

Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017

Raquel Sánchez-Recio, D en C de la Salud y del Deporte,^(1,2) Juan Pablo Alonso-Pérez de Ágreda, D en M Prev y SP,^(2,3) Ángel Gasch-Gallén, D en C de la Salud y el Deporte,⁽⁴⁾ Isabel Aguilar-Palacio, D en M Prev y SP.^(2,5)

Sánchez-Recio R, Alonso-Pérez de Ágreda JP, Gasch-Gallén Á, Aguilar-Palacio I.
Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017.
Salud Pública Mex. 2021;63:190-200.
<https://doi.org/10.21149/11384>

Resumen

Objetivo. Identificar la existencia de desigualdades de género en utilización de atención primaria (AP), urgencias y consulta de enfermería. **Material y métodos.** Estudio transversal, con encuestas nacionales y europeas de salud (2006-2017) de población española de 16 o más años (n=98 929 personas). Se estudió la evolución en el tiempo y la influencia de los determinantes de género mediante regresiones logísticas en la utilización de servicios sanitarios. **Resultados.** La utilización de los tres servicios asistenciales fue mayor en mujeres. Personas pensionistas, aquellas dedicadas a labores del hogar, con estudios bajos y clase social manual, tuvieron mayor riesgo de utilización de AP. Urgencias: a mayor edad menor riesgo de utilización. Enfermería: aquellas dedicadas a las labores del hogar tenían mayor riesgo de utilización. **Conclusiones.** Son necesarios estudios que analicen las desigualdades de género en contextos como la utilización de servicios sanitarios, así como nuevas estrategias de gestión para conseguir la equidad asistencial.

Palabras clave: desigualdad de género; utilización de servicios sanitarios; encuestas de salud; atención primaria; servicios médicos de urgencia; consulta de enfermería

Sánchez-Recio R, Alonso-Pérez de Ágreda JP, Gasch-Gallén Á, Aguilar-Palacio I.
Gender inequalities in the use of health care services, Spain 2006-2017.
Salud Pública Mex. 2021;63:190-200.
<https://doi.org/10.21149/11384>

Abstract

Objective. To identify the existence of gender inequalities in the use of primary care (PC), emergency care and nursing consultation. **Materials and methods.** Repeated cross-sectional study using Spanish and European health surveys (2006-2017) to Spanish population aged 16 and over (n= 95 929). **Results.** The use of three care services was higher among women. Pensioners, as well as unpaid household labour women, with low education level and those of manual social class, were the most likely to use PC. In emergency care, the higher age, the lower probability of use, and living in a rural town was associated with a higher probability of use of emergency care. Unpaid household labour women were the most likely to use nursing care. **Conclusions.** Studies that analyse gender inequalities in different contexts such as the use of health services care are still necessary, as well as, new management strategies are needed to achieve care equity.

Keywords: gender inequality; use of health care; primary health care; emergency care; office nursing; health surveys

(1) Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

(2) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón. Zaragoza. España.

(3) Dirección General de Salud Pública, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

(4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

(5) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

Fecha de recibido: 8 de abril de 2020 • **Fecha de aceptado:** 18 de diciembre de 2020 • **Publicado en Línea:** 26 de febrero de 2021

Autor de correspondencia: Dra. Raquel Sánchez Recio. Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza. C/Violante de Ungría, n23, 50009, Zaragoza, España.

Correo electrónico: rsanchez@unizar.es

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Los estudios sobre las diferencias en la asistencia sanitaria entre hombres y mujeres demuestran, junto con las diferencias biofisiológicas, la presencia de estereotipos de género¹ que hacen que unas y otros utilicen de forma desigual los servicios sanitarios.² A este respecto, “desigualdad de género en utilización de servicios sanitarios” se refiere a distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su sexo.^{3,4}

Existen ciertos factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios. Uno de ellos es el tiempo disponible.⁵ Así, las mujeres con trabajo remunerado fuera del hogar acuden menos a los servicios sanitarios, lo que puede relacionarse con la “doble jornada laboral”⁶ o con mejor percepción de la salud y menor apreciación de necesidad de asistencia sanitaria.⁷ Es conocido que el rol de cuidadora de las mujeres origina que éstas accedan al servicio sanitario por motivos relacionados con la salud de sus familiares y no por motivos propios.⁸ Estudios recientes siguen mostrando que ser mujer está relacionado con mayor carga en el cuidado de personas dependientes, más aún en aquéllas sin estudios o en situación de vulnerabilidad.⁹ Del mismo modo, las mujeres que viven en el medio rural tienen más dificultad para acceder a los recursos asistenciales. Además, son mujeres con un marcado rol de género debido a la presión y control social que ejerce el entorno.¹⁰

Estas circunstancias hacen necesario analizar cómo actúan las desigualdades de género en diferentes contextos, como es la utilización sanitaria. El gradiente social existente en la utilización de servicios sanitarios, pro-clase social desfavorecida en atención primaria y urgencias, y pro-clase social favorecida en atención especializada, está presente tanto en hombres como en mujeres pero con ciertas diferencias.¹¹ Con el objetivo de garantizar una atención equitativa en hombres y mujeres, actualmente se está impulsando la integración de la perspectiva de género en la investigación y en los programas de salud.¹² Es necesario conocer cómo se adaptan las desigualdades de género a un contexto socioeconómico cambiante para responder de forma efectiva a las diferentes necesidades y realidades de unas y otros, con el fin de evitar que los condicionantes que la literatura ha identificado como determinantes de género¹³ aumenten las desigualdades en salud de la población.

