

La utilización de Encuestas en Hogares como fuentes de información de la salud de la población

María Eugenia Esandi
eesandi@infovia.com.ar

Reseña crítica de las siguientes publicaciones:

- Dachs J. Norberto W., Ferrer Marcela, Florez Aluisio Carmen Elisa, Barros J. D., Narváez Rory, and Valdivia Martín

“Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries”.

Rev Panam Salud Publica v.11 n.5-6 Washington mayo/jun. 2002. (Puede ser consultado en SCIELO: <http://www.scielosp.org/scielo.php?lng=es>)

- Sadana R., Mathers C., Lopez A., Murria C., Iburg K.

“Comparative Analyses of more than 50 household surveys on health status”. GPE Discussion Paper Series: No 15. EIP/GPE/EBD. World Health Organization

- Kroeger A., Zurita A., Perez-Samaniego C., Berg H.

“Illness perception and use of health services in north-east Argentina”
Health Policy and Planning 3: 141-151. 1988

- Ferrer M.

“Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América latina y el Caribe: un análisis de cuestionarios recientes”. Serie Informes Técnicos No. 72 Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Marzo. 2000

- **“Hoja sobre Desigualdades en salud”**, Julio 2001. Argentina. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas Públicas y Salud. (Accesible en <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/hddfact-dachs.htm>)

- Ramos S.

“Revisión Metodológica y Análisis de la Información sobre Salud Materno Infantil contenida en las Encuestas de Hogares de la Argentina”. Serie Estudios. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Programa MECOVI Argentina. BID. BM. CEPAL. Buenos Aires. 2001

Las encuestas en hogares fueron originariamente diseñadas para recolectar datos sobre los problemas de empleo, el nivel y estructura del ingreso y el consumo de los hogares. Progresivamente se han ido incorporando otras temáticas, dando origen a lo que hoy se conoce como Encuestas de Propósitos Múltiples. Como su nombre lo indica, a través de estas encuestas es posible

investigar una multiplicidad de temas, como por ejemplo, características demográficas y sociales (edad, sexo, grupo étnico, estado civil, alfabetización y último nivel de estudios alcanzado); componentes de la dinámica de población (natalidad, mortalidad y migraciones); otros aspectos demográficos (planificación de la familia, salud y nutrición; características de la vivienda; condición y actividades de ciertos grupos como jóvenes, mujeres o adultos mayores); y temas socioeconómicos relacionados con la fuerza de trabajo (empleo, desempleo, subempleo) así como con los ingresos y gastos de la población.

En un sentido amplio, la variedad de temas considerados incrementa la complejidad de estas encuestas al momento de la recolección de datos, su análisis y difusión de la información. Pero, por otro lado y desde el enfoque particular de la salud pública, esta misma multiplicidad temática las transforma en fuentes de información de inestimable valor para quienes se desempeñan en dicho sector.

En efecto, las encuestas multipropósito permiten recolectar y generar información no sólo sobre diversos aspectos relacionados con la salud de la población, sino también sobre sus características sociales, económicas, culturales y ambientales, factores hoy universalmente reconocidos como macrodeterminantes de salud, en la medida que condicionan a otros determinantes directos, como aquellos situados en el ámbito del cuidado de la salud, de los estilos de vida y de los servicios sanitarios básicos.

El estudio de las relaciones entre estos macrodeterminantes y el estado de salud de la población, su acceso y utilización de los servicios sanitarios y los gastos originados por el cuidado de la salud, permiten conocer mejor las desigualdades en salud y proponer intervenciones que tengan un mayor impacto en la reducción de dichas desigualdades. Esta potencialidad en el uso de la información sobre salud generada por las encuestas de hogares, sumadas a su amplia cobertura y la experiencia adquirida respecto a su utilización, les confiere un atractivo particular como fuente de información necesaria para la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar la salud de la población. Sin embargo, como toda fuente de información, también poseen ciertas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar sus resultados.

El estudio realizado por Dachs y col. publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública en el año 2002 pone en evidencia tanto las fortalezas de las encuestas en hogares para el estudio y comprensión de las desigualdades sanitarias, como alguna de sus limitaciones, especialmente aquellas que se hacen evidentes al momento de comparar los resultados de diferentes encuestas entre sí.

