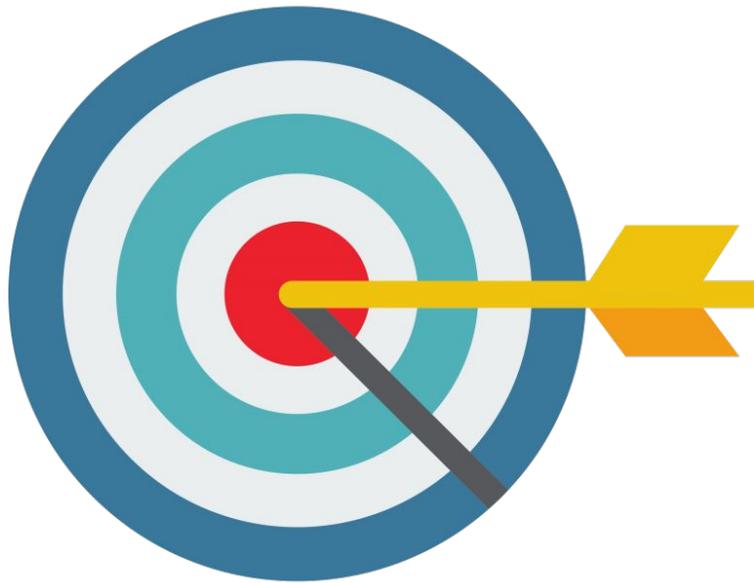


# Evaluación de la Implementación de las Intervenciones Breves en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, una mirada desde el modelo RE-AIM

Ps. Bert Kaempfe Vásquez  
Master in Public Health, University of Washington  
Departamento Técnico en Salud  
Servicio de Salud Metropolitano Sur

# Modelo RE-AIM



RE-AIM busca evaluar cómo se traducen e implementan intervenciones basadas en la evidencia

## Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework

Russell E. Glasgow, PhD, Thomas M. Vogt, MD, MPH, and Shawn M. Boles, PhD

### ABSTRACT

Progress in public health and community-based interventions has been hampered by the lack of a comprehensive evaluation framework appropriate to such programs. Multilevel interventions that incorporate policy, environmental, and individual components should be evaluated with measurements suited to their settings, goals, and purpose.

In this commentary, the authors propose a model (termed the RE-AIM model) for evaluating public health interventions that assesses 5 dimensions: reach, efficacy, adoption, implementation, and maintenance. These dimensions occur at multiple levels (e.g., individual, clinic or organization, community) and interact to determine the public health or population-based impact of a program or policy. The authors discuss issues in evaluating each of these dimensions and combining them to determine overall public health impact.

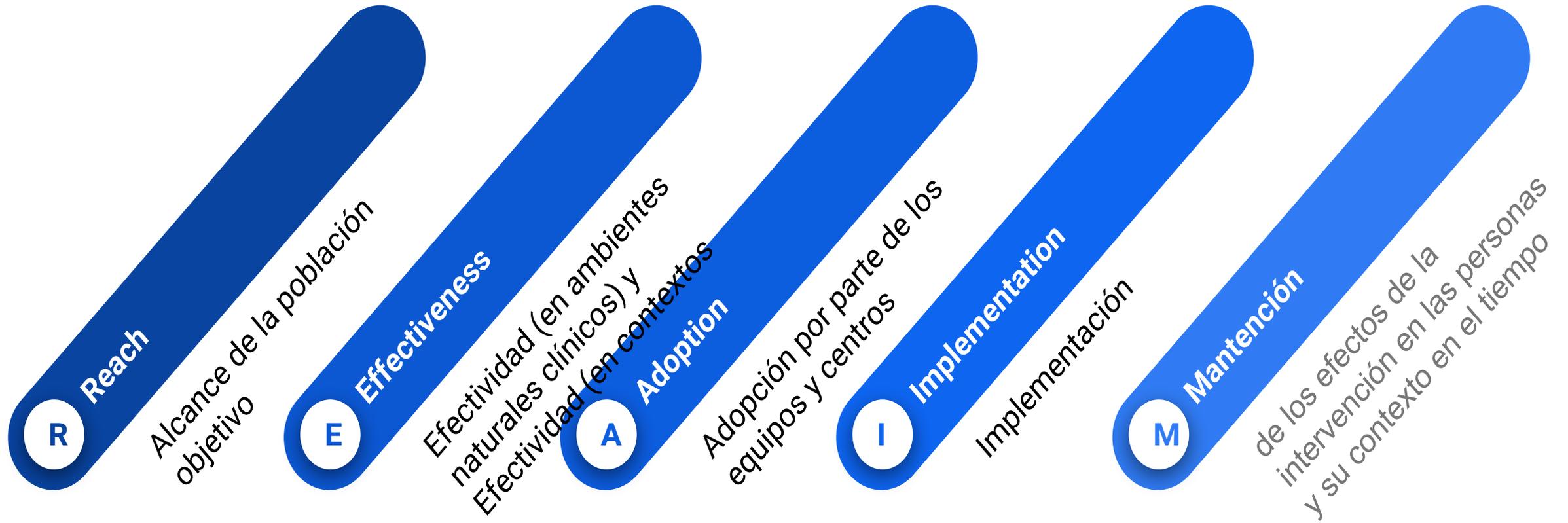
Failure to adequately evaluate programs on all 5 dimensions can lead to a

Although the field of health promotion has made substantial progress,<sup>1-13</sup> our advances are limited by the evaluation methods used. We have the potential to assess the population-based impact of our programs. However, with few exceptions, evaluations have restricted their focus to 1 or 2 of 5 “dimensions of quality” we believe to be important.

There is a great need for research methods that are designed to evaluate the public health significance of interventions.<sup>14</sup> The efficacy-based research paradigm that dominates our current notions of science is limiting and not always the most appropriate standard to apply.<sup>14,15</sup> A reductionistic scientific paradigm oversimplifies reality<sup>16-18</sup> in the quest to isolate efficacious treatments. Most clinical trials focus on eliminating potential confounding variables and involve homogeneous, highly motivated individuals without any health conditions other than the one being studied. This approach provides important information and strong internal validity; from an external validity perspective, however, it results in samples of nonrepresentative participants and settings.<sup>15,19,20</sup>

The representativeness of participants<sup>19,28</sup> is an important issue for outcome research.<sup>20,29</sup> The representativeness of settings—clinics, worksites, or communities—for public health interventions is equally important. Many evaluations, such as the otherwise well-designed Community Intervention Trial for Smoking Cessation,<sup>30</sup> explicitly restrict selection of participating communities (and research centers) to those most motivated, organized, and prepared for change.<sup>30</sup> This results in expert, highly motivated research teams and settings, which are, by definition, unrepresentative of the settings to which their results are to be applied.

Recognizing some of the foregoing issues, both the National Cancer Institute and the National Heart, Lung, and Blood Institute have proposed sequential “stages” of research.<sup>14,22,31</sup> These steps move from hypothesis generation to testing under controlled conditions, evaluations in “defined populations,” and, finally, dissemination research. Interventions found to be efficacious then undergo “effectiveness” evaluations, and programs that prove to be effective—especially



## Individual

### Reach

¿Cómo alcanzo a la población objetivo, con mi intervención?

+

### Effectiveness

¿Cómo sé que mi intervención es efectiva?

+

### Adoption

¿Cómo desarrollo el apoyo de las organizaciones para realizar la intervención?

+

### Implementation

¿Cómo me aseguro que mi intervención se realice o entregue apropiadamente?

