fue de 13.613 personas ≥ 65 años (7.717 en 2006 y 5.896 en 2012). El 63,3% fueron mujeres y el 60,7% fueron clasificados como trabajadores manuales.

Las visitas a AP y AE presentaron un descenso estadísticamente significativo en ambos sexos, al igual que los ingresos en mujeres. Los trabajadores manuales visitaron con más

Tabla 2 Asistencia sanitaria de la población ≥ 65 años, estratificada por sexo, clase social y año de la encuesta. Resultados ponderados

	Hombres N (%)			Mujeres N (%)		
	2006	2012	p	2006	2012	p
<i>Visita a Atención Primaria</i>						
Trabajadores manuales	818 (54,9)	699 (46,1)	< 0,001	1.595 (59,2)	1.198 (50,9)	< 0,001
Trabajadores no manuales	516 (50,4)	259 (38,5)	< 0,001	889 (54,0)	420 (39,7)	< 0,001
Global	1.334 (53,1)	958 (43,7)	< 0,001	2.484 (57,2)	1.618 (47,4)	< 0,001
<i>Visita a Atención Especializada</i>						
Trabajadores manuales	285 (29,0)	309 (20,4)	< 0,001	562 (32,9)	470 (20,0)	< 0,001
Trabajadores no manuales	268 (34,1)	156 (23,2)	< 0,001	362 (31,7)	238 (22,5)	< 0,001
Global	553 (31,2)	465 (21,2)	< 0,001	924 (32,4)	708 (20,8)	< 0,001
<i>Hospitalizaciones</i>						
Trabajadores manuales	262 (16,4)	259 (17,1)	0,629	395 (13,8)	295 (12,5)	0,182
Trabajadores no manuales	187 (16,8)	87 (12,9)	0,028	261 (14,5)	127 (12,0)	0,058
Global	449 (16,6)	346 (15,8)	0,464	656 (14,1)	422 (12,4)	0,026
<i>Ingreso en Hospital de Día</i>						
Trabajadores manuales	138 (8,8)	141 (9,3)	0,598	248 (8,7)	257 (10,9)	0,007
Trabajadores no manuales	115 (10,3)	85 (12,6)	0,139	183 (10,2)	86 (8,1)	0,067
Global	253 (9,4)	226 (10,3)	0,288	431 (9,3)	343 (10,0)	0,250
<i>Visita a servicios de Urgencias</i>						
Trabajadores manuales	493 (30,9)	427 (28,1)	0,092	908 (31,7)	748 (31,8)	0,952
Trabajadores no manuales	288 (25,8)	154 (22,8)	0,157	496 (27,6)	303 (28,6)	0,549
Global	781 (28,8)	581 (26,5)	0,074	1.404 (30,1)	1.051 (30,8)	0,506

N: número; p: significación de la prueba ji al cuadrado.

frecuencia a su médico de AP e hicieron más uso de los servicios de Urgencias, mientras que los ancianos de clases sociales altas accedieron con más frecuencia a la AE (tabla 2).

Se observó una disminución de la hiperfrecuentación de AP en mujeres, mientras que se produjo un incremento estadísticamente significativo de la hiperfrecuentación en mujeres de clase social alta (5,5% al 10,1%). En Urgencias, la hiperfrecuentación aumentó en mujeres trabajadoras manuales ($p = 0,019$) (tabla 3).

Tanto la salud percibida como la diagnosticada fueron peores en mujeres que en hombres, para ambos años analizados ($p < 0,001$). En las mujeres, se observó una mejora de la salud percibida, independientemente de la clase social, pasando de una prevalencia global de mala salud percibida del 66,8% en el 2006 a un 61,2% en el año 2012, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Tanto la salud percibida como la diagnosticada fueron peores en trabajadores manuales que en no manuales en ambos sexos (tabla 4).