A través de un estudio descriptivo y exploratorio de 12 encuestas en hogares realizadas en América Latina y el Caribe durante los años 1997 y 1999, los autores identifican la existencia de importantes desigualdades en la utilización de los servicios de salud en distintos estratos socioeconómicos, fundamentalmente caracterizados por el ingreso o gastos del hogar. De esta manera, ejemplifican la forma en que la información obtenida a partir de las encuestas de hogares puede ser utilizada para el estudio de las desigualdades sanitarias.

Por otra parte, también describen las dificultades que surgen al momento de comparar los resultados de distintas encuestas entre sí, en especial en aquellas preguntas directamente relacionadas con la percepción de los problemas de salud.

Estas dificultades se deben, por un lado, a la falta de estandarización en las preguntas sobre la percepción de problemas de salud y por otro, a la elevada carga de subjetividad en las respuestas a estas preguntas, también condicionada por distintos factores culturales y socioeconómicos. Esto último ocurre porque la mayoría de las encuestas en hogares basan la medición del estado de salud en la autodeclaración de las personas. Esta descripción no sólo depende de lo que las personas *perciben*, sino también de lo que *declaran*. La declaración de los problemas de salud no sólo depende de la existencia objetiva de la enfermedad y la experiencia subjetiva del problema, sino también de factores relacionados con ese reporte, como son la existencia de un diagnóstico previo hecho por un médico, la interpretación subjetiva del diagnóstico en términos del lenguaje utilizado en las preguntas de la encuesta, el error al recordar problemas de salud o la tendencia a las quejas. A modo de ejemplo, en una encuesta realizada en la Argentina, se observó que los grupos socio-económicos más altos *reportaban* más enfermedad que aquellos de menor nivel; sin embargo, a través de información obtenida por una fuente externa fue posible observar la situación inversa. Por este motivo, al momento de interpretar los resultados de este tipo de encuestas, debe considerarse que parte de las desigualdades observadas en la morbilidad declarada pueden también deberse a tendencias diferenciales en la declaración.

Con relación a la falta de estandarización, la misma se evidencia en diferentes definiciones utilizadas para "problema de salud", así como en los períodos de referencia utilizados en las encuestas de los distintos países (Apéndice 1 del Artículo). En un documento técnico de la Organización Panamericana de la Salud,

Ferrer M. identifica estas mismas diferencias en los cuestionarios, y señala que si bien existe consenso respecto de la necesidad de contar con indicadores de salud comparables entre países y al interior de los países, este consenso es menor en relación a cuáles serían los indicadores o los temas comunes a incluir en el cuestionario.

Aún cuando es necesario avanzar en la búsqueda de definiciones comunes entre países, es muy importante el logro y la aplicación de los mismos instrumentos a escala nacional. En este sentido, en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) y el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) incorporaron una encuesta periódica al Sistema Nacional de Estadística, que tuvo por objeto el estudio de las Condiciones de Vida en la población de todo el país. La primer experiencia en este sentido se realizó en 1997, con la Encuesta de Desarrollo Social (EDS), que cubrió la población urbana de todo el país e incluyó un módulo de salud con 81 ítems; en el 2001 se repitió la experiencia con la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), la que se diseñó y realizó sobre la base de la EDS (tanto la metodología utilizada como los resultados de ambas encuestas pueden ser consultados gratuitamente por Internet en <http://www.siempro.gov.ar>). La información obtenida a partir de estas encuestas permite conocer las desigualdades en salud en nuestro país y se

constituyen en una evidencia empírica de gran relevancia para quienes deben implementar o monitorear los distintos programas sociales

Por último, aún cuando ciertos aspectos metodológicos respecto a las Encuestas en Hogares se encuentran en permanente revisión, no hay duda de que las mismas contribuyen en gran manera al conocimiento y comprensión de las desigualdades en salud no sólo en nuestro país, sino en toda Latinoamérica. La continuidad de este tipo de estudios en el tiempo, el eficiente aprovechamiento de la gran cantidad de datos que a partir de ellos se obtienen y la utilización de la información que generan para la toma de decisiones en salud pública son sólo algunos de los desafíos más importantes relacionados con esta preciada fuente de información en salud.