

## Trabajo Fin de Máster

USO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN  
ARAGÓN Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA  
SALUD: UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL

USE OF THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM IN  
ARAGON AND SOCIAL DETERMINANTS OF  
HEALTH: AN INTERSECTIONAL ANALYSIS

Autora

Sonia Hernández Ruiz

Director/es

Luis Andrés Gimeno Feliú

Facultad de Medicina  
2024-2025

# ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS:	3
RESUMEN:	4
ABSTRACT:	5
INTRODUCCIÓN:	6
Accesibilidad al sistema sanitario	6
Determinantes sociales de la salud y su impacto en la utilización de servicios. El enfoque interseccional.	6
Multimorbilidad y necesidades de atención compleja	7
La Ley de los Cuidados Inversos	8
Universalismo proporcional y equidad en salud	8
Justificación del estudio:	9
Hipótesis del estudio:	9
Objetivo principal del estudio:	10
Objetivos secundarios:	10
MATERIAL Y MÉTODOS:	11
Diseño del estudio:	11
Cronograma:	11
Selección de la población a estudio:	11
Criterios de inclusión:	11
Criterios de exclusión	12
Variables del estudio:	12
Variables independientes (analizadas al inicio en 2015):	12
Variable resultado (dependiente):	13
Análisis estadístico:	13
Aspectos éticos y legales (Anexo 2):	14
RESULTADOS:	15
Consultas de Medicina de Familia	16
Consultas externas hospitalarias	19
Urgencias hospitalarias	22
Ingresos hospitalarios	25
DISCUSIÓN	29
Consultas de medicina de familia	29
Consultas externas hospitalarias:	30
Urgencias hospitalarias:	30
Ingresos hospitalarios:	31

Patrones transversales específicos: .....	32
Accesibilidad, determinantes sociales y políticas de salud:.....	33
Fortalezas: .....	33
Limitaciones: .....	33
Futuras investigaciones: .....	34
CONCLUSIONES .....	35
BIBLIOGRAFÍA: .....	36
ANEXOS: .....	40
ANEXO 1 .....	40
ANEXO 2. ....	42
ANEXO 3. ....	43
ANEXO 4. FIGURAS Y TABLAS DEL ANÁLISIS DE INTERSECCIONALIDAD. ....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS:

---

- CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón
- COVID-19: Coronavirus Disease → Enfermedad por el virus coronavirus 2019
- DSS: Determinantes Sociales de la Salud
- EE. UU.: Estados Unidos
- Ej.: Ejemplo
- GLMM: Modelos Lineales Generalizados Mixtos
- IACS: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
- ICD-9-CM: International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification  
→ Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica
- IIS: Instituto de Investigación Sanitaria
- IRR: Incidence Rate Ratio → Razón de Tasas de Incidencia
- ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SSP: Sistema de Salud Público
- TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
- UE: Unión Europea

## RESUMEN:

---

### INTRODUCCIÓN:

Las desigualdades sociales siguen siendo uno de los mayores retos para la salud pública. Los determinantes sociales como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la condición migratoria y el lugar de residencia no solo influyen en la multimorbilidad, sino también en cómo la población accede y utiliza el sistema sanitario público. Por ello, analizar estas diferencias en Aragón, una comunidad caracterizada por la dispersión geográfica y el envejecimiento poblacional permite identificar las distintas brechas de accesibilidad y de este modo, poder orientar políticas de salud más equitativas.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando la cohorte EpiChron, que incluye más de 650.000 pacientes con multimorbilidad en Aragón. De este modo, se evaluó la relación entre los determinantes sociales de la salud y el uso de la atención primaria, las consultas externas hospitalarias, las urgencias e ingresos hospitalarios. Para ello, se han utilizado modelos de regresión multinivel ajustado por carga de multimorbilidad. Además de la realización de un análisis de interseccionalidad.

### RESULTADOS:

Tras la realización del análisis estadístico se han revelado desigualdades en los distintos estratos del sistema de salud público. En atención primaria, hubo un mayor uso en personas con nivel socioeconómico bajo y que habitaban en medios rurales. En consultas externas, se vio una infrautilización en jóvenes hombres migrantes y en mujeres mayores pobres frente a una sobreutilización de las mujeres jóvenes migrantes, especialmente las de la zona rural. En cuanto a urgencias, los pacientes con nivel socioeconómico bajo acudieron más; mientras que los residentes en el medio rural lo hicieron menos, evidenciando barreras geográficas. En cuanto a los ingresos hospitalarios, hubo una disminución de ingresos por parte de la población migrante.

### CONCLUSIONES:

Los determinantes sociales condicionan de forma decisiva el uso del sistema sanitario público en Aragón. La atención primaria se muestra como el nivel más accesible y compensador, mientras que la atención hospitalaria refleja con mayor intensidad la ley de los Cuidados Inversos. Los resultados refuerzan la importancia de aplicar estrategias basadas en el universalismo proporcional, adaptando la intensidad de las políticas sanitarias a las necesidades específicas de cada grupo poblacional, reduciendo de este modo, las desigualdades halladas sobre todo en el medio rural.

**PALABRAS CLAVE:** Accesibilidad, Interseccionalidad, Determinantes sociales, Multimorbilidad.

## ABSTRACT:

---

### INTRODUCTION:

Social inequalities remain one of the greatest challenges for public health. Social determinants such as age, sex, socioeconomic status, migration status, and place of residence not only influence multimorbidity but also shape how the population accesses and uses the public healthcare system. Therefore, analyzing these differences in Aragón—a region characterized by geographic dispersion and population aging—makes it possible to identify accessibility gaps and, in turn, guide more equitable health policies.

### METHODS:

A retrospective observational study was conducted using the cohort and Python, including more than 650,000 patients with multimorbidity in Aragón. The relationship between social determinants of health and the use of primary care, hospital outpatient visits, emergency services, and hospital admissions was assessed. Multilevel regression models adjusted for multimorbidity burden were applied.

### RESULTS:

The statistical analysis revealed inequalities across different levels of the public healthcare system. In primary care, greater use was observed among people with low socioeconomic status and those living in rural areas. In outpatient consultations, underutilization was found among young migrant men and poor older women, in contrast to the overutilization of young migrant women, especially those from rural areas. Regarding emergency services, patients with low socioeconomic status attended more frequently, while rural residents did so less often, highlighting geographic barriers. Hospital admissions were underutilized in migrant people.

### CONCLUSIONS:

Social determinants decisively shape the use of the public healthcare system in Aragón. Primary care emerges as the most accessible and compensatory level, while hospital care most clearly reflects the Inverse Care Law. The findings reinforce the importance of applying strategies based on proportional universalism, tailoring the intensity of health policies to the specific needs of each population group, thus reducing inequalities, particularly those identified in rural settings.

**KEYWORDS:** Accessibility, Intersectionality, Social determinants, Multimorbidity.

# INTRODUCCIÓN:

---

## Accesibilidad al sistema sanitario

La accesibilidad a los servicios de salud constituye uno de los pilares fundamentales de los sistemas sanitarios modernos y un requisito indispensable para garantizar la equidad en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la accesibilidad no solo se limita a la disponibilidad física de los recursos, sino que incluye también aspectos relacionados con la asequibilidad, la aceptabilidad y la adecuación de la atención sanitaria. Por lo que tener una buena accesibilidad al sistema significa poder recibir una atención de calidad en el momento oportuno y sin barreras económicas, geográficas, culturales o sociales que limiten su utilización (1).

En los países de altos ingresos económicos que tienen sistemas sanitarios públicos (Ej. España), la cobertura universal ha sido clave para reducir desigualdades en el acceso al sistema sanitario. A pesar de ello, múltiples estudios demuestran que persisten barreras estructurales que afectan a determinados colectivos poblacionales, especialmente cuando concurren varios factores de vulnerabilidad social (2,3). Chen et al identificaron que personas con nivel socioeconómico bajo, residentes en áreas rurales o la población migrante, enfrentan mayores dificultades para acceder a las consultas de atención primaria, consultas externas de especialidades hospitalarias, o servicios hospitalarios (4,5).

Además, diferentes estudios realizados en países de todo el mundo (EE. UU, Japón...) revelan diferencias significativas en la accesibilidad vinculadas tanto al área de residencia como al nivel socioeconómico, incluso dentro de sistemas de salud públicos. Estas desigualdades cuestionan al principio de equidad en salud y obligan a analizar con una mayor profundidad los determinantes sociales que influyen en el acceso y en el uso de los servicios sanitarios (6,7).

## Determinantes sociales de la salud y su impacto en la utilización de servicios. El enfoque interseccional.

Los determinantes sociales de la salud de SS son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de vida cotidiana (8). Entre ellos destacan el género, la edad, el nivel educativo, la situación laboral, los ingresos, el estatus migratorio y el área de residencia (urbana o rural). La evidencia científica ha demostrado que los determinantes sociales de la salud influyen de manera decisiva, no solo en los resultados de salud, sino también en el acceso y en el uso de los servicios sanitarios (9,10).

La literatura muestra que los individuos en situación de desventaja social tienden a utilizar más los servicios de urgencias (2). Esto revela un patrón de uso ineficiente y desigual que incrementa las brechas de desigualdad en salud, y, además, supone un mayor gasto sanitario (11,12).

En los últimos años se ha comenzado a aplicar la teoría de la interseccionalidad, es decir, observar cómo la interacción de varios determinantes sociales (género, clase social, etnia, lugar de residencia...) pueden potenciar la adversidad de cada uno de ellos, mediante un fenómeno de sinergia (13). Además, este marco teórico permite objetivar distintos patrones diferenciados

de acceso a los sistemas de salud, permitiendo identificar qué grupos sociales sufren una mayor desigualdad, para así posteriormente aplicar políticas de salud dirigidas a esa población, promoviendo una mayor equidad en salud (13-15).

Este enfoque es de gran utilidad en el estudio de la multimorbilidad, donde al combinarse los ejes de desigualdad de forma compleja, se generan unas brechas acumulativas de accesibilidad difíciles de detectar con las metodologías analíticas convencionales. Los estudios recientes han mostrado que la interseccionalidad proporciona información más precisa que el análisis univariante o el análisis de un solo determinante social (13,15).

Tal y como señalan Wemrell et al. (13) y Qureshi et al. (14), el análisis interseccional permite identificar las desigualdades que se producen en subgrupos muy específicos, donde la combinación de distintos factores sociales genera una vulnerabilidad distinta que los resultados que dan cada eje por separado. En cuanto al trabajo publicado por Moreno-Juste et al. (15), se demostró que existían estratos poblacionales invisibles para el análisis convencional, mientras que con el análisis interseccional presentaban riesgos significativamente mayores de mortalidad. Por lo que esta teoría, resulta muy útil para orientar el diseño de las políticas de salud, realizando intervenciones más heterogéneas y proporcionales a la necesidad de cada estrato (13).

## Multimorbilidad y necesidades de atención compleja

De forma paralela, la multimorbilidad definida como la coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, constituye uno de los principales retos actuales de los sistemas de salud (10, 16). Su prevalencia aumenta con la edad, aunque no se limita únicamente a la población anciana, si no que también puede afectar a adultos jóvenes, especialmente a aquellos que viven en un contexto de vulnerabilidad social (17,18).

La presencia de multimorbilidad genera un incremento de la demanda de servicios sanitarios, requiriendo un mayor número de consultas en atención primaria, un mayor seguimiento en consultas externas de atención especializada hospitalaria, más ingresos hospitalarios y, en consecuencia, un consumo más elevado de los recursos sanitarios (19, 20). Sin embargo, esta mayor necesidad, no siempre se traduce en un acceso equitativo. Estudios internacionales han manifestado que los pacientes con multimorbilidad que pertenecen a grupos socioeconómicamente desfavorecidos tienen más dificultades para recibir una atención continua y coordinada, lo que produce unos peores resultados clínicos (21,22).

Dentro del contexto español, investigaciones recientes del grupo de investigación EpiChron han demostrado una estrecha relación entre multimorbilidad y los determinantes sociales de la salud. En sus trabajos señalan que las desigualdades sociales influyen en la prevalencia de multimorbilidad y en la mortalidad de los pacientes (10,23).

Además, un estudio poblacional en un entorno urbano del Reino Unido identificó distintos patrones longitudinales de multimorbilidad, mostrando que estos no se distribuyen al azar, sino que se relacionan estrechamente con los determinantes sociales de los pacientes. (24)



## La Ley de los Cuidados Inversos

En 1971, Tudor Hart propuso la denominada ley de los Cuidados Inversos, que dice lo siguiente: *“La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente con la necesidad de atención que tiene la población asistida. Esto se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida”*. Es decir, quienes más necesidades de salud tienen son con frecuencia quienes reciben menos atención o una atención de peor calidad (25).

A pesar de los avances realizados en los diferentes países del mundo con la cobertura universal, la vigencia de esta ley se mantiene en distintos contextos. Por ejemplo, investigaciones recientes han mostrado que los individuos de bajo nivel socioeconómico aun presentando mayor carga de enfermedad, enfrentan más barreras en el acceso a consultas de atención de especialidades hospitalarias y servicios preventivos; recurriendo en mayor medida a urgencias hospitalarias. Este fenómeno refleja un fallo estructural del sistema en responder de manera proporcional a las necesidades de salud y refuerza la importancia de adoptar políticas que prioricen a los grupos más vulnerables (25,26).

En el caso de la multimorbilidad, la ley de los Cuidados Inversos identifica que los pacientes con mayor complejidad clínica y social son los que experimentan más dificultades para acceder a una atención integral y coordinada. De esta forma, las desigualdades sociales no solo determinan la aparición de enfermedades crónicas, sino también determinan la accesibilidad al sistema de salud y la calidad de atención recibida en este (27,28).

## Universalismo proporcional y equidad en salud

En los últimos años, ha habido un debate creciente sobre las desigualdades sanitarias. Hoy la literatura ha destacado que las intervenciones universales, aunque son necesarias, no siempre son suficientes para reducir las desigualdades en salud. Por ello, las políticas sanitarias de carácter homogéneo tienden a beneficiar en mayor medida a los grupos con más recursos, reproduciendo de esta forma las desigualdades existentes. Por este motivo, la Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS introdujo el concepto de universalismo proporcional. Entendido como la necesidad de ofrecer políticas universales, pero ajustando su intensidad en función del grado de necesidad de cada grupo social (1,29).

Este enfoque plantea que la equidad no se alcanza únicamente garantizando la cobertura universal, sino asegurándose que la respuesta del sistema sanitario sea proporcional a las necesidades de cada colectivo. De este modo, se busca evitar tanto la infrautilización en grupos socialmente desfavorecidos como la sobreutilización en aquellos grupos con mejores condiciones socioeconómicas y mayor capacidad de acceso (29).

En conclusión, el universalismo proporcional es una estrategia de gran importancia para orientar políticas sanitarias más justas y eficaces, respondiendo a las necesidades de salud de cada población (10,29).

## Justificación del estudio:

La accesibilidad al sistema sanitario público constituye un principio básico de equidad en salud y un objetivo prioritario en los sistemas de salud universales, como es el caso de Aragón. Sin embargo, múltiples estudios han demostrado que el acceso real a los servicios no depende únicamente de la disponibilidad de los recursos, sino también de factores sociales y demográficos que condicionan su utilización.

Por lo tanto, es de gran relevancia analizar la accesibilidad en Aragón porque se trata de una comunidad autónoma con una parte considerable de población envejecida, a ello se le suma que una parte creciente de la población acumula múltiples enfermedades crónicas, lo que incrementa la necesidad de atención sanitaria. Por otro lado, esta comunidad autónoma presenta una amplia dispersión poblacional y un porcentaje elevado de ruralidad, lo que plantea todo un reto para garantizar una atención accesible y equitativa. Otra de las razones relevantes es que existen diferencias de género, edad, origen migratorio y nivel socioeconómico que pueden influir en cómo y con qué frecuencia se utilizan los servicios sanitarios públicos.

De este modo, con el estudio planteado se pretende analizar el uso de los distintos servicios del sistema de salud público aragonés (atención primaria, atención especializada hospitalaria, urgencias e ingresos hospitalarios) en función de los principales determinantes sociales de la salud. Además, se aplica un enfoque interseccional que permite identificar como la combinación de varios ejes de desigualdad amplifica o disminuye las diferencias en el acceso. También, con el análisis estadístico mediante el modelo GMSS se desea evidenciar que estratos son los más desfavorecidos para poder plantear políticas de salud más dirigidas, orientadas a reducir la brecha de accesibilidad y a mejorar la equidad del sistema público de Aragón.

Por último, este estudio contribuye en los siguientes puntos a los objetivos de la agenda 2030 de las Naciones Unidas (30):

- ODS 3 (Salud y Bienestar): garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, evaluando el acceso equitativo a los servicios de salud.
- ODS 5: (Igualdad de Género): visibilizar posibles desigualdades en el acceso, entre hombres y mujeres.
- ODS 10 (Reducción de las Desigualdades): analizar el impacto del nivel socioeconómico, el origen migratorio y el lugar de residencia en la accesibilidad sanitaria.

## Hipótesis del estudio:

En este marco, se plantea la siguiente hipótesis de investigación: la accesibilidad al sistema sanitario público en Aragón presenta desigualdades asociadas al sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el origen migratorio y la residencia urbano-rural, de modo que determinados estratos poblacionales pueden presentar dificultades en la accesibilidad al sistema en función de sus características sociales, evidenciando inequidades evitables en el sistema.

## Objetivo principal del estudio:

El objetivo principal del estudio es analizar la asociación entre los ejes de desigualdad (sexo, edad, estatus migratorio, área de residencia y nivel socioeconómico) y la utilización de servicios sanitarios (consultas de atención primaria, consultas de atención especializada, ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias) en pacientes con multimorbilidad en Aragón, aplicando un enfoque interseccional.

## Objetivos secundarios:

En cuanto a los objetivos secundarios:

- Identificar los grupos sociales que concentran una mayor o menor utilización del sistema de salud en Aragón en función del género, nivel socioeconómico, edad y lugar de residencia.
- Evaluar el efecto de la interacción entre los diferentes determinantes sociales de salud en los patrones de accesibilidad, con el fin de reconocer estratos interseccionales de especial vulnerabilidad o privilegio.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

---

### Diseño del estudio:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo basado en datos de la vida real de los pacientes con multimorbilidad atendidos en el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para ello, se ha utilizado la base de datos de la Cohorte EpiChron. Esta cohorte reúne la información clínica y sociodemográfica anonimizada de más de 1.250.000 de personas residentes en Aragón, de todas las edades y que han sido atendidas en el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de Aragón (20).

### Cronograma:

El estudio se ha desarrollado conforme al siguiente cronograma:

- Fase de diseño y formulación del protocolo: enero – marzo 2025
- Extracción y limpieza de datos: marzo – junio 2025
- Análisis estadístico: junio-julio 2025
- Redacción del trabajo final: julio-agosto 2025

### Selección de la población a estudio:

#### Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los pacientes registrados en la base de datos de usuarios del sistema sanitario aragonés que cumplieran los siguientes criterios:

- Haber estado activos durante al menos un año previo al inicio del seguimiento
- Presentar multimorbilidad en el año 2015, definiendo la multimorbilidad como la coexistencia de 2 o más diagnósticos de enfermedades crónicas registradas en la historia clínica electrónica.

Para ello, se definió la enfermedad crónica como aquella que había estado presente durante al menos 12 meses y que cumplía uno o ambos de los siguientes criterios: 1) requería intervenciones continuadas con productos médicos, servicios y/o equipos especiales, 2) implicaba limitaciones en el autocuidado, la vida independiente y/o las interacciones sociales. (31). Los diagnósticos se codificaron originalmente utilizando la primera edición de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (32) y posteriormente se asignaron a los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición (33).

Se utilizó el software Clinical Classifications, versión ICD-9-CM (Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland, EE. UU.), (34); para agrupar todos los diagnósticos en 226 categorías clínicamente exclusivas y relevantes, y el software Chronic Condition Indicator (Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland, EE. UU.) (35) para clasificarlos en crónicos o no crónicos. La lista de 153 afecciones consideradas crónicas por este software se adaptó ligeramente para facilitar la interpretación de los resultados y, finalmente, se identificaron y analizaron 129 afecciones crónicas en el estudio, que se pueden visualizar adjuntas en el Anexo 1.

El seguimiento se llevó a cabo durante un periodo de 5 años, desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2020 o hasta la fecha de fallecimiento o de baja del sistema sanitario.

### Criterios de exclusión

Se excluyeron de este estudio a los pacientes afiliados a mutualidades debido a la falta de información económica, así como aquellos sin cobertura sanitaria reconocida.

### Variables del estudio:

Variables independientes (analizadas al inicio en 2015):

- Sexo:
  - Mujer
  - Varón
- Edad estratificada:
  - < 35 años
  - 35-64 años
  - 65 - 79 años
  - ≥ 80 años
- Estatus migratorio según país de nacimiento:
  - Nativo
  - Migrante
- Zona de residencia:
  - Urbana: definiéndose como personas que viven en municipios que concentran al menos el 80% de la población de área (31).
  - Rural
- Estatus socioeconómico de acuerdo con el TSI:
  - Bajos ingresos: <18,000 €/año
  - Ingresos medios- altos ≥ 18,000 €/año

Variable resultado (dependiente):

**Uso de servicios sanitarios acumulado** durante los cinco años de seguimiento, medido cuantitativamente como número de visitas:

1. Urgencias hospitalarias
2. Consultas de atención primaria de medicina de familia
3. Consultas externas de especialidades hospitalarias.
4. Ingresos hospitalarios totales

### Análisis estadístico:

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población con multimorbilidad, estratificado por sexo y nivel de utilización de los servicios sanitarios.

