



Módulo Mínimo de Salud Europeo (MEHM)

Módulo Mínimo de Salud Europeo

Este instrumento trata de resumir en un número reducido de preguntas la descripción de la salud de una población. El Módulo Mínimo Europeo de Salud (MEHM) incluye 3-4 cuestiones relacionadas con la percepción del estado de salud y las enfermedades crónicas, y se incluyó en la Encuesta de Condiciones de Vida europea (SILC) y posteriormente en la Encuesta de Salud Europea. También se utilizó en la última Encuesta Nacional de Salud de España de 2011.

Las 3 preguntas básicas del estado de salud son las siguientes:

1. Salud autopercibida. En los últimos 12 meses.
2. Enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga evolución.
3. Restricción crónica de la actividad, también denominada discapacidad percibida o limitación para las actividades habituales en los últimos 6 meses por problemas de salud.

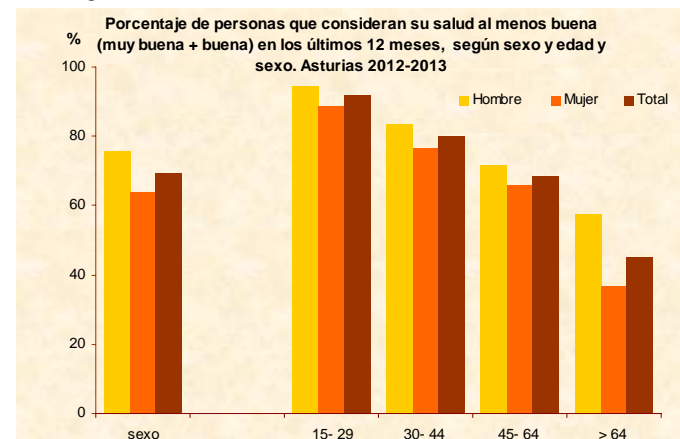
Es la primera vez que se utiliza en la Encuesta de Salud para Asturias.

Salud autopercibida

La medición de la salud autopercibida, como veremos posteriormente en la pregunta monográfica, es, por naturaleza, muy subjetiva. Se pretende recogerla en orden a valorar la misma desde la propia opinión del individuo y no desde un observador externo, sea el encuestador, un profesional sanitario o una persona próxima (un familiar por ejemplo). Las referencias se realizan sobre la salud en global y no sobre sistemas orgánicos concretos. No se pretende que se mida la salud en un momento concreto, sino globalmente. No se hacen referencias a edades concretas y se pretende que la persona incluya en la misma las diferentes dimensiones de la salud (física, emocional, social, etc.).

Dos tercios de la población asturiana de 15 y más años opinan que su salud es al menos buena. El 69,4% de la población adulta asturiana valora su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que solo un 7,6% la considera como mala o muy mala. No podemos comparar los resultados con los de encuestas de salud asturianas previas debido a cambios en la denominación y en la cantidad de modalidades propuestas con el ánimo de compararnos con otros ámbitos (nacional y europeo). Pero si asumimos comparabilidad entre ítems distintos los resultados son bastante similares en la buena percepción de su salud.

Esta consideración (muy buena y buena salud) es distinta atendiendo a la variable **sexo**. Así, las mujeres valoran su salud peor que los hombres, si bien esas diferencias no son significativas excepto en la consideración de buena salud, circunstancia declarada por un 59,2% de los hombres frente a un 48,5% de las mujeres y en valoración regular (mujeres un 27,2% y hombres 18,3%).



También la percepción de la salud tiene una distribución diferente en función de la **edad**, como era de esperar al ser

esta variable uno de los mejores predictores del estado de salud de las personas. Por eso, las cohortes más jóvenes consideran su estado de salud mucho mejor que los mayores. Las diferencias son claramente significativas en los grupos etarios extremos. Así, un 92% de las personas entre 15-29 años de edad consideran su salud al menos buena (cifras similares a encuestas anteriores), frente a solo un 45% de las personas del grupo mayores de 64 años. Esa tendencia etaria existe para todos los estados de salud valorados. Cerca de una de cada seis personas mayores (64 y más años) opina que su salud es al menos mala (14,9%).