Los hombres presentaron una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de tumores malignos, mientras que en las mujeres fueron más frecuentes las enfermedades endocrinometabólicas y muy superior a los hombres la frecuencia de enfermedades osteomusculares y psiquiátricas. Se observó un aumento en el tiempo estadísticamente significativo de las enfermedades endocrinometabólicas en mujeres (24,3% en 2006 frente al 29,8% en 2012) y de tumores malignos en hombres (5,7% frente al 9,0%), mientras que en mujeres existió una reducción

estadísticamente significativa ($p = 0,026$) de enfermedades psiquiátricas (28,3% frente al 26,0%).

Al estudiar las variables que influían sobre la utilización de servicios sanitarios se observó que la mala salud, tanto percibida como diagnosticada, aumentaba las posibilidades de utilización de servicios en cualquiera de sus niveles, tras ajustar por sexo, clase social, año de la encuesta y edad, existiendo una mayor fuerza de asociación con la salud percibida que con la diagnosticada.

Cuando en los modelos se incluyó la salud percibida, se observó que las mujeres accedieron con menos frecuencia a AE y tuvieron menos ingresos, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres para AP y Urgencias. La relación entre clase social y la utilización de servicios sanitarios varió según el nivel asistencial. Así, tras ajustar por sexo, edad, clase social y año de la encuesta, los mayores de clase social baja accedían con más frecuencia a AP y Urgencias, mientras que la utilización de AE y Hospital de Día fue menor, tanto al considerar la influencia de la salud percibida como de la salud diagnosticada. Se observó un descenso en el tiempo en la utilización de servicios sanitarios, principalmente AP y AE, con la excepción del Hospital de Día, que aumentó en el año 2012 ($p = 0,013$). En relación con las capacidades predictivas del modelo, fue especialmente elevada en AE ($C = 0,676$) y en hospitalizaciones ($C = 0,674$). La mala salud percibida implicó un mayor riesgo de hiperfrecuentación. Las mujeres tuvieron un menor riesgo de hiperfrecuentación de AP que los hombres. Por clase social, existieron diferencias en la hiperfrecuentación a AE, de modo que las personas

Tabla 3 Distribución de los hiperfrecuentadores según sexo, clase social y año de la encuesta. Resultados ponderados

	Hombres N (%)		p	Mujeres N (%)		p
	2006	2012		2006	2012	
<i>Hiperfrecuentador Atención Primaria</i>						
Trabajadores manuales	54 (6,6)	51 (7,4)	0,543	131 (8,2)	53 (4,4)	< 0,001
Trabajadores no manuales	34 (6,6)	21 (8,1)	0,450	68 (7,6)	14 (3,3)	0,003
Global	88 (6,6)	72 (7,6)	0,364	199 (8,0)	67 (4,2)	< 0,001
<i>Hiperfrecuentador Atención Especializada</i>						
Trabajadores manuales	15 (5,3)	15 (4,9)	0,842	32 (5,7)	27 (5,8)	0,959
Trabajadores no manuales	21 (7,9)	18 (11,7)	0,193	20 (5,5)	24 (10,1)	0,037
Global	36 (6,5)	33 (7,2)	0,682	52 (5,6)	51 (7,2)	0,191
<i>Hiperfrecuentador Urgencias</i>						
Trabajadores manuales	41 (8,5)	40 (9,4)	0,613	59 (6,6)	72 (9,8)	0,019
Trabajadores no manuales	15 (5,2)	14 (9,2)	0,114	36 (7,4)	16 (5,3)	0,239
Global	56 (7,3)	54 (9,3)	0,165	95 (6,9)	88 (8,5)	0,150

N: número; p: significación de la prueba ji al cuadrado.

de clase social alta, a igual salud percibida, sexo y año de la encuesta, presentaron una probabilidad mayor de hiperfrecuentación que la gente de clase social baja. Por año de análisis se observó una menor frecuentación de AP en el 2012 y un aumento de frecuentación de Urgencias (tabla 5).

Cuando en el análisis de regresión logística se incluyó la salud diagnosticada como medida de salud, se obtuvieron similares resultados a los observados en los modelos elaborados con la salud percibida (tabla 6).