Posteriormente, se llevará a cabo un análisis interseccional, dividiendo a la población en 128 estratos que combinan los distintos ejes de desigualdades sociales: sexo, edad, zona de residencia, nivel socioeconómico, y estatus migratorio. De este modo, se evaluará cómo interactúan dichos determinantes sociales en relación con el uso de los servicios de salud.

Para analizar la asociación entre los determinantes sociales y la utilización del sistema sanitario, se construirán 6 modelos de regresión logística consecutivos en los que la variable dependiente será el número de visitas en cada uno de los servicios analizados (urgencias hospitalarias, consultas de atención primaria de medicina de familia, consultas externas de especialidades e ingresos hospitalarios totales). De esta manera, se irán incluyendo cada una de las variables independientes por separado de forma consecutiva, hasta llegar a un modelo que incluya todas las variables independientes.

Además, se usará como referencia la mujer, migrante, que vive en área urbana y que posee un nivel socioeconómico medio-alto; y finalmente, los modelos se estratificarán por carga de multimorbilidad (es decir, se categorizará en dos niveles en función de la mediana del número de enfermedades crónicas: baja multimorbilidad  $\leq$  mediana de ese grupo etario vs alta multimorbilidad  $>$  mediana) y por los diferentes estratos de edad.

Para cada una de las variables dependientes se realizó un análisis multinivel mediante un Modelo Lineal General Mixto (GLMM) con distribución binomial negativa, adecuado para variables cuantitativas discretas. Se incluyeron efectos fijos para las variables independientes individuales y efectos aleatorios a nivel de grupo o estrato. El modelo fue estimado utilizando la función *menbreg* en Stata, interpretando los coeficientes como razones de tasas de incidencia (IRR).

## Aspectos éticos y legales (Anexo 2):

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto “La Cohorte EpiChron para investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad” del Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas del IACS – IIS Aragón. El citado proyecto cuenta con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA; Dictamen favorable PI17/0024 de 15 de febrero de 2017, revisado el 9 de febrero de 2022). Este proyecto está basado en el estudio de datos anonimizados contenidos en bases de datos previamente existentes, obtenidos con el permiso de la entidad correspondiente. Dada la naturaleza epidemiológica del estudio, no fue necesario recabar el consentimiento informado de los pacientes.

El estudio cumple con la normativa vigente sobre protección de datos personales (Reglamento (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018) y sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se han implementado las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad, la seguridad de los datos y el respeto a los derechos de los pacientes.

## RESULTADOS:

En la Tabla 1, aparecen las principales características demográficas y clínicas de la población a estudio. Se incluyeron en el estudio un total de 652.198 pacientes con multimorbilidad registrados en la Cohorte EpiChron. Del total, el 56,6% eran mujeres (n=369.034) y el 43,4% hombres (n=283.164). la distribución por edad mostró que el 16% tenían menos de 35 años, el 47% tenían entre 35-64 años, el 23% entre 65 y 79 años y el 14% eran mayores de 80 años.

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de la población vivía en áreas urbanas (61%), mientras que el 39% residía en zonas rurales.

Respecto al estatus migratorio, el 90% eran nativos y el 10,0% eran migrantes.

En relación con el nivel socioeconómico, el 69% de los pacientes se encontraban en el grupo de bajos ingresos (TSI <18.000€/año), mientras que el 31% disponía de ingresos medios-altos (TSI ≥18.000€/año).

La mediana del número de enfermedades crónicas fue de 4,8 condiciones por paciente, destacando que el 21% presentaba tres enfermedades crónicas, el 16% cuatro y el 12% cinco. Asimismo, el 9,3% de la población presentaba 8 enfermedades crónicas o más.

Género		HOMBRE N = 283,164	MUJER N = 369,034	TOTAL N = 652,198
Edad (años)	<35	43,431 / 283,164 (15%)	59,212 / 369,034 (16%)	102,643 / 652,198 (16%)
	35-64	135,889 / 283,164 (48%)	168,201 / 369,034 (46%)	304,090 / 652,198 (47%)
	65-79	68,563 / 283,164 (24%)	82,747 / 369,034 (22%)	151,310 / 652,198 (23%)
	≥80	35,281 / 283,164 (12%)	58,874 / 369,034 (16%)	94,155 / 652,198 (14%)
Zona de residencia	Urbana	166,006 / 283,164 (59%)	228,736 / 369,034 (62%)	394,742 / 652,198 (61%)
	Rural	117,158 / 283,164 (41%)	140,298 / 369,034 (38%)	257,456 / 652,198 (39%)
Estatus migratorio	Migrante	25,393 / 283,164 (9.0%)	40,879 / 369,034 (11%)	66,272 / 652,198 (10%)
	Nativo	257,771 / 283,164 (91%)	328,155 / 369,034 (89%)	585,926 / 652,198 (90%)
Nivel socioeconómico	Bajo <18,000 €	174,749 / 283,164 (62%)	275,776 / 369,034 (75%)	450,525 / 652,198 (69%)
	Medio- alto ≥18,000 €	108,415 / 283,164 (38%)	93,258 / 369,034 (25%)	201,673 / 652,198 (31%)
Número de enfermedades crónicas	2	90,652 / 283,164 (32%)	95,887 / 369,034 (26%)	186,539 / 652,198 (29%)
	3	62,240 / 283,164 (22%)	74,084 / 369,034 (20%)	136,324 / 652,198 (21%)
	4	44,415 / 283,164 (16%)	57,383 / 369,034 (16%)	101,798 / 652,198 (16%)
	5	30,972 / 283,164 (11%)	44,559 / 369,034 (12%)	75,531 / 652,198 (12%)
	6	21,011 / 283,164 (7.4%)	33,243 / 369,034 (9.0%)	54,254 / 652,198 (8.3%)
	7	13,740 / 283,164 (4.9%)	23,655 / 369,034 (6.4%)	37,395 / 652,198 (5.7%)
	≥8	20,134 / 283,164 (7.1%)	40,223 / 369,034 (11%)	60,357 / 652,198 (9.3%)

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población incluida en el estudio según género. (N=652.198).



Tras realizar el análisis estadístico de cada uno de los sistemas de salud (Consultas de Medicina de Familia, consultas externas hospitalarias, urgencias e ingresos hospitalarios) se identificaron estratos con desigualdades significativas vinculadas a edad, sexo, nivel socioeconómico, estatus migratorio y área de residencia. Estas diferencias se han objetivado tanto en pacientes con baja como en aquellos con alta carga de multimorbilidad.

Aunque en el análisis estadístico se han generado tablas completas con todos los estratos de edad, sexo, nivel socioeconómico, estatus migratorio y zona de residencia; en este apartado de resultados se van a resaltar los patrones de desigualdad más relevantes, es decir, aquellos grupos en los que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de visitas observado y el número de visitas esperado.

Las tablas principales completas con la información de todos los estratos analizados se incluyen en el Anexo 4. A partir de ellas, se han extraído y descrito los resultados significativos, diferenciando entre grupos con menor utilización de los servicios y aquellos con mayor utilización.

## Consultas de Medicina de Familia

En la Tabla 2 se presentan los riesgos relativos estimados para el número de visitas a consultas de Medicina de Familia, utilizando como referencia el perfil considerado estándar del estudio mujer joven, migrante, residente en área urbana y con ingresos medios-altos.

En referencia a la edad, se observa un incremento progresivo del número de visitas en los grupos de mayor edad respecto a los menores de 35 años.

En los modelos que incluyeron el sexo, se evidenció que los hombres realizaron menos consultas que las mujeres.

Al incorporar el nivel socioeconómico, se observa una mayor utilización en los pacientes con ingresos bajos respecto a los de ingresos medios-altos.

De igual modo, la variable estatus migratorio mostró que los pacientes nativos consultaron más que los migrantes.

En cuanto al área de residencia, vivir en zonas rurales se asoció con un mayor número de visitas de atención primaria en comparación con las áreas urbanas.

En conjunto, estos resultados confirman que la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el estatus migratorio y el área de residencia influyen de manera significativa la utilización de la atención primaria.

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6a	Modelo 6b
		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Multimorbilidad</b>	Baja	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Alta	1.41 (1.40-1.41)	1.44 (1.44-1.45)	1.43 (1.43-1.44)	1.42 (1.42-1.43)	1.42 (1.41-1.42)	1.43 (1.42-1.43)	1.43 (1.36-1.50)
<b>Edad</b>	<35		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	35-64		1.42 (1.42-1.43)	1.44 (1.43-1.45)	1.47 (1.47-1.48)	1.46 (1.46-1.47)	1.45 (1.44-1.46)	1.42 (1.33-1.52)
	65-79		2.33 (2.31-2.34)	2.35 (2.33-2.37)	2.37 (2.36-2.39)	2.30 (2.28-2.31)	2.28 (2.27-2.30)	2.10 (1.96-2.25)
	>=80		2.61 (2.59-2.63)	2.62 (2.60-2.64)	2.58 (2.56-2.59)	2.49 (2.47-2.50)	2.44 (2.42-2.46)	2.53 (2.36-2.72)
<b>Género</b>	Mujer			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Hombre			0.90 (0.90-0.90)	0.92 (0.92-0.92)	0.92 (0.91-0.92)	0.91 (0.90-0.91)	0.90 (0.86-0.95)
<b>Nivel socioeconómico</b>	Altos				Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Bajos				1.20 (1.19-1.20)	1.22 (1.21-1.22)	1.18 (1.18-1.19)	1.08 (1.03-1.14)
<b>Estatus migratorio</b>	Imm.					Ref.	Ref.	Ref.
	Nativo					1.22 (1.21-1.22)	1.19 (1.18-1.20)	1.18 (1.12-1.24)
<b>Lugar de residencia</b>	Urbano						Ref.	Ref.
	Rural						1.30 (1.30-1.31)	1.29 (1.23-1.35)
<b>Varianza</b>								0.017 (0.013-0.23)

**Tabla 2. Riesgos relativos del número de visitas a atención primaria según modelos de regresión progresivos, tomando como referencia a la mujer migrante joven urbana con ingresos medios altos.**  
Leyenda: Ref.: estrato de referencia.

En el Anexo 4, aparece la Tabla 22, la Tabla 23 y la Figura 1 con los datos detallados del análisis interseccional de las consultas de Medicina de Familia. En los siguientes apartados, aparecen resumidos los estratos interseccionales donde se detectaron infrautilizaciones o sobreutilizaciones no esperadas.

Pacientes con baja multimorbilidad:

En los grupos de jóvenes con baja multimorbilidad, los hombres nativos con ingresos altos realizaron menos consultas de lo esperado, tanto los que habitan en áreas urbanas como en áreas rurales. De forma similar, los hombres migrantes de 35 a 64 años con nivel socioeconómico bajo consultaron por debajo de lo previsto, tanto en urbano como en rural.

En edades avanzadas, las mujeres migrantes de 65 a 79 años mostraron un uso claramente inferior al esperado, con reducciones amplias en urbano, pero aún más las que habitan en rural. En este mismo rango de edad, las mujeres migrantes con nivel socioeconómico alto registraron menos visitas, tanto en áreas urbanas como rurales. En los grupos de mayor edad, las mujeres migrantes mayores de 80 años residentes en áreas rurales tuvieron menos consultas de lo esperado.

Edad (años)					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€€€	Nativo	U	5583	21,7 (20,2-23,3)	16,7 (15,6-18)	16,7 (16,6-16,8)	-5
< 35	H	€€€	Nativo	R	3181	28 (26,1-30)	24 (22,3-25,8)	23,9 (23,8-24,1)	-4
35-64	H	€	Migrante	U	4035	28,5 (26,5-30,5)	24,3 (22,6-26,1)	24,2 (24,1-24,4)	-4,2
35-64	H	€	Migrante	R	2485	36,6 (34,1-39,3)	31,7 (29,5-34,1)	31,6 (31,4-31,9)	-4,9
65-79	H	€	Migrante	R	209	54,1 (50,3-58,2)	45,5 (42,3-49)	44,1 (43,2-45,1)	-8,6
65-79	M	€	Migrante	U	622	46,6 (43,4-50,1)	34,1 (31,7-36,6)	33,4 (33-33,9)	-12,6
65-79	M	€	Migrante	R	257	60 (55,8-64,6)	41 (38-44,1)	38,7 (38-39,5)	-19,1
65-79	M	€€€	Migrante	U	114	43,1 (40-46,4)	34,9 (32,4-37,6)	32,5 (31,5-33,6)	-8,1
65-79	M	€€€	Migrante	R	62	55,4 (51,4-59,8)	42,7 (39,6-46,1)	36,1 (34,7-37,7)	-12,7
≥80	M	€	Migrante	R	73	72,5 (67-78,3)	54 (49,9-58,4)	46,1 (44,5-47,7)	-18,5

**Tabla 3. Grupos poblacionales con menor número de visitas a atención primaria de lo esperado, en pacientes con baja multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas (sin y con efectos aleatorios) y la media observada de visitas a atención primaria durante el periodo 2016-2020 en pacientes con baja multimorbilidad en Aragón. Se incluyen diferencias globales fijas, donde los valores negativos indican un

uso inferior al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

Sin embargo, algunos estratos presentaron un uso superior, como por ejemplo las mujeres jóvenes migrantes, tanto de ingresos bajos que habitan en áreas urbanas como las que habitan en áreas rurales. Además, hicieron una sobreutilización de atención primaria las mujeres con nivel socioeconómico alto del medio rural. Así mismo, los hombres de 65 a 79 años, españoles de nivel socioeconómico bajo, mostraron una sobreutilización tanto a nivel urbano como a nivel rural. En los más ancianos también se detectó un exceso en los hombres españoles de alto nivel socioeconómico que habitan en lugares urbanos; y en los hombres migrantes con altos ingresos económicos que viven en el área urbana.

Edad (años)					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Migrante	U	3901	22,2 (20,7-23,8)	28 (26,1-30,1)	28,1 (27,9-28,3)	5,8
				R	1990	28,6 (26,6-30,7)	39 (36,3-41,9)	39,2 (38,9-39,5)	10,4
		€€€	Migrante	R	200	26,4 (24,5-28,4)	32,5 (30,2-35)	33,7 (32,9-34,5)	6,1
65-79	H	€	Nativo	U	9447	49,4 (46-53,1)	59,1 (55-63,5)	59,2 (59-59,3)	9,7
				R	10055	63,6 (59,2-68,4)	75,1 (69,9-80,8)	75,2 (75-75,4)	11,5
≥80	H	€€€	Nativo	U	2395	55,1 (51,1-59,3)	65,2 (60,5-70,2)	65,3 (65-65,7)	10,1
			Migrante	U	24	46,8 (43,2-50,7)	57,3 (52,8-62)	74 (70,6-77,6)	10,4

**Tabla 4. Grupos poblacionales con mayor número de visitas a atención primaria de lo esperado, en pacientes con baja multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas (sin y con efectos aleatorios) y la media observada de visitas a atención primaria durante el periodo 2016-2020 en pacientes con baja multimorbilidad en Aragón. Se incluyen diferencias globales fijas, donde los valores positivos indican un uso mayor al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

#### Pacientes con alta multimorbilidad

En los grupos jóvenes, los hombres nativos de nivel socioeconómico alto consultaron menos de lo esperado, tanto en áreas urbanas como rurales. En edades avanzadas, las mujeres mayores de 80 años con nivel socioeconómico bajo o las residentes en áreas rurales mostraron un uso inferior, tanto aquellas que eran nativas como las migrantes.

Edad (años)					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Nativo	U	5408	33,7 (31,4-36,2)	28,5 (26,5-30,6)	28,5 (28,3-28,6)	-5,2
				U	2778	31,1 (29-33,5)	23 (21,4-24,7)	22,9 (22,7-23)	-8,2
		€€€	Nativo	R	1494	40,1 (37,3-43,1)	30,3 (28,2-32,6)	30,1 (29,8-30,4)	-9,8
≥80	M	€	Nativo	R	13235	122,1 (113,5-131,4)	104,7 (97,3-112,7)	104,7 (104,5-104,8)	-17,4
			Migrante	R	74	103,8 (96-112,3)	88,3 (81,6-95,5)	81,2 (79,2-83,3)	-15,6

**Tabla 5. Grupos poblacionales con menor número de visitas a atención primaria de lo esperado, en pacientes con alta multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas (sin y con efectos aleatorios) y la media observada de visitas a atención primaria durante el periodo 2016-2020 en pacientes con alta multimorbilidad en Aragón. Se incluyen diferencias globales fijas, donde los valores negativos indican un uso inferior al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

De forma contraria, las mujeres jóvenes migrantes consultaron más de lo esperado tanto las de bajo nivel socioeconómico que habitan en medio urbano como las que habitan en rural. Además, de las de alto nivel socioeconómico, que habitan a nivel urbano. Asimismo, los hombres de 65 a 79 años, nativos, de nivel socioeconómico bajo, mostraron un uso superior al esperado tanto los que viven en áreas urbanas como rurales. Finalmente, los hombres migrantes de 65-79 años con nivel socioeconómico alto, urbanos también presentaron un mayor número de consultas.

Edad (años)				N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos	
< 35	M	€	Migrante	U	3508	31,8 (29,6-34,2)	36,9 (34,4-39,6)	36,9 (36,7-37,1)	5,1
				R	1507	41 (38,1-44)	49,3 (45,9-53)	49,5 (49,2-49,9)	8,4
		€€€	Migrante	U	272	29,4 (27,3-31,6)	35,5 (33-38,2)	36,4 (35,7-37,1)	6,1
				R	140	37,8 (35,1-40,7)	47,2 (43,9-50,8)	49,8 (48,6-51)	9,4
65-79	H	€	Nativo	U	10958	70,8 (65,9-76,1)	82,8 (77,1-89)	82,9 (82,7-83)	12
				R	10185	91,2 (84,8-98)	107,4 (100-115,5)	107,5 (107,3-107,7)	16,3
		€€€	Migrante	U	93	55,6 (51,6-59,9)	65 (60,3-70,1)	68,8 (67,1-70,5)	9,5

**Tabla 6. Grupos poblacionales con mayor número de visitas a atención primaria de lo esperado, en pacientes con alta multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas (sin y con efectos aleatorios) y la media observada de visitas a atención primaria durante el periodo 2016-2020 en pacientes con alta multimorbilidad en Aragón. Se incluyen diferencias globales fijas, donde los valores positivos indican un uso mayor al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

## Consultas externas hospitalarias

En la Tabla 7, se presentan los riesgos relativos estimados para el número de visitas a consultas externas hospitalarias, tomando como referencia el perfil considerado estándar del estudio, es decir, la mujer migrante residente en área urbana y con nivel socioeconómico alto.

Al realizar el análisis interseccional, la presencia de alta multimorbilidad se asoció con un mayor número de visitas.

En relación con la edad, se observa un incremento estadísticamente significativo en el número de visitas en los pacientes de 35-64 años, los de 65-79 años y en los mayores de 80 años, respecto al grupo de referencia.

Respecto al género, los hombres consultaron menos que las mujeres.

En cuanto a nivel socioeconómico, se observó que los pacientes con ingresos bajos hicieron menos visitas que aquellos con nivel socioeconómico alto.

El estatus migratorio mostró una asociación positiva con más consultas en nativos frente a los migrantes.

Por último, la residencia en zonas rurales se asoció con menos visitas a consultas externas respecto a áreas urbanas.

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6a	Modelo 6b
<b>Multimorbilidad</b>	Baja	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Alta	1.53 (1.52-1.54)	1.50 (1.49-1.51)	1.49 (1.48-1.50)	1.49 (1.48-1.50)	1.49 (1.47-1.50)	1.48 (1.47-1.49)	1.49 (1.38-1.61)
<b>Edad</b>	<35		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	35-64		1.36 (1.35-1.37)	1.37 (1.36-1.38)	1.37 (1.36-1.38)	1.35 (1.33-1.36)	1.35 (1.34-1.36)	1.26 (1.13-1.40)
	65-79		2.15 (2.12-2.17)	2.18 (2.16-2.20)	2.18 (2.16-2.20)	2.07 (2.04-2.09)	2.07 (2.04-2.09)	2.05 (1.84-2.29)
	>=80		1.23 (1.21-1.24)	1.24 (1.23-1.26)	1.24 (1.23-1.26)	1.17 (1.15-1.18)	1.17 (1.16-1.19)	1.29 (1.15-1.45)
<b>Género</b>	Mujer			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Hombre			0.90 (0.90-0.91)	0.90 (0.90-0.91)	0.89 (0.89-0.90)	0.90 (0.89-0.90)	0.88 (0.81-0.95)
<b>Nivel socioeconómico</b>	Altos				Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Bajos				0.98 (0.98-0.99)	1.01 (1.01-1.02)	1.03 (1.02-1.03)	0.92 (0.85-0.99)
<b>Estatus migratorio</b>	Imm.					Ref.	Ref.	Ref.
	Nativo					1.45 (1.43-1.47)	1.46 (1.44-1.48)	1.36 (1.26-1.47)
<b>Lugar de residencia</b>	Urbano						Ref.	Ref.
	Rural						0.89 (0.88-0.90)	0.88 (0.81-0.95)
<b>Varianza</b>								0.042 (0.034-0.060)

**Tabla 7. Riesgos relativos del número de visitas a consultas externas hospitalarias según modelos de regresión progresivos, tomando como referencia a mujeres migrantes urbanas con ingresos altos.**  
Leyenda: Ref: estrato de referencia.