Analizando esta tendencia **etaria por sexo**, se observa que en todos los tramos de edad los hombres indican mejores estados de salud que las mujeres. Estas diferencias observadas llegan a ser muy manifiestas en las edades mayores, como puede observarse en el gráfico adjunto.

Las personas residentes en **ámbitos rurales** manifiestan tener una salud al menos buena (72,1%) en mayor medida que las personas residentes en zonas urbanas (69,9%) y en las cuencas mineras (65,3%), incluso cuando el índice de envejecimiento de la población rural es superior a la media asturiana.

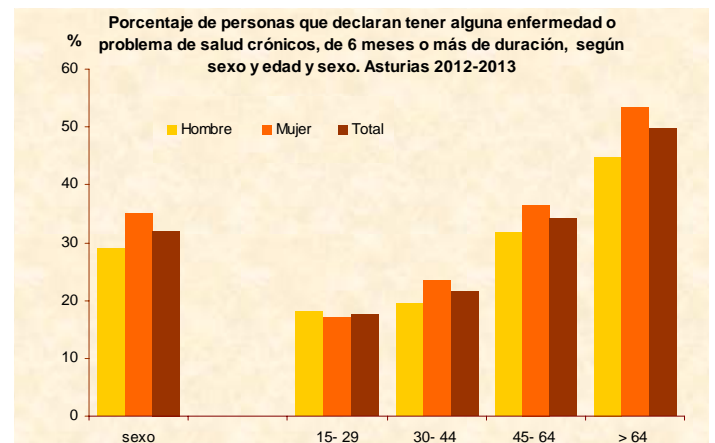
En relación a la valoración de la salud percibida según **nivel de estudios**, la situación muestra que un 60,3% de las personas con estudios primarios y de ESO consideran su salud al menos buena por un 81,1% de las personas universitarias. Hay que tener presente que el nivel de estudios alcanzado está directamente relacionado con la edad y esta a su vez es la variable más asociada a los niveles de salud.

En el análisis de valoración de salud según la **clase social**, vemos que existe una marcada tendencia a medida que descendemos en escala social a disminuir la proporción de personas que consideran su salud como muy buena o buena, llegando a su porcentaje más bajo en las personas de clase social VI, la menos elevada, (58%) por un 80,5% de los de clase social I, la más elevada.

Enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga duración

Un 32,1% de la población indica que tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración. La proporción es mayor en las **mujeres** (35%) que en hombres (29%).

Con la **edad** van aumentando las proporciones de personas que refieren tener este tipo de problemas crónicos llegando a ser tres veces más frecuente en los de más edad (65 y más años) respecto a los más jóvenes (49,9%-17,6%). No obstante, no deja de ser significativo que casi dos de cada diez personas de 15-29 años tengan un problema de este tipo.



Por **edad y sexo**, observamos que a partir de los 30 años de edad las diferencias de presencia de enfermedad o problema crónicos son cada vez mayores entre hombres y mujeres. En el grupo de personas de edades medias de la vida un 31,7% de los hombres refieren padecer una enfermedad crónica frente a un 36,5% de mujeres y en el grupo de mayor edad la diferencia

es de casi diez puntos, 44,9% en hombres por 53,4% en mujeres.

Según el **tipo de hábitat**, la población que reside en la zona rural, declara porcentajes de padecer un problema de salud crónico inferiores (30,2%) que los que viven en los hábitats urbanos (32,1%) y en las cuencas mineras (34,7%)

Según el **nivel de estudios** de la persona entrevistada, observamos mayores prevalencias de enfermedades crónicas en personas con estudios primarios y de ESO (39,1%) que en los universitarios (22,9%) o en los que declaran estudios de Bachillerato y FP (23,7%).