Discusión

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.

Al estudiar las diferencias de edad según clase social, se observó que los trabajadores manuales tenían una media de edad de 76 años, frente a 75 años en el caso de los trabajadores no manuales. Esta diferencia de un año no parece

clínicamente muy relevante, por lo que la edad no explicaría completamente las diferencias observadas en salud por clase social. Del mismo modo, las variaciones observadas en el estado de salud entre las 2 encuestas no se deben a un mayor envejecimiento de la población en 2011-12, ya que la distribución etaria no experimentó cambios entre las 2 encuestas.

Los resultados observados en relación con un peor nivel de salud en mujeres y clases sociales trabajadoras son coincidentes con los hallazgos de otros autores^{19,20}. Aunque las mujeres suelen presentar un mayor número de diagnósticos, en este estudio se observó la misma distribución en ambos sexos, lo que podría deberse a la elevada prevalencia del cáncer de próstata en los hombres del grupo de edad estudiado.

Se ha observado un descenso en la utilización de servicios sanitarios en la población anciana, principalmente en las visitas a AP y AE. Tanto la mala salud percibida como diagnosticada se asociaron a una mayor frecuentación de servicios sanitarios, siendo la salud percibida un mejor

Tabla 4 Estado de salud de la población ≥ 65 años, estratificada por sexo, clase social y año de la encuesta. Resultados ponderados

	Mala salud percibida N (%)		p	Mala salud diagnosticada N (%)		p
	2006	2012		2006	2012	
<i>Hombres</i>						
Trabajadores manuales	895 (56,1)	795 (52,4)	0,038	751 (47,1)	753 (49,6)	0,154
Trabajadores no manuales	494 (44,3)	280 (41,5)	0,253	470 (42,2)	293 (43,5)	0,566
Global	1.695 (51,5)	1.241 (49,0)	0,061	1.486 (45,1)	1.213 (47,9)	0,037
<i>Mujeres</i>						
Trabajadores manuales	2.023 (70,6)	1.565 (66,4)	0,001	1.833 (63,9)	1.567 (66,5)	0,052
Trabajadores no manuales	1.094 (60,8)	525 (49,6)	< 0,001	1.136 (63,1)	591 (55,9)	< 0,001
Global	3.117 (66,8)	2.090 (61,2)	< 0,001	2.969 (63,6)	2.158 (63,2)	0,698

N: número; p: significación de la prueba ji al cuadrado.

Tabla 5 Utilización de servicios sanitarios, hiperfrecuentación e influencia de la salud percibida. Regresión logística y capacidad predictiva del modelo. Variable dependiente: utilización de servicios. Variables independientes: salud percibida, sexo, clase social y año de la encuesta. Análisis ajustado por edad y ponderado

	Salud percibida		Sexo		Clase social		ENS		C
	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	
<i>Utilización de servicios</i>									
Atención Primaria	2,3 (2,1-2,5)	< 0,001	1,0 (1,0-1,1)	0,244	1,2 (1,1-1,3)	< 0,001	0,7 (0,6-0,7)	< 0,001	0,627
Atención Especializada	3,4 (3,0-3,7)	< 0,001	0,9 (0,8-1,0)	0,005	0,8 (0,7-0,9)	< 0,001	0,6 (0,5-0,6)	< 0,001	0,676
Hospitalización	4,1 (3,6-4,6)	< 0,001	0,6 (0,6-0,7)	< 0,001	0,9 (0,8-1,0)	0,056	0,9 (0,8-1,0)	0,155	0,674
Hospital de Día	2,5 (2,2-2,9)	< 0,001	0,9 (0,8-1,0)	0,027	0,8 (0,7-0,9)	0,001	1,2 (1,0-1,3)	0,013	0,617
Urgencias	3,3 (3,0-3,6)	< 0,001	1,0 (0,9-1,0)	0,272	1,1 (1,0-1,2)	0,041	1,0 (0,9-1,1)	0,818	0,648
<i>Hiperfrecuentación</i>									
Hiperfrecuentación Atención Primaria	3,8 (2,8-5,2)	< 0,001	0,8 (0,7-1,0)	0,043	1,0 (0,8-1,2)	0,758	0,7 (0,6-0,9)	0,007	0,642
Hiperfrecuentación Atención Especializada	2,9 (1,8-4,7)	< 0,001	0,9 (0,6-1,2)	0,401	0,6 (0,4-0,8)	0,001	1,3 (0,9-1,7)	0,132	0,608
Hiperfrecuentación Urgencias	4,0 (2,6-6,2)	< 0,001	0,9 (0,7-1,1)	0,275	1,2 (0,9-1,6)	0,206	1,3 (1,1-1,7)	0,016	0,628