+

### Maintenance

¿Cómo incorporo la intervención para que sea desarrollada o implementada en el tiempo?

institucional

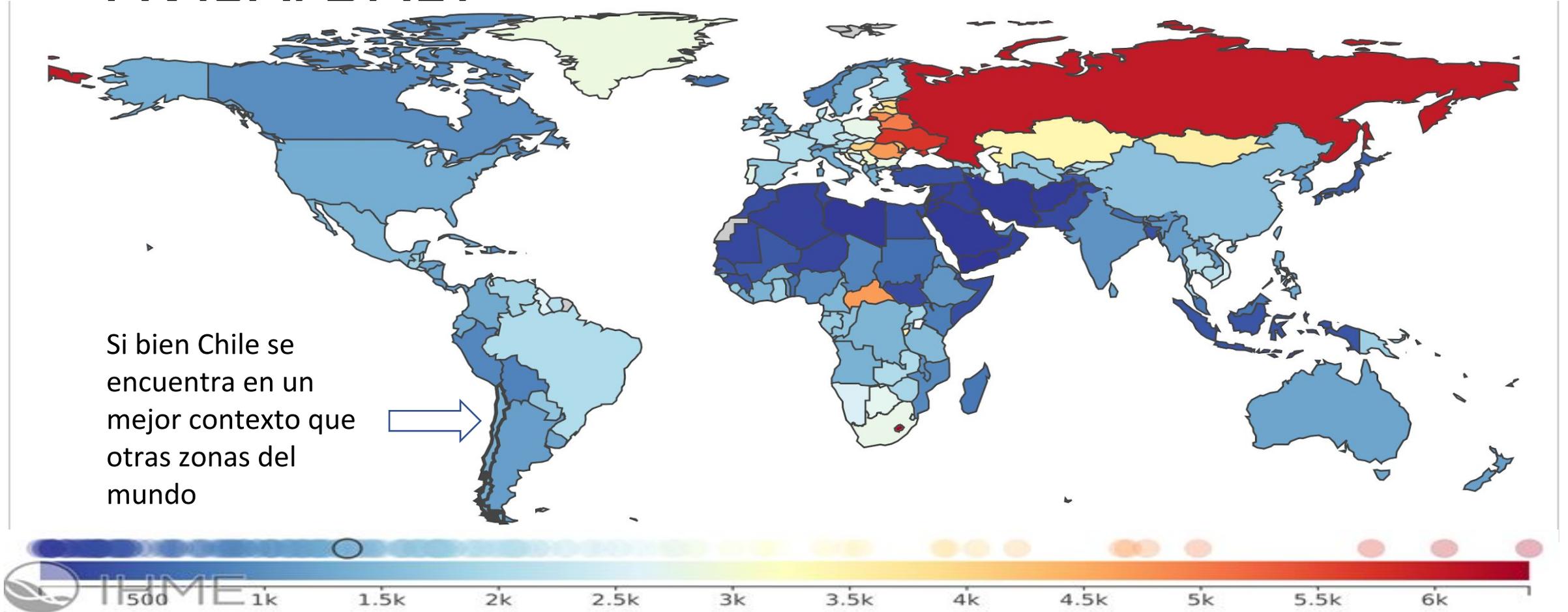
# Fuentes de información

- Datos Encuesta Nacional de Consumo de Sustancia en Población General (ENCPG) SENDA 2016, del SSMS
- Registro Estadístico Mensual REM, 2012-2017

# Outcomes

- ENCPG 2016
  - Perfil de consumo de OH según AUDIT, (ENCPG 2016)
  - Personas que refieren haber recibido Información en el Sistema de Salud, FONASA e ISAPRE
- REM
  - Instrumentos de Screening aplicados
  - Intervenciones Breves realizadas

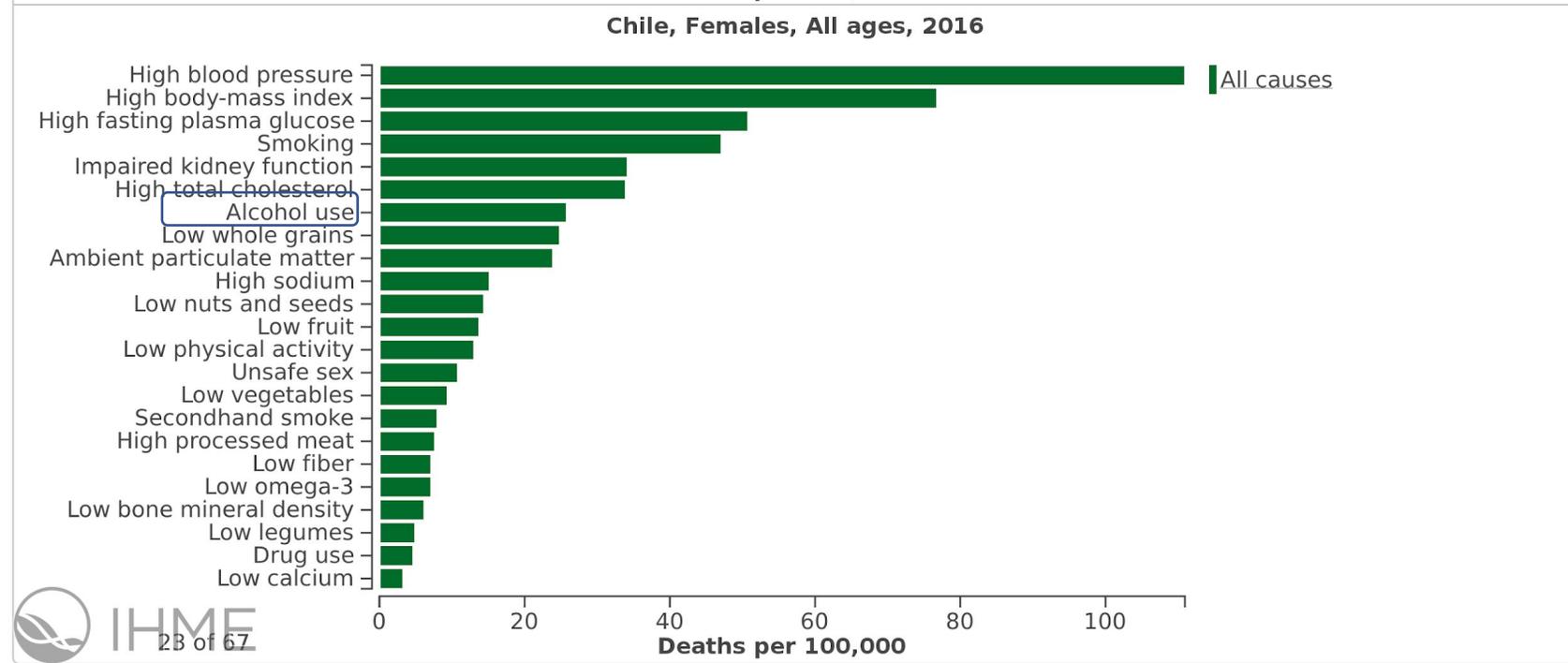
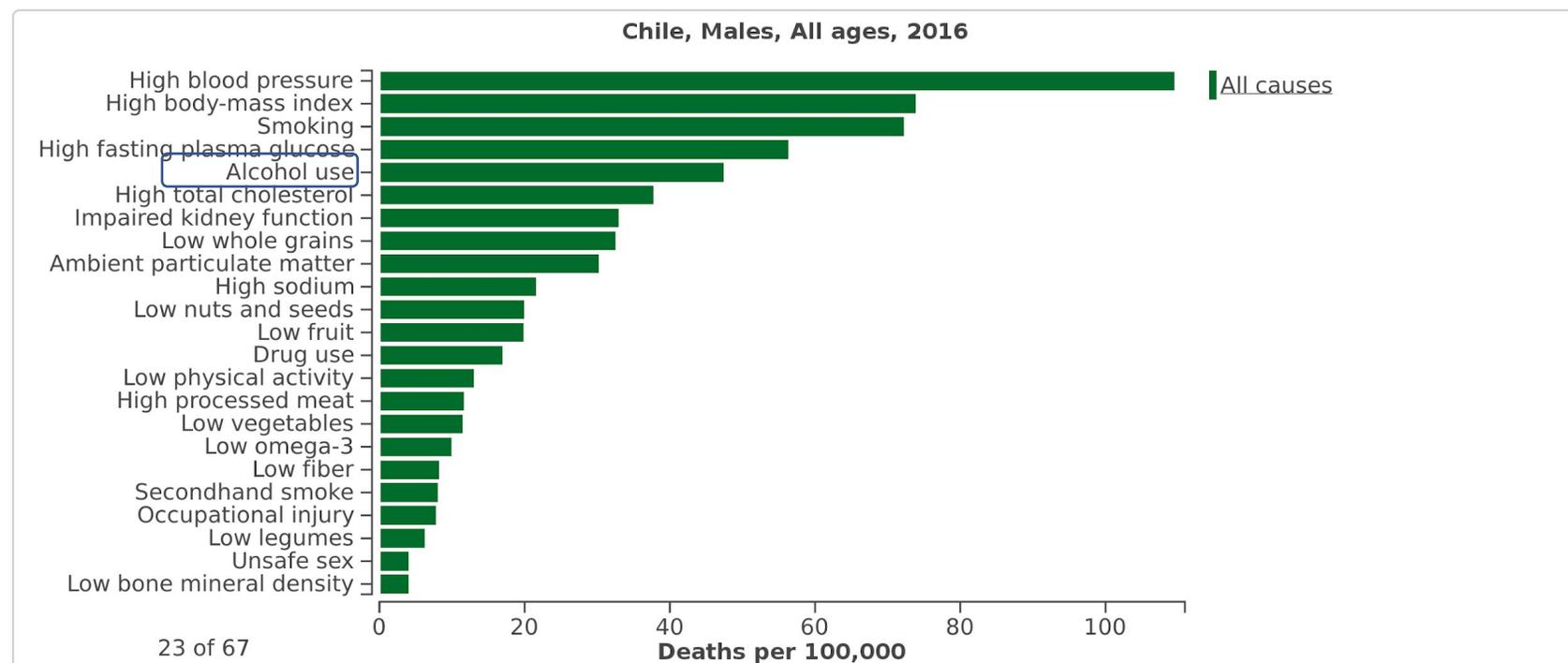
# Uso de Alcohol como factor de riesgo para AVISA/DALY