En el Anexo 4, aparece la Tabla 24, la Tabla 25 y la Figura 2 con los datos detallados del análisis interseccional realizado para las consultas externas hospitalarias. A continuación, aparecen resumidos los estratos interseccionales donde se hallaron infrautilizaciones o sobreutilizaciones no esperadas.

#### Pacientes con baja multimorbilidad

En cuanto al número de visitas de consultas externas hospitalarias. Se objetivó una tendencia de infrautilización en hombres migrantes menores de 35 años con nivel socioeconómico bajo que realizaron menos consultas tanto en áreas urbanas como rurales. También, se observaron diferencias negativas en los hombres de 35 a 64 años migrantes de nivel socioeconómico bajo, tanto los que habitan en áreas urbanas como en rurales.

Las mujeres de 65 a 79 años migrantes presentaron menos visitas de lo esperado aquellas con nivel socioeconómico bajo que habitan en áreas urbanas y rurales, así como las de ingresos económicos altos que habitan en rural. En las mayores de 80 años, el mismo patrón se detectó en las migrantes urbanas y rurales, así como en las nativas urbanas.

Edad				N		Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Migrante	U	2150	3,6 (3,2-4)	2,6 (2,4-3)	2,6 (2,6-2,7)	-0,9
				R	1192	3,2 (2,8-3,5)	2,4 (2,1-2,7)	2,4 (2,3-2,5)	-0,7
35-64	H	€	Migrante	U	4035	4,5 (4-5,1)	3,1 (2,7-3,4)	3,1 (3-3,1)	-1,5
			Migrante	R	2485	4 (3,5-4,5)	3 (2,6-3,3)	2,9 (2,9-3)	-1
		€€€	Migrante	U	787	4,9 (4,4-5,5)	3,6 (3,2-4)	3,5 (3,4-3,7)	-1,3
65-79	M	€	Migrante	U	622	8,4 (7,5-9,4)	6,2 (5,5-7)	6,1 (5,9-6,3)	-2,2
			Migrante	R	257	7,4 (6,5-8,3)	5,7 (5-6,4)	5,4 (5,2-5,7)	-1,7
		€€€	Migrante	R	62	8 (7,1-9,1)	6,1 (5,4-6,8)	4,9 (4,4-5,5)	-2
≥80	M	€	Nativo	R	11856	6,3 (5,6-7,1)	4,8 (4,3-5,4)	4,8 (4,8-4,8)	-1,5
			Migrante	R	73	4,6 (4,1-5,3)	3,3 (2,9-3,8)	2,6 (2,3-3)	-1,3

**Tabla 8. Grupos poblacionales con menor número de visitas a consultas externas hospitalarias de lo esperado, en pacientes con baja multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas sin y con efectos aleatorios y la media observada de visitas a consultas externas en pacientes con baja multimorbilidad en

Aragón (2016-2020). Los valores negativos en la diferencia global reflejan un uso inferior a lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

En contraste, las mujeres migrantes menores de 35 años de nivel socioeconómico bajo presentaron una sobreutilización tanto a nivel urbano como a nivel rural. Del mismo modo, las mujeres migrantes menores de 35 años con nivel socioeconómico alto que habitan en rural realizaron más consultas de lo esperado.

En edades más avanzadas, los hombres de 65-79 años nativos de nivel socioeconómico bajo urbanos tuvieron un exceso de consultas, del mismo modo, los hombres migrantes de 65 a 79 años con nivel socioeconómico alto urbanos y los hombres mayores de 80 años nativos, de nivel socioeconómico alto que habitan tanto en urbano como en rural.

Edad (años)				N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Migrante	U 3901	4,1 (3,6-4,6)	5,4 (4,8-6)	5,4 (5,3-5,5)	1,3
				R 1990	3,6 (3,2-4)	5,6 (5-6,3)	5,6 (5,5-5,7)	2
		€€€	Migrante	U 374	4,5 (4-5)	5,8 (5,1-6,5)	5,9 (5,7-6,2)	1,3
				R 200	3,9 (3,5-4,4)	6 (5,3-6,7)	6,4 (6,1-6,8)	2
65-79	H	€	Nativo	U 9447	10 (8,9-11,2)	13 (11,6-14,6)	13 (12,9-13,1)	3
		€€€	Migrante	U 127	8 (7,1-9,1)	11,2 (10-12,7)	12,3 (11,7-12,9)	3,2
≥80	H	€	Nativo	U 6773	6,3 (5,6-7,1)	8,8 (7,9-10)	8,9 (8,8-8,9)	2,5
				U 2395	6,9 (6,1-7,8)	9,8 (8,7-11,1)	9,9 (9,8-10)	2,9
		€€€	Nativo	R 1057	6,1 (5,4-6,8)	8 (7,1-9,1)	8,1 (7,9-8,3)	2
				U 24	5,1 (4,4-5,8)	9,6 (8,4-10,9)	19,3 (17,5-21,1)	4,5

**Tabla 9. Grupos poblacionales con mayor número de visitas a consultas externas hospitalarias de lo esperado, en pacientes con baja multimorbilidad.** Se presentan las medias estimadas y ni con efectos aleatorios y la media observada de visitas a consultas externas en pacientes con baja multimorbilidad en Aragón (2016 - 2020) Los valores positivos en la diferencia global reflejan un uso superior al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

#### Pacientes con alta multimorbilidad

Los hombres migrantes menores de 35 años con nivel socioeconómico bajo que habitan a nivel urbano realizaron menos consultas de lo esperado. También, los hombres de 35 a 64 años, migrantes con nivel socioeconómico alto que habitan en urbano y las mujeres mayores de 80 años nativas con ingresos socioeconómicos bajos rurales; hicieron menos consultas de lo habitual.

Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Nativo	U	5408	7,3 (6,5-8,2)	5,4 (4,8-6,1)	5,4 (5,4-5,5)	-1,8
			Migrante	U	1245	5,4 (4,8-6)	3,6 (3,2-4)	3,5 (3,4-3,6)	-1,8
		€€€	Nativo	U	2778	7,9 (7,1-8,9)	5,5 (4,9-6,2)	5,5 (5,4-5,6)	-2,4
35-64	H	€€€	Migrante	U	1079	7,4 (6,6-8,3)	5,8 (5,1-6,5)	5,7 (5,6-5,9)	-1,6
≥80	M	€	Nativo	R	13235	9,4 (8,4-10,6)	6,6 (5,9-7,4)	6,6 (6,6-6,6)	-2,8

**Tabla 10. Grupos poblacionales con menor número de visitas a consultas externas de lo esperado en pacientes con alta multimorbilidad.** Se describen tanto las medias estimadas sin efectos aleatorios como las medias estimadas con efectos aleatorios y la media observada de visitas a consultas externas en pacientes con alta multimorbilidad en Aragón (2016-2020). Los valores negativos en la diferencia global reflejan un uso inferior al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

Respecto a la sobreutilización del sistema sanitario en pacientes con multimorbilidad, se detectó que las mujeres migrantes menores de 35 años tanto las de nivel socioeconómico bajo que habitan en rural como de nivel socioeconómico alto que habitan en rural y las mujeres migrantes de 35 a 64 años con nivel socioeconómico alto que habitan en rural realizaron más consultas de lo esperado. Además, los hombres de 65 a 79 años, nativos de nivel socioeconómico bajo que habitan en medio rural, mostraron un exceso de consultas, así como los hombres migrantes de 65 a 79 años con nivel socioeconómico altos que habitan a nivel urbano.

Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Migrante	R	1507	5,4 (4,8-6)	7,1 (6,3-8)	7,1 (7-7,3)	1,7
		€€€	Migrante	R	140	5,9 (5,2-6,6)	8,1 (7,2-9,1)	8,7 (8,3-9,3)	2,2
35-64	M	€€€	Migrante	R	638	7,4 (6,6-8,3)	9,5 (8,4-10,7)	9,6 (9,4-9,9)	2,1
65-79	H	€	Migrante	R	142	9,7 (8,6-10,9)	12,8 (11,3-14,4)	13,7 (13,1-14,3)	3,1
		€€€	Migrante	U	93	12 (10,6-13,5)	16,4 (14,5-18,5)	18,4 (17,5-19,3)	4,4
≥80	H	€	Migrante	U	70	6,9 (6,1-7,9)	9,9 (8,7-11,3)	11,8 (11-12,6)	3

**Tabla 11. Grupos poblacionales con mayor número de visitas a consultas externas hospitalarias de lo esperado en pacientes con alta multimorbilidad.** Esta tabla describe las medias estimadas sin efectos aleatorios y las medidas estimadas con efectos aleatorios y la media observada de visitas a consultas externas en pacientes con alta multimorbilidad en Aragón, (2016-2020). Los valores positivos en la diferencia global reflejan un uso mayor al esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

## Urgencias hospitalarias

En la Tabla 12 se muestran los riesgos relativos estimados para el número de visitas a urgencias hospitalarias, tomando como referencia al perfil estándar del estudio mujer migrante residente en área urbana con nivel socioeconómico alto.

La presencia de multimorbilidad se asoció de manera consistente con un mayor uso en los servicios de urgencias.

En relación con la edad, se observa un patrón inverso al descrito en atención primaria, en consultas externas, los pacientes de 35 a 64 años realizaron menos visitas a urgencias que los menores de 35 años. Lo mismo ocurrió con los grupos de 65 a 79 años. Mientras que los mayores o iguales a 80 años acudieron más a urgencias que los menores de 35 años.

Respecto al género y al estatus migratorio, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

El nivel socioeconómico sí que presentó una asociación clara, los pacientes con bajos ingresos realizaron más visitas a urgencias que los de nivel socioeconómico alto.

Por último, la residencia en áreas rurales se asoció con una menor utilización de urgencias en comparación con las zonas urbanas.

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6a	Modelo 6b
<b>Multimorbilidad</b>	Baja	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Alta	1.34 (1.33-1.34)	1.45 (1.44-1.46)	1.45 (1.44-1.46)	1.43 (1.42-1.44)	1.44 (1.43-1.45)	1.43 (1.42-1.44)	1.43 (1.36-1.52)
<b>Edad</b>	<35		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	35-64		0.62 (0.62-0.63)	0.63 (0.62-0.63)	0.64 (0.64-0.65)	0.64 (0.64-0.65)	0.65 (0.64-0.65)	0.70 (0.65-0.76)
	65-79		0.84 (0.83-0.85)	0.85 (0.84-0.85)	0.86 (0.85-0.87)	0.88 (0.87-0.88)	0.88 (0.88-0.89)	0.89 (0.82-0.96)
	>=80		0.97 (0.6-0.98)	0.97 (0.96-0.98)	0.95 (0.94-0.96)	0.97 (0.96-0.98)	1.00 (0.99-1.01)	1.11 (1.02-1.21)
<b>Género</b>	Mujer			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Hombre			0.97 (0.96-0.97)	0.99 (0.98-1.00)	0.99 (0.99-1.00)	1.01 (1.00-1.01)	0.96 (0.91-1.02)
<b>Nivel socioeconómico</b>	Altos				Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Bajos				1.26 (1.26-1.27)	1.25 (1.24-1.26)	1.29 (1.28-1.30)	1.15 (1.09-1.21)
<b>Estatus migratorio</b>	Imm.					Ref.	Ref.	Ref.
	Nativo					0.87 (0.86-0.88)	0.90 (0.89-0.91)	0.97 (0.92-1.03)
<b>Lugar de residencia</b>	Urbano						Ref.	Ref.
	Rural						0.70 (0.70-0.71)	0.71 (0.67-0.75)
<b>Varianza</b>								0.021 (0.015-0.028)

**Tabla 12. Riesgos relativos del número de visitas a urgencias hospitalarias según modelos de regresión progresivos, tomando como referencia a mujeres migrantes urbanas con nivel socioeconómico alto.**

Legenda: Ref: estrato de referencia

En el Anexo 4, aparece la Tabla 26, la Tabla 27 y la Figura 3 con los datos detallados del análisis interseccional de las urgencias hospitalarias. En los siguientes apartados, se puntualizan aquellos estratos interseccionales en los que se detectaron una sobreutilización o infrautilización no esperable.

#### Pacientes con baja multimorbilidad

En cuanto a las visitas al medio de urgencias hospitalarias se vio que los hombres migrantes menores de 35 años con nivel socioeconómico bajo que habitan en áreas rurales y los hombres nativos de 35 a 64 años con nivel socioeconómico alto que habitan en medio urbano, realizaron menos visitas de lo previsto. En cuanto al sexo femenino, las mujeres de 65-79 años migrantes, que habitan en medio urbano y rural con nivel socioeconómico bajo y las mujeres mayores de 80 años, migrantes y nativas de nivel socioeconómico bajo que habitan en áreas urbanas consultaron menos de lo esperado.



Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Migrante	R	1192	1,8 (1,7-1,9)	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,3)	-0,5
35-64	H	€€€	Nativo	U	13779	1,5 (1,4-1,6)	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,3)	-0,2
65-79	M	€	Migrante	U	622	2,3 (2,2-2,6)	1,8 (1,7-1,9)	1,7 (1,6-1,8)	-0,6
				R	257	1,7 (1,5-1,8)	1,4 (1,3-1,5)	1,3 (1,2-1,4)	-0,3

**Tabla 13. Grupos poblacionales con menor número de visitas a urgencias hospitalarias de lo esperado en pacientes con baja multimorbilidad.** Se describe la media estimada sin efectos y con efectos aleatorios y la media observada en Aragón durante 2016-2020. La diferencia global negativa muestra un menor número de visitas a urgencias hospitalarias de las esperadas. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

Por el contrario, las mujeres jóvenes nativas de nivel socioeconómico bajo, tanto en áreas urbanas como rurales, y las mujeres jóvenes migrantes de nivel socioeconómico alto que habitan en medios urbanos y medios rurales, acudieron más a urgencias de lo esperado.

Del mismo modo, se observó un exceso de visitas a urgencias en los hombres adultos migrantes de 35 a 64 años con nivel socioeconómico bajo que habitan en medio urbano, en las mujeres adultas migrantes de nivel socioeconómico bajo que habitan en medio urbano, y en los hombres mayores de 80 años nativos con nivel socioeconómico alto, que habitan en medio rural.

Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Nativo	U	11876	2,6 (2,4-2,8)	3,1 (2,8-3,3)	3,1 (3-3,1)	0,5
				R	7249	1,8 (1,7-2)	2,2 (2-2,3)	2,2 (2,1-2,2)	0,4
		€€€	Migrante	U	3901	2,6 (2,4-2,9)	3,4 (3,2-3,7)	3,4 (3,4-3,5)	0,8
				R	200	1,6 (1,5-1,8)	2 (1,8-2,2)	2,2 (2-2,4)	0,4
35-64	H	€	Migrante	U	4035	1,8 (1,6-1,9)	2,1 (2-2,3)	2,1 (2,1-2,2)	0,3
		€€€	Migrante	U	787	1,6 (1,4-1,7)	2 (1,8-2,2)	2,1 (2-2,2)	0,4
	M	€	Migrante	U	5055	1,9 (1,7-2)	2,3 (2,1-2,5)	2,3 (2,3-2,4)	0,4
≥80	H	€€€	Nativo	R	1057	1,7 (1,5-1,8)	2,1 (1,9-2,3)	2,1 (2,1-2,2)	0,4

**Tabla 14. Grupos poblacionales que acudieron más de lo esperado a urgencias hospitalarias, en pacientes con baja multimorbilidad.** Se describe la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada, en Aragón durante 2016-2020. La diferencia global muestra que los niveles positivos son que fueron más a urgencias hospitalarias de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

#### Pacientes con alta multimorbilidad

Los hombres migrantes menores de 35 años con nivel socioeconómico bajo que habitan en medio urbano, y los hombres de 35 a 64 años, nativos de nivel socioeconómico alto que habitan en áreas urbanas, realizaron menos visitas, así como las mujeres mayores de 80 años migrantes de nivel socioeconómico bajo que habitan en áreas urbanas.

Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Migrante	R	560	2,6 (2,4-2,8)	1,9 (1,7-2)	1,8 (1,7-1,9)	-0,7
		€€€	Nativo	U	2778	3,1 (2,8-3,3)	2,4 (2,2-2,6)	2,4 (2,3-2,4)	-0,7
				R	1494	2,2 (2-2,4)	1,8 (1,6-1,9)	1,8 (1,7-1,8)	-0,4
			Migrante	R	103	2,2 (2,1-2,4)	1,7 (1,6-1,9)	1,3 (1,1-1,6)	-0,5
35-64	H	€€€	Nativo	U	22946	2,2 (2-2,3)	1,7 (1,6-1,8)	1,7 (1,7-1,7)	-0,5
				R	13526	1,5 (1,4-1,6)	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,3-1,3)	-0,2
≥80	M	€	Nativo	U	15432	4,1 (3,8-4,4)	3,4 (3,1-3,7)	3,4 (3,4-3,4)	-0,7
			Migrante	U	150	4,2 (3,8-4,6)	3,3 (3-3,6)	2,9 (2,6-3,2)	-0,9

**Tabla 15. Grupos poblacionales que acudieron menos de lo esperado a urgencias hospitalarias en pacientes con alta multimorbilidad.** Se describe la media estimada sin y con efectos aleatorios y la media observada, en Aragón durante 2016-2020. La diferencia global negativa muestra que acudieron menos a urgencias de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

De forma contraria, las mujeres jóvenes migrantes de nivel socioeconómico alto, tanto las que habitan en áreas urbanas como en rurales y las mujeres de 35 a 64 años migrantes con nivel socioeconómico alto que habitan en medio rural, realizaron más visitas a urgencias de lo esperado. Finalmente, los hombres de 65 a 79 años nativos con niveles socioeconómicos bajos que habitan en medio rural y los hombres migrantes mayores de 80 años con niveles socioeconómicos altos que habitan en medio urbano, hicieron una sobreutilización de las urgencias hospitalarias.

Edad					N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Nativo	R	5847	2,6 (2,4-2,8)	3,1 (2,9-3,4)	3,1 (3,1-3,2)	0,5
		€€€	Migrante	U	272	3,3 (3-3,6)	4 (3,7-4,4)	4,2 (4-4,5)	0,7
				R	140	2,3 (2,1-2,5)	2,8 (2,6-3,1)	3,1 (2,8-3,4)	0,5
35-64	M	€	Migrante	R	638	1,6 (1,5-1,8)	2 (1,8-2,2)	2 (1,9-2,1)	0,4
65-79	H	€	Nativo	U	10958	3,1 (2,9-3,4)	3,7 (3,5-4,1)	3,8 (3,7-3,8)	0,6
		€€€	Nativo	R	10185	2,2 (2-2,4)	2,7 (2,5-2,9)	2,7 (2,7-2,7)	0,5
				R	3638	1,9 (1,8-2,1)	2,3 (2,1-2,5)	2,3 (2,2-2,3)	0,4
≥80	H	€€€	Nativo	R	844	2,4 (2,2-2,6)	3,1 (2,8-3,3)	3,1 (3-3,2)	0,6

**Tabla 16. Grupos poblacionales que acudieron más de lo esperado a urgencias hospitalarias respecto a lo estimado en pacientes con alta multimorbilidad.** Se describe la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada en Aragón durante 2016-2020. La diferencia global fija en términos positivos indica un mayor uso de urgencias hospitalarias que lo esperado en pacientes con alta multimorbilidad. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

## Ingresos hospitalarios

En la Tabla 17, se presentan los riesgos relativos estimados para el número de ingresos hospitalarios, tomando como referencia la mujer migrante residente en área urbana y con nivel socioeconómico alto.

La presencia de mayor carga de multimorbilidad se asoció con un mayor número de ingresos hospitalarios.

En relación con la edad, los ingresos fueron aumentando de forma marcada con el envejecimiento. Los pacientes de 35 a 64 años presentaron mayores ingresos frente a los menores de 35 años, mientras que los de 65 a 79 años mostraron aún más ingresos y por último los mayores o iguales de 80 años fueron los que más ingresos presentaron. Por lo que, con este gradiente por edad, se confirma la fuerte asociación entre envejecimiento y hospitalización.

El estatus migratorio mostró un mayor número de ingresos en los pacientes nativos que en los migrantes.

Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el género, el área de residencia, o el nivel socioeconómico.

