

La Brecha de Salud

Un análisis estadístico de los determinantes sociales en España



Equipo: MFREEMAN67

- *Anderson Michael Jiménez Sailema*
- *Iosu Bea Fernández*
- *Zakaria Khaldoum*

Categoría: A (Bachillerato)

Centro Educativo: Colegio San Francisco Javier



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- ✓ **Estimar la magnitud** del gradiente social en la autopercepción de salud dentro de la población española (N=5.000).
- ✓ **Analizar la asociación** estadística entre el nivel socioeconómico y variables objetivas: Índice de Masa Corporal (IMC), tasas de hospitalización y bienestar mental.
- ✓ **Evaluar implicaciones** para el diseño de políticas públicas sanitarias basadas en la equidad y la evidencia empírica.



Análisis Estadístico

Análisis Bivariado

Test Chi-cuadrado (χ^2) para asociación entre variables cualitativas (Clase Social vs. Salud).

Correlaciones

Coefficiente de Pearson (r) para variables cuantitativas (Edad vs. Altura).

Modelos de Regresión

Regresión lineal simple para tendencias de edad y tasas de hospitalización.

Comparación de Medias

ANOVA de un factor para Índice de Bienestar según Apoyo Social.



Diseño del Estudio

Estudio observacional de corte **transversal** descriptivo-analítico basado en fuentes secundarias oficiales.

📅 Período 2023-2024

🌐 Ámbito Nacional



Población y Muestra

N=5.000 registros válidos

Muestra representativa extraída de la **Encuesta Nacional de Salud** (anonimizada).
Muestreo estratificado por CCAA.



Variables

- ✓ **Socio-demográficas:** Edad, Sexo, Clase Social, Nivel Educativo.
- ✓ **Salud Física:** Autopercepción, IMC, Hospitalización.
- ✓ **Salud Mental:** Índice de Bienestar General.

Perfil de Edad

Media

54.7 años

Rango: **15-98 años**.
Mayor concentración en el rango **40-70**.

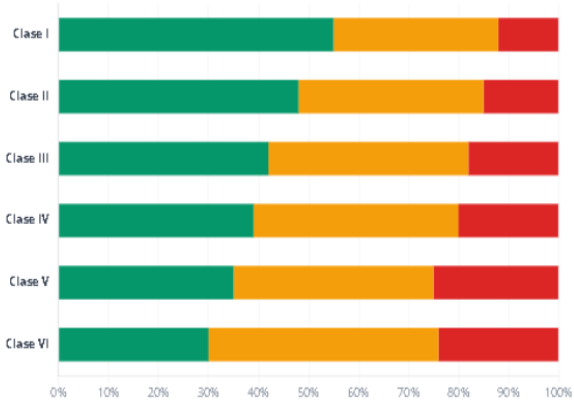
Distribución por Género



Educación y Clase Social

- **Universitarios:** 22.9%
- **Secundaria:** 22.0%
- **Primaria/Inf:** 18.2%
- **Clase Dominante:** Clase V (31.7%)

Distribución del IMC por Clase Social

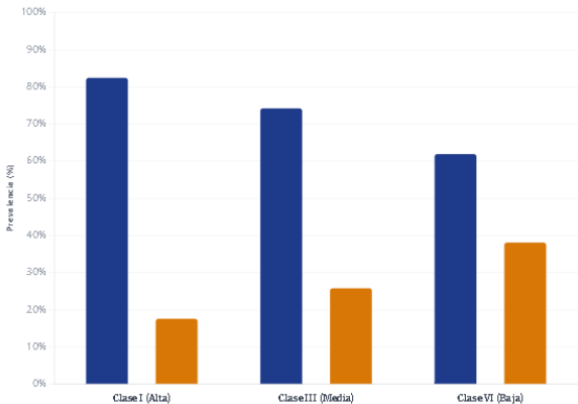


Datos ajustados por edad y sexo

N = 5.000

Distribución de la Salud Percibida por Clase Social

Comparativa porcentual entre niveles socioeconómicos (NSE)



DATOS GLOBALES DE LA MUESTRA

41.1%
NORMOPESO

38.1%
SOBREPESO

14.8%
OBESIDAD

Riesgo Relativo (Obesidad)

OR = 2.3 ▲

Clase I (Alta) 12%

Clase VI (Baja) 24%

Chi-cuadrado (χ^2) 45.8 ($p < 0.001$)

Conclusión: Asociación Inversa Significativa

La prevalencia de obesidad se duplica en los estratos socioeconómicos más bajos, confirmando que la desigualdad social es un determinante estructural del estado nutricional.