Por todo ello, el objetivo de esta investigación es estudiar las diferencias por sexo (hombres/mujeres) en la utilización de servicios sanitarios (visitas a atención primaria [AP], urgencias y consulta de enfermería) en la población de 16 años o más en España durante el periodo 2006-2017, e identificar la existencia de desigualdades de género en la utilización de estos.

Material y métodos

Se trató de un estudio transversal, repetido en el tiempo, a partir de muestras representativas de la población española no institucionalizada de 16 o más años durante el periodo 2006-2017, mediante la utilización de las encuestas nacionales de salud de España (ENSE) de los años 2006, 2011 y 2017 y la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2014.¹⁴ Se incluyeron 95 929 personas en el estudio. La EES de 2009 no se incluyó al no mantenerse la comparabilidad de ciertas variables, como la clase social o el nivel educativo. Las ENSE y la EES son encuestas representativas, de diseño polietápico estratificado, realizadas mediante entrevista personal. Para controlar el posible efecto estacional, la muestra se seleccionó teniendo en cuenta todos los meses del año. Se puede consultar más información sobre las encuestas en la sección de referencias.¹⁴

Variables

Se analizó la utilización autorreferida de tres tipos de atención sanitaria: AP en las últimas cuatro semanas, servicio de urgencias y servicio de enfermería¹⁵ en los últimos 12 meses. Se seleccionaron estos tres servicios sanitarios ya que son aquéllos a los que el/la paciente puede acceder a demanda propia.

Se utilizaron seis variables explicativas para poder identificar las inequidades en salud relacionadas con desigualdades de género, siguiendo los criterios establecidos en la “Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes”:^{3,13} edad (joven:16-29 años, adulta joven: 30-49, adulta intermedia: 50-65, adulta mayor: >65 años);¹⁶ estatus laboral; clase social; nivel educativo; cuidado de personas dependientes y tamaño de municipio de residencia. El estatus laboral se obtuvo a partir de la profesión que la persona desempeñó en su último empleo y se clasificó en cinco categorías: trabajadoras/ es (trabajo remunerado), desempleado, estudiantes, pensionistas (personas jubiladas o que cobran algún tipo de pensión) y personas dedicadas al trabajo en el hogar de forma no remunerada. El nivel socioeconómico se midió a partir de la clase social de la persona, asignado según la ocupación.¹⁷ Posteriormente, esta variable se agrupó en dos categorías: trabajadores/ as manuales (clases sociales IV, V y VI) y no manuales (clases sociales I, II y III).¹⁸ El nivel de estudios se calculó a partir de la Clasificación Estándar Internacional de Educación (ISCED, por su sigla en inglés)¹⁹ y se recodificó en tres categorías: bajo, medio y alto.

En el cuidado de personas se tuvo en cuenta el cuidado de personas dependientes sin ayuda de otra

persona (sí o no). El municipio de residencia se agrupó en dos categorías: municipios rurales ($<10\,000$ habitantes) y urbanos ($\geq10\,000$ habitantes).²⁰

Los análisis se ajustaron por el marco conceptual del comportamiento en la utilización de servicios sanitarios a partir del modelo de comportamiento de Andersen.²¹ Este modelo clasifica los determinantes de uso de servicios sanitarios en dos dimensiones: i) contextual: incluye variables relacionadas con las características contextuales del entorno, donde se consideró el modelo sanitario del país (España cuenta con un modelo de cobertura universal); ii) individual, donde se diferenciaron factores de predisposición (edad, sexo, situación laboral, clase social, nivel de estudios y estado civil), factores facilitadores del acceso y utilización de los servicios sanitarios, donde se consideró el modelo de seguro sanitario de la persona (seguro público o seguro privado) y factores de necesidad, considerando también la presencia de alguna enfermedad crónica. Dentro de los comportamientos de salud se tuvo en cuenta si la persona consumía o no tabaco diariamente, y finalmente, en el apartado de resultados en salud se tuvo en cuenta la salud autopercibida de la persona.

Análisis estadístico

En primer lugar, se calcularon las prevalencias de utilización de servicios sanitarios estandarizadas por edad (año ref. 2006). También se obtuvo la utilización por grupos de edad. Para analizar la evolución de la utilización de servicios estudiados durante el periodo de 2006-2017 se realizaron análisis de tendencias (χ^2 para tendencias). Se realizaron regresiones logísticas para estudiar la influencia de determinantes de género en la utilización de servicios sanitarios. Se calcularon la razón de momios (RM) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) de las variables explicativas para los tres servicios asistenciales estudiados. En el primer modelo sólo se incluyeron las variables explicativas y en el segundo modelo también se ajustó por las variables recogidas en el modelo de demanda asistencial de Andersen.²² Finalmente, se calculó el estadístico C (área bajo la curva ROC [*Receiver Operating Characteristic*]) para conocer la capacidad predictiva de los modelos, donde un valor próximo a 0.5 indicaría una baja capacidad predictiva.

Todos los análisis se estratificaron por sexo. Se aplicaron los factores de ponderación que la encuesta proporciona para evitar errores asociados con el diseño o la no respuesta. Todas las pruebas fueron consideradas significativas cuando $p<0.05$. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics 19 y Stata 14. Los microdatos de las encuestas son públicos y anónimos por lo que no fue

necesario solicitar aprobación ética para la realización de este estudio.

Resultados

Durante el periodo estudiado (2006-2017) las características sociodemográficas de la población española sufrieron cambios significativos (cuadro I). Se observó un descenso de la población menor de 49 años y un aumento de la de más de 50 años, así como un aumento de los desempleados (5.3 vs. 10.5%) y las desempleadas (6.6 vs. 17.1%). Destaca el descenso en la proporción de mujeres dedicadas a las labores del hogar de forma no remunerada (25.2 vs. 17.1%). El cuidado de personas dependientes sigue estando a cargo de las mujeres, pero descendió casi nueve puntos. La presencia de enfermedades crónicas aumentó tanto para hombres (31.6 vs. 65.3%) como para mujeres (33.6 vs. 73.2%). La proporción de mujeres que referían tener mejor salud autopercibida aumentó ligeramente, de 57.2 a 62.1%.