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6a	Modelo 6b
<b>Multimorbilidad</b>	Baja	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Alta	1,42 (1,41-1,43)	1,50 (1,48-1,51)	1,52 (1,51-1,53)	1,51 (1,50-1,53)	1,51 (1,49-1,52)	1,51 (1,49-1,52)	1,50 (1,38-1,64)
<b>Edad</b>	<35		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	35-64		1,32 (1,30-1,33)	1,28 (1,26-1,30)	1,30 (1,28-1,32)	1,29 (1,27-1,31)	1,29 (1,27-1,31)	1,29 (1,14-1,45)
	65-79		2,63 (3,59-2,67)	2,54 (2,50-2,58)	2,56 (2,52-2,60)	2,46 (2,43-2,50)	2,47 (2,43-2,51)	2,67 (2,36-3,03)
	>=80		3,38 (3,32-3,43)	3,34 (3,29-3,40)	3,30 (3,25-3,35)	3,16 (3,11-3,21)	3,17 (3,12-3,22)	3,66 (3,21-4,17)
<b>Género</b>	Mujer			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Hombre			1,24 (1,23-1,25)	1,25 (1,24-1,26)	1,25 (1,24-1,26)	1,25 (1,24-1,26)	1,02 (0,93-1,11)
<b>Nivel socioeconómico</b>	Altos				Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Bajos				1,12 (1,11-1,13)	1,14 (1,13-1,15)	1,15 (1,14-1,16)	1,01 (0,92-1,10)
<b>Estatus migratorio</b>	Imm.					Ref.	Ref.	Ref.
	Nativo					1,29 (1,27-1,31)	1,30 (1,28-1,32)	1,13 (1,03-1,24)
<b>Lugar de residencia</b>	Urbano						Ref.	Ref.
	Rural						0,92 (0,91-0,93)	0,95 (0,87-1,03)
<b>Varianza</b>								0,056 (0,042-0,074)

**Tabla 17. Riesgos relativos del número de ingresos hospitalarios según modelos de regresión progresivos, tomando como referencia a mujeres migrantes urbanas con nivel socioeconómico alto.**  
 Legenda: Ref: estrato de referencia.

En el Anexo 4, aparece la Tabla 28, la Tabla 29, la Figura 4 y la Figura 5, con los datos detallados del análisis interseccional sobre los ingresos hospitalarios. A continuación, se describen los estratos interseccionales en los que se detectaron infrausos o un mayor uso del esperado, con diferencias estadísticamente significativas.

#### Pacientes con baja multimorbilidad

Los hombres jóvenes menores de 35 años, nativos, de nivel socioeconómico bajo que habitan en área urbana, y los hombres jóvenes migrantes que habitan en área urbana y rural, así como los hombres jóvenes nativos de nivel socioeconómico alto que habitan en área urbana, tenían menos ingresos hospitalarios de los esperados.

En edades avanzadas, las mujeres de 65 a 79 años migrantes de nivel socioeconómico bajo mostraron menos hospitalizaciones, tanto las que habitan en medio urbano como las que habitan en medio rural.

Edad				N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos	
< 35	H	€	Nativo	U	9670	0,3 (0,3-0,4)	0,3 (0,2-0,3)	0,3 (0,2-0,3)	-0,1
			Migrante	U	2150	0,3 (0,3-0,3)	0,2 (0,2-0,2)	0,2 (0,2-0,2)	-0,1
				R	1192	0,3 (0,2-0,3)	0,2 (0,2-0,2)	0,2 (0,2-0,2)	-0,1
		€€€	Nativo	U	5583	0,3 (0,3-0,4)	0,2 (0,2-0,2)	0,2 (0,2-0,2)	-0,1
				R	3181	0,3 (0,3-0,4)	0,2 (0,2-0,3)	0,2 (0,2-0,2)	-0,1
			Migrante	U	622	0,8 (0,7-0,9)	0,5 (0,5-0,6)	0,5 (0,5-0,6)	-0,2

**Tabla 18. Grupos poblacionales que ingresaron menos de lo esperado en pacientes con baja multimorbilidad.** Se describe la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada en pacientes con baja multimorbilidad de Aragón entre 2016 y 2020. Los valores de la diferencia global negativos indican que ingresaron menos de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

De forma contraria, las mujeres jóvenes nativas de nivel socioeconómico bajo, tanto las que habitan en áreas urbanas como en medios rurales, y las mujeres jóvenes migrantes de nivel socioeconómico bajo, tanto las que habitan en medio urbano como las que habitan en medio rural, tuvieron más ingresos de lo esperado.

De igual modo, las mujeres jóvenes migrantes de nivel socioeconómico alto, tanto en medio urbano como en medio rural, y los varones de 35 a 64 años, nativos de nivel socioeconómico bajo que habitan en área urbana, presentaron un exceso de ingresos. En los grupos de mayor edad, los hombres de 65 a 79 años, nativos, de nivel socioeconómico bajo, que habitan en áreas urbanas tuvieron mayor cantidad de ingresos. Así como los hombres migrantes de 65 a 79 años de nivel socioeconómico alto que habitan en áreas urbanas.

Edad				N		Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	M	€	Nativo	U	11876	0,3 (0,3-0,4)	0,4 (0,4-0,5)	0,4 (0,4-0,4)	0,1
				R	7249	0,3 (0,3-0,4)	0,4 (0,4-0,5)	0,4 (0,4-0,4)	0,1
		Migrante	U	3901	0,3 (0,3-0,3)	0,5 (0,4-0,5)	0,5 (0,5-0,5)	0,2	
			R	1990	0,3 (0,2-0,3)	0,4 (0,4-0,5)	0,4 (0,4-0,5)	0,2	
		€€€	Migrante	U	374	0,3 (0,3-0,3)	0,4 (0,3-0,4)	0,4 (0,4-0,5)	0,1
				R	200	0,3 (0,2-0,3)	0,5 (0,4-0,5)	0,5 (0,4-0,7)	0,2
35-64	H	€	Nativo	U	10474	0,4 (0,4-0,5)	0,6 (0,5-0,6)	0,6 (0,6-0,6)	0,1
65-79	H	€	Nativo	U	9447	0,9 (0,8-1)	1,2 (1,1-1,4)	1,2 (1,2-1,2)	0,3
		€€€	Migrante	U	127	0,8 (0,7-0,9)	1,1 (1-1,3)	1,3 (1,1-1,5)	0,4

**Tabla 19. Grupos poblacionales que ingresaron más de lo esperado en pacientes con baja multimorbilidad.** Se describe en esta tabla la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada durante el periodo de seguimiento 2016-2020 en pacientes con baja multimorbilidad en Aragón. La diferencia global Con valores positivos, indica que ingresaron más de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

#### Pacientes con alta multimorbilidad

En cuanto a los pacientes con alta carga de multimorbilidad, el grupo que presentó menos ingresos de lo esperado fueron los hombres jóvenes nativos de nivel socioeconómico alto que

habitan en área urbana y las mujeres de 65 a 79 años migrantes de nivel socioeconómico bajo que habitan en área urbana.

Edad				N	Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos
< 35	H	€	Nativo	U 5408	0,5 (0,4-0,6)	0,4 (0,3-0,4)	0,4 (0,3-0,4)	-0,1
		€€€	Nativo	U 2778	0,5 (0,4-0,6)	0,3 (0,3-0,3)	0,3 (0,3-0,3)	-0,2
				R 1494	0,5 (0,4-0,5)	0,3 (0,3-0,3)	0,3 (0,3-0,3)	-0,2
			Migrante	R 103	0,4 (0,4-0,5)	0,3 (0,3-0,3)	0,2 (0,1-0,3)	-0,1
65-79	M	€	Migrante	U 646	1,2 (1-1,3)	0,8 (0,7-1)	0,8 (0,8-0,9)	-0,3
		€€€	Nativo	U 8128	1,3 (1,1-1,5)	1 (0,9-1,1)	1 (1-1)	-0,3

**Tabla 20. Grupos poblacionales que ingresaron menos de lo esperado en pacientes con alta multimorbilidad.** Se describe en esta tabla la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada durante el periodo de seguimiento 2016-2020 en pacientes con alta multimorbilidad en Aragón. La diferencia global con valores negativos indica que ingresaron menos de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

Respecto a los pacientes con alta multimorbilidad que presentaron más ingresos de lo esperado, nos encontramos a las mujeres migrantes, jóvenes, de nivel socioeconómico bajo, que habitan tanto en el área urbana como en área rural, así como las mujeres migrantes jóvenes, de nivel socioeconómico alto, que habitan en medio rural.

En edades intermedias nos encontramos a los hombres de 35 a 64 años, nativos de nivel socioeconómico bajo que habitan en medio urbano.

Finalmente, en los grupos de 65 a 79 años, los hombres nativos de nivel socioeconómico bajo, tanto los que habitan en áreas urbanas como rurales, presentaron más ingresos de lo esperado.

Edad			N		Media estimada sin efectos aleatorios	Media estimada con efectos aleatorios	Media observada	Diferencia global-fijos	
< 35	M	€	Nativo	R	5847	0,5 (0,4-0,5)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,6-0,6)	0,1
			Migrante	U	3508	0,4 (0,4-0,5)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,6-0,6)	0,2
				R	1507	0,4 (0,4-0,5)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,6-0,7)	0,2
		€€€		Migrante	R	140	0,4 (0,4-0,5)	0,6 (0,6-0,7)	0,7 (0,6-0,9)
35-64	H	€	Nativo	U	22198	0,6 (0,6-0,7)	1 (0,9-1,1)	1 (1-1)	0,3
				R	17879	0,6 (0,5-0,7)	0,9 (0,8-1)	0,9 (0,9-0,9)	0,3
65-79	H	€	Nativo	U	10958	1,3 (1,2-1,5)	1,9 (1,6-2,1)	1,9 (1,9-1,9)	0,5
				R	10185	1,3 (1,1-1,4)	1,6 (1,4-1,9)	1,6 (1,6-1,7)	0,4

**Tabla 21. Grupos poblacionales que ingresaron más de lo esperado en pacientes con alta multimorbilidad.** En esta tabla se describe la media estimada sin efectos aleatorios, con efectos aleatorios y la media observada durante el periodo de seguimiento 2016-2020 en pacientes con multimorbilidad en Aragón. Los valores positivos en la diferencia global indican que ingresaron más de lo esperado. Leyenda: H: Hombre; M: Mujer; U: zona urbana; R: zona rural; €: nivel socioeconómico bajo (TSI < 18000€/año); €€€: nivel socioeconómico alto (TSI ≥18.000€/año).

## DISCUSIÓN

---

Los resultados de este estudio muestran que el uso de los servicios sanitarios públicos en Aragón no se distribuye de manera uniforme, si no que están condicionados por una interacción compleja de los determinantes sociales (edad, sexo, nivel socioeconómico, estatus migratorio y área de residencia). Estos hallazgos confirman la hipótesis inicialmente planteada. Además, la perspectiva interseccional empleada en este estudio ha permitido dividir a la población en múltiples estratos, identificando algunos perfiles específicos de infrautilización y sobreutilización. Este enfoque muestra que los determinantes sociales no actúan de manera aislada, sino que se acumulan y combinan, generando desigualdades complejas y en muchos casos, brechas acumulativas de accesibilidad (10,13,15,38).

### Consultas de medicina de familia

Las consultas de Medicina de familia constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario en Aragón y sus características de gratuidad, cercanía y continuidad favorecen su papel como servicio de referencia para la población general (1,5,20). En este estudio, se vio que las consultas de Medicina de familia fueron más utilizadas por parte de los grupos que presentaban una mayor vulnerabilidad social, en contraste con otros niveles asistenciales.

Los resultados confirman que la edad del sexo, el nivel socioeconómico, el estatus migratorio y la zona de residencia influyen de manera significativa en el número de consultas de Medicina de familia. Se observó un aumento progresivo del uso con la edad, consistente con el incremento de la carga de multimorbilidad y la fragilidad en etapas avanzadas de la vida (6,7,9). Se constató un menor uso en varones, lo que se reproduce la brecha de género documentada en estudios previos de la literatura, donde las mujeres tienden a consultar más por motivos preventivos y de salud reproductiva, mientras que los varones retrasan la búsqueda de ayuda (7,39).

Otro de los hallazgos claves del estudio ha sido la mayor utilización de las consultas de Medicina de familia en personas con nivel socioeconómico bajo, lo que contrasta con el uso en otros niveles asistenciales. Este resultado muestra como la ley de Cuidados Inversos, no se manifiesta tanto en la atención primaria (25) De hecho, varios estudios han descrito a la atención primaria como un nivel asistencial más equitativo, puede ser bien por su proximidad, o por su accesibilidad o longitudinalidad, reduciéndose así las barreras económicas y territoriales (37,44). En Aragón, la concentración de recursos en Atención Primaria en los municipios rurales con bajos cupos poblacionales puede explicar porque el vivir en estas áreas se asocie con un mayor número de consultas, reforzando el papel compensador de la atención primaria, en territorios donde en la asistencia hospitalaria conlleva un desplazamiento (4,29).

Entrando a analizar los distintos estratos interseccionales se ha hallado una infrautilización de las consultas de Medicina de familia por los jóvenes varones nativos con ingresos altos; esto podría estar relacionado con una menor percepción de necesidad de asistencia o con la asistencia a la medicina privada (13,40). Los varones migrantes de 35 a 64 años con nivel socioeconómico bajo acudieron menos, esto va acorde a distintos estudios europeos que describen como las barreras culturales, lingüísticas y laborales hacen que acudan menos al

sistema de salud (8,9,42). Del mismo modo, las mujeres migrantes de 65 a 79 años y las mayores de 80 años, especialmente las que habitaban en medio rural, consultaron menos, acumulando así factores de vulnerabilidad (15,43).

Por el contrario, se objetivó un exceso de uso en mujeres jóvenes migrantes, tanto de nivel socioeconómico bajo como de nivel socioeconómico alto. Esto se podría explicar por las necesidades de salud reproductiva o de consultas por patología materno infantil (2,7,18). Por último, los varones nativos de 65 a 79 años con nivel socioeconómico bajo realizaron más consultas en Medicina de familia, siendo de nuevo la atención primaria la que garantiza una gran accesibilidad (7,20).

### Consultas externas hospitalarias:

En las consultas externas hospitalarias, la edad y la multimorbilidad se asociaron a un mayor número de visitas, pero el hecho de ser varón, vivir en zonas rurales o ser migrante se relacionó con un menor uso de estas (4,13,29). Estos resultados se han objetivado también en investigaciones realizadas tanto en Inglaterra como en Finlandia, que han demostrado cómo la concentración de recursos especializados en ciudades genera brechas geográficas y socioeconómicas en el acceso a éstas (22,29).

En este nivel del sistema de salud, la ruralidad supuso una clara desventaja. Los pacientes que vivían en medios rurales acudieron menos a consultas externas, incluso ajustando por multimorbilidad. Este resultado va acorde con el análisis que realizaron Chen et al, que mostró que el tiempo de desplazamiento al hospital es un predictor clave de inequidad territorial en el acceso (4). De este modo, mientras que las consultas de Medicina de familia mantienen cierta capacidad de equidad social, la atención hospitalaria especializada se asocia con más frecuencia con la ley de los cuidados inversos (25,37).

Desde un punto de vista interseccional, la infrautilización fue evidente en los hombres migrantes, jóvenes de nivel socioeconómico bajo y en las mujeres migrantes de 65 a 79 años y mayores de 80 años, así como las mujeres nativas y mayores de 80 años de nivel socioeconómico bajo. Estos hallazgos concuerdan con los estudios que señalan que las mujeres migrantes mayores presentan barreras añadidas de accesibilidad, no solo por la distancia física, sino también por una menor alfabetización sanitaria o una menor confianza en el sistema sanitario público (10,11, 43).

De forma contraria, la sobreutilización se detectó en las mujeres migrantes jóvenes, tanto con nivel socioeconómico bajo como con nivel socioeconómico alto, quizás debido a las derivaciones frecuentes desde atención primaria por motivos ginecológicos obstétricos o de salud sexual (17,18, 26).

### Urgencias hospitalarias:

En urgencias hospitalarias, la multimorbilidad se asoció con un mayor uso, en consonancia con la literatura internacional (2,9,16). Sin embargo, el patrón por edad difirió ya que los pacientes de 35 a 64 años y los de 65 a 79 años acudieron menos que los menores de 35, mientras que los mayores de 80 años mostraron un uso mayor. El mayor uso en los pacientes mayores de 80

años podría deberse a un aumento de la fragilidad y a un mayor riesgo de descompensaciones en este grupo etario. (12,28)

Un resultado de gran relevancia fue la asociación entre el nivel socioeconómico y el uso de urgencias. Se objetivó que los pacientes con bajo nivel socioeconómico realizaron más visitas que los de alto nivel socioeconómico, un hallazgo consistente con estudios de la literatura. Estos señalan como la precariedad laboral o la rigidez de horarios de trabajo dificultan el acceso a una atención primaria programada, desplazando la demanda hacia urgencias disponibles fuera del horario laboral (17,18,46). Del mismo modo, se observó un menor uso de las urgencias hospitalarias en pacientes que viven en áreas rurales, lo que apunta a la existencia de barreras geográficas que limitan la asistencia, distancias largas, ausencia de transporte público o una menor disponibilidad de dispositivos de urgencias en los territorios más dispersos (19,47). Estas dificultades pueden tener un impacto negativo en la salud de los pacientes, retrasando la atención urgente, pudiendo derivar en ingresos hospitalarios evitables y aumentando la mortalidad en emergencias que son tiempo-dependientes. (29,47).

En cuanto a las diferencias de género ni de estatus migratorio en el uso de las urgencias hospitalarias, no se hallaron resultados estadísticamente significativos.

En el estudio también se identificaron unos patrones más específicos, se vio una infrautilización en varones jóvenes migrantes pobres y en mujeres mayores migrantes pobres y una sobreutilización en las mujeres jóvenes tanto nativas como migrantes y en varones jóvenes mayores nativos con nivel socioeconómico bajo. Por lo que estos patrones, indican que en urgencias confluye tanto la necesidad clínica como en los factores de conveniencia y accesibilidad no programada (2,12,28).

### Ingresos hospitalarios:

En los resultados de los ingresos hospitalarios se vio un aumento progresivo del número de ingresos hospitalarios, según la edad y según la carga de multimorbilidad, como era esperable. De hecho, es en los ingresos hospitalarios donde más se acentúan las diferencias etarias (7,9,16,21). Los nativos ingresaron más que los migrantes, tal como ha quedado demostrado en numerosos estudios (48-52).

En pacientes con baja carga de multimorbilidad, se observó un menor número de ingresos hospitalarios en varones jóvenes y en mujeres migrantes mayores pobres. Además, se vio un mayor número de ingresos hospitalarios en mujeres jóvenes, nativas y migrantes y en varones nativos, adultos o mayores con nivel socioeconómico bajo (26,27,45).

En cuanto a los pacientes con alta carga de multimorbilidad se repitió esta pauta, ingresaron menos las mujeres mayores migrantes de nivel socioeconómico bajo urbanas y un mayor número de ingresos hospitalarios en mujeres jóvenes migrantes; en varones adultos y varones mayores con nivel socioeconómico bajo (23,24,53).



## Patrones transversales específicos:

Además, se han identificado unos patrones transversales específicos: la infrautilización sistemática tanto en hombre jóvenes como en adultos migrantes de bajo nivel socioeconómico, la sobreutilización del sistema de salud público de las mujeres jóvenes migrantes, (rurales en mayor medida), la sobreutilización de hombres mayores españoles con nivel socioeconómico bajo y/o la infrautilización de las mujeres mayores migrantes con bajo nivel socioeconómico sobre todo las que habitan en áreas rurales.

En primer lugar, se identificó un patrón de infrautilización del SSP de los hombres jóvenes y adultos migrantes con bajos ingresos, especialmente, los que habitan en áreas rurales. Estos datos coinciden con estudios previos que documentaban la existencia de barreras de acceso por parte de la población migrante, no solo por los factores lingüísticos o administrativos o de transporte, sino también por una percepción de discriminación cuando acudían al SSP y una menor confianza en el sistema sanitario (5,10).

En contraste, es llamativo el exceso de utilización de SSP por parte de las mujeres jóvenes inmigrantes, especialmente de las que habitan en la zona rural. Se ha objetivado un uso transversal en todos los niveles asistenciales. Según la evidencia, este uso podría estar vinculado a las necesidades de atención derivadas por consultas sobre salud reproductiva o control del embarazo. Respecto a la ligeramente mayor utilización de las urgencias, podría deberse por la falta de alternativas accesibles o adecuadas para llevar un seguimiento por atención primaria (2,15).

Este patrón no se ve afectado por el nivel socioeconómico, pues también se ha observado en las mujeres migrantes jóvenes rurales que tienen un nivel económico alto. Este hecho sugiere que el nivel económico no elimina la barrera geográfica, ni la dificultad para una asistencia continuada.

Otro hallazgo para destacar es la sobreutilización en los hombres nativos de 65-79 años con ingresos bajos, dado a que hicieron más consultas en atención primaria e ingresos hospitalarios de lo esperado. Este hallazgo concuerda con la literatura donde se ha observado que la multimorbilidad y la fragilidad se concentra en los grupos más vulnerables, produciendo un mayor contacto con el sistema sanitario; aunque en ocasiones los cuidados no son acordes a la complejidad de sus necesidades (7,16).

Por el contrario, se ha detectado una infrautilización de las mujeres migrantes mayores con bajo nivel socioeconómico, sobre todo las que habitan en medios rurales, ya que consultaron menos, realizaron menos visitas a urgencias hospitalarias y estuvieron menos ingresadas de lo esperado. Esto demuestra, como ya se ha mencionado, la existencia de las brechas acumulativas de accesibilidad donde la interacción de diversos ejes de desigualdad limita aún más el acceso a la atención sanitaria, produciendo una desigualdad en salud. Se puede hipotetizar que las mujeres migrantes mayores no tienen carné de conducir o no tienen vehículo privado para acceder al medio hospitalario (21, 37).

Todo esto demuestra que los determinantes sociales de la salud no actúan de forma aislada, si no que se van combinando de forma compleja para generar estratos con un perfil específico de uso del sistema de salud (10,13).

