

Encuestas en salud pública: interrogando la comunidad

Cuando me preguntan cual es mi imagen o metáfora preferida para explicar la salud pública digo:

El fonendoscopio de la salud pública son las encuestas, grupales o poblacionales, procesadas con rigor y validez científica.

El bisturí es la palabra, la comunicación a la comunidad, esencialmente preventiva generadora de conductas racionales, protectoras y virtuosas.

Sanidad y Santidad difieren en una sola letra, podemos especular que son parecidas. Sano o Sana es una persona que desarrolla al máximo sus potencialidades biológicas y está libre de enfermedades, y santo es aquel que se distingue por sus virtudes espirituales y humanas. Ambos, el sano y el santo se dan en una comunidad, no pueden crecer aislados, incomunicados y autosuficientes. Hay y habrá una interacción permanente entre el individuo y su medio, en el más amplio sentido de la palabra y durante todo el tiempo de su existencia.

Sanidad pública fue el primer nombre que recibió la salud pública por su significado de objetivo superior deseable a perseguir en una comunidad humana. Pero definir un objetivo requiere esencialmente de información para el ordenamiento de los recursos, el diseño de los instrumentos de intervención y, sobre todo, para su aceptación y uso por ese conjunto de personas.

De tal forma, una política bien informada, basada en evidencias decimos ahora, será no sólo más robusta sino que tendrá mayores posibilidades de impactar en las mejorías esperadas.

La caída de la tuberculosis por las políticas contenidas en la histórica ley de Medicina Preventiva de enero de 1938, la caída de las mortalidades infantil y materna conducidas por las leyes y estrategias de nutrición, vacunas, planificación familiar y controles obstétricos, junto con el desarrollo socio-económico, educación básica y la disminución progresiva de la pobreza, dieron paso a las conocidas transiciones demográfica y epidemiológica. En el siglo XXI se vive más pero se enferma y se muere de otras causas, principalmente las enfermedades crónicas no trasmisibles, léase cardiovasculares y cáncer.

A inicios de los años 1990, junto con la transición política desde el autoritarismo hacia mayores grados de democracia y participación, era evidente la necesidad de contar con información acerca de la salud del adulto. Por ejemplo se creía en base a estudios clínicos que la hipertensión arterial afectaba cerca de un 15% de la población adulta mayor de 20 años. Los estudios poblacionales representativos nos dijeron que en realidad hipertensos eran más del doble, sobre el 30% de personas con más de 140/80 mm de mercurio de presión arterial. Un balde agua fría para todos y un conflicto con los niveles altos en la decisión de políticas de salud por su eventual mayor impacto en los costos de la atención médica.

Curiosamente a fines de los años 80 fue el Banco Mundial a través de sus programas sociales quien hizo los primeros estudios llamados Salud del Adulto, en China y Brasil. En nuestro país se publicaron las investigaciones de Ximena Berrios y su equipo de la UC sobre el tema y progresivamente se instaló la idea de contar con encuestas nacionales de salud (ENS) que representaran la prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo en la población chilena adulta durante un año determinado. La primera ENS comisionada por el Ministerio de Salud de Chile fue la de 2003, a la que sucedieron las de 2009-2010 y 2016-2017, todas efectuadas por los expertos en epidemiología del Departamento de Salud Pública de la PUC.

Entonces viene la pregunta obligada: ¿han servido estas investigaciones y han influido en el desarrollo de políticas públicas de salud?

La respuesta inmediata es sí, las ENS pasaron a ser un hito reconocido y esperado por la opinión especializada y leiga, un insumo indispensable para el debate y diseño de las estrategias y políticas de salud, un elemento fundamental para la evaluación de aquellas intervenciones por su impacto en las mejorías de salud a nivel de grupos, comunidades, poblaciones.

El uso de la metodología validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de tres escalones, permite saber que cuentan las personas al responder un cuestionario, cuáles son sus parámetros físicos y que valor tienen sus muestras biológicas. De esta forma desde la segunda ENS (2009-2010) Chile tiene estas mediciones correlacionadas con las comunidades territoriales con sus



indicadores sociales, económicos, antropológicos, etcétera. Ello permitirá construir la línea de tiempo necesaria para evaluar el impacto de las políticas.

Otras formulaciones de estudio y de acción sanitaria como los Estudios de Carga de Enfermedad y la Reforma del Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES), han sido posibles de construir y desarrollar principalmente por los datos provenientes de las ENS.

Sobre el GES, icono de las reformas de salud de las últimas décadas, podemos decir que su cobertura de problemas responde a las condiciones y prevalencias prioritarias establecidas por la ENS, tales como los factores de riesgo, tabaquismo, abuso de alcohol, obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada y las enfermedades derivadas hipertensión, diabetes, accidentes cardiovasculares, cáncer, inmunológicas, entre otras.

No menos importante ha sido el impacto de las ENS en la medición de las desigualdades en salud y la consecuente inequidad de nuestro modelo de sociedad, datos que han sido extensamente utilizados en el debate sobre políticas sociales, desarrollo, equidad, inclusión y demás.

En suma, el aporte de las ENS ha sido fundamental para el desarrollo de nuestro conocimiento objetivo de la realidad de la salud en Chile. Su calidad y legitimidad no son discutidas y la consecuencia es continuar con ellas hacia el futuro.

Jorge Jiménez de la Jara

Profesor titular adjunto

Departamento de salud pública PUC