



Documento presentación primeros resultados Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017

Antecedentes

El miércoles 22 de noviembre de 2017, la Ministra de Salud Carmen Castillo y el Subsecretario de Salud Pública (s) Cristian Herrera dieron a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017. La realización de la tercera ENS 2016-2017, consolida a este instrumento como una herramienta de vigilancia epidemiológica nacional, evaluando la prevalencia de problemas y determinantes de salud, principalmente enfermedades no transmisibles. Esta encuesta ha sido realizada en los años 2003, 2009-2010 y 2016-2017, como última versión.

La realización de la ENS entrega valiosa información sobre exposición a factores de riesgos y protectores, sospecha de enfermedades no transmisibles y aproximación a determinantes sociales que afectan la salud que se monitorean bajo el Modelo de vigilancia de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (VENT), especificados en la NORMA 123, MINSAL.

Aspectos Metodológicos de la ENS 2016-2017

El levantamiento de datos de la ENS 2016-2017 se aplicó desde agosto 2016 a marzo 2017, mediante una encuesta presencial en hogares realizada por encuestadores y profesionales de salud (as). La ENS es representativa a nivel de macrozona, regional y localidad (urbano/rural). La población objetivo de la ENS fue de 15 años y más. El Departamento de Salud Pública, en conjunto con el Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales (CEEL), ambas instituciones pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), fueron las instituciones adjudicadas para la ejecución del terreno.

El diseño metodológico de la ENS 2016-2017 se caracteriza por un corte transversal que consideró el diseño de una muestra principal, la “muestra ENS”, y tres muestras secundarias: la sub-muestra de salud mental ampliada (CIDI), la sub-muestra de exámenes y la sub-muestra de desarrollo infantil. La “muestra ENS” alcanzó un total de 6.233 encuestados mediante una selección aleatoria y compleja (estratificada y multietápica por conglomerados). La tasa de respuesta en la vivienda fue de un 66% y la tasa de rechazo de 9,8%.

Tanto la tercera versión de la ENS 2016-2017, como sus versiones anteriores, son un esfuerzo realizado por la Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria, del Ministerio de Salud.

Por último, la presentación de los resultados de la ENS 2016-2017 serán acompañados de las principales prevalencias obtenidas en sus mediciones anteriores, pero para efectos de comparación, solo se considerará la última medición 2009-2010, dada su equivalencia en población objetivo (15 años y más).

A continuación, se presentan los principales resultados de los 10 primeros ítems:

Resultados

1) Consumo de Tabaco

Esta última medición ENS de consumo de tabaco, mostró que el “consumo de cigarrillo actual”, que se entiende como aquel individuo que declara consumir cigarrillos de forma diaria u ocasional, fue de un 33,3%. Dicha cifra presenta una baja estadísticamente significativa respecto a la medición del año 2009-2010 (39,8%).

La distribución según sexo de este hábito es de un 37,8% de los hombres y un 29,1% de las mujeres, siendo la última cifra, significativamente menor en relación al año 2009-2010. Según edad, se observó una reducción significativa en el consumo de cigarrillo actual en el grupo de 20 a 29 años, respecto a la medición del año 2009-2010.

Así también, entre las últimas dos mediciones, se observa una reducción estadísticamente significativa de la “alta dependencia al tabaco” (fumar antes de los 60 minutos después de despertar) de 33,2 % a 22,3% en la última medición 2016-2017.

Por último, se aprecia una disminución estadísticamente significativa en la exposición de humo de tabaco en el hogar, mientras en el año 2009-2010 la cifra llegaba al 31%, la actual medición corresponde a 15,2%. No obstante, cabe destacar que hubo un cambio en la pregunta sobre exposición a tabaco tanto en el hogar como el lugar de estudio y/o trabajo, mientras las ENS 2009-2010 consultó por frecuencia de exposición, la ENS 2016-2017 consultó por número de horas expuestos de lunes a jueves y de viernes a domingo. Para este análisis se categorizaron las respuestas en expuesto y no expuesto con el objeto de comparar los resultados.

2) Consumo riesgoso Alcohol

Para detectar la población que posee consumo riesgoso de alcohol, se ha utilizado el instrumento AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification*). Las prevalencias de consumo riesgoso, hacen alusión a todas las personas que poseen un puntaje igual o mayor a 8 puntos, aquellos que poseen un consumo de riesgo (8-15 puntos) y aquellos en alto riesgo (16 o más puntos); lo cuales podrían presentar un trastorno por abuso de alcohol (dependencia o consumo perjudicial).

De acuerdo a estas características, se estima que el 11,7% de la población chilena posee un consumo riesgoso de alcohol, existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres (20,5% y 3,3% respectivamente).