La prevalencia de utilización de los tres servicios sanitarios (figura 1) analizados durante el periodo de estudio fue mayor en mujeres que en hombres y aumentó para AP y enfermería en ambos sexos, por lo que existe una tendencia significativa ($p<0.01$). Aunque no registró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.450$), en mujeres la utilización de AP a partir de 2014 experimenta un ligero descenso (2014%: 35.3 vs. 2017%: 32.3). La utilización de urgencias se mantuvo constante.

La figura 2 muestra la prevalencia de utilización de los servicios estudiados, para hombres y mujeres, por grupos de edad. En AP y enfermería sigue la misma tendencia ascendente por grupos de edad que la descrita anteriormente, excepto para las mujeres mayores de 50 años en AP, donde la tendencia ascendente no es estadísticamente significativa. En el servicio de urgencias, las mujeres jóvenes registraron una tendencia negativa (tendencia: -0.0094; $p<0.01$).

El cuadro II muestra los resultados de la regresión logística para medir la influencia de los determinantes en la utilización de los servicios sanitarios analizados, ajustados por el modelo de Andersen para hombres y mujeres. No se muestran los resultados de la regresión logística sin ajustar por este modelo por considerar que los ajustados tienen mayor capacidad explicativa. En el caso de AP, el grupo de hombres de edad adulta-mayor presentó el mayor riesgo de utilización con respecto a los jóvenes durante todo el periodo de estudio. Los y las pensionistas y las que se dedicaban a las labores del hogar también tuvieron un mayor riesgo de utilización de AP con respecto a las trabajadoras. El riesgo de utilización de AP también fue mayor en las mujeres con estudios bajos (categoría de referencia: estudios altos)

Cuadro I
PREVALENCIAS BRUTAS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE ESTUDIO: VARIABLES EXPLICATIVAS (SOCIODEMOGRÁFICAS), VARIABLES DEL MODELO ASISTENCIAL DE ANDERSEN Y VARIABLES RESULTADO (UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS). ESPAÑA, 2006-2017

Variables	Hombres %				Mujeres %			
	2006	2011	2014	2017	2006	2011	2014	2017
Variables explicativas								
Edad (años)								
Joven (16-29)	15.7	13.6	10.9	10.8	12.3	11.5	10.1	9.6
Adulta joven (30-49)	39.1	38.4	37.9	33.9	37.1	32.9	33.7	31.1
Adulta intermedia (50-65)	20.9	23.9	25.2	27.3	22.4	22.5	23.4	24.8
Adulta mayor (+ 65)	24.2	23.2	25.1	27.1	28.2	32.5	31.9	33.7
Situación laboral								
Trabajando	56.5	47.2	49.3	49.2	37.3	33.1	36.8	37.7
Desempleo	5.3	14.1	13.2	10.5	6.6	10.3	12.5	10.5
Pensionistas	31.1	29.5	31.4	33.7	24.8	25.7	29.9	29.3
Estudiantes	4.4	6.2	5.3	6.1	3.4	5.3	5.2	5.2
Trabajo en el hogar no remunerado	0.1	2.4	0.3	0.2	25.2	25.3	15.3	17.1
Otros	2.6	0.6	0.5	0.3	2.7	0.3	0.3	0.2
Nivel educativo								
Alto	23.1	21.7	25.9	25.8	20.2	20.3	26.3	25.8
Medio	32.5	54.6	42.5	46.5	28.1	49.5	34.8	40.1
Bajo	43.9	23.6	31.5	27.7	51.2	30.2	38.8	34.1
Clase social								
No manuales	46.2	35.6	38.8	36.3	45.8	35.5	40.1	35.6
Manuales	53.8	62.8	61.2	63.6	54.2	59.2	59.3	64.3
Cuidado de personas dependientes								
Sí	10.6	8.1	9.2	9.3	21.2	22.1	12.8	12.4
Municipio de residencia								
Urbano ($\geq 10\,000$ habitantes)	89.4	74.3	90.8	90.7	78.8	76.9	87.2	87.6
Rural ($< 10\,000$ habitantes)	28.7	25.7	25.1	25.3	26.9	23.1	22.1	22.4
Variables del modelo asistencial de Andersen								
Salud autopercibida								
Buena	69.5	74.1	72.3	71.3	57.2	62.6	63.1	62.1
Mala	30.5	25.9	27.7	28.7	42.8	37.4	36.9	37.9
Enfermedad crónica								
Enfermedad crónica diagnosticada por un médico*	31.6	41.6	40.2	65.3	33.6	52.6	31.1	73.2
Tabaco								
Fumador	33.7	30.8	29.4	27.2	22.1	20.8	19.6	20.1
Modelo sanitario								
Modelo sanitario público [‡]	94.5	95.3	96.1	95.6	95.7	96.4	96.7	96.1
Modelo sanitario privado [§]	5.5	4.7	3.9	4.4	4.3	3.6	3.3	3.9
Estado civil								
Casado/a	57.2	56.7	59.4	59.6	56.4	48.4	49.3	49.4
Soltero/a	32.4	32.6	29.7	29.1	20.4	24.2	22.9	22.2

(continúa...)