↑ DIFERENCIAL DE SALUD

20.5 puntos %

Brecha absoluta observada entre la Clase I (Alta) y la Clase VI (Baja) en la prevalencia de salud positiva.

CLASE ALTA (REF.)

82.4%

Percebe su salud como óptima.

CLASE BAJA

61.9%

Caída significativa en la percepción.

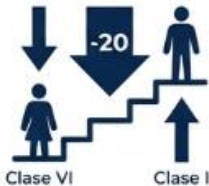
La brecha social duplica la obesidad.



24%
CLASES MENOS FAVORECIDAS
RIESGO DE OBESIDAD



12%
CLASES ALTAS
RIESGO DE OBESIDAD



-20 pts

La brecha social.

La Clase I reporta 20 puntos más de "buena salud" que la Clase VI.



Edad y Hospitalización: Relación Directa

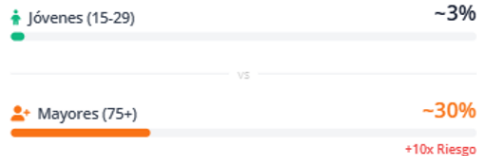
RIESGO INCREMENTAL

Factor Edad

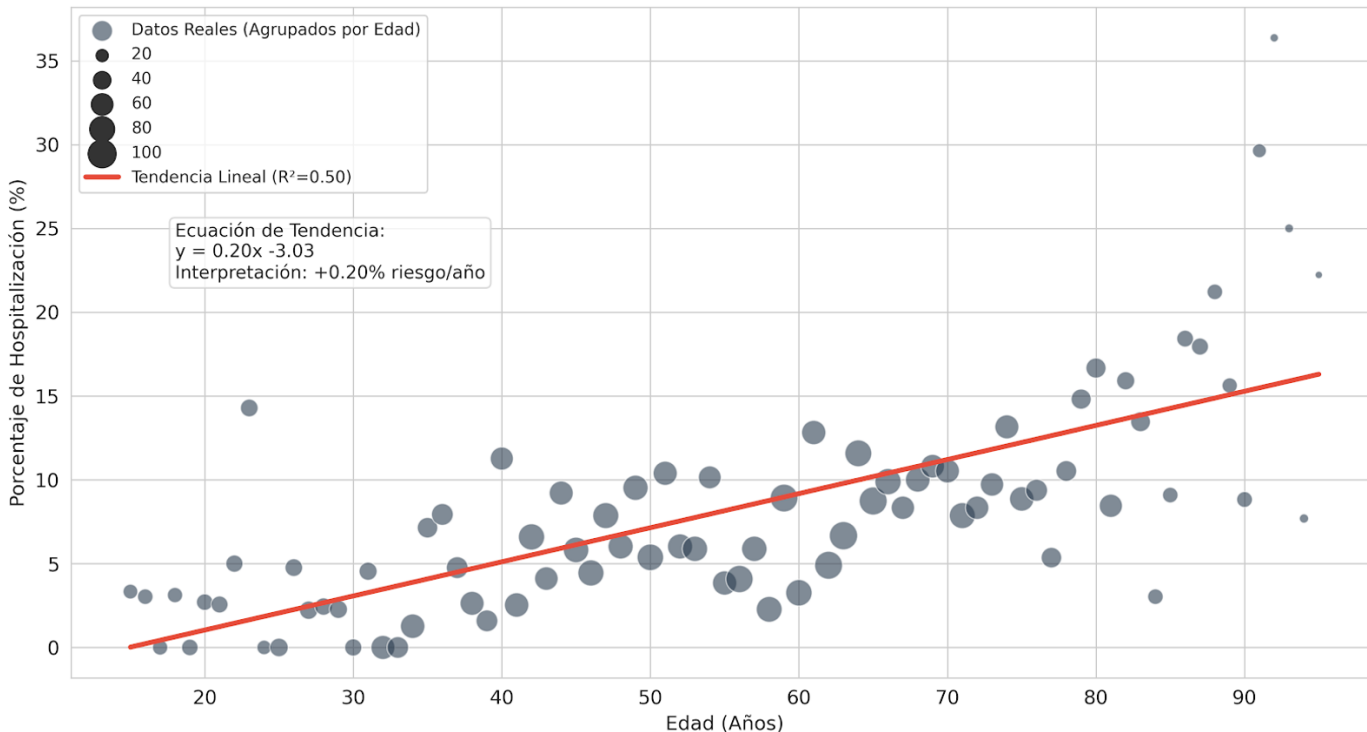
+0.20% probabilidad / año

Por cada año adicional de vida, la probabilidad de ser hospitalizado aumenta en un 0.20%.

BRECHA GENERACIONAL



Tasa de Hospitalización Anual



ECUACIÓN DEL MODELO

$$P(\text{hosp}) = 0.002 \times \text{Edad} - 0.028$$

Incremento de riesgo marginal constante

Interpretación Clínica

- ↑ Por cada año adicional de edad, la probabilidad de ingreso hospitalario aumenta un **0.2%**.
- ⚠ El riesgo comienza a acelerarse exponencialmente a partir de la **sexta década** de vida (60+ años).

CONCLUSIÓN PRINCIPAL

La edad cronológica actúa como un predictor crítico que explica casi la mitad (49%) de la variabilidad en la demanda de recursos hospitalarios.

Impacto de la Actividad Física

Impacto Clínico Directo

La actividad física regular reduce significativamente el consumo de medicamentos (-43%) y la tasa de hospitalizaciones, actuando como una "polipíldora" natural.