## Accesibilidad, determinantes sociales y políticas de salud:

Estos datos tienen gran relevancia tanto en el ámbito clínico como en el ámbito político. En cuanto a la práctica asistencial, sugiere la necesidad de reforzar la captación de forma activa de los estratos poblacionales que infrautilizan los servicios, bien con agendas con horarios más flexibles tanto en atención primaria como en atención de especialidades hospitalarias, o bien con estrategias de mediación cultural o con la utilización de traductores en consulta.

En cuanto a la parte de política sanitaria, los resultados del estudio apoyan la teoría del universalismo proporcional, definida como políticas universales en el acceso, pero con una intensidad proporcional a la necesidad que tienen los grupos más desfavorecidos (8,19).

Por último, hay que focalizar el problema de la ruralidad, ya que se ha visto en el estudio como modula las desigualdades tanto en la sobreutilización como en la infrautilización. Esto se debe tener en cuenta para realizar intervenciones territoriales específicas como pueden ser mejorar el transporte tanto sanitario como el transporte urbano, reorganizar también la oferta asistencial (mayor dotación de profesionales, aumentar los recursos disponibles de consultas de atención de especialidades hospitalarias, aumentar los medios materiales o favorecer los circuitos asistenciales que eviten derivaciones a urgencias...) en las zonas más dispersas, como es el caso de Aragón (4,29).

## Fortalezas:

La mayor fortaleza del estudio ha sido el uso de una cohorte poblacional tan amplia del sistema de salud público, ya que esto ha permitido adoptar un enfoque interseccional y obtener de forma más precisa los estratos de riesgo, superando a los resultados que se obtenían del análisis univariante. De esta forma, al tener los estratos poblacionales más precisos, permiten diseñar políticas de salud más focalizadas para reducir la inequidad en el acceso al sistema de salud público.

## Limitaciones:

Las principales limitaciones encontradas en el estudio son que se trata de un estudio retrospectivo observacional por lo que impide establecer relaciones causales. Además, los datos de los accesos se obtienen según los registros administrativos, pero no se tiene la información sobre la necesidad del uso del sistema de salud público ni de la calidad de la atención recibida. Otra limitación observada es que la condición migratoria y el nivel socioeconómico se han clasificado con las variables (país de nacimiento y TSI), pero no se conoce la educación de los pacientes, ni el idioma que hablan; pudiendo haber influido estos datos actuando como moduladores del uso del sistema sanitario.

El periodo de seguimiento incluía parte del año 2020, por lo que parte de los resultados de utilización de los servicios sanitarios se han podido ver alterados por la pandemia mundial de COVID-19.

Por último, los modelos se han ajustado por intensidad de multimorbilidad, pero no se ha tenido en cuenta la severidad de las enfermedades ni la carga funcional que conlleva el padecer múltiples enfermedades crónicas. De esta manera, si se hubieran tenido estos datos se podría haber visto si condicionaban el nivel asistencial elegido, en cada caso.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos durante el estudio refuerzan la necesidad de avanzar hacia una atención más equitativa, reforzando la atención primaria en los estratos más vulnerables, mejorando la accesibilidad en las zonas rurales, etc.... Asimismo, muestra que es de gran importancia la utilidad del enfoque interseccional tanto en investigación en salud pública como en planificación sanitaria, ya que este método analítico muestra subgrupos concretos en riesgo que estarían ocultos con los análisis convencionales como el análisis univariante.

### Futuras investigaciones:

Este estudio se podría complementar con métodos cualitativos para conocer las causas de estas diferencias que de una manera cuantitativa no podemos conocer.

## CONCLUSIONES

---

1. Este estudio confirma que el uso del sistema sanitario público en la Comunidad Autónoma de Aragón no es homogéneo, sino que está influido por múltiples determinantes sociales que al combinarse generan desigualdades claras en la accesibilidad.
2. Los resultados muestran que existen colectivos que utilizan menos los servicios de lo esperado, como los hombres migrantes jóvenes, y adultos con bajos ingresos y mujeres migrantes mayores en áreas rurales, lo que refleja barreras de acceso que van más allá de la necesidad clínica.
3. Se han identificado grupos que hacen un uso superior al previsto, como las mujeres migrantes, jóvenes, especialmente en zonas rurales, y los hombres nativos, de 65-79 años con bajos ingresos, lo que evidencia una sobreutilización que puede responder a una atención fragmentada o insuficientemente resolutive en niveles de atención previos.
4. El uso de la perspectiva interseccional ha permitido visibilizar desigualdades que no serían detectables con los análisis estadísticos convencionales.
5. En conjunto, el trabajo aporta evidencia útil para la planificación sanitaria en Aragón, subrayando la necesidad de diseñar políticas que apliquen el principio de universalismo proporcional y que refuercen la atención a los grupos más vulnerables, garantizando un acceso más equitativo y adaptado a las necesidades reales de la población.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

1. World Health Organization. Universal health coverage and social determinants of health. Geneva: WHO; 2021.
2. Lim A, Chan JKY, Tan YR, Seow E. Social determinants of health and emergency department visits among older adults with multimorbidity. *BMC Public Health*. 2024; 24:18613.
3. Mossadeghi B, Caixeta R, Ondarsuhu D, Luciani S, Hambleton IR, Hennis A. Multimorbidity and social determinants of health in the US prior to the COVID-19 pandemic: NHANES 2017–2018. *BMC Public Health*. 2023; 23:887.
4. Chen Y, Botta F. The geography of inequalities in access to healthcare across England: travel time analysis. *Lancet Reg Health Eur*. 2024; 15:100300.
5. Ingram E, Ledden S, Beardon S, Gomes M, Hogarth S, McDonald H, et al. Household and area-level social determinants of multimorbidity: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(3):232–41.
6. Galvani-Townsend S, Martinez I, Pandey A. Is life expectancy higher in countries with publicly funded health care? *J Glob Health*. 2022; 12:04091.
7. Valenzuela S, Sterling MR, Leng M, Li N, Wall SP, Katz MH. Social deprivation and multimorbidity among community-based health centers. *Prev Chronic Dis*. 2024;21: E25.
8. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
9. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity – a global challenge. *Nat Rev Dis Primers*. 2022; 8:19.
10. Moreno-Juste A, Poblador-Plou B, Carmona-Pérez J, González-Rubio F, Aza-Pascual-Salcedo M, Gimeno-Miguel A, et al. Multimorbidity and social determinants in an intersectionality perspective: the EpiChron cohort in Aragón. *J Glob Health*. 2023; 13:06017.
11. Carretero-Bravo J, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Gimeno-Miguel A, Prados-Torres A. Multimorbidity patterns and their association with social determinants of health during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16839.
12. Turbow SD, Vaughan CP. Chronic conditions, multimorbidity, and health outcomes among US adults. *Prev Chronic Dis*. 2025; 22:250219.
13. Wemrell M, Karlsson N, Perez Vicente R, Merlo J. An intersectional analysis providing more precise information on inequities in self-rated health. *Int J Equity Health*. 2021; 20:54.

14. Qureshi I, Gogoi M, Al-Oraibi A, Wobi F, Pan D, Martin CA, et al. Intersectionality and developing evidence-based policy. *Lancet*. 2022; 399:355-6.
15. Moreno-Juste A, Laguna-Berna C, Poblador-Plou B, Calderon-Larranaga A, Librero J, Lozano-Hernandez C, et al. Intersectional analysis of social determinants and their association with mortality in multimorbidity. *J Glob Health*. 2024; 14:04229.
16. Giesinger I, et al. Association between total social exposure and incident multimorbidity. *Lancet Reg Health Eur*. 2025; 32:100728.
17. Sun P, Yang J, et al. Socioeconomic status and lifestyle as factors associated with multimorbidity among older adults in China: a machine learning approach. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2025;80(5):501-10.
18. Nwadiugwu MC. Multi-Morbidity in the Older Person: Polypharmacy and socioeconomic status. *Front Public Health*. 2021; 8:582234.
19. Bierman AS, Tinetti M, Huang A, McCarthy D, Goodman R. Transforming care for people with multiple chronic conditions. *Health Serv Res*. 2021;56(Suppl 2):1025-35.
20. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Miguel A, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falco A, Gimeno-Feliu LA, et al. Cohort Profile: The EpiChron Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2018;47(2):382-4.
21. Kangas T, Aromaa E, Nieminen T, Jylhä M, Raitanen J. Social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease. *Qual Life Res*. 2025;34(2):395-407.
22. Jerjes W. Primary care stability as a social determinant of health. *Front Health Serv*. 2025; 5:1646932.
23. Moreno-Juste A, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, Calderón-Larranaga A, Cano del Pozo M, Forjaz MJ, et al. Multimorbidity, social determinants and intersectionality in chronic patients. *J Glob Health*. 2023; 13:04014.
24. Bisquera A, Gulliford M, Dodhia H, Ledwaba-Chapman L, Durbaba S, Soley-Bori M, et al. Identifying longitudinal clusters of multimorbidity in an urban setting. *Lancet Reg Health Eur*. 2021; 3:100047.
25. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
26. Ballesteros SM, Moreno-Montoya J, Grooten WJA, Barrera-López P, de la Hoz-Valle JA. Socioeconomic variation of multimorbidity in Colombian older adults. *Sci Rep*. 2021; 11:22738.
27. Pedrós Barnils N, Eurenus E, Gustafsson PE. Self-rated health inequalities in Spain: exploring gender, social class and development. *Int J Equity Health*. 2020; 19:85.
28. Hernández-Yumar A, Wemrell M, Abásolo Alessón I, González López-Valcárcel B, Leckie G, Merlo J. Socioeconomic differences in BMI in Spain: intersectional analysis. *PLoS One*. 2018;13(12): e0208624.

29. Cacciatore S, Mao S, Villalba Nuñez M, Massaro C, Spadafora L, Bernardi M, et al. Urban health inequities and policy implications. *Aging Clin Exp Res*. 2025;37(1):143.
30. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.
31. Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis*. 2013;10: e66. doi:10.5888/pcd10.120239.
32. World Organization of Family Doctors (WONCA), Classification Committee. *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press; 1987
33. World Health Organization. International Classification of Diseases: Ninth Revision (ICD-9). Geneva: WHO; 1977.
34. Agency for Healthcare Research and Quality. Clinical Classifications Software (CCS) for ICD-9-CM. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). Rockville, MD: AHRQ; 2017. Disponible en: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp>
35. Agency for Healthcare Research and Quality. Chronic Condition Indicator (CCI) for ICD-9-CM. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). Rockville, MD: AHRQ; 2017. Disponible en: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/chronic/chronic.jsp>
36. Compés Dea ML, Olivan Bellido E, Feja Solana C, Aguilar Palacio I, García Carpintero Romero del Hombrebueno G, Adiego Sancho B. [Construction of a deprivation index by Basic Healthcare Area in Aragon using Population and Housing Census 2011]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92: e201812087. S
37. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law revisited: a global perspective. *Lancet*. 2021;397(10276):828–38.
38. Álvarez-Gálvez J, Suárez-Lledó V, Zawisza K, Prados-Torres A. Social determinants of multimorbidity patterns: a systematic review. *Front Public Health*. 2023; 11:1081518.
39. Wang Y, Hunt K, Nazroo J, et al. Gender and health service use: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2021;6(9): e611–e622.
40. Ferre Z, Huertas-Nadal C, Pérez-Vicente R, González-Rábago Y. Immigrant assimilation in health care utilisation in Spain. *Eur J Health Econ*. 2024;25:(ahead of print).
41. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *Bull World Health Organ*. 2017;95(5):329–42.
42. Hill JN, Krüger K, Boczor S, von dem Knesebeck O, Scherer M. Patient-centredness in primary care walk-in clinics for refugees. *BMC Prim Care*. 2023; 24:112.
43. Lurgain JG, et al. Exploring cultural competence barriers in the primary care of migrant women in Catalonia. *Int J Equity Health*. 2024;23:
44. Spain: Health system review 2024. European Observatory on Health Systems and Policies/WHO. 2024.
45. Kangas T, Aromaa E, Nieminen T, Jylhä M, Raitanen J. Social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease. *Qual Life Res*. 2025;34(2):395–407.

46. Cookson R, Propper C, Asaria M, Raine R. Socio-economic inequalities in health care (update). *Lancet*. 2021;397(10277):1507–18.
47. Kerwagen F, et al. Rurality, travel distance and effectiveness of remote cardiology access. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;(early view).
48. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Laguna-Berna C, Poblador-Plou B, Coscollar-Santaliestra C, et al. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit*. 2015;29(1):15–20.
49. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*. 2016;37(1):28.
50. Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*. 2016;16(1):450.
51. Gimeno-Feliu LA, Pastor-Sanz M, Poblador-Plou B, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Prados-Torres A. Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):41.
52. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice*. 2006;23(3):325-48.
53. Bierman AS, Tinetti M, Huang A, McCarthy D, Goodman R. Transforming care for people with multiple chronic conditions: Agency for Healthcare Research and Quality framework. *Health Serv Res*. 2021;56(Suppl 2):1025–35.



## ANEXOS:

### ANEXO 1

**Table 1S:** List of 129 chronic conditions analysed for the definition of multimorbidity based on the use of the Clinical Classifications Software (CCS) and the Chronic Condition Indicator Software.

CCS code	Condition
D1	Tuberculosis
D4	Mycoses
D5	HIV infection
D6	Hepatitis
D7	Viral infection
D8	Other infections; including parasitic
D48	Thyroid disorders
D51	Other endocrine disorders
D52	Nutritional deficiencies
D53	Disorders of lipid metabolism
D54	Gout and other crystal arthropathies
D56	Cystic fibrosis
D57	Immunity disorders
D59	Deficiency and other anemia
D61	Sickle cell anemia
D62	Coagulation and hemorrhagic disorders
D63	Diseases of white blood cells
D650	Adjustment disorders
D651	Anxiety disorders
D652	Attention-deficit, conduct, and disruptive behavior disorders
D653	Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders
D654	Developmental disorders
D655	Disorders usually diagnosed in infancy, childhood, or adolescence
D657	Depression and mood disorders
D658	Personality disorders
D659	Schizophrenia and other psychotic disorders
D660	Alcohol-related disorders

D661	Substance-related disorders
D670	Miscellaneous mental health disorders
D78	Other CNS infection and poliomyelitis
D79	Parkinson's disease
D80	Multiple sclerosis
D81	Other hereditary and degenerative nervous system conditions
D82	Paralysis
D83	Epilepsy; convulsions
D84	Headache; including migraine
D86	Cataract
D87	Retinal detachments; defects; vascular occlusion; and retinopathy
D88	Glaucoma
D89	Blindness and vision defects
D90	Inflammation; infection of eye (except that caused by tuberculosis or sexually transmitted disease)
D91	Other eye disorders
D93	Conditions associated with dizziness or vertigo
D94	Other ear and sense organ disorders
D95	Other nervous system disorders
D96	Heart valve disorders
D97	Peri-, endo-, and myocarditis; cardiomyopathy (except that caused by tuberculosis or sexually transmitted disease)
D100	Acute myocardial infarction sequelae
D103	Pulmonary heart disease
D104	Other and ill-defined heart disease
D105	Conduction disorders
D106	Cardiac dysrhythmias
D107	Cardiac arrest and ventricular fibrillation
D108	Congestive heart failure; nonhypertensive
D109	Acute cerebrovascular disease sequelae
D111	Other and ill-defined cerebrovascular disease
D112	Transient cerebral ischemia
D113	Late effects of cerebrovascular disease
D114	Peripheral and visceral atherosclerosis

D115	Aortic; peripheral; and visceral artery aneurysms
D116	Aortic and peripheral arterial embolism or thrombosis
D117	Other circulatory disease
D121	Other diseases of veins and lymphatics
D127	Chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis
D128	Asthma
D132	Lung disease due to external agents
D133	Other lower respiratory disease
D134	Other upper respiratory disease
D137	Diseases of mouth; excluding dental
D138	Esophageal disorders
D144	Regional enteritis and ulcerative colitis
D146	Diverticulosis and diverticulitis
D149	Biliary tract disease
D151	Other liver diseases
D152	Pancreatic disorders (not diabetes)
D155	Other gastrointestinal disorders
D156	Nephritis; nephrosis; renal sclerosis
D158	Chronic kidney disease
D159	Urinary tract infections
D162	Other diseases of bladder and urethra
D163	Genitourinary symptoms and ill-defined conditions
D164	Hyperplasia of prostate
D165	Inflammatory conditions of male genital organs
D166	Other male genital disorders
D167	Nonmalignant breast conditions
D169	Endometriosis
D170	Prolapse of female genital organs
D171	Menstrual disorders
D173	Menopausal disorders
D174	Female infertility
D175	Other female genital disorders

D183	Hypertension complicating pregnancy; childbirth and the puerperium
D197	Skin and subcutaneous tissue infections
D198	Other inflammatory condition of skin
D199	Chronic ulcer of skin
D200	Other skin disorders
D201	Infective arthritis and osteomyelitis (except that caused by tuberculosis or sexually transmitted disease)
D202	Rheumatoid arthritis and related disease
D203	Osteoarthritis
D204	Other non-traumatic joint disorders
D205	Spondylosis; intervertebral disc disorders; other back problems
D206	Osteoporosis
D208	Acquired foot deformities
D209	Other acquired deformities
D210	Systemic lupus erythematosus and connective tissue disorders
D211	Other connective tissue disease
D212	Other bone disease and musculoskeletal deformities
D213	Cardiac and circulatory congenital anomalies
D214	Digestive congenital anomalies
D215	Genitourinary congenital anomalies
D216	Nervous system congenital anomalies
D217	Other congenital anomalies
D225	Joint disorders and dislocations; trauma-related
D227	Spinal cord injury
D247	Lymphadenitis
D248	Gangrene
D252	Malaise and fatigue
D253	Allergic reactions
D259	Residual codes; unclassified
D300	Obesity
D301	Other microcrystalline arthritis
D302	Eating disorders
D303	Sexual disorders

D304	Sleeping disorders
D305	Somatization and hypochondria disorders
G2	Neoplasms
G3_23	Diabetes Mellitus
G7_1	Hypertension
G3_11	Other nutritional; endocrine; and metabolic disorders

## ANEXO 2.

Dictamen CEICA sobre la Cohorte EpiChron para investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad. 2017.



### Informe Dictamen Favorable Proyecto Investigación Biomédica

C.P. - C.I. PE17/0024

15 de febrero de 2017

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### CERTIFICA

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 15/02/2017, Acta Nº 03/2017 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

**Título: La Cohorte EpiChron para investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad**

**Investigador Principal: Alexandra Prados Torres, IACS**

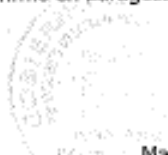
**Versión protocolo: enero/2017**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 15 de febrero de 2017



María González Hínjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

### ANEXO 3.

Dictamen CEICA de la Cohorte EpiChron para investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad. 2021.



**Informe Dictamen Favorable**  
**Proyecto Investigación Biomédica**

C.I. P117/0024

9 de febrero de 2022

Dña. María González Hinos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 09/02/2022, Acta N° 03/20227 ha evaluado la **modificación relevante** propuesta por el investigador y referida al estudio:

**Título: La Cohorte EpiChron para investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad**

**Investigador Principal: Alexandra Prados Torres, IACS**

**Versión protocolo: 11/02/2021**

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización de la modificación.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

**GONZALEZ**

**HINJOS**

**MARIA - DNI**

**03857456B**

María González Hinos

Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Firmado digitalmente  
por GONZALEZ  
HINJOS MARIA - DNI  
03857456B  
Fecha: 2022.02.15  
11:29:13 +01'00'

ANEXO 4. FIGURAS Y TABLAS DEL ANÁLISIS DE INTERSECCIONALIDAD.