(continuación)

Separado/a/Divorciado/a	4.7	5.7	5.9	6.5	5.7	7.1	7.8	8.2
Viudo/a	5.2	4.8	4.9	4.7	17.1	20.1	19.8	19.8
Variables resultado								
Utilización de atención primaria en las últimas cuatro semanas	20.4	26.1	27.1	27.6	27.8	35.4	35.3	33.8
Utilización de urgencias en los últimos 12 meses	26.4	24.1	24.5	27.1	29.4	28.9	29.1	31.8
Enfermería en los últimos 12 meses	5.0	11.7	12.7	14.8	5.7	16.4	17.9	18.8

* Enfermedades crónicas consideradas: hipertensión arterial, colesterol, diabetes, asma o bronquitis crónica, infarto de miocardio, úlcera estomacal, alergias y depresión.

‡ Modelo sanitario público: personas con seguro sanitario público y personas mutualistas con seguro sanitario público.

§ Modelo sanitario privado, personas sin seguridad pública y con seguro sanitario privado y mutualista con compañía privada de asistencia sanitaria.

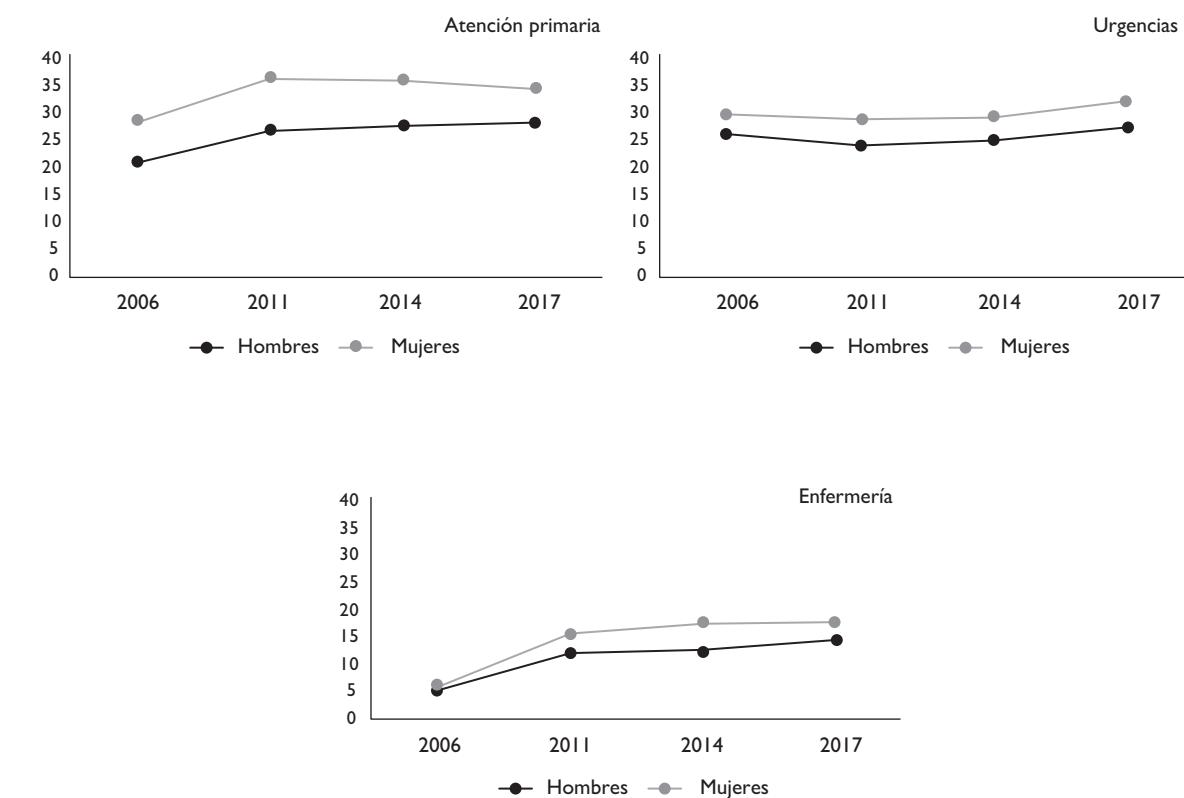


FIGURA 1. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (ATENCIÓN PRIMARIA, URGENCIAS Y ENFERMERÍA) (%) EN ESPAÑA, 2006-2017. RESULTADOS ESTRATIFICADOS POR SEXO, ESTANDARIZADOS POR EDAD Y PONDERADOS

y aquéllas de clase social manual (ref. no manuales) (resultados completos en referencia 23).

En relación con el uso de urgencias, se observó tanto en hombres como en mujeres una relación inversa entre la edad y el riesgo de utilización del mismo. Igualmente, quienes vivían en un municipio rural tenían mayor riesgo de utilización de urgencias que quienes vivían

en un municipio urbano. Asimismo, en 2017 se observó que hombres y mujeres que cuidaban de dependientes tenían un menor riesgo, estadísticamente significativo, de utilización de urgencias sanitarias.

Por último, al observar la utilización del servicio de enfermería, los hombres mayores (edad adulta mayor) referían un mayor riesgo de utilización del servicio de

