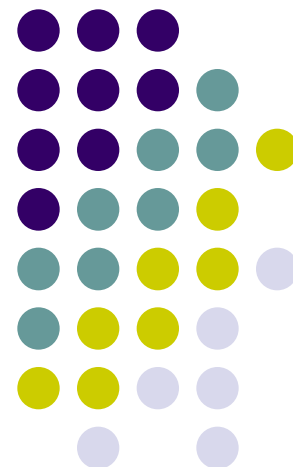


ANÁLISIS MULTINIVEL DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES 2007

*Financiado por
la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía*

Autores:
Kristina Karlsdotter
María del Puerto López del Amo González
José Jesús Martín Martín
José Sánchez Campillo
Dolores Moreno Herrero



Objetivos



- Analizar la relación entre el **nivel educativo** y la **salud autopercebida** de los españoles.
- Estimar la asociación entre el **nivel educativo de la Comunidad Autónoma de residencia** y la salud autopercebida.
- Estudiar la relación entre el **gasto en educación regional** y la salud autopercebida.

Antecedentes

Influencia de la educación en la salud:

Capital humano (Grossman, 1972, 1999, 2008)

La preferencia temporal (Fuchs 1982, 1996)

Educación-

Ddesigualdades en salud

Mackenbach, 2012

Eikemo et al., 2008

Stirbu et al. 2010

van Raalte et al. 2011

Subramanian et al.2010

Zajacova, 2009

Educación –

Salud autopercebida

Albert y Davia, 2004, 2010

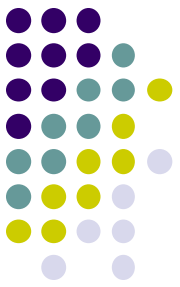
Karas et al. 2011

Mirowsky & Ross, 2003, 2008

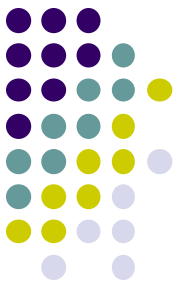
Huijts et al. 2010

Goesling, 2007

Ross y Wu, 1995



Antecedentes – análisis multinivel



Educación barrio o región - salud percibida

Zhang et al. (2010) (Barrios etnias Hawái, indicador: % población > 24 años college degree or higher. Rdos: Importante efecto mediador de la educación tanto a nivel individual como de vecindad)

Ross y Mirowsky (2008) (Barrios Illinois, Indicador: % población > 24 años con título universitario. Rdos: Efecto positivo sobre la salud individual)

Galea y Ahern, (2005) (Barrios New York, indicadores: nivel medio educación barrio > 25 años y distribución Gini-educación. Rdos: Desigualdad educativa efecto positivo)

Kravdal (2008) (Mortalidad, municipal Noruega, indicador: promedio educación (nº años educación) mujeres y hombres 30-69 años. Rdos: Sólo beneficioso el nivel educativo regional para hombres)

Metodología – ámbito de estudio



- Modelo multinivel de regresión logística
- Se analizan por separado hombres y mujeres
- Criterio de inclusión: Individuos de entre 25 y 64 años
- Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida 2007
- 18.542 individuos; 8.966 hombres y 9576 mujeres
- 17 Comunidades Autónomas
- Dos enfoques alternativos: Efectos contextuales generales y específicos

Metodología – variables



Variable
dependiente

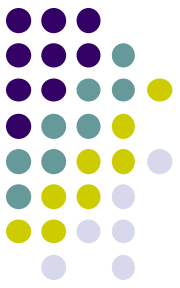
Variables
independientes
individuales

Variables
independientes
regionales

- Salud auto percibida

- Edad
- Nivel de estudios
- Desempleo
- Renta

- Porcentaje de personas con estudios superiores a los obligatorios
- Gasto por alumno en centros públicos de enseñanza no obligatoria



Resultados- nivel individual

Hombres

Factores de riesgo

- Edad OR 1.05 (5%)
- Desempleado OR 1.22 no sign.

VPC=0,9%

MOR=1,18

Factores protectores

- **Secundaria de 1ª etapa OR 0.81**
- **Secundaria de 2ª etapa OR 0.78**
- **Estudios superiores OR 0.61**
- Renta personal 17001-33000 OR 0.63
- Renta personal 33001-52000 OR 0.75
- Renta personal >52000 OR 0.49



Resultados- nivel individual

Mujeres

Factores de riesgo

- Edad OR 1.05 (5%)
- Desempleado OR 1.27
- Renta personal >52000 OR 2.24

VPC=2,9%

MOR=1,35

Factores protectores

- **Secundaria de 1ª etapa OR 0.81**
- **Secundaria de 2ª etapa OR 0.56**
- **Estudios superiores OR 0.46**
- Renta personal 17001-33000 OR 0.86
- Renta personal 33001-52000 OR 0.78 no sign.

Resultados- nivel regional



	Hombres	Mujeres
Porcentaje de personas con estudios superiores a los obligatorios	No sign.	OR 0.14
Gasto por alumno en centros públicos de enseñanza no obligatoria	No sign.	OR 0.99 Influencia reducida

Conclusiones



Hombres

- ❖ El **nivel educativo** es relevante para su salud autopercebida. Tener **estudios superiores**, comparado con primarios, **disminuye** la probabilidad de tener mala salud autopercebida en un **39%**.
- ❖ La **Comunidad Autónoma de residencia** no es muy relevante para la salud de los varones:
 - ❖ Apenas el **1%** de la variación en su salud autopercebida se debe a que resida en una determinada región.
 - ❖ Moverse de la región con menor riesgo de mala salud autopercebida a la de mayor riesgo aumenta la probabilidad en un **18%**.
- ❖ **Ninguna** de las variables regionales de educación es asociada con la salud autopercebida de los varones.

Conclusiones



Mujeres

- ❖ El **nivel educativo** es relevante para su salud autopercebida. Tener **estudios superiores**, comparado con primarios, **disminuye** la probabilidad de tener mala salud autopercebida en un **54%**.
- ❖ La **Comunidad Autónoma de residencia** es más relevante para la salud de las mujeres:
 - ❖ Casi el **3%** de la variación en su salud autopercebida se debe a que resida en una determinada región.
 - ❖ Moverse de la región con menor riesgo de mala salud autopercebida a la de mayor riesgo aumenta la probabilidad en un **35%**.

Conclusiones



Mujeres (sigue)

- ❖ Las dos variables regionales son significativas:
 - ❖ El **porcentaje de personas con estudios superiores a los obligatorios** disminuye la probabilidad de mala salud autopercebida en un **86%** (por cada punto porcentual de aumento).
 - ❖ El **gasto por alumno en centros de enseñanza no obligatoria** la disminuye en un **1%** (por cada punto porcentual de aumento).

Gracias por vuestra atención!