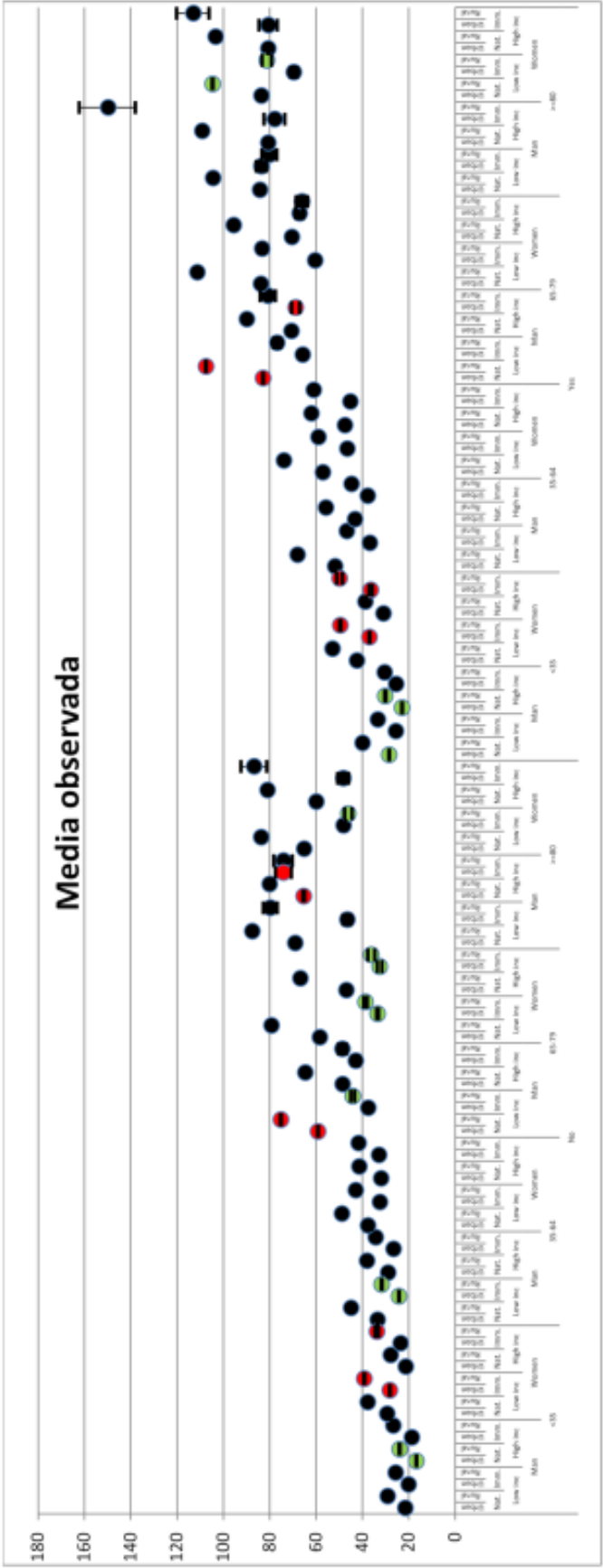


Figura 1. Media de visitas observadas en Consultas de Medicina de Familia, según los distintos determinantes sociales. Círculo negro: media de visitas observadas en las que no ha habido significación estadística tras el análisis interseccional. Círculo verde: número de visitas observadas menores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas. Círculo rojo: número de visitas observadas mayores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas.

		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F
<35	H	U	9670	23,53 (21,9-25,29)	21,52 (21,43-21,62)	-2
		R	6183	30,3 (28,21-32,55)	29,14 (29,01-29,28)	-1,2
		U	2150	20,01 (18,63-21,49)	20,06 (19,87-20,25)	0,1
		R	1192	25,76 (23,98-27,68)	25,71 (25,42-26)	0
		U	5583	21,73 (20,23-23,34)	16,72 (15,57-17,96)	-5
	M	R	3181	27,97 (26,05-30,04)	23,98 (22,33-25,75)	-4
		U	295	18,47 (17,18-19,87)	18,66 (17,35-20,07)	0,2
		R	170	23,78 (22,1-25,6)	26,13 (24,27-28,12)	2,3
		U	11876	26,12 (24,3-28,08)	29,32 (27,28-31,51)	3,2
		R	7249	33,63 (31,3-36,13)	37,72 (35,11-40,52)	4,1
35-64	H	U	3901	22,21 (20,68-23,84)	28,03 (26,11-30,09)	5,8
		R	1990	28,59 (26,62-30,71)	38,98 (36,29-41,88)	10,4
		U	5029	24,12 (22,45-25,9)	21,35 (19,88-22,94)	-2,8
		R	2686	31,05 (28,91-33,35)	27,79 (25,87-29,84)	-3,3
		U	374	20,5 (19,07-22,04)	23,26 (21,64-25,01)	2,8
	M	R	200	26,4 (24,53-28,41)	32,53 (30,23-35,01)	6,1
		U	10474	33,46 (31,13-35,96)	33,47 (31,14-35,97)	0
		R	9019	43,08 (40,11-46,27)	44,87 (41,78-48,2)	1,8
		U	4035	28,45 (26,5-30,54)	24,27 (22,61-26,06)	-4,2
		R	2485	36,63 (34,11-39,33)	31,71 (29,53-34,05)	-4,9
>=80	H	U	13779	30,89 (28,78-33,17)	28,86 (26,88-30,99)	-2
		R	8193	39,77 (37,06-42,69)	38,02 (35,42-40,8)	-1,8
		U	787	26,27 (24,45-28,22)	26,53 (24,69-28,51)	0,3
		R	434	33,82 (31,45-36,36)	34,22 (31,83-36,8)	0,4
		U	14713	37,14 (34,54-39,93)	37,66 (35,02-40,49)	0,5
	M	R	10585	47,81 (44,5-51,37)	48,84 (45,45-52,48)	1
		U	5055	31,57 (29,42-33,89)	32,48 (30,26-34,86)	0,9
		R	2596	40,65 (37,86-43,65)	42,82 (39,88-45,98)	2,2
		U	11328	34,29 (31,93-36,82)	31,93 (29,73-34,29)	-2,4
		R	5197	44,14 (41,11-47,39)	41,37 (38,53-44,41)	-2,8

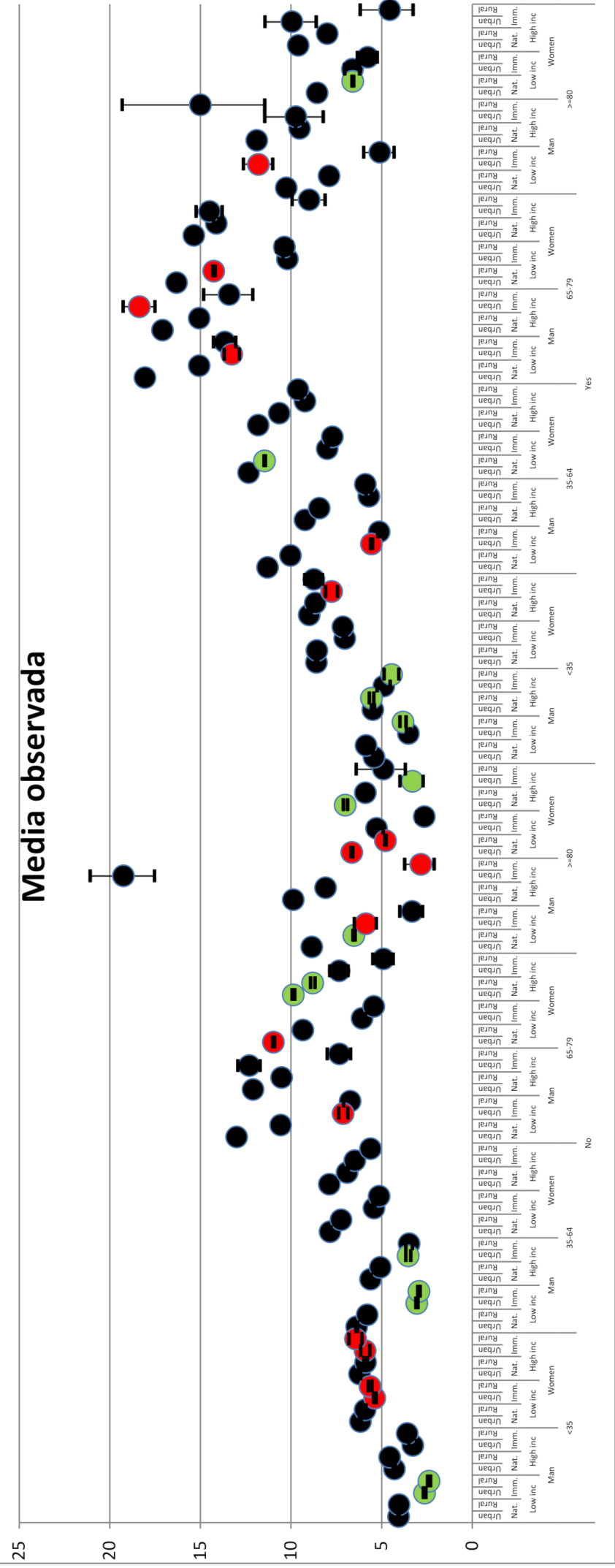
		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F
65-79	H	U	9447	49,41 (45,98-53,1)	59,13 (55,02-63,54)	9,7
		R	10055	63,62 (59,2-68,37)	75,14 (69,91-80,75)	11,5
		U	422	42,01 (39,07-45,18)	37,91 (35,25-40,77)	-4,1
		R	209	54,09 (50,25-58,23)	45,54 (42,3-49,02)	-8,6
		U	10026	45,62 (42,46-49,02)	48,52 (45,16-52,13)	2,9
	M	R	4239	58,74 (54,65-63,13)	64,61 (60,12-69,45)	5,9
		U	127	38,79 (36,41,79)	41,97 (38,96-45,22)	3,2
		R	69	49,94 (46,29-53,87)	49,15 (45,56-53,02)	-0,8
		U	13587	54,84 (51,02-58,95)	58,34 (54,27-62,71)	3,5
		R	10410	70,61 (65,68-75,91)	79,18 (73,65-85,12)	8,6
>=80	H	U	622	46,63 (43,36-50,14)	34,05 (31,67-36,61)	-12,6
		R	257	60,03 (55,77-64,61)	40,95 (38,04-44,07)	-19,1
		U	6579	50,63 (47,11-54,42)	46,97 (43,7-50,48)	-3,7
		R	2134	65,19 (60,63-70,09)	66,73 (62,06-71,75)	1,5
		U	114	43,05 (39,96-46,37)	34,93 (32,43-37,63)	-8,1
	M	R	62	55,42 (51,38-59,78)	42,7 (39,59-46,06)	-12,7
		U	6773	59,64 (55,42-64,18)	69 (64,12-74,25)	9,4
		R	8422	76,78 (71,32-82,66)	87,49 (81,27-94,19)	10,7
		U	63	50,71 (46,92-54,79)	48,12 (44,53-52)	-2,6
		R	34	65,28 (60,33-70,63)	72,32 (66,84-78,25)	7
>=80	H	U	2395	55,06 (51,12-59,31)	65,18 (60,51-70,21)	10,1
		R	1057	70,89 (65,77-76,41)	79,79 (74,02-86)	8,9
		U	24	46,81 (43,2-50,73)	57,26 (52,84-62,04)	10,4
		R	18	60,27 (55,54-65,41)	64,94 (59,84-70,48)	4,7
		U	12443	66,19 (61,53-71,21)	65,16 (60,56-70,09)	-1
	M	R	11856	85,22 (79,18-91,71)	83,74 (77,81-90,13)	-1,5
		U	153	56,28 (52,11-60,77)	49,7 (46,03-53,67)	-6,6
		R	73	72,45 (67,01-78,34)	53,98 (49,93-58,37)	-18,5
		U	1962	61,11 (56,75-65,81)	59,95 (55,67-64,56)	-1,2
		R	603	78,68 (73,01-84,79)	80,83 (75,01-87,11)	2,2

**Tabla 22. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a las consultas de Medicina de Familia, según los diferentes estratos de la población del estudio con baja carga de multimorbilidad.**
 Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de visitas sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de visitas con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de visitas; (Dif G-F): diferencia global – hijos.



		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F
65-79	H	Nat.	U 10958	70,81 (65,89-76,09)	82,82 (77,07-89)	82,86 (82,69-83,03)
		€	R 10185	91,16 (84,82-97,98)	107,44 (99,97-115,47)	107,5 (107,3-107,7)
		Imm.	U 308	60,2 (55,96-64,76)	65,24 (60,65-70,18)	65,79 (64,89-66,7)
			R 142	77,51 (71,97-83,47)	77,02 (71,51-82,94)	76,77 (75,33-78,22)
	€€€	Nat.	U 8616	65,37 (60,83-70,26)	70,58 (65,68-75,86)	70,6 (70,43-70,78)
		Imm.	R 3638	84,17 (78,28-90,5)	89,86 (83,58-96,62)	89,91 (89,61-90,22)
		Imm.	U 93	55,58 (51,56-59,92)	65,04 (60,34-70,12)	68,8 (67,12-70,5)
			R 29	71,56 (66,29-77,25)	75,8 (70,21-81,83)	80,76 (77,52-84,1)
	M	Nat.	U 21686	78,59 (73,13-84,45)	83,81 (77,99-90,06)	83,82 (83,69-83,94)
		€	R 15471	101,18 (94,14-108,75)	111,25 (103,51-119,57)	111,28 (111,11-111,44)
		Imm.	U 646	66,81 (62,14-71,85)	60,76 (56,5-65,33)	60,41 (59,82-61,02)
			R 243	86,02 (79,91-92,61)	83,7 (77,75-90,11)	83,28 (82,14-84,44)
>=80	H	Nat.	U 8128	72,55 (67,51-77,98)	70,49 (65,59-75,76)	70,48 (70,3-70,66)
		€€€	R 2655	93,41 (86,87-100,45)	95,49 (88,8-102,68)	95,51 (95,14-95,88)
		Imm.	U 110	61,69 (57,24-66,47)	65,87 (61,12-70,98)	67,13 (65,6-68,68)
			R 43	79,42 (73,59-85,71)	72,1 (66,81-77,8)	66,09 (63,69-68,57)
	€	Nat.	U 6428	85,46 (79,4-91,98)	84,22 (78,25-90,65)	84,21 (83,98-84,43)
		Imm.	R 6954	110,03 (102,17-118,48)	104,55 (97,09-112,58)	104,52 (104,28-104,76)
		Imm.	U 70	72,66 (67,2-78,56)	79,97 (73,96-86,47)	83,61 (81,49-85,78)
			R 29	93,55 (86,4-101,28)	87,55 (80,86-94,79)	80,1 (76,88-83,43)
	€€€	Nat.	U 2151	78,9 (73,21-85,03)	80,66 (74,84-86,92)	80,68 (80,3-81,06)
		Imm.	R 844	101,58 (94,18-109,56)	108,83 (100,9-117,38)	109,1 (108,4-109,81)
		Imm.	U 15	67,08 (61,85-72,75)	70,36 (64,88-76,31)	77,87 (73,46-82,46)
			R 4	86,36 (79,51-93,82)	92,73 (85,37-100,73)	149,75 (138-162,24)
>=80	M	Nat.	U 15432	94,85 (88,17-102,03)	83,68 (77,79-90,01)	83,65 (83,51-83,79)
		€	R 13235	122,11 (113,46-131,43)	104,71 (97,29-112,7)	104,67 (104,49-104,84)
		Imm.	U 150	80,64 (74,65-87,11)	71,68 (66,36-77,43)	69,57 (68,24-70,92)
			R 74	103,82 (95,98-112,31)	88,25 (81,59-95,47)	81,19 (79,15-83,27)
	€€€	Nat.	U 2154	87,57 (81,29-94,32)	80,81 (75,02-87,04)	80,69 (80,31-81,07)
		Imm.	R 666	112,74 (104,58-121,54)	103,83 (96,31-111,94)	103,34 (102,57-104,11)
		Imm.	U 20	74,45 (68,71-80,67)	76,78 (70,86-83,2)	80,55 (76,66-84,58)
			R 9	95,85 (88,31-104,04)	99,44 (91,62-107,93)	113 (106,16-120,16)

**Tabla 23. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a las consultas de Medicina de Familia, según los diferentes estratos de la población del estudio con alta carga de multimorbilidad.**
 Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico alto; (€€€): nivel socioeconómico bajo; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de visitas sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de visitas con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de visitas; (Dif G-F): diferencia global – hijos.



**Figura 2. Media de visitas observadas en Consultas Externas de atención especializada hospitalaria, según los distintos determinantes sociales.** Círculo negro: media de visitas observadas en las que no ha habido significación estadística tras el análisis interseccional. Círculo verde: número de visitas observadas menores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas. Círculo rojo: número de visitas observadas mayores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas.



		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F		
<35	€	Nat.	U	9670	4,88 (4,34-5,48)	4,07 (3,62-4,57)	4,06 (4,02-4,1)	-0,8
			R	6183	4,29 (3,82-4,82)	4,04 (3,6-4,54)	4,04 (3,99-4,09)	-0,2
		Imm.	U	2150	3,58 (3,19-4,02)	2,64 (2,36-2,97)	2,63 (2,56-2,7)	-0,9
			R	1192	3,15 (2,81-3,54)	2,4 (2,14-2,7)	2,38 (2,29-2,47)	-0,7
		Nat.	U	5583	5,32 (4,74-5,98)	4,31 (3,84-4,84)	4,3 (4,25-4,36)	-1
			R	3181	4,68 (4,17-5,26)	4,57 (4,07-5,12)	4,56 (4,49-4,64)	-0,1
	€€€	Imm.	U	295	3,91 (3,48-4,4)	3,36 (2,99-3,78)	3,28 (3,07-3,49)	-0,6
			R	170	3,44 (3,06-3,88)	3,57 (3,17-4,02)	3,59 (3,31-3,88)	0,1
		Nat.	U	11876	5,55 (4,94-6,24)	6,18 (5,5-6,94)	6,18 (6,13-6,22)	0,6
			R	7249	4,88 (4,35-5,48)	5,91 (5,26-6,63)	5,91 (5,86-5,97)	1
		Imm.	U	3901	4,08 (3,64-4,58)	5,36 (4,78-6,02)	5,38 (5,3-5,45)	1,3
			R	1990	3,59 (3,2-4,03)	5,59 (4,98-6,27)	5,64 (5,53-5,74)	2
35-64	€	Nat.	U	5029	6,06 (5,4-6,8)	6,22 (5,54-6,98)	6,22 (6,15-6,29)	0,2
			R	2686	5,33 (4,75-5,98)	5,88 (5,24-6,6)	5,89 (5,8-5,98)	0,5
		Imm.	U	374	4,46 (3,96-5,01)	5,76 (5,12-6,47)	5,9 (5,66-6,16)	1,3
			R	200	3,92 (3,48-4,41)	5,96 (5,29-6,71)	6,44 (6,09-6,8)	2
		Nat.	U	10474	6,14 (5,47-6,91)	6,38 (5,68-7,17)	6,38 (6,33-6,43)	0,2
			R	9019	5,41 (4,82-6,07)	5,79 (5,16-6,5)	5,79 (5,74-5,84)	0,4
	€€€	Imm.	U	4035	4,52 (4,03-5,06)	3,07 (2,73-3,44)	3,05 (3-3,11)	-1,5
			R	2485	3,97 (3,54-4,46)	2,96 (2,63-3,32)	2,94 (2,87-3,01)	-1
		Nat.	U	13779	6,71 (5,98-7,52)	5,62 (5,01-6,3)	5,61 (5,58-5,65)	-1,1
			R	8193	5,9 (5,27-6,61)	5,08 (4,53-5,69)	5,07 (5,02-5,12)	-0,8
		Imm.	U	787	4,93 (4,39-5,54)	3,59 (3,2-4,03)	3,53 (3,4-3,66)	-1,3
			R	434	4,34 (3,86-4,88)	3,56 (3,16-4)	3,48 (3,31-3,66)	-0,8
M	€	Nat.	U	14713	7 (6,22-7,86)	7,84 (6,98-8,82)	7,85 (7,8-7,89)	0,8
			R	10585	6,15 (5,48-6,91)	7,23 (6,44-8,12)	7,24 (7,19-7,29)	1,1
		Imm.	U	5055	5,14 (4,59-5,76)	5,43 (4,84-6,08)	5,43 (5,36-5,49)	0,3
			R	2596	4,52 (4,03-5,07)	5,13 (4,58-5,76)	5,14 (5,06-5,23)	0,6
		Nat.	U	11328	7,64 (6,81-8,57)	7,89 (7,03-8,86)	7,89 (7,84-7,95)	0,3
			R	5197	6,72 (5,99-7,54)	6,91 (6,16-7,75)	6,91 (6,84-6,98)	0,2
	€€€	Imm.	U	557	5,61 (5-6,3)	6,43 (5,72-7,22)	6,48 (6,27-6,7)	0,8
			R	309	4,94 (4,39-5,55)	5,54 (4,93-6,23)	5,61 (5,35-5,88)	0,6

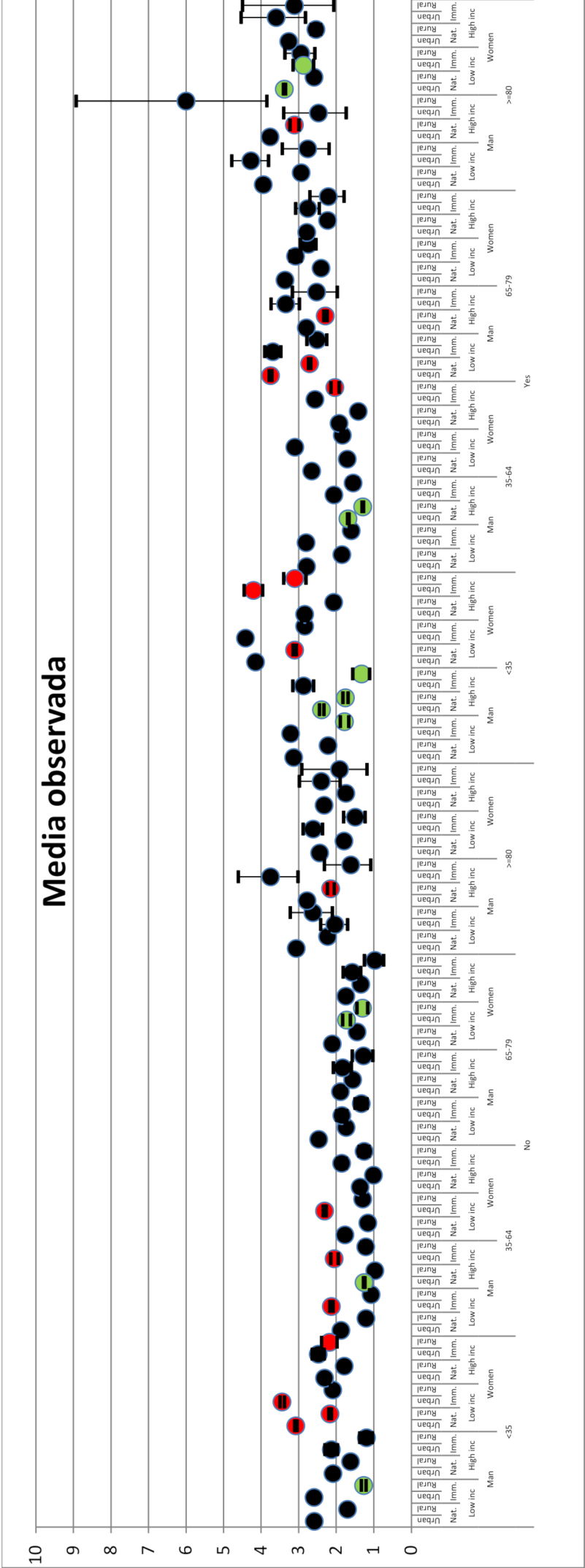
**Tabla 24. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a las consultas externas de Atención Especializada Hospitalaria, según los diferentes estratos de la población del estudio con baja carga de multimorbilidad.**
 Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de visitas sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de visitas con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de visitas; (Dif G-F): diferencia global — hijos.