Consumo Farmacológico

Promedio de medicamentos diarios

↓ 43% REDUCCIÓN

SEDENTARIOS

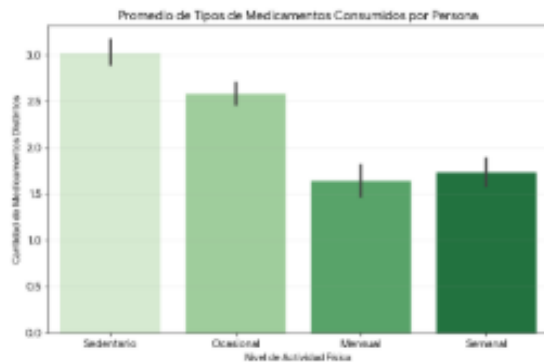
3.0

Meds / día

ACTIVOS

1.7

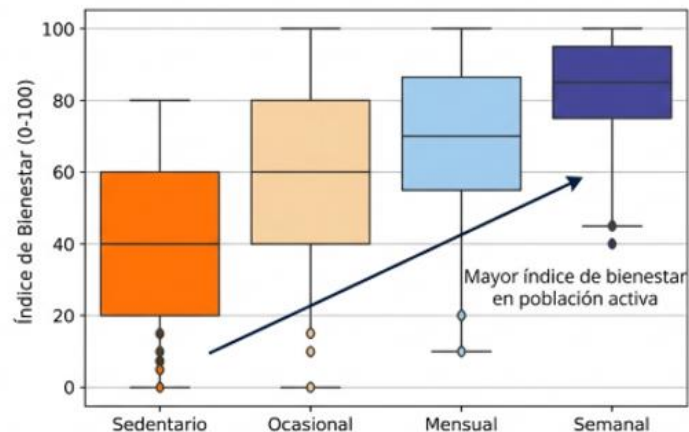
Meds / día



Índice de Bienestar

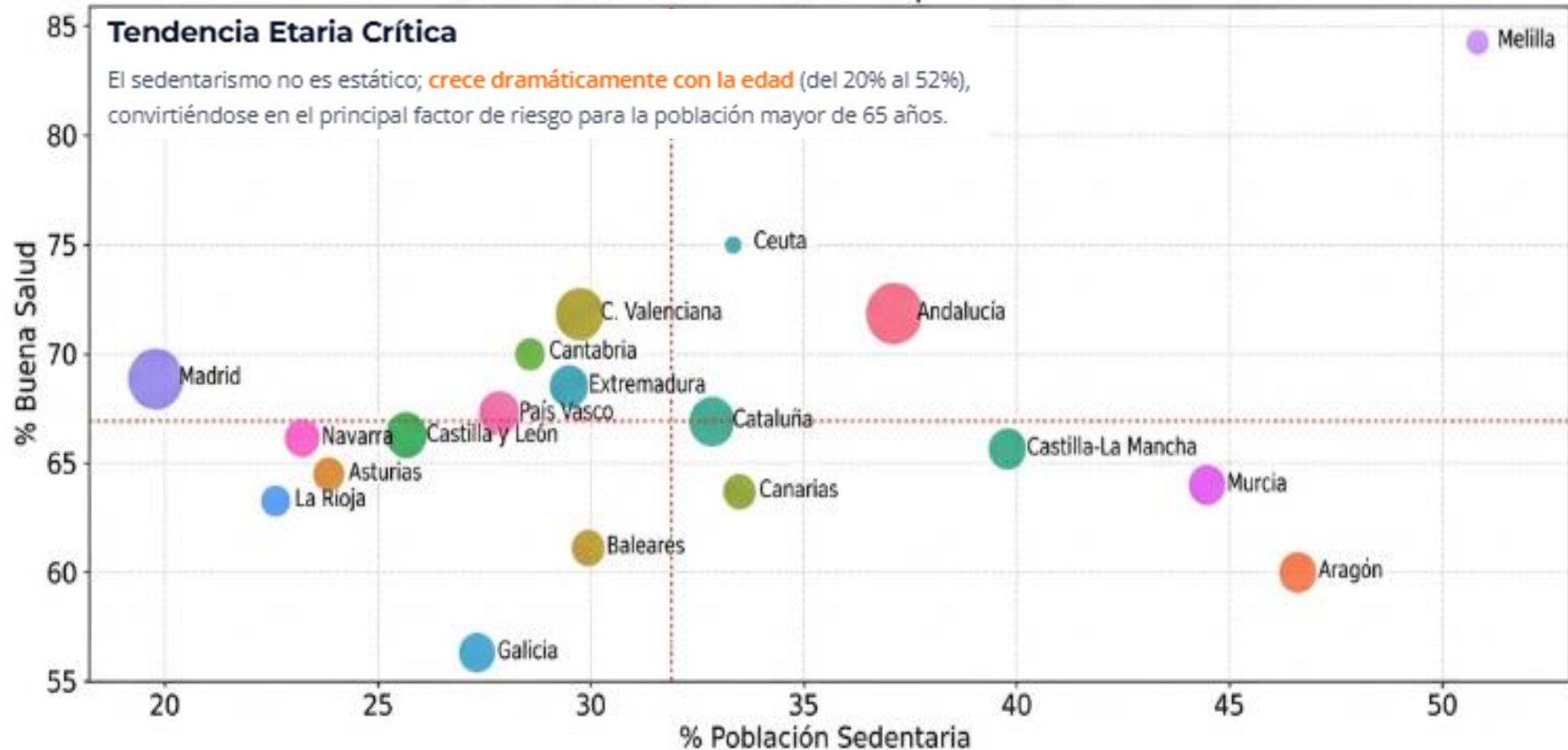
Calidad de vida percibida

"La actividad física regular no solo reduce la dependencia farmacológica, sino que eleva significativamente los marcadores de salud mental y vitalidad."



Correlación Geográfica: Las regiones con mayor inactividad sufren peores índices de salud.