C: capacidad predictiva del modelo (AUC: área bajo la curva); IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; p: significación del modelo; OR: odds ratio. Categorías de referencia: salud: buena salud percibida; sexo: hombres; clase social: trabajadores no manuales; ENS: 2006.

Tabla 6 Utilización de servicios sanitarios, hiperfrecuentación e influencia de la salud diagnosticada. Regresión logística y capacidad predictiva del modelo Variable dependiente: utilización de servicios. Variables independientes: salud percibida, sexo, clase social y año de la encuesta. Análisis ajustado por edad y ponderado

	Salud diagnosticada		Sexo		Clase social		ENS		C
	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p	
<i>Utilización de servicios</i>									
Atención Primaria	2,3 (2,2-2,5)	< 0,001	1,0 (0,9-1,1)	0,828	1,3 (1,2-1,4)	< 0,001	0,6 (0,6-0,7)	< 0,001	0,628
Atención Especializada	2,9 (2,6-3,1)	< 0,001	0,9 (0,8-0,9)	0,001	0,8 (0,8-0,9)	0,001	0,5 (0,5-0,6)	< 0,001	0,658
Hospitalización	2,3 (2,0-2,5)	< 0,001	0,7 (0,6-0,7)	< 0,001	1,0 (0,9-1,1)	0,937	0,9 (0,8-1,0)	0,006	0,622
Hospital de Día	2,2 (1,9-2,5)	< 0,001	0,9 (0,8-1,0)	0,017	0,9 (0,8-1,0)	0,025	1,1 (1,0-1,2)	0,102	0,601
Urgencias	2,3 (2,2-2,5)	< 0,001	1,0 (0,9-1,0)	0,400	1,2 (1,1-1,3)	< 0,001	0,9 (0,9-1,0)	0,060	0,625
<i>Hiperfrecuentación</i>									
Hiperfrecuentación Atención Primaria	2,3 (1,8-3,0)	< 0,001	0,8 (0,7-1,0)	0,063	1,0 (0,8-1,3)	0,744	0,7 (0,6-0,9)	0,002	0,627
Hiperfrecuentación Atención Especializada	2,5 (1,6-3,8)	< 0,001	0,9 (0,6-1,2)	0,376	0,6 (0,4-0,8)	0,001	1,3 (0,9-1,7)	0,153	0,591
Hiperfrecuentación Urgencias	3,2 (2,2-4,5)	< 0,001	0,8 (0,7-1,1)	0,156	1,3 (1,0-1,6)	0,097	1,3 (1,0-1,6)	0,050	0,615

C: capacidad predictiva del modelo (AUC: área bajo la curva); IC el 95%: intervalo de confianza del 95%; p: significación del modelo; OR: odds ratio. Categorías de referencia: salud: buena salud diagnosticada; sexo: hombres; clase social: trabajadores no manuales; ENS: 2006.

predictor de utilización e hiperfrecuentación que la salud diagnosticada. En función de la clase social, los ancianos que habían sido trabajadores manuales utilizaron con más frecuencia los servicios de AP y Urgencias, mientras que la utilización de AE y Hospital de Día fue mayor en clases sociales más favorecidas, no encontrándose diferencias en las hospitalizaciones. Esta mayor frecuentación a AE en las clases sociales más altas contrasta con el mejor estado de salud expresado por estas, lo que podría indicar un mayor uso inadecuado de la AE por parte de estos colectivos. Respecto a la utilización de Hospital de Día se obtuvieron resultados similares que para AE, lo que podría explicarse por la dependencia de estos servicios de AE, cuyos médicos son los que deciden el ingreso del paciente en estas unidades.