Comparando por grupos etarios, se observa que no existe diferencia dentro de cada grupo de edad. Sin embargo, el grupo 20-29 años presenta mayor prevalencia en relación a los demás grupos. El grupo de 65 o más años, presenta diferencia significativa con el resto de los grupos siendo la menos prevalente.

Por nivel educacional o años educacionales cursados aprobados, sólo existe diferencia significativa entre el grupo de 8-12 años en relación a la medición 2009-2010, disminuyendo de un 14,2% a un 10% en la medición actual.

3) Sedentarismo

El sedentarismo o inactividad física, mundialmente se encuentra dentro de los principales factores de riesgo de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, entre otras).

Se entiende por “sedentarismo en el último mes”, aquellos individuos que en los últimos 30 días no practicaron deporte o realizaron actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, 3 o más veces por semana.

Su prevalencia alcanza un 86,7% de la población, con una presentación de 83,3% en hombres y 90% en las mujeres; sin mostrar diferencias significativas en relación a la medición 2009-2010. Según grupos de edad, sólo se observa una disminución estadísticamente significativa en el grupo de 30 a 49 años entre los años 2009-2010 y 2016-2017. En relación a los años de estudios, no se observan diferencias significativas en relación a la medición 2009-2010, pero si entre las categorías evaluadas.

4) Consumo de frutas y verduras

El 15% de los chilenos consume al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (recomendación indicada por la OMS), dicha cifra no tiene diferencias estadísticamente significativas respecto a la medición 2009-2010, ya sea por sexo, grupos de edad y años de estudios.

Por otro lado, el 39,8% de los chilenos declara haber consumido frutas en los últimos siete días, cifra que presenta un aumento estadísticamente significativo respecto al año 2009-2010 (34,8%).

El 59,7% de los chilenos declara haber consumido verduras en los últimos siete días, esta cifra no presenta diferencias estadísticamente significativas respecto al año 2009-2010 (60,8%).

5) Estado nutricional

En los últimos 40 años, a nivel mundial la prevalencia de obesidad se ha casi triplicado, siendo el exceso de peso un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres).

Para categorizar el estado nutricional se utilizó el índice de masa corporal (IMC) que se calcula como el peso (kg) dividido por la talla (mt) al cuadrado, donde enflaquecido: $IMC < 18,5$; peso normal: $IMC 18,5-24,9$; sobrepeso: $IMC 25-29,9$; obesidad: $IMC 30-39,9$ y; obesidad mórbida: $IMC \geq 40$. Esta categorización de estado nutricional se ha utilizado en la ENS 2003 y 2009-2010, para toda la población que participa en la encuesta.

En esta última medición, la prevalencia de sobrepeso fue de un 39,8%, sin diferencias significativas respecto a la medición 2009-2010. La obesidad alcanzó una prevalencia de 31,2%, presentando un aumento estadísticamente significativo respecto a la medición 2009-2010. Finalmente, la prevalencia de obesidad mórbida alcanzó un 3,2%, no reportando diferencias estadísticamente significativas en relación al año 2009-2010.

Según sexo, los hombres presentaron una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres con un 43,3% y 36,4% respectivamente. Sin embargo, en obesidad y obesidad mórbida las mujeres presentaron una mayor prevalencia (33,7% y 4,7% respectivamente) en relación a los hombres (28,6% y 1,7% respectivamente).

En el análisis de sobrepeso y obesidad según edad, desde los 30 años y más se registraron los porcentajes más elevados. En el caso de la obesidad mórbida, los grupos de 30 a 39 y 50 a 64 años presentaron los porcentajes más altos de esta condición.

Por último, se observa una alta prevalencia de obesidad en el grupo con menos de 8 años de estudio cursados (43,2%), con diferencias estadísticamente significativas en relación a las otras categorías evaluadas.

6) Sospecha de Hipertensión Arterial (HTA)

La prevalencia de sospecha de HTA es una definición epidemiológica construida a partir de personas con autoreporte y/o tratamiento médico por HTA o con presión elevada mayor 140/90 (promedio con 3 tomas de presión arterial). Para efectos de comparación, en el año 2003 se realizaron 2 tomas de presión arterial.

Esta prevalencia se ha mantenido estable en las dos últimas mediciones de la ENS, arrojando un 26,5% para el año 2009-2010 y un 27,6% para el año 2016-2017. En ambos periodos no se presentan diferencias estadísticamente significativas a nivel país y según sexo.

La prevalencia de sospecha de HTA va aumentando a medida que avanza la edad. Las prevalencias por grupo de edad son: 0,7% para 15 a 24 años, 10,6% para 25 a 44 años, 45,1% para 45 a 64 años y 73,3% para 65 años y más, sin presentar diferencias estadísticamente significativas respecto a la medición 2009-2010.