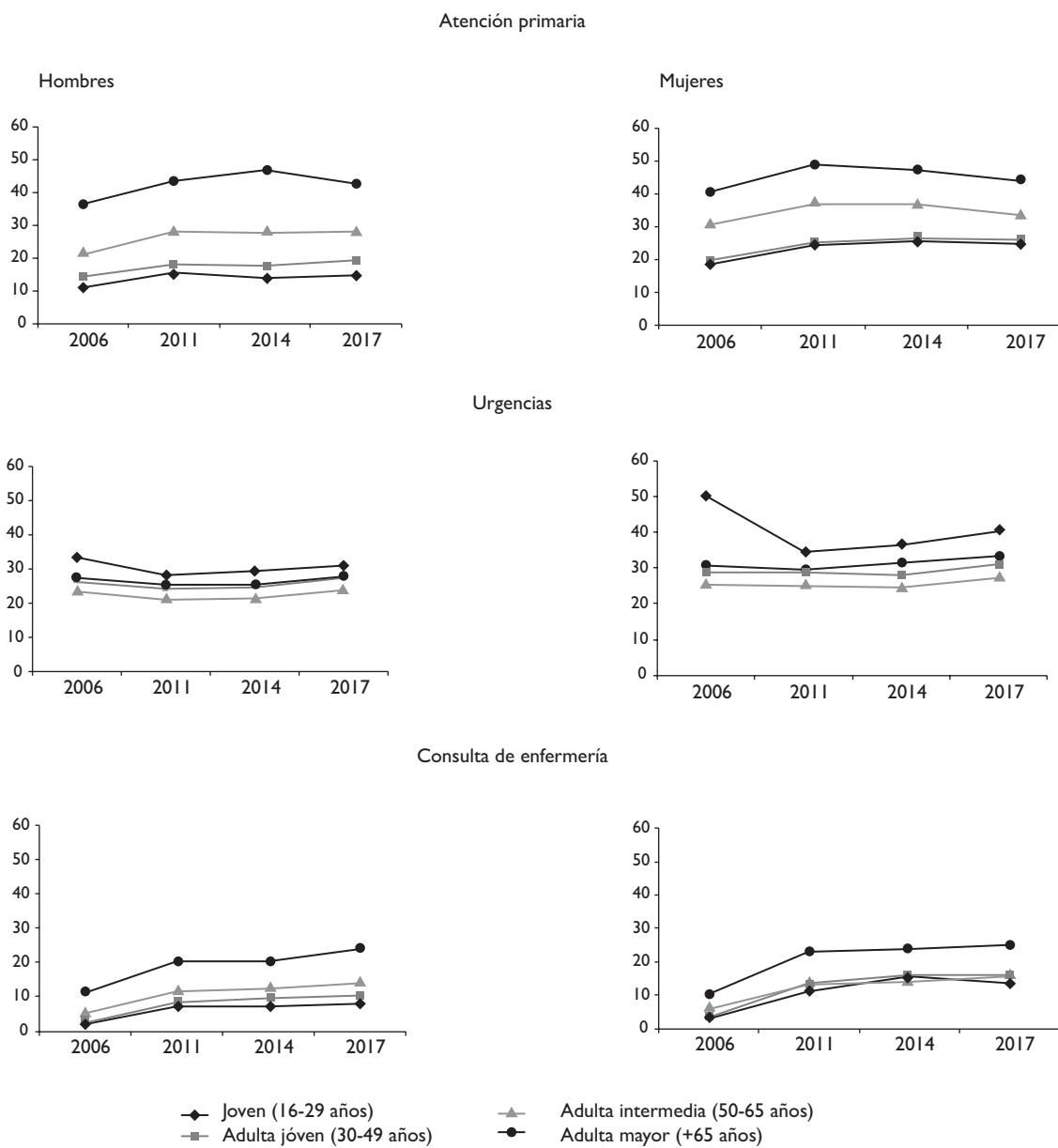


FIGURA 2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (ATENCIÓN PRIMARIA, URGENCIAS Y ENFERMERÍA) (%) EN ESPAÑA (2006-2017). RESULTADOS ESTRATIFICADOS POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD

enfermería que los jóvenes, así como los pensionistas (ref. trabajadores). En las mujeres, las que mayor riesgo tenían de utilización del servicio de enfermería eran aquéllas dedicadas a las labores del hogar con respecto a las trabajadoras.

El estadístico C mostró una buena capacidad explicativa en los modelos ajustados de los hombres y,

especialmente, en los modelos de análisis de utilización de AP.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que durante el periodo estudiado (2006-2017) se han producido cam-

Cuadro II

USO DE ATENCIÓN PRIMARIA, URGENCIAS Y ENFERMERÍA EN HOMBRES Y MUJERES EN FUNCIÓN DE LA EDAD, OCUPACIÓN, NIVEL EDUCATIVO, CLASE SOCIAL, CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA. ESPAÑA 2006-2017

		Hombres				Mujeres			
		2006	2011	2014	2017	2006	2011	2014	2017
		Modelo ajustado (RM; IC95%)							
Atención Primaria	Ocupación	Trabajando	Ref.						
		Desempleo	1.18 (0.94-1.48)	1.03 (0.88-1.21)	1.17 (0.99-1.37)	1.20 (1.01-1.42)*	1.15 (0.99-1.35)	1.01 (0.87-1.19)	1.23 (1.07-1.41)‡
		Pensionistas	2.11 (1.75-2.53)‡	1.29 (1.07-1.56)‡	1.34 (1.03-1.74)*	1.59 (1.34-1.88)‡	1.23 (1.06-1.43)‡	1.09 (0.93-1.30)	1.21 (1.02-1.43)*
		Estudiantes	0.99 (0.71-1.41)	1.10 (0.80-1.51)	1.69 (1.24-2.29)‡	1.05 (0.75-1.46)	0.96 (0.74-1.25)	0.91 (0.69-1.19)	1.03 (0.78-1.36)
		Labores del hogar*	NR	NR	NR	NR	1.12 (1.01-1.24)*	1.11 (0.97-1.27)	1.16 (1.01-1.36)*
	Nivel educativo	Alto	Ref.						
		Medio	1.18 (1.01-1.38)*	1.09 (0.95-1.27)	1.21 (1.05-1.38)‡	0.96 (0.84-1.09)	1.18 (1.04-1.33)‡	1.15 (1.01-1.31)*	1.12 (0.99-1.26)
		Bajo	1.27 (1.08-1.49)‡	1.08 (0.90-1.30)	1.12 (0.95-1.31)	0.95 (0.82-1.11)	1.36 (1.20-1.18)‡	1.44 (1.19-1.65)‡	1.15 (1.01-1.34)*
	Clase Social	No manuales	Ref.						
		Manuales	1.11 (1.01-1.24)*	1.13 (1.01-1.27)*	1.04 (0.92-1.17)	1.06 (0.95-1.18)	1.09 (1.01-1.18)*	1.13 (1.02-1.31)*	1.06 (0.96-1.16)
Urgencias	Edad	Estadístico C	0.718	0.707	0.735	0.715	0.692	0.694	0.691
		Joven	Ref.						
		Adulta-joven	0.56 (0.48-0.66)‡	0.60 (0.50-0.73)‡	0.58 (0.48-0.72)‡	0.62 (0.51-0.76)‡	0.49 (0.43-0.55)‡	0.63 (0.53-0.76)‡	0.53 (0.45-0.65)‡
		Adulta-intermedia	0.34 (0.28-0.42)‡	0.34 (0.29-0.45)‡	0.38 (0.31-0.48)‡	0.38 (0.30-0.47)‡	0.33 (0.28-0.38)‡	0.38 (0.31-0.47)‡	0.31 (0.25-0.38)‡
		Adulta-mayor	0.35 (0.27-0.46)‡	0.36 (0.27-0.48)‡	0.40 (0.30-0.54)‡	0.38 (0.29-0.51)‡	0.34 (0.28-0.41)‡	0.41 (0.32-0.52)‡	0.32 (0.25-0.41)‡