Resulta especialmente llamativo el descenso en el año 2012, respecto al 2006, en la utilización de servicios sanitarios en población anciana. Algunos autores han constatado que la utilización de servicios sanitarios en mayores suele tener como finalidad la obtención de medicación, más que la asistencia sanitaria propiamente dicha⁷. Según datos de la ENS 2011, los principales motivos de la última consulta médica del anciano fueron el diagnóstico de una enfermedad y la revisión, estando en tercer lugar la dispensación de recetas (23,4%). La receta electrónica, que comenzó a utilizarse en España a partir del año 2008, y todavía está implantándose en algunas comunidades autónomas, es una medida que se espera reduzca la frecuentación en AP²¹. Por otro lado, la situación económica actual ha llevado a un incremento del cupo de tarjetas sanitarias asignadas a los médicos de AP, una mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios e incremento de las listas de espera²². Todos estos factores podrían explicar, al menos parcialmente, la disminución de visitas a AP y AE y la reducción de la proporción de ancianos hiperfrecuentadores en AP.

Pese al uso generalizado del término hiperfrecuentación, no existe uniformidad al respecto, utilizándose diferentes criterios cuantitativos a la hora de investigar el problema y sus posibles causas²³. En términos generales, en AP se plantea como un número de visitas superior a un determinado valor, obtenido a partir de valores extremos en estadísticos de la distribución de visitas, como determinados percentiles o la desviación estándar. En otros niveles asistenciales, como la atención en Urgencias, la definición de hiperfrecuentador también queda al criterio del investigador²⁴. Esta propuesta no surge de un modelo conceptual sobre la utilización de servicios sanitarios, lo que dificulta la comprensión del fenómeno y el desarrollo de estrategias efectivas para el manejo del problema²⁵. No obstante, es importante destacar que el término hiperfrecuentador no es sinónimo de abusador o de atención inadecuada, para lo que sería necesario un análisis específico de las causas, una valoración de necesidad y un estudio de la atención recibida en estas visitas.

La salud percibida ha resultado ser mejor predictor de la utilización de servicios que la salud diagnosticada. La salud percibida ha sido considerada como una medida altamente informativa del estado de salud de la población²⁶ y la mala salud percibida se ha encontrado asociada a un nivel socioeconómico bajo en otros estudios²⁷. La fuerza de esta asociación podría ser explicada, al menos en parte, por las patologías aquí estudiadas, principalmente crónicas. Los enfermos crónicos no perciben su situación como tal si la

enfermedad está correctamente controlada, al tratarse, en su mayor parte, de patologías asintomáticas no limitantes. El desarrollo de programas de control del paciente crónico desde AP ha podido influir en la mejora de la percepción de salud, así como en una menor derivación de los pacientes a AE.