todas las edades, en tasa por 100.000 habitantes (IHME, University of Washington, 2018)

# Es relevante en el contexto nacional

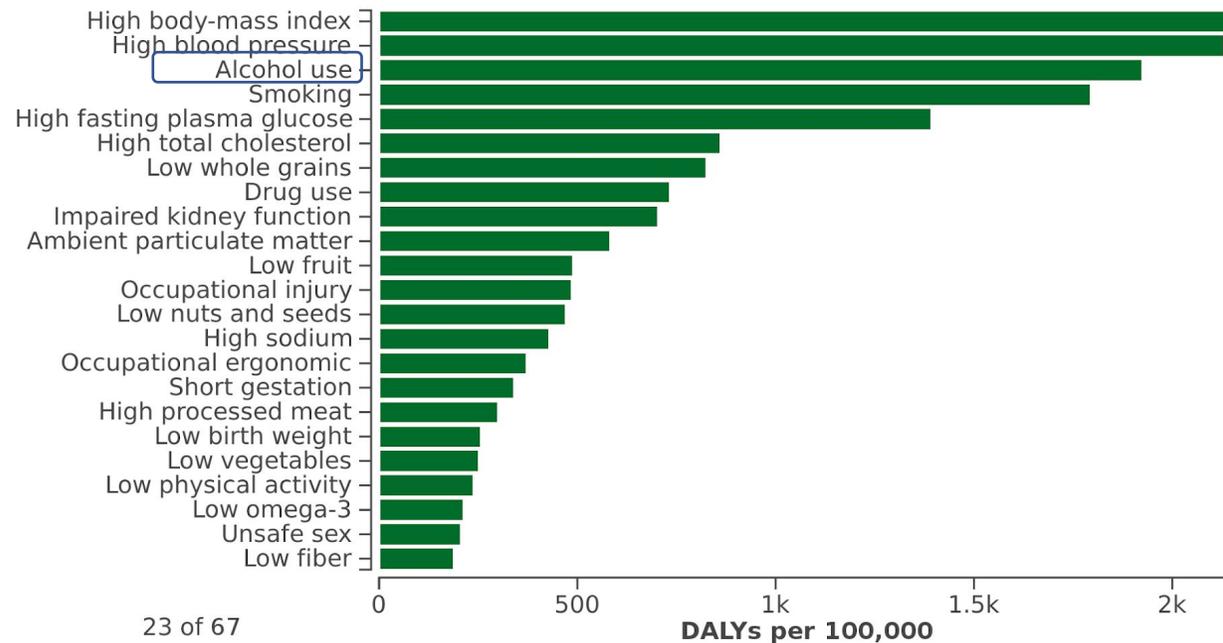
En Chile en el 2016, el uso de alcohol fue el 5º factor de riesgo para muertes en hombres y 6º en mujeres (IHME, University of Washington, 2018)



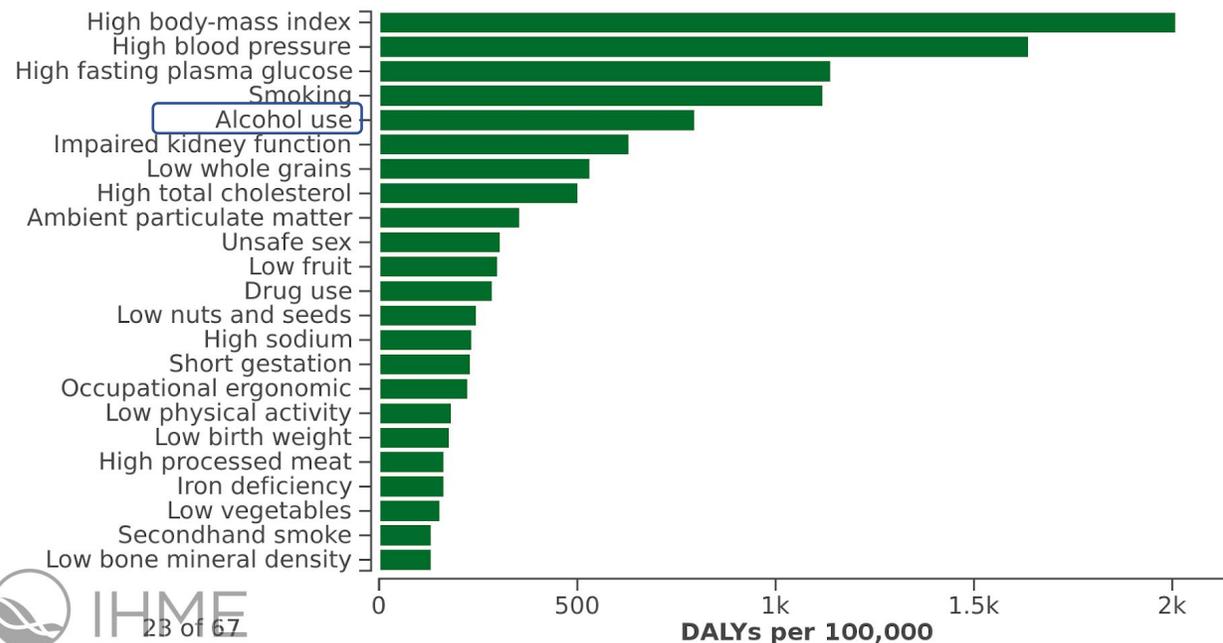
Y el 2º factor de riesgo para Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA/DALY) en hombres y 5º en mujeres (IHME, University of Washington, 2018)

Mundialmente es el 3º en hombres y 19º para las mujeres, 5º y 7º respectivamente en países de la OCDE