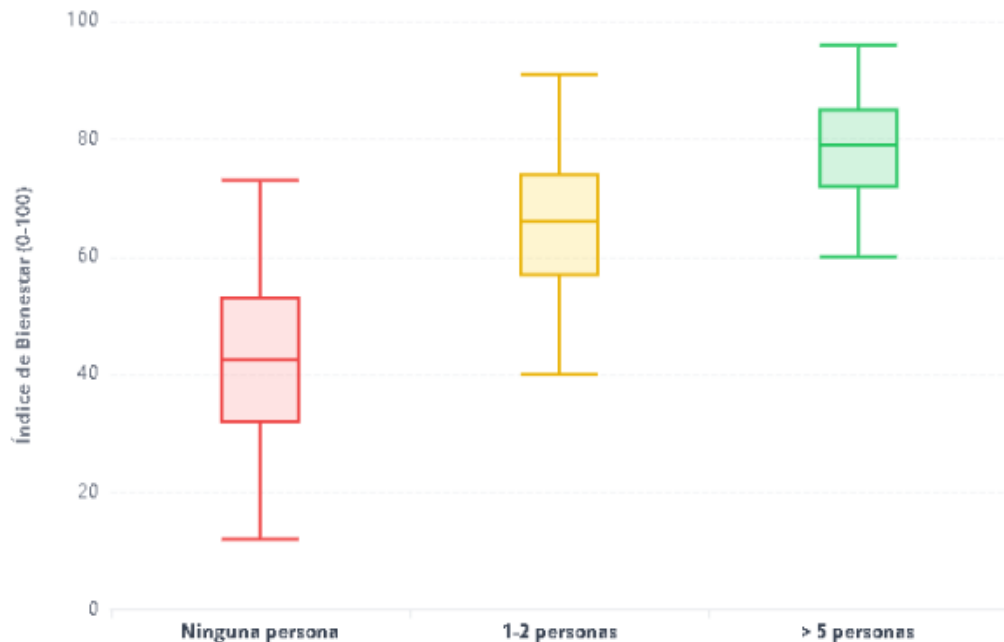
Relación: Sedentarismo vs Percepción de Buena Salud



Distribución del Bienestar por Red de Apoyo

Comparativa de Índices de Bienestar (Escala 0-100)

Bajo Apoyo Medio Alto Apoyo



Factor Psicosocial

El apoyo social es un determinante fundamental. Las redes de apoyo robustas (>5 personas) correlacionan directamente con una **mejor autopercepción de salud**.

Estadísticos Descriptivos

NIVEL DE APOYO	MEDIA (M)	D.E. (Σ)
Ninguna persona	42.5	15.3
1-2 personas	65.8	12.7
>5 personas	78.2	9.4

RESULTADOS ANOVA

$\eta^2 = 0.38$ (Alto)

ESTADÍSTICO F

156.4

VALOR P

<0.001

✓ Diferencias estadísticamente significativas

Conclusión del Estudio

Existe una **fuerte asociación positiva** entre la magnitud de la red de apoyo social y el índice de bienestar mental. El aislamiento social se identifica como un factor de riesgo crítico, reduciendo el bienestar medio en más de 35 puntos comparado con redes sólidas.

✓ Hallazgos Estadísticos Principales

01 Gradiente Social Significativo

Brecha de **20.5 puntos porcentuales** en salud percibida entre la clase más alta y la más baja.

02 Obesidad y Estratificación

Asociación inversa fuerte (OR = 2.3). El riesgo de obesidad se **duplica** en los estratos socioeconómicos bajos.

03 Edad y Carga Hospitalaria

Incremento lineal del riesgo de hospitalización del **0.2% por año** de edad, acelerándose tras los 60 años.

04 Impacto del Apoyo Social

El tamaño de la red de apoyo explica el 38% de la varianza en el bienestar mental ($\eta^2 = 0.38$).

IMPLICACIONES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

- 🎯 **Intervenciones Focalizadas:** Priorizar recursos preventivos en áreas de nivel socioeconómico bajo (Clases V y VI).
- 🌱 **Prevención de Obesidad:** Abordar barreras económicas al acceso de alimentos saludables.
- 🤝 **Redes Comunitarias:** Fomentar programas contra la soledad no deseada en población mayor.

🕒 Limitaciones y Futuras Líneas

El diseño transversal impide establecer causalidad directa. Se requieren estudios longitudinales para confirmar la dirección de las asociaciones observadas.

Hacia un Modelo Sostenible

“Invertir en actividad física y cohesión social no es solo una mejora en calidad de vida; es la única vía para garantizar la sostenibilidad económica del sistema sanitario.”