Atendiendo a la **clase social**, también se aprecian diferencias y una tendencia creciente clara a medida que disminuimos en la clase social en que se encuadran las personas. En la clase social I (la más elevada) un 22,9% declara tener un problema de salud crónico por un 40,9% de los pertenecientes a la clase social VI (la menos favorecida).

Restricción crónica de la actividad

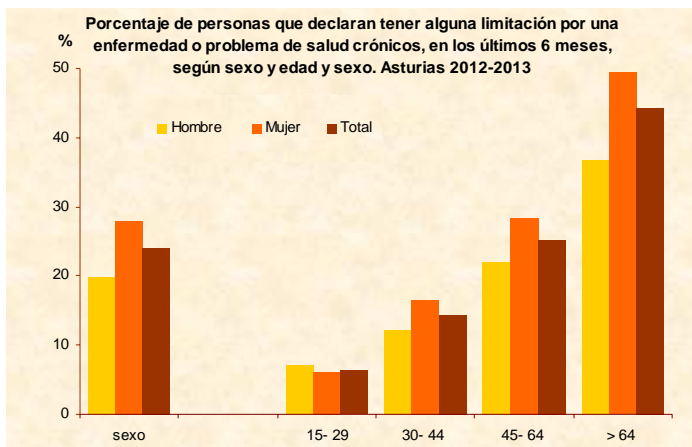
El objetivo de la pregunta es medir la presencia de limitaciones de larga duración dado que las consecuencias de las mismas, medidas en términos de necesidad de asistencia, de dependencia, etc. son más graves que limitaciones más cortas. En las diferentes encuestas el periodo de tiempo de seis meses suele ser el habitual. Las modalidades de respuesta incluyen diferentes niveles de gravedad. Si estamos ante un problema estacional o recurrente la persona entrevistada debe pensar en general en relación al menos a los últimos seis meses.

Un 24,1% de la población tiene al menos algún tipo de limitación para realizar las actividades habituales debido a un problema de salud en los últimos seis meses. La limitación grave es declarada por un 4,3% de la población.

Las **mujeres** manifiestan tener algún tipo de limitación en mayor proporción que los hombres (28%-19,9%). En el caso de las limitaciones menos graves las diferencias declaradas son más acusadas (22,6% vs. 16,7%).

Ha sido más frecuente la presencia de una limitación en las personas **mayores** (65 y más años, 44,2% de ellas) por un 6,3% en jóvenes (15-29 años). Las frecuencias de limitación grave en ese periodo llegan a ser del 7,6% en personas mayores (un 1,2% de las personas más jóvenes).

Por **edad y sexo**, la limitación ha alcanzado a un 36,8% de los hombres mayores por un 49,7% de las mujeres de la misma edad. Cuando hablamos de limitación grave las diferencias no son tan acusadas entre sexos, excepto en el grupo de edad de 30-44 años (1,1% vs. 4% en mujeres), y tampoco con las limitaciones no graves en los grupos de edad más jóvenes. No obstante siempre declaran más limitaciones las mujeres y las personas mayores.



No se aprecian diferencias reseñables en la presencia de limitaciones atendiendo al **hábitat** de residencia.

Las personas con **estudios** más básicos (primarios y de ESO) declaran en mayor proporción tener un problema de restricción crónica de su actividad (30,7%) que los que poseen estudios más elevados: Bachillerato y FP (18,9%) y Universitarios (16,5%).