Chile, Males, All ages, 2016



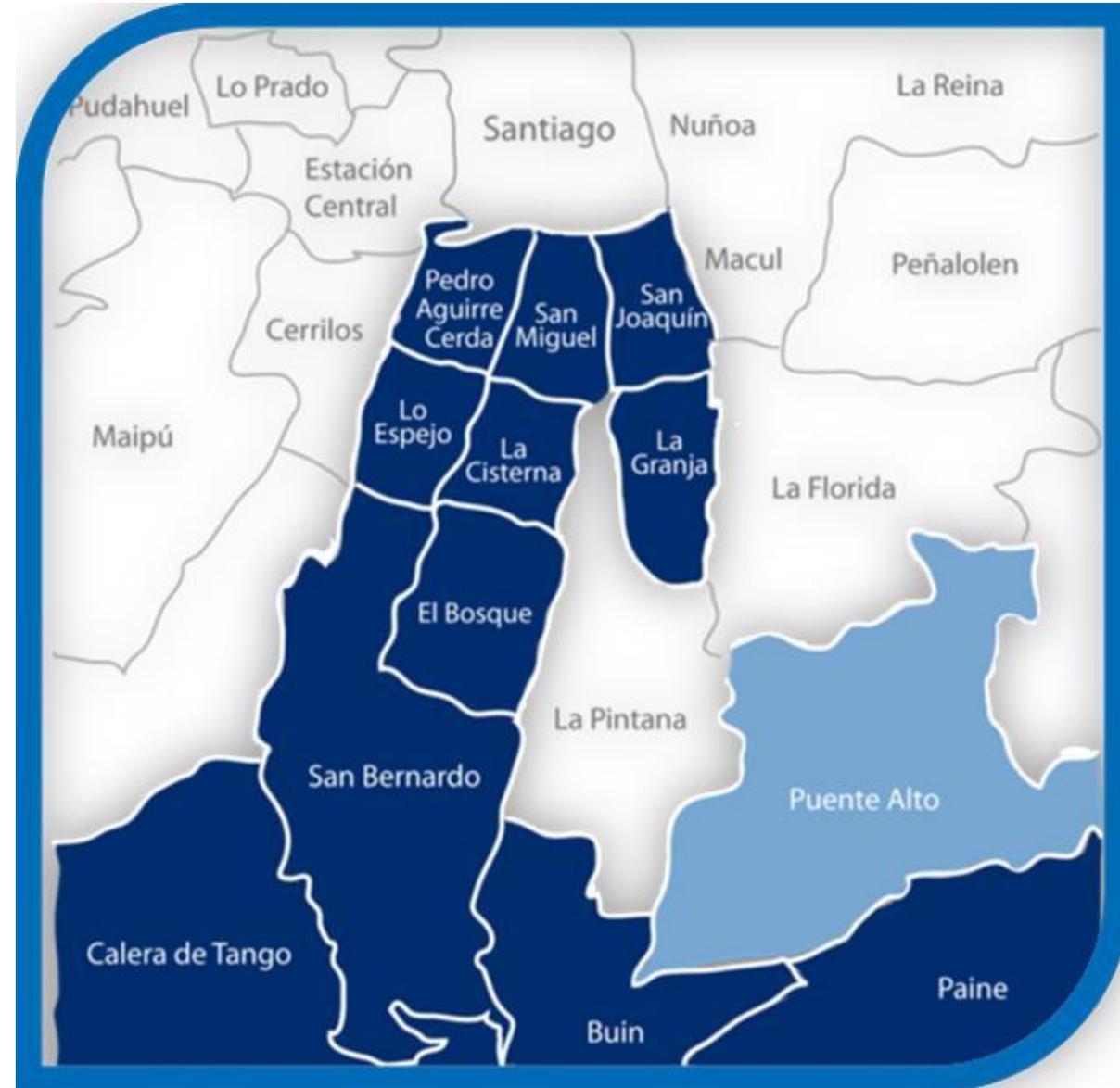
Chile, Females, All ages, 2016



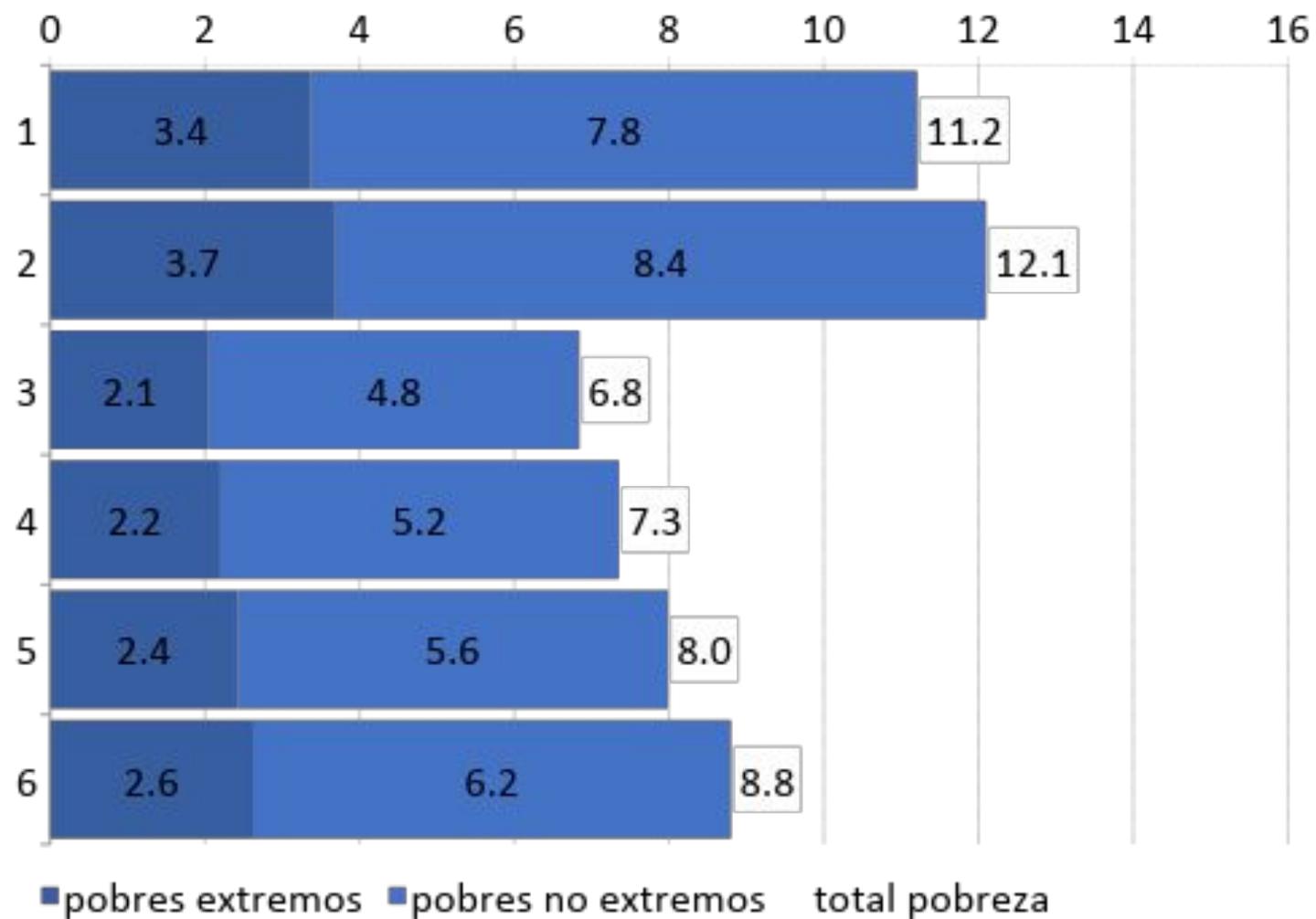
## Caracterización de Población en Estudio, del SSMS

San Bernardo	La Cisterna
Lo Espejo	La Granja
El Bosque	Buín
Pedro Aguirre Cerda	Paine
San Miguel	Calera de Tango
San Joaquín	