(continúa...)

(continuación)

	No	Ref.							
Cuidado dependientes	Sí	1.03 (0.67-1.58)	1.34 (0.78-2.28)	1.01 (0.85-1.18)	0.82 (0.69-0.96)*	1.10 (0.87-1.39)	0.86 (0.64-1.17)	1.04 (0.93-1.14)	0.88 (0.77-0.99)*
Municipio de residencia	Urbano ($\geq 10\,000$ habitantes)	Ref.							
	Rural ($< 10\,000$ habitantes)	1.11 (1.01-1.23)*	1.34 (1.19-1.51)‡	1.17 (1.04-1.31)‡	1.23 (1.10-1.37)‡	1.22 (1.13-1.33)‡		1.31 (1.18-1.45)‡	1.30 (1.17-1.43)‡
	C estadístico	0.661	0.665	0.656	0.657	0.658	0.658	0.669	0.674
Edad	Joven	Ref.							
	Adulta-joven	1.31 (0.82-2.10)	0.94 (0.69-1.28)	1.26 (0.90-1.75)	0.84 (0.63-1.14)	0.89 (0.64-1.24)	0.95 (0.74-1.22)	0.67 (0.53-0.85)‡	0.99 (0.77-1.26)
	Adulta-intermedia	2.21 (1.34-3.66)‡	1.09 (0.78-1.52)	1.26 (0.88-1.78)	0.85 (0.62-1.17)	1.06 (0.75-1.52)	0.64 (0.48-0.85)	0.46 (0.36-0.61)‡	0.73 (0.56-0.95)*
	Adulta-mayor	3.43 (1.92-6.11)‡	1.53 (1.03-2.27)*	1.57 (1.05-2.36)*	1.11 (0.77-1.61)	1.40 (0.95-20.8)	0.96 (0.70-1.30)	0.73 (0.54-0.98)*	0.95 (0.70-1.27)
Enfermería	Trabajando	Ref.							
	Desempleo	1.26 (0.79-2.01)	0.82 (0.64-1.04)	0.85 (0.68-1.06)	1.01 (0.81-1.25)	1.05 (0.74-1.48)	0.99 (0.81-1.23)	1.19 (1.01-1.41)*	1.08 (0.90-1.29)
Ocupación	Pensionistas	1.78 (1.26-2.50)‡	1.17 (0.92-1.50)	1.28 (1.01-1.62)*	1.54 (1.25-1.90)‡	1.47 (1.12-1.94)‡	1.08 (0.86-1.33)	1.11 (0.89-1.37)	1.35 (1.12-1.62)‡
	Estudiantes	1.15 (0.54-2.44)	0.91 (0.58-1.42)	1.34 (0.85-2.11)	0.5 (0.35-0.88)*	0.63 (0.33-1.20)	0.88 (0.61-1.27)	0.75 (0.53-1.07)	1.02 (0.73-1.42)
	Labores del hogar	NR	NR	NR	NR	1.36 (10.8-1.70)‡	1.22 (1.02-1.46)*	1.06 (0.88-1.28)	1.25 (1.06-1.49)*
Estadístico C		0.738	0.673	0.687	0.679	0.688	0.654	0.641	0.632

RM: razón de momios; IC95%: intervalo de confianza al 95%; Ref.: categoría de referencia; Estadístico C: área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic); NR: no representativo por baja muestra. Modelo crudo: sólo variables explicativas, edad, ocupación, nivel educativo, clase social, cuidado de personas dependientes y municipio de residencia; Modelo ajustado: variables del modelo I ajustadas por las variables del modelo asistencial de Andersen: salud autopercibida, enfermedad crónica, estado civil, consumo de tabaco y modelo de servicio sanitario.

* $p < 0.005$; ‡ $p < 0.001$

bios significativos en las características sociodemográficas de la población española mayor de 16 años. Ha descendido el número de mujeres dedicadas a labores del hogar de forma no remunerada y ha aumentado la de hombres que se dedican al cuidado de personas dependientes. Las enfermedades crónicas aumentaron para ambos sexos y las mujeres refieren tener una peor salud autopercibida.