Se observaron diferencias en la utilización de servicios sanitarios según clase social. En estudios previos realizados en España en población general, no se encontraron diferencias en la utilización por clase social para el periodo de finales de los 80 y principios de los 90²⁸, mientras que en el periodo anterior al estudiado ya se pudo observar que los trabajadores manuales utilizaban más frecuentemente los servicios de AP y Urgencias, mientras que las clases altas usaban más AE¹⁵. Según datos de la ENS 2011-12, un 6,8% de los ancianos españoles tenían un seguro médico privado. Al estratificar por clase social, se observaron diferencias estadísticamente significativas, de modo que el 17,2% de los ancianos trabajadores no manuales tuvieron un seguro privado, frente al 2,8% de los trabajadores manuales, lo que podría explicar, al menos en parte, la mayor frecuentación a AE de los trabajadores no manuales. Este hecho ya ha sido descrito por otros autores²⁹, que apuntan a la mayor facilidad de acceso directo al médico especialista propio de aquellas personas que, además de contar con aseguramiento público, tienen un seguro privado. Este hecho tiene otra implicación, que es el que la sanidad pública, especialmente la AP, se vea privada del grupo de ciudadanos que podrían tener una mayor influencia sobre estos servicios, suponiendo un deterioro del sector en términos de innovación organizativa, debate intelectual e inversión presupuestaria^{30,31}. Las personas de clases sociales menos favorecidas visitan en mayor proporción a su médico de AP y registran mayores porcentajes de visitas a Urgencias, lo que ha sido observado en otros estudios³². Estas inequidades en la utilización, tanto del médico de AP³³ como de AE³⁴, son especialmente importantes en nuestro país en relación con otros países de entorno. Otros factores ajenos a la cobertura sanitaria, relacionados con una clase social baja, podrían explicar estas diferencias, como serían las dificultades de comunicación o el menor conocimiento del sistema sanitario, lo que dificulta a este grupo el acceso a la AE o la utilización del sistema sanitario con un mayor nivel de gravedad, lo que incrementa el uso de los servicios de Urgencias⁷.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de ancianos no institucionalizados, por lo que tanto los resultados de mala salud como de frecuentación posiblemente estarán infraestimados. El bajo número de sujetos en los hiperfrecuentadores, sobre todo en Urgencias, obliga a ser cautelosos en la interpretación de estos resultados. El sesgo de memoria puede cobrar especial importancia dada la población estudiada. No obstante, como apuntan León-Muñoz et al.³⁵, el hecho de que los participantes residan en la comunidad es un indicador indirecto del buen estado mental de estos sujetos. La encuesta no permite diferenciar si las visitas se realizaron dentro del sistema público o privado, los servicios de Urgencias visitados ni el motivo de consulta.

Entre las fortalezas de este estudio se encuentra el hecho de que se ha utilizado una encuesta representativa a nivel nacional, con un alto número de casos analizados, así como

el bajo número de missing (inferior al 5%) en las variables analizadas.

La asistencia sanitaria en personas mayores es un tema de comprensión y abordaje complejos. Es necesario revisar las condiciones de nuestro sistema sanitario, para garantizar la equidad en el acceso y evitar que se cumpla la ley de atención inversa, respondiendo así a las mayores necesidades de los colectivos socialmente más desfavorecidos. Aspectos como la salud autopercibida por nuestras personas mayores deberían ser considerados a la hora de predecir la demanda de atención, por encima de la carga de morbilidad. Por último, tenemos un sistema sanitario cuya organización no atiende a las necesidades de su mayor colectivo de usuarios, con un exceso de especialización y departamentalización, lo que en numerosas ocasiones implica una atención poco adecuada e ineficiente. Resulta ineludible trabajar en una atención centrada en este colectivo, garantizando una adecuada atención sanitaria adaptada al tratamiento y al control de patologías crónicas. Igualmente, es inaplazable el desarrollo de programas cuya finalidad sea una atención integral a las personas en general y a los mayores en particular, en los que colaboren profesionales no sanitarios y en los que se desarrollen medidas sociosanitarias y educativas dirigidas a potenciar el autocuidado y la atención de problemas sociales. A menudo, problemas ajenos al sistema de salud se traducen en una demanda de servicios sanitarios por falta de otras alternativas.

Lo conocido sobre el tema

- Los ancianos son el grupo etario con mayor utilización de servicios sanitarios.
- La utilización de servicios sanitarios en este grupo de edad es diferente en función de factores como el nivel de salud, el sexo o la clase social.