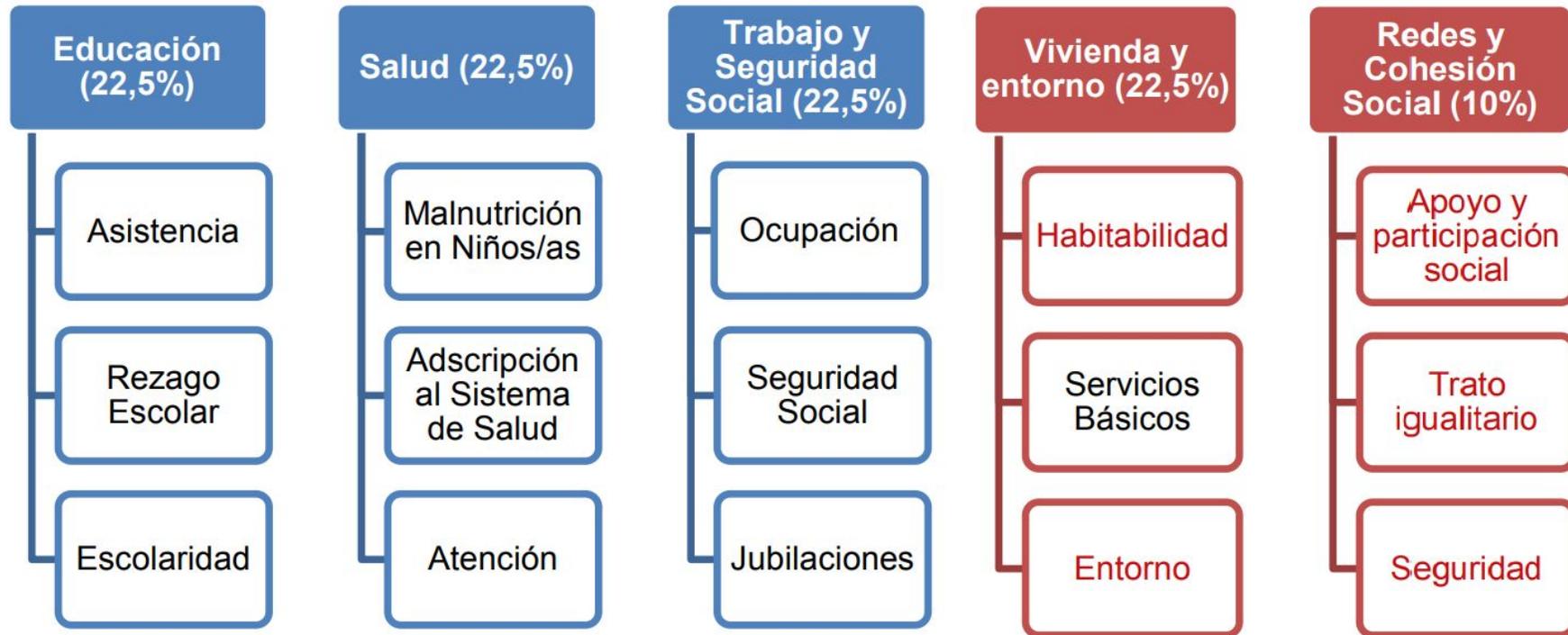
Un poco menos de 1 millón de personas a cargo (inscrita validada)



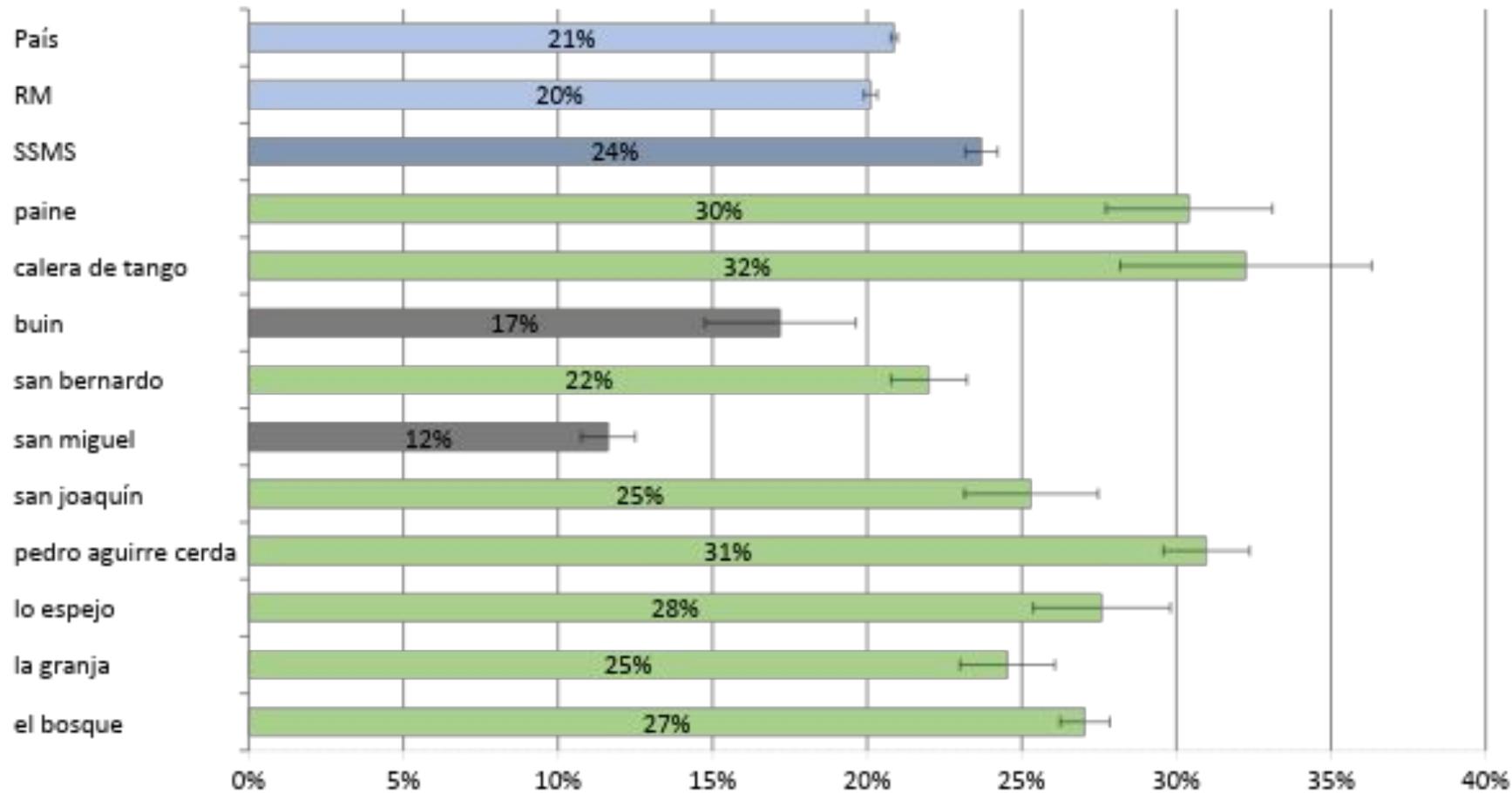
## Total Pobreza y pobreza Extrema por Sexo, País, RM, SSMS y comunas, CASEN 2015