En torno a la utilización de servicios sanitarios, la utilización de AP y enfermería aumentó durante el periodo estudiado, aunque se produce un cambio de tendencia en AP a partir de 2014. La utilización de urgencias se ha mantenido constante en el tiempo para ambos sexos. Las diferencias encontradas entre mujeres y hombres muestran la existencia de desigualdades de género, tanto en la estructura social como en la utilización de servicios asistenciales, lo que remarca que las variables que interactúan con el género, como edad, nivel socioeconómico o situación de empleo y cuidado de personas dependientes siguen determinando la existencia de desigualdad en el uso de recursos sanitarios.^{24,25}

Los cambios encontrados en la estructura social de la población española y su impacto en los roles de género, así como las consecuencias que esto tiene para la salud de las mujeres ya han sido descritos anteriormente. Aguilar-Palacio y colaboradores⁷ relacionaron la mejora de la salud percibida en mujeres con el cambio de roles, al dejar éstas de dedicarse a las labores del hogar de forma no remunerada para incorporarse al mundo laboral, sobre todo en épocas de crisis económica como la que se vivió en España recientemente.

La tendencia en el tiempo, así como el gradiente social (pro-clase social desfavorecida) presente en la utilización de AP, principalmente en mujeres, concuerda con lo descrito por otros autores.^{11,26} Estudios previos muestran que las mujeres que se dedican a trabajos agrícolas y ganaderos tienen peor situación de salud,²⁷ al igual que las pensionistas, quienes tras la jubilación refieren menor bienestar subjetivo cuando han estado expuestas a situaciones de inseguridad laboral y peor nivel socioeconómico.²⁸

Sarría-Santamera y colaboradores²⁹ encontraron la existencia de una relación inversa entre la edad y su utilización al estudiar la utilización de urgencias en zonas urbanas y rurales, así como una mayor probabilidad de utilización en las zonas rurales que en las urbanas, lo que concuerda con los resultados del presente estudio. La menor utilización del servicio de urgencias por parte de personas cuidadoras informales concuerda con estudios previos^{25,30} en los que se relaciona este menor uso con la carga del cuidado.^{9,25} Aunque ha aumentado el número de hombres cuidadores informales, lo que puede relacionarse con debates que buscan cómo involucrar a los hombres en la corresponsabilidad del cuidado,³¹

hasta ahora siguen siendo las mujeres quienes tienen más horas, más carga y peores consecuencias para la salud en relación con el cuidado de dependientes.^{9,25,32}

Son escasos los estudios realizados sobre la utilización de servicios de enfermería en nuestro medio,³³ pero sus resultados concuerdan con este estudio. Los grupos sociales más desfavorecidos y las mujeres son quienes más utilizan las consultas de enfermería. Con respecto a las mujeres, las utilizan más aquéllas dedicadas a labores del hogar en consonancia con el uso de AP³³ y con el impacto que tienen sobre ellas los roles de género.³⁴ En este sentido, y según lo expresado por otros autores,³⁵ el aumento en la utilización de consultas de enfermería debe ser aprovechado de forma eficiente para mejorar la gestión asistencial, principalmente en las zonas rurales donde la presencia de profesionales médicos es más escasa y donde la enfermería debe asumir una mayor gestión del paciente crónico y agudo de menor complejidad.

La mayor utilización observada por parte de las personas jubiladas, tanto de AP como de la consulta de enfermería, concuerda con lo observado en otros estudios^{36,37} que justifican el aumento de utilización por una mayor frecuentación y no con factores de necesidad.

Finalmente, siguiendo a Henares-Montiel y colaboradores,³⁸ se ha observado que el impacto de la crisis económica en la salud de las mujeres y en sus cambios sociodemográficos puede haber influido en cómo éstas usan los servicios sanitarios.

Este estudio muestra que, pese a las políticas destinadas a promover la perspectiva de género en los sistemas sanitarios, siguen existiendo desigualdades de género en su utilización. No obstante, este trabajo presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas. Se trata de un diseño transversal con las limitaciones propias de este tipo de estudios, sin embargo, el uso de medidas repetidas a lo largo del tiempo proporciona una aproximación a la tendencia temporal y ayudan a generar hipótesis de estudio. El número de hombres dedicados a las labores del hogar de forma no remunerada fue bajo, por lo que no fue posible su análisis. No se pudo utilizar el nivel de renta de la persona encuestada debido a la amplia variabilidad entre las encuestas y a la baja tasa de respuesta. La clase social de las mujeres fue medida a partir de la clase social del sustentador principal del hogar. El número de hijos / as no estaba disponible en todas las encuestas, por lo que esta variable no se pudo utilizar para controlar el posible efecto de los cuidados reproductivos. Pese a todo, y considerando las recomendaciones existentes para incluir variables con perspectiva de género en las encuestas de salud que incorporen información sobre las identidades de género desde un enfoque que supere la concepción binaria del género,³⁹ los datos aportados son representativos a nivel

nacional y tienen una baja tasa de no respuesta (menos del 1%), lo que permite estudiar las desigualdades de género (hombre/mujer) en la utilización de servicios sanitarios a lo largo del tiempo.