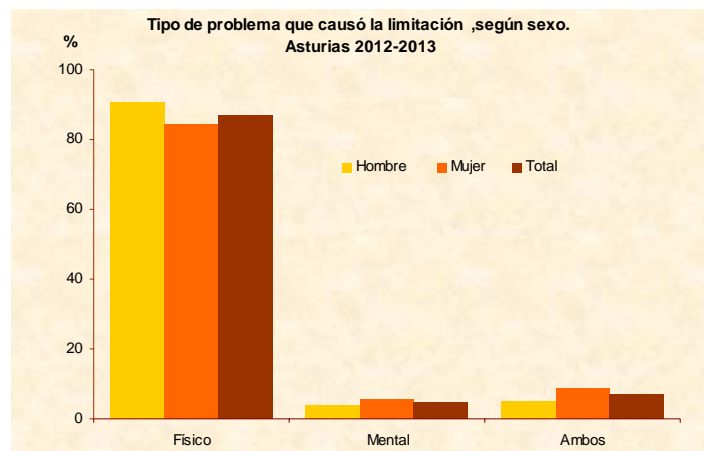
También se aprecian diferencias en el grado de limitaciones por problemas de salud a medida que disminuye la **clase social** de las personas. En las clases sociales más elevadas I y II se

declaran porcentajes del 18,2% y 21,6%, respectivamente, mientras que en las clases V y VI, las menos elevadas, estos porcentajes se incrementan al 23,7% y 30,5%, respectivamente.

Si queremos saber el tipo de problema que es la causa de su dificultad para realizar las actividades que las personas habitualmente realizan, dividiéndolo en problemas **físicos y mentales o emocionales**, nos encontramos que aquellas personas que manifestaron en la pregunta anterior que tuvieron algún tipo de limitación, la mayor parte de ellas corresponde a problemas de tipo físico (87%). En un 5% responden que fueron problemas de origen mental y en un 7% proceden de problemas físicos y mentales en conjunto.

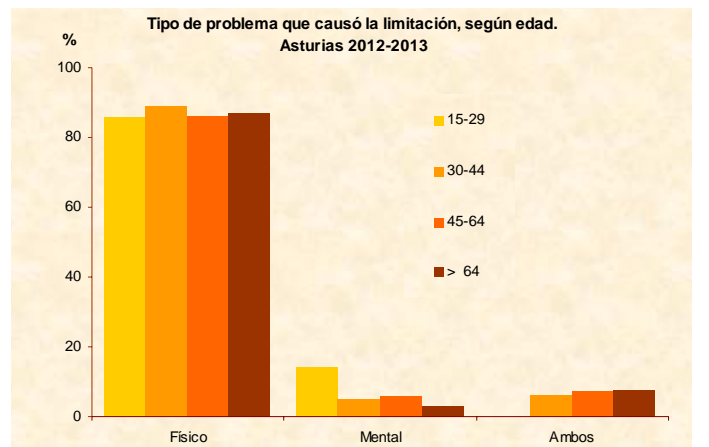
Hasta un 14% de las limitaciones debidas a la salud en las **mujeres** se deben a problemas mentales o emocionales (solos o combinadas) por un 9% del mismo hecho en hombres.

Por **edades**, observamos que las personas más jóvenes tienen problemas claramente delimitados, o físicos o mentales no ambos, y a partir de los 45 años de edad los problemas se mezclan más tanto de tipo físico y mental, llegando a suceder a un 8,8% de dicha población. La mayor proporción de limitación por problemas mentales sucede en las edades más jóvenes (15-29 años) con un 14,3% de casos detectados. En las limitaciones por problemas físicos no se aprecian diferencias según esta variable de análisis.



Por **edad y sexo**, vemos que las limitaciones por problemas físicos son mayores en los hombres que en las mujeres en todas las edades. En el grupo de edad más joven las diferencias son más acusadas (91,7% vs. 77,8% en mujeres). En las limitaciones mentales o emocionales sucede lo contrario: son más frecuentes estas limitaciones en mujeres de 15-29 años (22,2%) que en los hombres (8,3%). Desciende con la edad en ambos sexos pero las mujeres siempre declaran mayores prevalencias.

La mezcla de limitaciones debidas a problemas mentales y físicos aumenta con la edad, y también son mayores en las mujeres. La mayor diferencia la encontramos en el grupo de mayor edad (5,1% en hombres por 9,2% en mujeres).



Informe realizado por: Mario Margolles, Ignacio Donate y Juan Salvadores. Mayo de 2015.