# Dimensiones pobreza Multidimensional CASEN

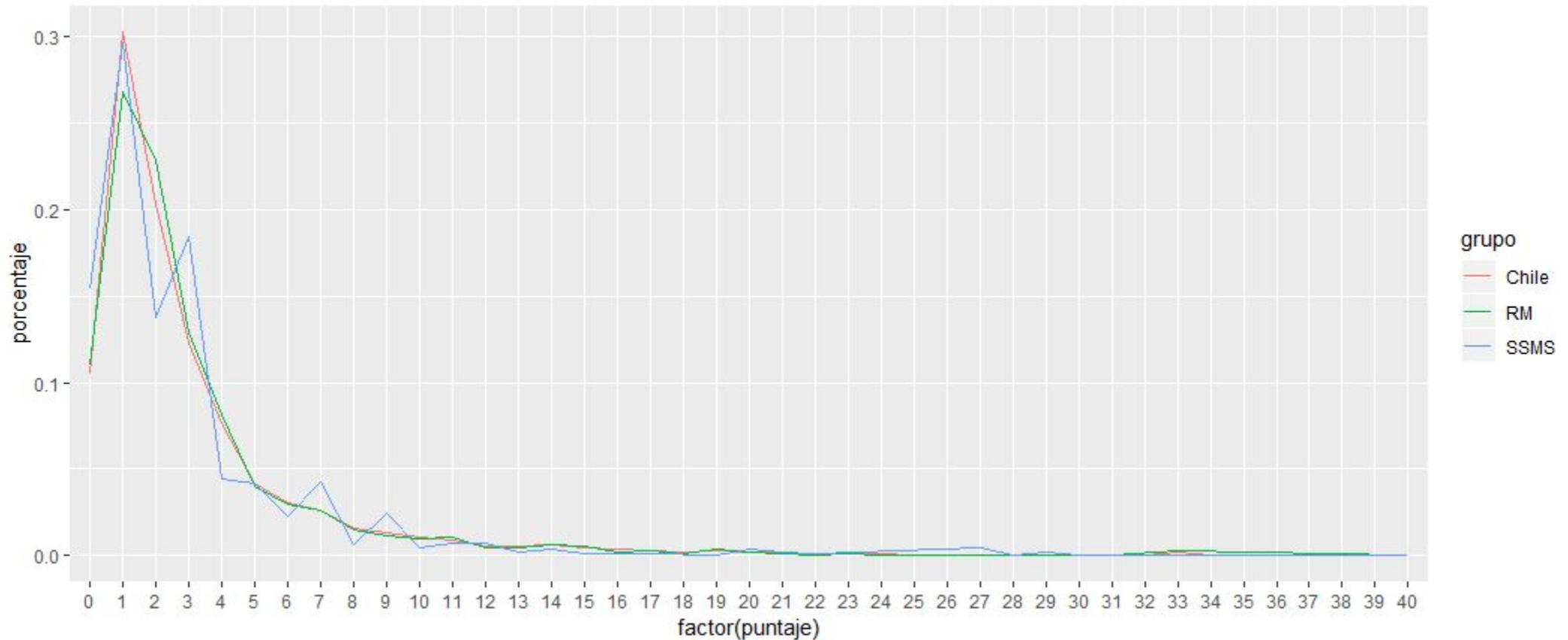


## Pobreza Multidimensional en el SSMS, CASEN 2015, % de Pobres

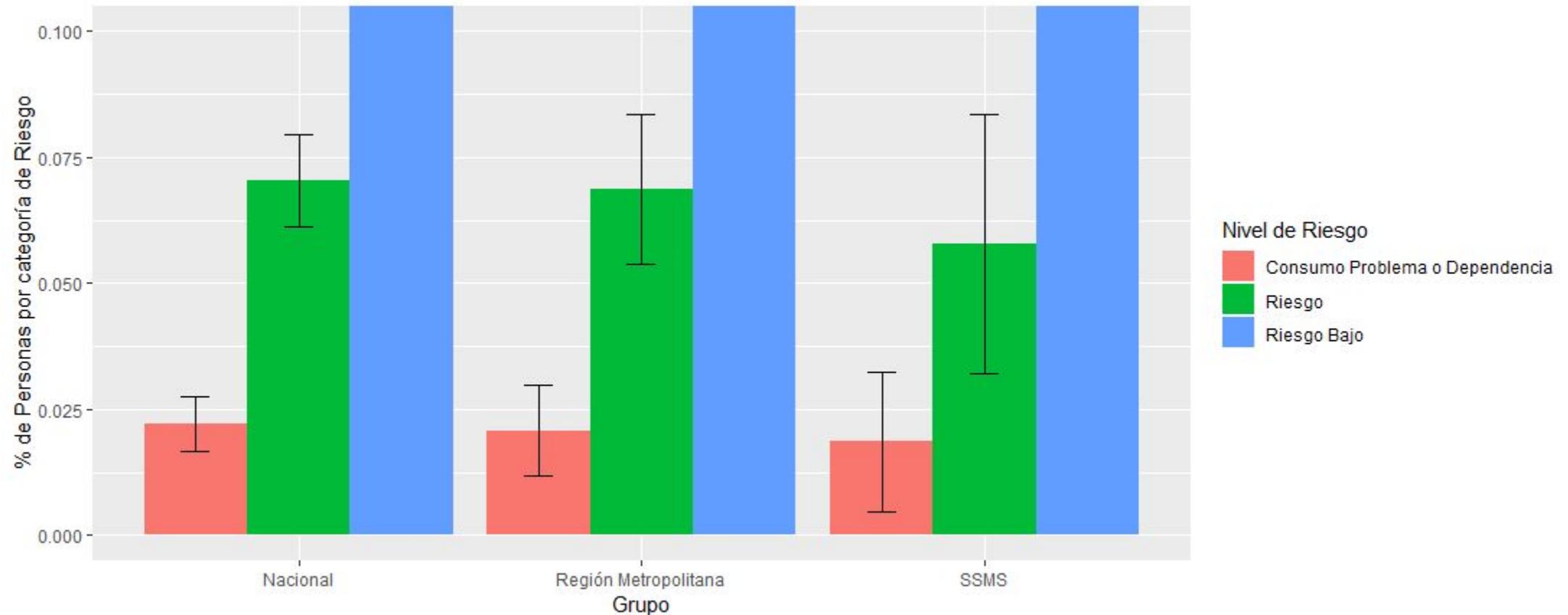


9 de 11 comunas  
tienen un % de  
pobreza sobre el  
promedio nacional  
y de la RM