Los resultados del presente estudio muestran cómo en España, durante el periodo 2006-2017, siguen existiendo desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios. Esto hace que sean necesarias estrategias de gestión que busquen como fin común la equidad asistencial.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Saez M, Vidiella-Martin J, Casanovas GL. Impact of the great recession on self-perceived health in Spain: A longitudinal study with individual data. *BMJ Open*. 2019;9(1):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023258>
2. Oksuzyan A, Dańko MJ, Caputo J, Jaslionis D, Shkolnikov VM. Is the story about sensitive women and stoical men true? Gender differences in health after adjustment for reporting behavior. *Soc Sci Med*. 2019;228:41-50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.002>
3. Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
4. Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11:454-61 [citado junio 1, 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8729/10734.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Battány K. Género, cuidados familiares y uso del tiempo. *Proy Uso del tiempo y Trab no remunerado las mujeres en Uruguay*. 2007:176-98 [citado junio 1, 2019]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Uruguay/ds-unr/20160715012106/2010-27.pdf>
6. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18:83-92. <https://doi.org/10.1157/13061998>
7. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Sánchez-Recio R, Alonso JP, Rabanaque MJ. Recession, employment and self-rated health: a study on the gender gap. *Public Health*. 2018;154:44-50. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.013>
8. Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, Artazcoz L, Martín V. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit*. 2019;33(3):235-41. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
9. Estrada-Fernández ME, Gil-Lacruz AI, Gil-Lacruz M, Viñas-López A. Informal care. European situation and approximation of a reality. *Health Policy (New York)*. 2019;123(12):1163-172. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.007>
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español [internet]. España: Centro de Publicaciones [citado junio 30, 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro6_VG_municipios.pdf. 2010
11. Abásolo I, Saez M, López-Casanovas G. Financial crisis and income-related inequalities in the universal provision of a public service: The case of healthcare in Spain. *Int J Equity Health*. 2017;16:1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0630-y>
12. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporation of the gender perspective in community health. *SESPAS Report. Gac Sanit*. 2018;32(suppl 1):92-7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
13. García-Calvente M, Río-Lozano M, Marcos-Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. España: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015 [citado julio 20, 2019]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España [internet]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2016 [citado mayo 30, 2016]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
15. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. España: BOE, 1984 [citado junio 10, 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>
16. Meininger JC. Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illness behaviors. *Soc Sci Med*. 1986;22(3):285-92. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90124-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90124-3)
17. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*. 2000;25:350-63. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78518-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78518-0)
18. Domingo-Salvany A, Bacigalupi A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263-72. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>
19. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. International Standard Classification of Education (Isced 2011). Canada: UNESCO, 2011:21 [citado octubre 30, 2019]. Disponible en: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
20. Comín JS, Moreno DR. La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. *Estud Geogr*. 2012;73(273):599-624 [citado abril 20, 2019]. Disponible en: <http://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/view/384>
21. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008;46(7):647-53. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31817a835d>
22. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
23. Sánchez-Recio R, Alonso JP, Gasch-Gallén A, Aguilar-Palacio I. Uso de atención primaria, urgencias y enfermería en mujeres y hombres en función de la edad, ocupación, nivel educativo, clase social, el cuidado de personas dependientes y municipio de residencia. España 2006-2017 [internet]. Figshare. 2021. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13326008>
24. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Desigualdades sociales en la mortalidad car-diovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Rev Española Cardiol*. 2020;73(4):282-9. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.07.007>
25. García-Mochón L, Peña-Longobardo LM, Río-Lozano M Del, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, Del Mar García-Calvente M. Determinants of burden and satisfaction in informal caregivers: Two sides of the same coin? the CUIDAR-SE study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4378. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224378>
26. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Health-care utilization in elderly (Spain 2006-2012): Influence of health status and social class. *Atención primaria*. 2016;48(4):235-43. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016>
27. Karttunen JP, Rautiainen RH, Lunner-Kolstrup C. Occupational health and safety of finnish dairy farmers using automatic milking systems. *Front Public Heal*. 2016;4:1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00147>

28. Barrech A, Baumert J, Emeny RT, Gündel H, Ladwig KH. Mid-life job insecurity associated with subjective well-being in old age: Results from the population-based MONICA/KORA study. *Scand J Work Environ Heal*. 2016;42(2):170-4. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3546>
29. Sarriá-Santamera A, Prado-Galbarro J, Ramallo-Farina Y, Quintana-Díaz M, Martínez-Virto A, Serrano-Aguilar P. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semergen*. 2015;41(2):63-9. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.006>
30. Bremer P, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Lethin C, Saks K, Sutcliffe C, et al. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*. 2015;119(11):1459-71. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>
31. Del Pino JAR, Signes ES, Mas TS, Ruíz AEM, Traura SM. Informal male caregivers in the city of Valencia. An experience of reciprocity. *Obets*. 2018;13(2):645-70 [citado julio 20, 2019]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85198/1/OBETS_13_2_8.pdf
32. Artazcoz L, Cortés I, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Vargas H, et al. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place*. 2016;40:161-8. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.06.004>
33. Martín-Fernández J, Rodríguez-Martínez G, Ariza-Cardiel G, Gutierrez MAVG, Escudero AVH, Conde-López JF. Variables Que condicionan la utilización de la consulta de enfermería en centros de salud de la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87(4):383-92. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272013000400008>
34. Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, Artazcoz L, Martín V. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit*. 2019;33(3):235-41. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
35. Ferran-Mercadé M. Crisis and primary care. An alternative management is possible. *Aten Primaria*. 2011;43(12):627-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.006>
36. Lostao L, Geyer S, Albaladejo R, Moreno-Lostao A, Ronda E, Regidor E. Use of health services according to income before and after elimination of copayment in Germany and restriction of universal health coverage in Spain. *Int J Equity Health*. 2018;17:11. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0725-0>
37. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez-Dardet C, Martín-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2363>
38. Henares-Montiel J, Ruiz-Perez I, Mendoza-García O. Health inequalities between male and female immigrants in Spain after the beginning of the economic crisis. *Heal Soc Care Community*. 2018;26(6):891-7. <https://doi.org/10.1111/hsc.12613>
39. Gil-Borrelli C, Velasco C, Martí-Pastor M, Latasa P. La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gac Sanit*. 2018;32(2):184-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.004>