Por último, se observa una alta prevalencia de sospecha de HTA en el grupo educacional con menos de 8 años de estudio cursados (57%), disminuyendo en forma significativa a medida que aumentan los años de estudio.

7) Sospecha de Diabetes Mellitus (DM)

El 12,3% de la población chilena se encuentra en sospecha de DM. Esta prevalencia corresponde a una definición epidemiológica y fue construida con autoreporte y/o tratamiento médico por DM o glicemia elevada mayor o igual a 126 mg/dl. La prevalencia en relación al valor nacional es mayor en mujeres que en hombres (14% y 10,6% respectivamente). Respecto a la medición del año 2009-2010, la sospecha de DM aumentó 3,6 puntos porcentuales, no observándose diferencias estadísticamente significativas.



La sospecha de DM para la medición 2016-2017 es mayor en los grupos de mayor edad, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a la ENS 2009-2010.

Por último, se observa una alta prevalencia de sospecha de DM en el grupo educacional con menos de 8 años de estudio cursados (25,3%), disminuyendo en forma significativa su prevalencia a medida que aumentan los años de estudio.

8) Autoreporte de Infarto Agudo al Miocardio (IAM)

Ante la pregunta relacionada con el autoreporte de IAM, si alguna vez un médico le ha dicho que sufrió un infarto al corazón, el 3,3% señaló que alguna vez sufrió un IAM; un 3,8% de los hombres y un 2,8% de las mujeres.

A medida que se avanza en tramos etarios, los reportes de IAM aumentan significativamente, llegando a un 10% en personas de 65 y más años. No obstante, llama la atención la existencia de autoreporte de IAM en población menor a 44 años.

9) Autoreporte de Ataque Cerebrovascular (ACV)

El 2,6% de la población mayor de 15 años señaló que alguna vez sufrió un accidente vascular o trombosis cerebral. Al comparar entre hombres y mujeres, la prevalencia de ACV en mujeres es mayor que en los hombres, con un 3,2% y 2%, respectivamente. No obstante, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa.

A mayor edad, el autoreporte de ACV aumenta significativamente, llegando a un 8,2% en personas de 65 y más años.

10) Sexualidad y VIH

En esta medición, la edad promedio de menarquia en las chilenas fue de 12,8 años, sin presentar diferencias estadísticamente significativas con la ENS 2009-2010.

La edad de inicio sexual, al igual que en ENS 2009-2010, se sigue manteniendo en 17 años.

El 17,2% de la población declara haberse realizado el examen de VIH/SIDA en los últimos 12 meses. En la medición del año 2009-2010 la pregunta sobre la realización del examen de VIH/SIDA es distinta a la actual, por lo cual los resultados no son comparables.

Por otro lado, de los individuos que se hicieron el examen VIH/SIDA, el 91,5% conoce sus resultados, sin presentar diferencias estadísticamente significativas según sexo.

Respecto a las motivaciones para realizarse el examen del VIH/SIDA, destacan las mujeres con un 59,9% por control del embarazo, seguido de sentirse en riesgo y tranquilidad con un 13,4%. En



cambio, el 31% de los hombres que se realizaron el examen de VIH/SIDA, lo hicieron por sentirse en riesgo y tranquilidad, mientras el 21% lo hizo por concepto de donación de sangre.

Respecto al uso de preservativo o condón, el 10,1% de los encuestados menciona haber ocupado condón siempre en los últimos 12 meses, mientras que el 71% refiere nunca haber ocupado condón o preservativo.

Conclusiones y desafíos

Se observa un cambio positivo en la prevalencia de consumo de tabaco en la población destacando la disminución a nivel nacional y en la exposición en el hogar.

Factores de riesgo como el alcohol, el sedentarismo y la malnutrición por exceso nos desafían a buscar nuevas estrategias que ayuden a la población a mejorar su condición.

El autoreporte de enfermedades crónicas y sospecha de ellas nos están describiendo características de salud de la población que orientan el accionar multidisciplinario.

Reforzar el uso de preservativo y la realización del examen VIH/SIDA en la población como hasta ahora, seguirán siendo una tarea vigente y un desafío futuro.

Chile se encuentra en una situación de alta prevalencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles y baja en factores protectores. En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud nos permite visualizar una sociedad con importantes inequidades y diferencias en la prevalencia de enfermedades, según años de estudio cursados, edad y sexo; evidenciando la relevancia de considerar los determinantes sociales de la salud en la construcción de políticas públicas.

Mantener la periodicidad de las encuestas poblacionales de salud como instrumento de vigilancia, nos permite evaluar tanto la situación de los problemas de salud como sus factores de riesgo.

Se hace necesario fortalecer la implementación de políticas públicas, sin perder de vista la importancia del trabajo intersectorial como principal estrategia para mejorar la salud de la población bajo el concepto de “Salud en todas las políticas”.