Qué aporta este estudio

- Se ha observado un descenso en el porcentaje de población mayor que utiliza los servicios sanitarios, principalmente en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Tanto la mala salud percibida como diagnosticada se asociaron con la utilización de servicios sanitarios en ancianos, pero la salud percibida es un mejor predictor de la utilización de servicios y de hiperfrecuentación que la salud diagnosticada.
- Los ancianos de clases sociales bajas utilizan con más frecuencia los servicios de Atención Primaria y Urgencias, mientras que la utilización de Atención Especializada y Hospital de Día es mayor en clases sociales altas.

Financiación

No se ha recibido financiación específica para este proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores firmantes declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Patients over-using a primary care centre: Their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85.
2. Informe 2012. Las personas mayores en España. 2014. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 4 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infopmm2012.pdf>
3. Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernandez-Barrera V, Alonso-Blanco C, Carroco-Garrido P, Fernández-de las Peñas C. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001-2009) in elderly people? A Spanish population-based survey. *Maturitas*. 2013;76:326-33.
4. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119:118-37.
5. Sinha SK. Why the elderly could bankrupt Canada and how demographic imperatives will force the redesign of acute care service delivery [discussion 86-91]. *Healthcare Papers*. 2010;11:46-51.
6. Fernández-Olano C, Hidalgo JLT, Cerdá-Díaz R, Requena-Gallego M, Sánchez-Castaño C, Urbistondo-Cascales L, et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy*. 2006;75:131-9.
7. Fernandez-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50:17-26.
8. Somers A, Robays H, Vander Stichele R, Van Maele G, Bogaert M, Petrovic M. Contribution of drug related problems to hospital admission in the elderly. *J Nutr Health Aging*. 2010;14:477-82.
9. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008;40:631-2.
10. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997;18:341-78.
11. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med*. 2000;51:1019-30.
12. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869-87.
13. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96:1300-7.
14. Krieger N, Barbeau EM, Soobader MJ. Class matters: U.S. versus U.K. measures of occupational disparities in access to health services and health status in the 2000 U.S. *Int J Health Serv*. 2005;35:213-36.
15. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Rocha KB, Pasarín MI, Borrell C. Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006. *Eur J Health Econ*. 2013;14:211-9.
16. Ministerio de Sanidad SSeI. Encuesta Nacional de Salud ENS 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado

- 25 May 2010]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. 2006.
17. Ministerio de Sanidad SSeI. Encuesta Nacional de Salud. España ENSE 2011/12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 25 May 2010]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>. 2012.
 18. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian neo-Marxist approaches. *Gac Sanit*. 2013;27:263-72.
 19. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI. Health perception and health care access: Sex differences in behaviors and attitudes. *Am J Econ Sociol*. 2010;69:783-801.
 20. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Soc Sci Med*. 2009;68:275-80.
 21. Gilabert-Perramon A, Lopez-Calahorra P, Escoda-Geli N, Salvadó-Trias C. Electronic prescription in Catalonia Spain (Rec@t): A health tool. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 Suppl 1:49-55.
 22. Urbanos Garrido R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:81-8.
 23. Sandin-Vazquez M, Conde-Espejo P. Frequent attendance: primary care professional's perceptions of definitions, motives, situations and relationships with frequent attenders patients. *Rev Calid Asist*. 2010;25:21-7.
 24. Torrecillas DR, Rosich A, Pons MG, Solé MB. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *Emergencias*. 2004;16:178-83.
 25. Santamera AS, Aguilar JT, Vazquez MS. Frequency of attendance at primary care clinics. A new conceptual framework. *Aten Primaria*. 2005;36:471.
 26. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69:307-16.
 27. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*. 2013;23:206-10.
 28. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlf's I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med*. 2000;31:691-701.
 29. Rodriguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
 30. Simó Miñana J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009;41:572-7.
 31. Simó J, Gervas J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:36-40.
 32. Rodriguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrel C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades Autónomas, 1993-2003. Quality Plan for the National Health System, Ministerio de Sanidad y Política Social, España, 2006.
 33. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy*. 2012;104:193-9.
 34. Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ*. 2013;16:21-33.
 35. León-Muñoz LM, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Functional status and use of health care services: Longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*. 2007;58:377-86.