		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F		
65-79	€	Nat.	U	9447	10,01 (8,91-11,24)	12,99 (11,56-14,59)	3	
			R	10055	8,8 (7,84-9,89)	10,56 (9,4-11,87)	10,57 (10,51-10,63)	1,8
		Imm.	U	422	7,36 (6,54-8,27)	7,15 (6,36-8,04)	7,12 (6,87-7,38)	-0,2
			R	209	6,47 (5,74-7,29)	6,71 (5,96-7,57)	6,74 (6,39-7,1)	0,2
			Nat.	U	10026	10,93 (9,73-12,27)	12,09 (10,77-13,58)	12,09 (12,03-12,16)
	R	4239		9,61 (8,55-10,8)	10,51 (9,35-11,81)	10,52 (10,42-10,61)	0,9	
	€€€	Imm.	U	127	8,03 (7,12-9,06)	11,23 (9,95-12,67)	12,31 (11,7-12,93)	3,2
			R	69	7,06 (6,25-7,99)	7,27 (6,43-8,22)	7,33 (6,71-8)	0,2
		Nat.	U	13587	11,39 (10,14-12,8)	10,96 (9,76-12,32)	10,96 (10,91-11,02)	-0,4
			R	10410	10,02 (8,92-11,26)	9,35 (8,32-10,51)	9,35 (9,29-9,41)	-0,7
Imm.			U	622	8,37 (7,45-9,41)	6,2 (5,52-6,98)	6,08 (5,89-6,28)	-2,2
>=80	M	Nat.	R	257	7,37 (6,54-8,3)	5,68 (5,04-6,4)	5,44 (5,15-5,73)	-1,7
			U	6579	12,44 (11,07-13,97)	9,88 (8,8-11,11)	9,87 (9,79-9,95)	-2,6
		Imm.	R	2134	10,94 (9,73-12,3)	8,84 (7,86-9,94)	8,8 (8,67-8,93)	-2,1
			U	114	9,14 (8,1-10,31)	7,8 (6,92-8,8)	7,34 (6,85-7,86)	-1,3
			R	62	8,04 (7,11-9,09)	6,05 (5,35-6,84)	4,9 (4,37-5,49)	-2
	€	Nat.	U	6773	6,3 (5,6-7,1)	8,84 (7,85-9,95)	8,86 (8,79-8,93)	2,5
			R	8422	5,55 (4,92-6,25)	6,52 (5,79-7,35)	6,53 (6,47-6,58)	1
		Imm.	U	63	4,63 (4,08-5,26)	5,39 (4,75-6,11)	5,87 (5,29-6,5)	0,8
			R	34	4,08 (3,58-4,64)	3,75 (3,29-4,26)	3,32 (2,74-4)	-0,3
			Nat.	U	2395	6,88 (6,1-7,76)	9,82 (8,71-11,07)	9,87 (9,75-10)
>=80	€€€	Nat.	R	1057	6,05 (5,36-6,84)	8,02 (7,1-9,06)	8,1 (7,93-8,27)	2
			U	24	5,06 (4,44-5,76)	9,58 (8,41-10,92)	19,25 (17,53-21,09)	4,5
		Imm.	R	18	4,45 (3,89-5,09)	3,95 (3,46-4,52)	2,83 (2,11-3,73)	-0,5
			U	12443	7,18 (6,38-8,08)	6,64 (5,9-7,47)	6,64 (6,59-6,68)	-0,5
			R	11856	6,31 (5,6-7,11)	4,79 (4,25-5,4)	4,79 (4,75-4,83)	-1,5
	€	Imm.	U	153	5,27 (4,65-5,98)	5,29 (4,67-6)	5,27 (4,92-5,65)	0
			R	73	4,64 (4,08-5,27)	3,32 (2,92-3,77)	2,64 (2,28-3,04)	-1,3
		Nat.	U	1962	7,83 (6,95-8,83)	7,02 (6,22-7,91)	7 (6,88-7,12)	-0,8
			R	603	6,89 (6,1-7,78)	5,96 (5,28-6,74)	5,9 (5,71-6,1)	-0,9
			Imm.	U	33	5,76 (5,06-6,56)	4,61 (4,05-5,25)	3,3 (2,71-3,98)
R	11	5,07 (4,43-5,79)	5,05 (4,42-5,77)	4,91 (3,69-6,41)	0			

**Tabla 24. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a las consultas externas de Atención Especializada Hospitalaria, según los diferentes estratos de la población del estudio con baja carga de multimorbilidad.**

		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F			
<35	€	Nat.	U	5408	7,28 (6,48-8,18)	5,44 (4,84-6,11)	5,43 (5,36-5,49)	-1,8	
			R	3272	6,4 (5,7-7,19)	5,86 (5,22-6,58)	5,86 (5,77-5,94)	-0,5	
		Imm.	U	1245	5,35 (4,76-6,01)	3,57 (3,18-4,01)	3,52 (3,42-3,62)	-1,8	
			R	560	4,71 (4,19-5,29)	3,88 (3,45-4,36)	3,82 (3,66-3,99)	-0,8	
		€€€	Nat.	U	2778	7,94 (7,08-8,92)	5,51 (4,91-6,19)	5,48 (5,4-5,57)	-2,4
	R			1494	6,99 (6,23-7,85)	5,6 (4,99-6,28)	5,56 (5,44-5,68)	-1,4	
	Imm.		U	147	5,84 (5,19-6,58)	5,1 (4,53-5,74)	4,88 (4,53-5,26)	-0,7	
			R	103	5,14 (4,55-5,79)	4,65 (4,13-5,25)	4,45 (4,05-4,87)	-0,5	
				U	10160	8,28 (7,38-9,31)	8,59 (7,65-9,65)	8,59 (8,54-8,65)	0,3
	M	€	Nat.	R	5847	7,29 (6,49-8,18)	8,57 (7,63-9,62)	8,58 (8,5-8,65)	1,3
U				3508	6,09 (5,43-6,83)	7,03 (6,27-7,88)	7,04 (6,95-7,13)	0,9	
Imm.		R	1507	5,36 (4,77-6,02)	7,09 (6,32-7,97)	7,14 (7,01-7,28)	1,7		
		U	2970	9,04 (8,06-10,15)	9 (8,02-10,11)	9 (8,89-9,11)	0		
			R	1503	7,96 (7,09-8,93)	8,65 (7,71-9,71)	8,67 (8,52-8,82)	0,7	
€€€		Imm.	U	272	6,65 (5,91-7,48)	7,62 (6,77-8,58)	7,75 (7,43-8,09)	1	
			R	140	5,85 (5,19-6,59)	8,06 (7,15-9,08)	8,74 (8,26-9,25)	2,2	
				U	22198	9,17 (8,16-10,3)	11,29 (10,05-12,68)	11,3 (11,25-11,34)	2,1
H		€	Nat.	R	17879	8,07 (7,19-9,05)	10,03 (8,94-11,26)	10,04 (9,99-10,08)	2
				U	5516	6,74 (6,01-7,56)	5,56 (4,96-6,24)	5,56 (5,49-5,62)	-1,2
	Imm.	R	2964	5,93 (5,28-6,65)	5,15 (4,59-5,78)	5,14 (5,06-5,22)	-0,8		
		U	22946	10,01 (8,93-11,23)	9,24 (8,24-10,36)	9,24 (9,2-9,28)	-0,8		
		€€€	Nat.	R	13526	8,81 (7,86-9,87)	8,45 (7,54-9,47)	8,45 (8,4-8,5)	-0,4
	U			1079	7,36 (6,55-8,27)	5,77 (5,13-6,48)	5,71 (5,57-5,86)	-1,6	
	R			575	6,47 (5,75-7,28)	5,94 (5,28-6,69)	5,9 (5,71-6,1)	-0,5	
	M	€	Nat.	U	38441	10,44 (9,29-11,72)	12,34 (10,99-13,86)	12,35 (12,31-12,38)	1,9
				R	25851	9,18 (8,18-10,3)	11,45 (10,21-12,85)	11,46 (11,41-11,5)	2,3
		Imm.	U	11112	7,67 (6,85-8,6)	8 (7,14-8,97)	8 (7,95-8,06)	0,3	
R			5047	6,75 (6,02-7,57)	7,72 (6,88-8,65)	7,72 (7,65-7,8)	1		
€€€			Nat.	U	24568	11,4 (10,16-12,78)	11,81 (10,53-13,25)	11,81 (11,77-11,85)	0,4
		R		11151	10,02 (8,94-11,24)	10,64 (9,49-11,94)	10,65 (10,59-10,71)	0,6	
		U		1053	8,38 (7,46-9,41)	9,21 (8,2-10,34)	9,23 (9,05-9,42)	0,8	
		R	638	7,37 (6,55-8,29)	9,49 (8,43-10,67)	9,62 (9,38-9,86)	2,1		

**Tabla 25. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a las consultas externas de Atención Especializada Hospitalarias, según los diferentes estratos de la población del estudio con alta carga de multimorbilidad.**
Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de visitas sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de visitas con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de visitas; (Dif G-F): diferencia global – hijos.



**Figura 3. Media de visitas observadas en Urgencias hospitalarias, según los distintos determinantes sociales.** Círculo negro: media de visitas observadas en las que no ha habido significación estadística tras el análisis interseccional. Círculo verde: número de visitas observadas menores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas. Círculo rojo: número de visitas observadas mayores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas.

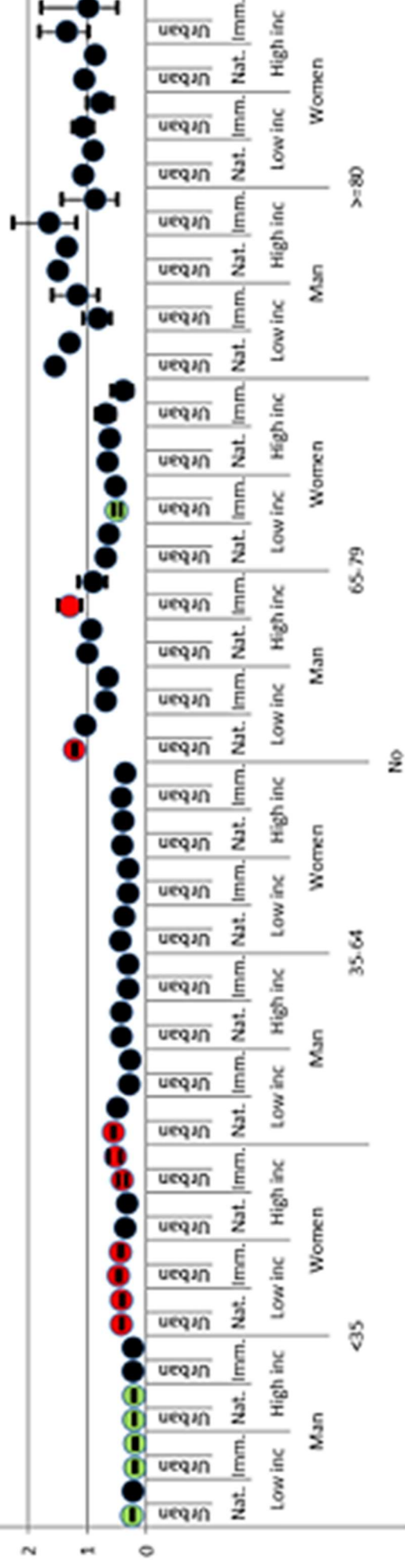
		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F		
65-79	€	Nat.	U	9447	2,19 (2,02-2,37)	2,46 (2,27-2,67)	2,46 (2,43-2,49)	0,3
			R	10055	1,54 (1,42-1,68)	1,73 (1,6-1,88)	1,73 (1,71-1,76)	0,2
		Imm.	U	422	2,25 (2,07-2,45)	1,91 (1,76-2,08)	1,85 (1,72-1,98)	-0,3
			R	209	1,59 (1,46-1,73)	1,41 (1,29-1,53)	1,33 (1,18-1,5)	-0,2
	€€€	Nat.	U	10026	1,91 (1,76-2,07)	1,89 (1,74-2,04)	1,89 (1,86-1,91)	0
			R	4239	1,34 (1,24-1,46)	1,56 (1,43-1,69)	1,56 (1,52-1,6)	0,2
		Imm.	U	127	1,96 (1,8-2,14)	1,88 (1,73-2,05)	1,83 (1,6-2,08)	-0,1
			R	69	1,38 (1,27-1,51)	1,34 (1,22-1,46)	1,28 (1,02-1,57)	0
	€	Nat.	U	13587	2,28 (2,1-2,47)	2,1 (1,94-2,28)	2,1 (2,08-2,13)	-0,2
			R	10410	1,61 (1,48-1,74)	1,44 (1,33-1,57)	1,44 (1,42-1,47)	-0,2
		Imm.	U	622	2,34 (2,16-2,55)	1,79 (1,65-1,94)	1,72 (1,62-1,83)	-0,6
			R	257	1,66 (1,52-1,8)	1,39 (1,27-1,51)	1,3 (1,16-1,44)	-0,3
>=80	€	Nat.	U	6579	1,98 (1,83-2,15)	1,74 (1,61-1,89)	1,74 (1,71-1,77)	-0,2
			R	2134	1,4 (1,29-1,52)	1,34 (1,24-1,46)	1,34 (1,29-1,39)	-0,1
		Imm.	U	114	2,04 (1,87-2,23)	1,77 (1,62-1,93)	1,57 (1,35-1,82)	-0,3
			R	62	1,44 (1,32-1,57)	1,25 (1,14-1,37)	0,97 (0,74-1,25)	-0,2
	€€€	Nat.	U	6773	2,73 (2,51-2,97)	3,06 (2,81-3,33)	3,06 (3,02-3,1)	0,3
			R	8422	1,93 (1,77-2,1)	2,22 (2,04-2,42)	2,23 (2,2-2,26)	0,3
		Imm.	U	63	2,81 (2,57-3,08)	2,46 (2,24-2,69)	2,03 (1,7-2,42)	-0,4
			R	34	1,98 (1,81-2,18)	2,17 (1,97-2,38)	2,62 (2,1-3,22)	0,2
	€€€	Nat.	U	2395	2,38 (2,18-2,59)	2,76 (2,54-3)	2,77 (2,71-2,84)	0,4
			R	1057	1,68 (1,54-1,83)	2,11 (1,93-2,29)	2,14 (2,05-2,23)	0,4
		Imm.	U	24	2,45 (2,23-2,69)	2,75 (2,5-3,02)	3,75 (3,02-4,61)	0,3
			R	18	1,73 (1,57-1,9)	1,71 (1,55-1,88)	1,61 (1,08-2,31)	0
M	Nat.	U	12443	2,84 (2,61-3,09)	2,44 (2,25-2,65)	2,44 (2,41-2,47)	-0,4	
		R	11856	2,01 (1,84-2,18)	1,79 (1,65-1,95)	1,79 (1,77-1,82)	-0,2	
	Imm.	U	153	2,93 (2,67-3,2)	2,72 (2,49-2,98)	2,61 (2,36-2,88)	-0,2	
		R	73	2,07 (1,88-2,26)	1,8 (1,64-1,97)	1,49 (1,23-1,8)	-0,3	
	Nat.	U	1962	2,47 (2,27-2,69)	2,33 (2,14-2,53)	2,32 (2,25-2,39)	-0,1	
		R	603	1,75 (1,6-1,9)	1,74 (1,6-1,9)	1,74 (1,64-1,85)	0	
	€€€	Imm.	U	33	2,55 (2,32-2,8)	2,5 (2,28-2,75)	2,39 (1,9-2,98)	0
			R	11	1,8 (1,63-1,98)	1,81 (1,64-1,99)	1,91 (1,18-2,92)	0

			n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F		
<35	€	Nat.	U	9670	2,46 (2,27-2,67)	2,58 (2,38-2,8)	2,58 (2,55-2,61)	0,1	
			R	6183	1,74 (1,6-1,88)	1,7 (1,57-1,84)	1,7 (1,66-1,73)	0	
		Imm.	U	2150	2,53 (2,34-2,75)	2,59 (2,39-2,8)	2,59 (2,52-2,66)	0,1	
			R	1192	1,79 (1,65-1,94)	1,3 (1,2-1,41)	1,27 (1,2-1,33)	-0,5	
		€€€	Nat.	U	5583	2,14 (1,98-2,32)	2,08 (1,92-2,26)	2,08 (2,04-2,12)	-0,1
				R	3181	1,51 (1,4-1,64)	1,62 (1,49-1,75)	1,62 (1,57-1,66)	0,1
	M	Imm.	U	295	2,21 (2,03-2,4)	2,14 (1,97-2,33)	2,13 (1,96-2,3)	-0,1	
			R	170	1,56 (1,43-1,69)	1,32 (1,21-1,44)	1,19 (1,04-1,37)	-0,2	
		Nat.	U	11876	2,56 (2,36-2,78)	3,07 (2,83-3,33)	3,07 (3,04-3,1)	0,5	
			R	7249	1,81 (1,67-1,96)	2,16 (1,99-2,34)	2,16 (2,13-2,2)	0,4	
		Imm.	U	3901	2,64 (2,43-2,86)	3,42 (3,16-3,71)	3,44 (3,38-3,5)	0,8	
			R	1990	1,86 (1,72-2,02)	2,08 (1,92-2,26)	2,09 (2,03-2,15)	0,2	
35-64	€	Nat.	U	5029	2,23 (2,06-2,42)	2,3 (2,13-2,5)	2,31 (2,26-2,35)	0,1	
			R	2686	1,57 (1,45-1,71)	1,78 (1,64-1,93)	1,79 (1,74-1,84)	0,2	
		Imm.	U	374	2,3 (2,11-2,49)	2,45 (2,25-2,66)	2,48 (2,32-2,64)	0,2	
			R	200	1,62 (1,49-1,76)	2 (1,84-2,18)	2,18 (1,98-2,39)	0,4	
		Nat.	U	10474	1,73 (1,59-1,87)	1,87 (1,73-2,03)	1,87 (1,85-1,9)	0,1	
			R	9019	1,22 (1,13-1,32)	1,21 (1,11-1,31)	1,21 (1,18-1,23)	0	
	M	Imm.	U	4035	1,78 (1,64-1,92)	2,12 (1,96-2,29)	2,13 (2,08-2,17)	0,3	
			R	2485	1,25 (1,16-1,36)	1,07 (0,99-1,16)	1,07 (1,03-1,11)	-0,2	
		Nat.	U	13779	1,5 (1,39-1,63)	1,25 (1,16-1,36)	1,25 (1,23-1,27)	-0,2	
			R	8193	1,06 (0,98-1,15)	0,97 (0,89-1,05)	0,97 (0,95-0,99)	-0,1	
		Imm.	U	787	1,55 (1,43-1,68)	1,99 (1,84-2,16)	2,05 (1,95-2,15)	0,4	
			R	434	1,09 (1,01-1,19)	1,19 (1,09-1,29)	1,21 (1,11-1,32)	0,1	
€	Nat.	U	14713	1,8 (1,66-1,95)	1,76 (1,63-1,91)	1,76 (1,74-1,78)	0		
		R	10585	1,27 (1,17-1,38)	1,16 (1,07-1,25)	1,16 (1,14-1,18)	-0,1		
	Imm.	U	5055	1,85 (1,71-2)	2,3 (2,12-2,48)	2,3 (2,26-2,35)	0,4		
		R	2596	1,31 (1,21-1,41)	1,29 (1,19-1,4)	1,29 (1,25-1,34)	0		
	Nat.	U	11328	1,56 (1,44-1,69)	1,36 (1,26-1,48)	1,36 (1,34-1,38)	-0,2		
		R	5197	1,1 (1,02-1,2)	1,01 (0,93-1,09)	1 (0,98-1,03)	-0,1		
€€€	Imm.	U	557	1,61 (1,49-1,75)	1,82 (1,68-1,97)	1,85 (1,74-1,97)	0,2		
		R	309	1,14 (1,05-1,23)	1,22 (1,13-1,33)	1,25 (1,13-1,38)	0,1		

Tabla 26. Resultados del análisis interseccional sobre el número de visitas a Urgencias Hospitalarias, según los diferentes estratos de la población del estudio con baja carga de multimorbilidad.
 Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de visitas sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de visitas con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de visitas; (Dif G-F): diferencia global – hijos.