# Comparación de la distribución de los puntajes AUDIT



# Diferencia en el nivel de Riesgo según resultados AUDIT

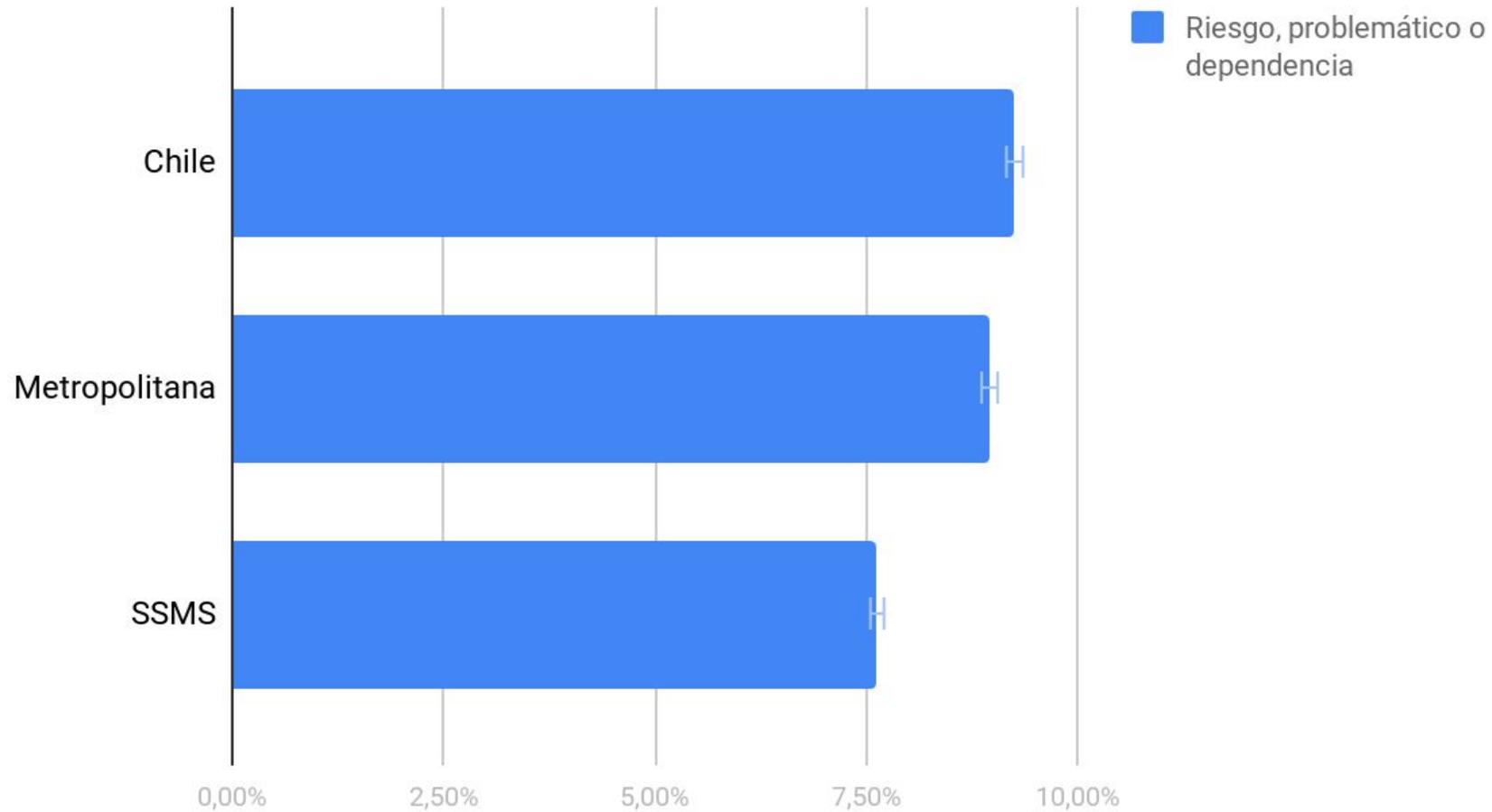


	%	Inferior	Superior
Riesgo Bajo	90.74%	89.69%	91.79%
Riesgo	7.05%	6.13%	7.96%
Consumo Problema o Dependencia	2.21%	1.66%	2.76%

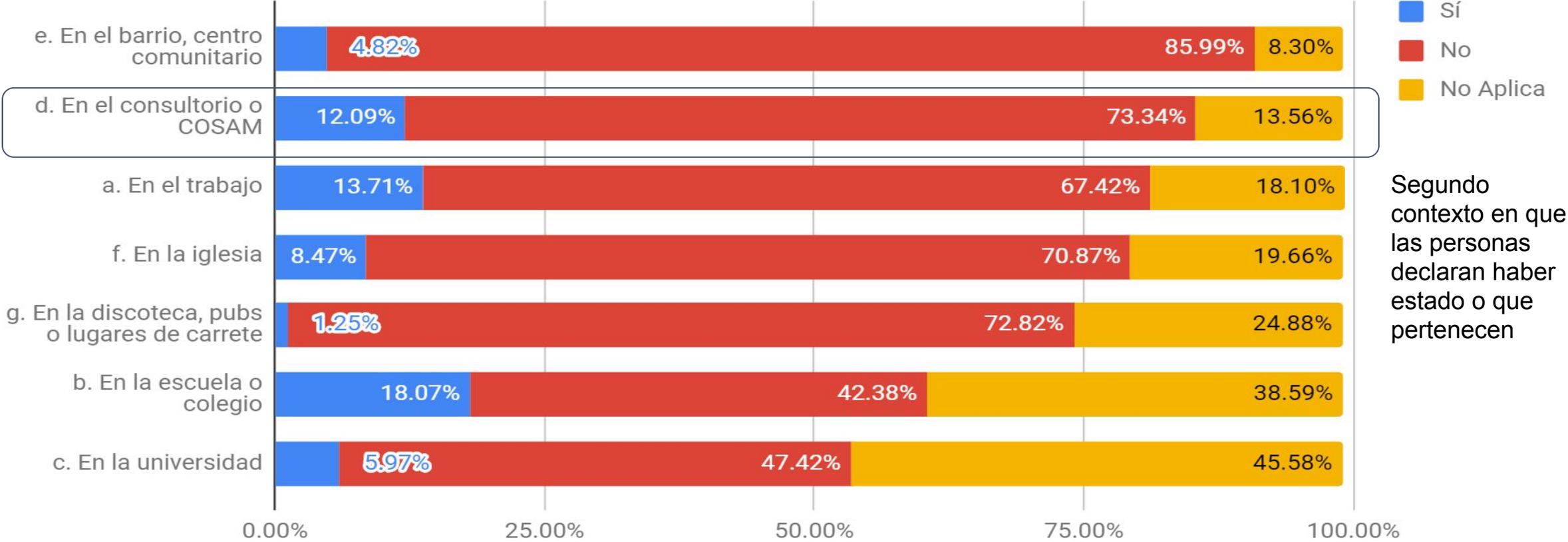
ENS 2016-2017, 11,7%

# Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (ENPG 2016)

## Riesgo, problemático o dependencia



# Usuarios que refieren haber recibido información sobre el consumo de Alcohol y otras Sustancias en los últimos 12 meses, todo Chile



En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna información relacionada con la prevención del cons...

# Factores asociados a la recepción de información en el contexto de Salud (RR)

Al hacer un análisis de regresión logística multivariada, calculando los riesgos relativos de haber recibido información en el contexto de salud respecto al consumo, se halló que;

Ser Mujer aumentaba un RR 1.63 (RR 1.3-2.0) la probabilidad de haber recibido información,

El pertenecer a cualquier otro sistema distinto de Fonasa disminuía un 48% (RR 0.38-0.72) la probabilidad de haber tenido información respecto del consumo de sustancia (¿planteamiento de la pregunta?)

En tanto el nivel de riesgo según el AUDIT no tenía mayor influencia

# Factores mencionados en evaluación cualitativa, el 2013

## Facilitadores

Instrumento AUDIT para facilitar la intervención

Material de apoyo para problematizar respecto a consumo

Utilización de algunos espacios comunitarios para realizar pesquisa

## Dificultades

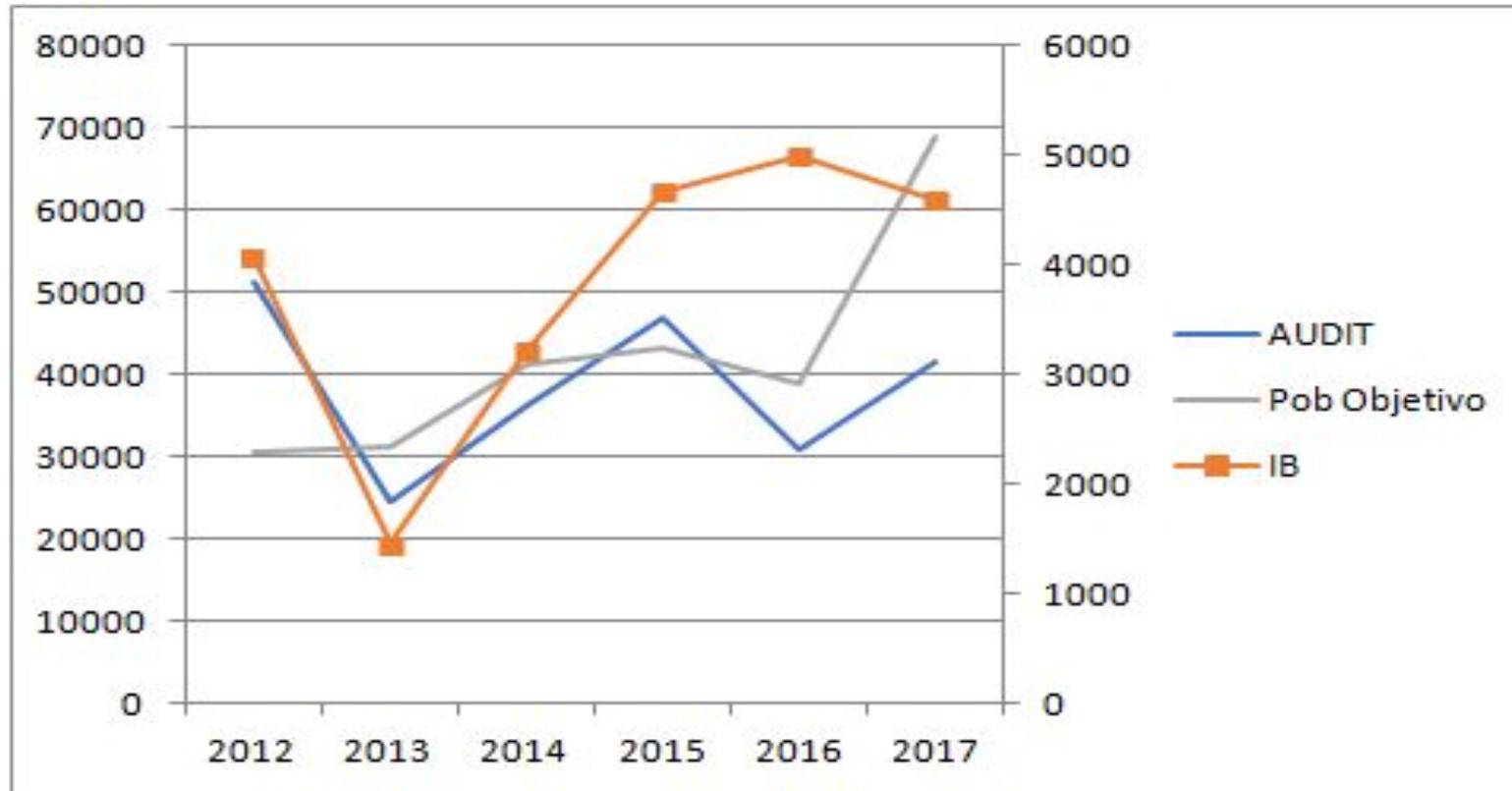
Acceder a población objetivo

Obtener información usuario y abordarla adecuadamente (estrategias de entrevista e IB)

Adherencia a las intervenciones e ingreso a programa por derivación asistida

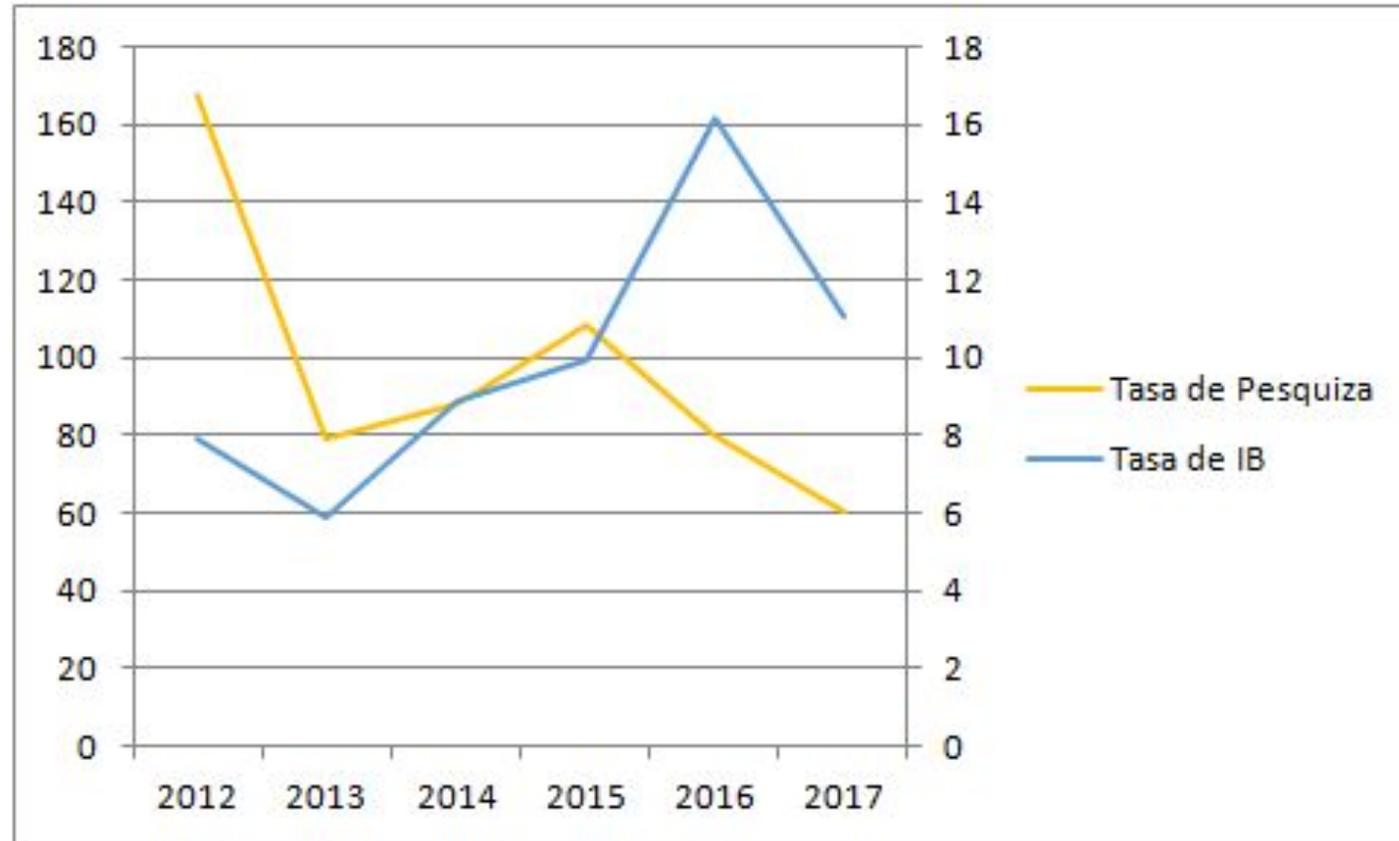
Dificultades metodológicas relacionadas con tiempos destinados e infraestructura

# Evolución de la Pesquisa e Intervenciones Breves en el SSMS, 2012-2017



Se observa un aumento en el número de personas evaluadas

# Evolución de la Pesquisa e Intervenciones Breves en el SSMS, 2012-2017



Sin embargo, al evaluar en proporción de la población objetivo, el 2017 se observa una caída en la tasa. Probablemente asociado al aumento del grupo objetivo, pasando de 15-44 a 10 años en adelante

# De la Adopción

Actualmente se ejecuta en 33 de los 35 CESFAM, 10 de las 11 comunas  
Principales dificultades siguen siendo los espacios donde se realizan las intervenciones

# De la Implementación

Dudas sobre la variabilidad de la calidad de las Intervenciones Breves realizadas y variabilidad de la intervención misma

A pesar de capacitar todos los años entre 70-100 funcionarios, el espíritu de la Intervención Breve (consejo acotado, sin enjuiciamiento), cuesta.

Requiere cambios actitudinales, incorporando la mirada centrada en el usuario

## Posibles líneas de investigación

### Extraer información desde las bases de Registro Clínico Electrónico

- Evaluar proporción de los casos efectivamente atendidos por equipo de salud mental, tras derivación asistida, en las 11 comunas
- Casos con re-aplicación de instrumentos de Screening, diferencias en los resultados

Esto es solo el “Reach”

Otros aspectos han sido abordados en otras conferencias

Gracias

[bert.kaempfe@redsalud.gob.cl](mailto:bert.kaempfe@redsalud.gob.cl)