		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F			
<35	€	Nat.	U	5408	3,52 (3,25-3,82)	3,14 (2,89-3,4)	3,13 (3,08-3,18)	-0,4	
			R	3272	2,49 (2,29-2,7)	2,22 (2,05-2,41)	2,22 (2,16-2,27)	-0,3	
		Imm.	U	1245	3,63 (3,35-3,93)	3,23 (2,98-3,51)	3,21 (3,11-3,31)	-0,4	
			R	560	2,56 (2,36-2,78)	1,86 (1,72-2,02)	1,77 (1,66-1,89)	-0,7	
	€€€	Nat.	U	2778	3,07 (2,83-3,32)	2,4 (2,21-2,6)	2,38 (2,33-2,44)	-0,7	
			R	1494	2,17 (2-2,35)	1,77 (1,63-1,92)	1,75 (1,68-1,82)	-0,4	
		Imm.	U	147	3,16 (2,9-3,43)	2,97 (2,73-3,23)	2,87 (2,6-3,16)	-0,2	
			R	103	2,23 (2,05-2,43)	1,71 (1,57-1,86)	1,32 (1,11-1,56)	-0,5	
		€	Nat.	U	10160	3,67 (3,38-3,98)	4,14 (3,82-4,49)	4,15 (4,11-4,19)	0,5
				R	5847	2,59 (2,39-2,8)	3,1 (2,86-3,36)	3,1 (3,06-3,15)	0,5
35-64	€	Imm.	U	3508	3,78 (3,49-4,09)	4,4 (4,06-4,77)	4,42 (4,35-4,49)	0,6	
			R	1507	2,66 (2,46-2,89)	2,83 (2,61-3,07)	2,84 (2,75-2,92)	0,2	
		Nat.	U	2970	3,19 (2,95-3,46)	2,85 (2,63-3,08)	2,84 (2,78-2,9)	-0,3	
			R	1503	2,25 (2,08-2,44)	2,07 (1,91-2,25)	2,06 (1,99-2,14)	-0,2	
	€€€	Imm.	U	272	3,29 (3,02-3,57)	4 (3,68-4,35)	4,2 (3,96-4,45)	0,7	
			R	140	2,32 (2,13-2,53)	2,81 (2,58-3,05)	3,09 (2,81-3,4)	0,5	
		Nat.	U	22198	2,47 (2,28-2,68)	2,78 (2,57-3,02)	2,78 (2,76-2,81)	0,3	
			R	17879	1,75 (1,61-1,89)	1,85 (1,71-2)	1,85 (1,83-1,87)	0,1	
		€	Imm.	U	5516	2,55 (2,35-2,76)	2,79 (2,58-3,02)	2,8 (2,75-2,84)	0,2
				R	2964	1,8 (1,66-1,95)	1,6 (1,48-1,74)	1,6 (1,55-1,64)	-0,2
35-64	€	Nat.	U	22946	2,15 (1,99-2,33)	1,68 (1,55-1,82)	1,68 (1,66-1,7)	-0,5	
			R	13526	1,52 (1,4-1,64)	1,29 (1,19-1,4)	1,29 (1,27-1,31)	-0,2	
		Imm.	U	1079	2,22 (2,04-2,4)	2,07 (1,91-2,25)	2,06 (1,97-2,15)	-0,1	
			R	575	1,56 (1,44-1,7)	1,55 (1,43-1,68)	1,55 (1,45-1,65)	0	
	€€€	Nat.	U	38441	2,57 (2,37-2,79)	2,65 (2,44-2,87)	2,65 (2,63-2,66)	0,1	
			R	25851	1,82 (1,68-1,97)	1,7 (1,57-1,84)	1,7 (1,68-1,72)	-0,1	
		Imm.	U	11112	2,65 (2,45-2,87)	3,1 (2,86-3,35)	3,1 (3,07-3,13)	0,4	
			R	5047	1,87 (1,73-2,03)	1,83 (1,69-1,98)	1,83 (1,8-1,87)	0	
		€	Nat.	U	24568	2,24 (2,07-2,43)	1,92 (1,77-2,08)	1,92 (1,9-1,94)	-0,3
				R	11151	1,58 (1,46-1,71)	1,41 (1,3-1,53)	1,41 (1,39-1,43)	-0,2
€€€	Imm.	U	1053	2,31 (2,13-2,5)	2,55 (2,35-2,76)	2,57 (2,47-2,66)	0,2		
		R	638	1,63 (1,5-1,77)	1,98 (1,82-2,15)	2,03 (1,92-2,14)	0,4		

## Media observada



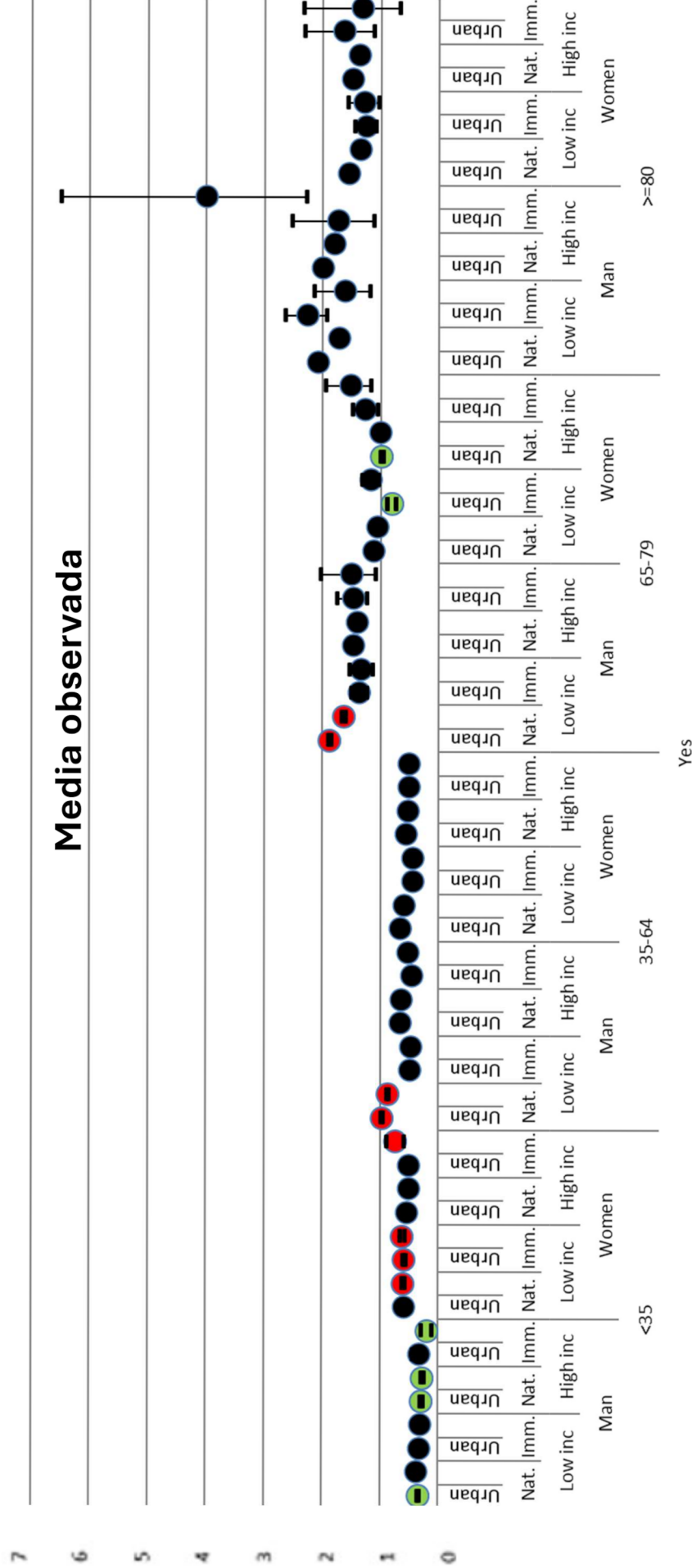
**Figura 4. Media de ingresos hospitalarios observados en pacientes con baja multimorbilidad, según los distintos determinantes sociales.**

Círculo negro: media de ingresos observados en las que no ha habido significación estadística tras el análisis interseccional. Círculo verde: número de ingresos observados menores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas. Círculo rojo: número de ingresos observados mayores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas.



		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F		
<35	H	Nat.	U	9670	0,33 (0,29-0,38)	0,25 (0,22-0,28)	0,25 (0,24-0,26)	-0,1
			R	6183	0,31 (0,27-0,36)	0,25 (0,22-0,28)	0,24 (0,23-0,26)	-0,1
		Imm.	U	2150	0,29 (0,26-0,33)	0,21 (0,18-0,24)	0,2 (0,19-0,22)	-0,1
			R	1192	0,28 (0,24-0,32)	0,2 (0,18-0,23)	0,2 (0,17-0,22)	-0,1
		Nat.	U	5583	0,33 (0,29-0,37)	0,21 (0,19-0,24)	0,21 (0,2-0,23)	-0,1
			R	3181	0,31 (0,27-0,35)	0,22 (0,2-0,25)	0,22 (0,2-0,24)	-0,1
	M	Imm.	U	295	0,29 (0,25-0,33)	0,25 (0,22-0,28)	0,23 (0,18-0,3)	0
			R	170	0,27 (0,24-0,31)	0,25 (0,22-0,29)	0,24 (0,17-0,33)	0
		Nat.	U	11876	0,32 (0,29-0,37)	0,43 (0,38-0,49)	0,43 (0,42-0,44)	0,1
			R	7249	0,31 (0,27-0,35)	0,42 (0,37-0,48)	0,42 (0,41-0,44)	0,1
		Imm.	U	3901	0,29 (0,25-0,33)	0,48 (0,42-0,54)	0,48 (0,46-0,5)	0,2
			R	1990	0,27 (0,24-0,31)	0,44 (0,38-0,5)	0,44 (0,41-0,47)	0,2
35-64	H	Nat.	U	5029	0,32 (0,28-0,37)	0,37 (0,32-0,42)	0,37 (0,35-0,39)	0
			R	2686	0,3 (0,27-0,35)	0,33 (0,29-0,38)	0,33 (0,31-0,35)	0
		Imm.	U	374	0,28 (0,25-0,32)	0,39 (0,34-0,44)	0,41 (0,35-0,49)	0,1
			R	200	0,27 (0,23-0,31)	0,45 (0,4-0,52)	0,54 (0,44-0,65)	0,2
		Nat.	U	10474	0,43 (0,37-0,49)	0,56 (0,5-0,64)	0,57 (0,55-0,58)	0,1
			R	9019	0,4 (0,35-0,46)	0,5 (0,44-0,56)	0,5 (0,48-0,51)	0,1
	M	Imm.	U	4035	0,38 (0,33-0,43)	0,3 (0,27-0,35)	0,3 (0,29-0,32)	-0,1
			R	2485	0,36 (0,31-0,41)	0,3 (0,26-0,34)	0,29 (0,27-0,32)	-0,1
		Nat.	U	13779	0,42 (0,37-0,48)	0,43 (0,38-0,49)	0,43 (0,42-0,44)	0
			R	8193	0,4 (0,35-0,45)	0,43 (0,38-0,49)	0,43 (0,42-0,44)	0
		Imm.	U	787	0,37 (0,33-0,42)	0,33 (0,29-0,37)	0,32 (0,28-0,36)	0
			R	434	0,35 (0,31-0,4)	0,32 (0,28-0,37)	0,32 (0,27-0,38)	0
>=65	H	Nat.	U	14713	0,42 (0,37-0,48)	0,45 (0,4-0,51)	0,45 (0,44-0,46)	0
			R	10585	0,4 (0,35-0,45)	0,38 (0,34-0,44)	0,38 (0,37-0,4)	0
		Imm.	U	5055	0,37 (0,33-0,42)	0,32 (0,28-0,36)	0,32 (0,3-0,33)	-0,1
			R	2596	0,35 (0,31-0,4)	0,32 (0,28-0,36)	0,32 (0,3-0,34)	0
	M	Nat.	U	11328	0,41 (0,36-0,47)	0,42 (0,36-0,47)	0,42 (0,4-0,43)	0
			R	5197	0,39 (0,34-0,44)	0,4 (0,35-0,45)	0,4 (0,38-0,42)	0
		Imm.	U	557	0,37 (0,32-0,42)	0,42 (0,37-0,48)	0,43 (0,38-0,49)	0,1
			R	309	0,35 (0,3-0,4)	0,37 (0,32-0,42)	0,37 (0,31-0,45)	0

**Tabla 28. Resultados del análisis interseccional sobre el número de Ingresos Hospitalarios, según los diferentes estratos de la población del estudio con baja carga de multimorbilidad.** Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de ingresos sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de ingresos con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de ingresos; (Dif G-F): diferencia global – hijos.



**Figura 5. Media de ingresos hospitalarios observados en pacientes con alta multimorbilidad, según los distintos determinantes sociales.** Círculo negro: media de ingresos observados en las que no ha habido significación estadística tras el análisis interseccional. Círculo verde: número de ingresos observados menores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas. Círculo rojo: número de ingresos observados mayores de las esperadas, siendo estadísticamente significativas.



		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F			
<35	H	Nat.	U	5408	0,5 (0,44-0,57)	0,35 (0,31-0,4)	0,35 (0,34-0,37)	-0,1	
			R	3272	0,47 (0,41-0,54)	0,38 (0,34-0,44)	0,38 (0,36-0,4)	-0,1	
		Imm.	U	1245	0,44 (0,39-0,5)	0,34 (0,3-0,39)	0,34 (0,31-0,37)	-0,1	
			R	560	0,42 (0,36-0,48)	0,33 (0,29-0,38)	0,32 (0,27-0,37)	-0,1	
		€€€	Nat.	U	2778	0,49 (0,43-0,56)	0,3 (0,26-0,34)	0,29 (0,27-0,32)	-0,2
			R	1494	0,47 (0,41-0,53)	0,29 (0,25-0,33)	0,28 (0,26-0,31)	-0,2	
	M	Imm.	U	147	0,44 (0,38-0,5)	0,37 (0,32-0,42)	0,34 (0,25-0,45)	-0,1	
			R	103	0,41 (0,36-0,47)	0,29 (0,25-0,33)	0,2 (0,13-0,31)	-0,1	
		Nat.	U	10160	0,49 (0,43-0,56)	0,61 (0,53-0,69)	0,61 (0,59-0,62)	0,1	
			R	5847	0,46 (0,41-0,53)	0,61 (0,53-0,69)	0,61 (0,59-0,63)	0,1	
		Imm.	U	3508	0,43 (0,38-0,49)	0,59 (0,52-0,68)	0,6 (0,57-0,62)	0,2	
			R	1507	0,41 (0,36-0,47)	0,61 (0,54-0,7)	0,62 (0,58-0,66)	0,2	
35-64	H	Nat.	U	2970	0,48 (0,42-0,55)	0,55 (0,49-0,63)	0,56 (0,53-0,58)	0,1	
			R	1503	0,46 (0,4-0,52)	0,52 (0,45-0,59)	0,52 (0,48-0,56)	0,1	
		Imm.	U	272	0,43 (0,37-0,49)	0,5 (0,44-0,57)	0,52 (0,44-0,62)	0,1	
			R	140	0,4 (0,35-0,46)	0,63 (0,55-0,72)	0,74 (0,61-0,9)	0,2	
		€	Nat.	U	22198	0,64 (0,56-0,73)	0,98 (0,86-1,11)	0,98 (0,96-0,99)	0,3
			R	17879	0,61 (0,53-0,69)	0,88 (0,77-1)	0,88 (0,87-0,89)	0,3	
	M	Imm.	U	5516	0,57 (0,5-0,64)	0,5 (0,44-0,57)	0,5 (0,48-0,52)	-0,1	
			R	2964	0,54 (0,47-0,61)	0,48 (0,42-0,55)	0,48 (0,46-0,51)	-0,1	
		Nat.	U	22946	0,63 (0,56-0,72)	0,66 (0,58-0,75)	0,66 (0,65-0,67)	0	
			R	13526	0,6 (0,53-0,68)	0,65 (0,58-0,74)	0,65 (0,64-0,67)	0,1	
		€€€	U	1079	0,56 (0,49-0,64)	0,47 (0,42-0,54)	0,47 (0,43-0,51)	-0,1	
			R	575	0,53 (0,46-0,61)	0,53 (0,47-0,61)	0,53 (0,48-0,6)	0	
M	Nat.	U	38441	0,63 (0,55-0,72)	0,67 (0,58-0,76)	0,67 (0,66-0,67)	0		
		R	25851	0,59 (0,52-0,68)	0,6 (0,53-0,68)	0,6 (0,59-0,61)	0		
	Imm.	U	11112	0,56 (0,49-0,63)	0,45 (0,39-0,51)	0,45 (0,44-0,46)	-0,1		
		R	5047	0,53 (0,46-0,6)	0,45 (0,39-0,51)	0,45 (0,43-0,47)	-0,1		
	€€€	Nat.	U	24568	0,62 (0,55-0,71)	0,56 (0,49-0,64)	0,56 (0,55-0,57)	-0,1	
		R	11151	0,59 (0,52-0,67)	0,54 (0,48-0,62)	0,54 (0,53-0,56)	0		
M	Imm.	U	1053	0,55 (0,48-0,63)	0,52 (0,46-0,59)	0,52 (0,48-0,57)	0		
		R	638	0,52 (0,46-0,59)	0,52 (0,45-0,59)	0,52 (0,46-0,58)	0		

		n	M est sin EA	M est con EA	M Obs	Dif. G-F	
65-79	€	Nat.	U	10958	1,33 (1,17-1,52)	1,87 (1,64-2,13)	0,5
			R	10185	1,26 (1,11-1,43)	1,64 (1,44-1,87)	0,4
		Imm.	U	308	1,18 (1,03-1,34)	1,35 (1,18-1,54)	0,2
			R	142	1,11 (0,97-1,27)	1,29 (1,12-1,47)	0,2
	€€€	Nat.	U	8616	1,32 (1,16-1,5)	1,48 (1,3-1,69)	0,2
			R	3638	1,25 (1,09-1,42)	1,41 (1,24-1,61)	0,2
		Imm.	U	93	1,16 (1,02-1,34)	1,38 (1,2-1,58)	0,2
			R	29	1,1 (0,96-1,27)	1,26 (1,1-1,45)	0,2
	€	Nat.	U	21686	1,31 (1,15-1,49)	1,14 (1-1,29)	-0,2
			R	15471	1,24 (1,09-1,41)	1,06 (0,93-1,21)	-0,2
		Imm.	U	646	1,16 (1,01-1,32)	0,84 (0,73-0,95)	-0,3
			R	243	1,09 (0,96-1,25)	1,17 (1,02-1,34)	0,1
>=80	€	Nat.	U	8128	1,29 (1,14-1,47)	0,99 (0,87-1,13)	-0,3
			R	2655	1,22 (1,07-1,39)	1,02 (0,9-1,17)	-0,2
		Imm.	U	110	1,14 (1-1,31)	1,24 (1,08-1,42)	0,1
			R	43	1,08 (0,94-1,24)	1,3 (1,13-1,5)	0,2
	€€€	Nat.	U	6428	1,82 (1,6-2,08)	2,08 (1,82-2,38)	0,3
			R	6954	1,72 (1,51-1,97)	1,72 (1,51-1,97)	0
		Imm.	U	70	1,61 (1,4-1,86)	2,03 (1,76-2,34)	0,4
			R	29	1,52 (1,32-1,76)	1,57 (1,36-1,81)	0
	€	Nat.	U	2151	1,8 (1,58-2,06)	2 (1,74-2,28)	0,2
			R	844	1,71 (1,49-1,96)	1,81 (1,58-2,07)	0,1
		Imm.	U	15	1,59 (1,38-1,85)	1,64 (1,41-1,9)	0
			R	4	1,51 (1,3-1,76)	1,73 (1,48-2,01)	0,2
>=80	€	Nat.	U	15432	1,79 (1,57-2,04)	1,56 (1,36-1,78)	-0,2
			R	13235	1,69 (1,48-1,93)	1,36 (1,19-1,56)	-0,3
		Imm.	U	150	1,58 (1,38-1,82)	1,33 (1,16-1,54)	-0,2
			R	74	1,5 (1,3-1,73)	1,37 (1,19-1,58)	-0,1
	€€€	Nat.	U	2154	1,77 (1,55-2,03)	1,5 (1,31-1,72)	-0,3
			R	666	1,68 (1,46-1,92)	1,39 (1,21-1,59)	-0,3
		Imm.	U	20	1,57 (1,35-1,81)	1,6 (1,38-1,85)	0
			R	9	1,48 (1,27-1,72)	1,46 (1,25-1,69)	0

**Tabla 29. Resultados del análisis interseccional sobre el número de Ingresos Hospitalarios, según los diferentes estratos de la población del estudio con alta carga de multimorbilidad.**  
Leyenda: (H): Hombre; (M): Mujer; (€): nivel socioeconómico bajo; (€€€): nivel socioeconómico alto; (U): Urbano; (R): Rural; (M est sin EA): media estimada de ingresos sin efectos aleatorios; (M est con EA): media estimada de ingresos con efectos aleatorios; (M Obs): media observada de ingresos; (Dif G-F): diferencia global – hijos.