



**Universidad
del Valle**



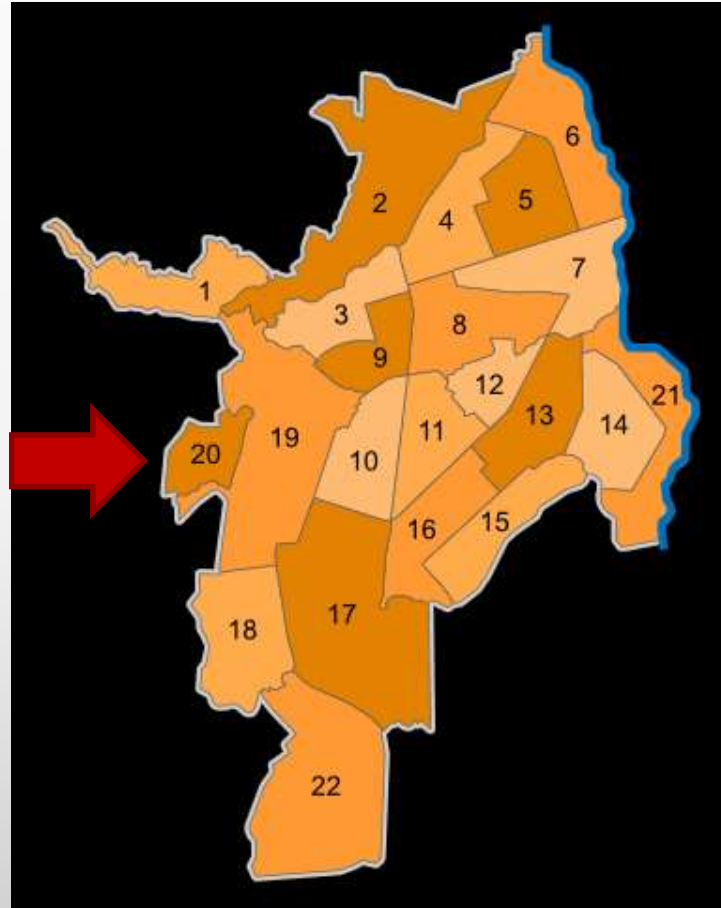
**I Encuentro Latinoamericano de Salud Publica.
Escuela de Salud Publica Universidad del Valle.
Octubre 23-25**

**Efectividad de la Estrategia de Salud Familiar en
la Primera Infancia.
Comuna 20 de Cali, 2005-2012.**

**LINA MARÍA GARCÍA ZAPATA OD MG EPIDEMIOLOGIA
GUSTAVO BERGONZOLI. MD MG EPIDEMIOLOGIA**

INTRODUCCION

Comunas que integran ESE Ladera



ANTECEDENTES



Cada equipo 500 familias año.

6 Equipos (Md, Enfermera, Aux enfermería, promotor de salud e HO.

2001 Atención integral domiciliaria con enfoque en SF y Comunitaria



ACTIVIDADES EQUIPOS SF

Deteccion
Temprana

Proteccion
especifica

Diagnostico
oportuno

Rehabilitacion
basada en la
comunidad

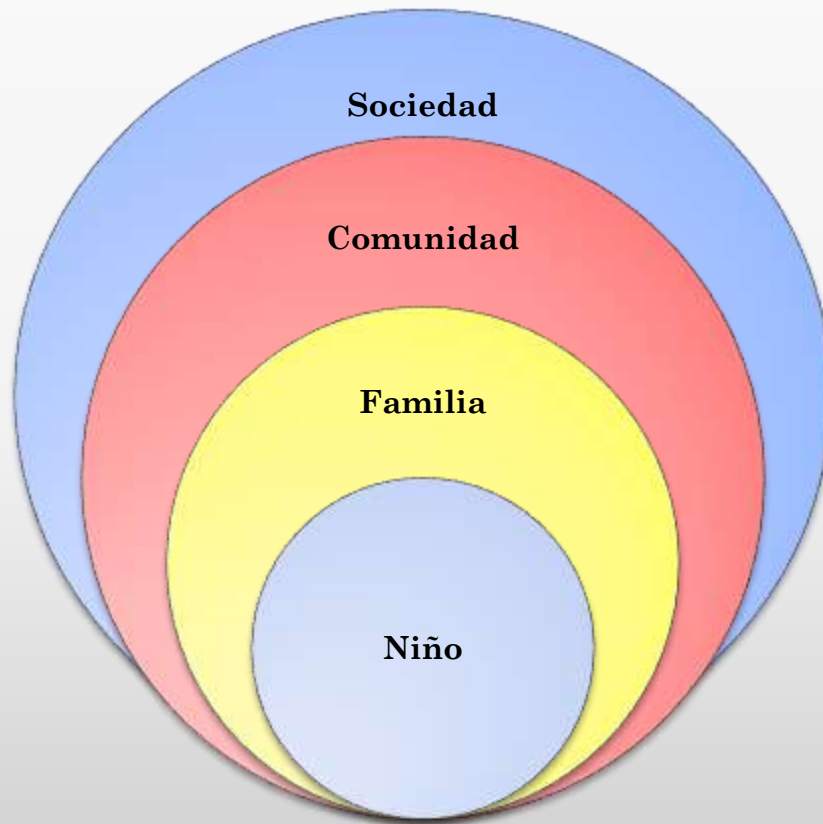
Promoción de
la demanda
inducida

**Para todos
los ciclos vitales**

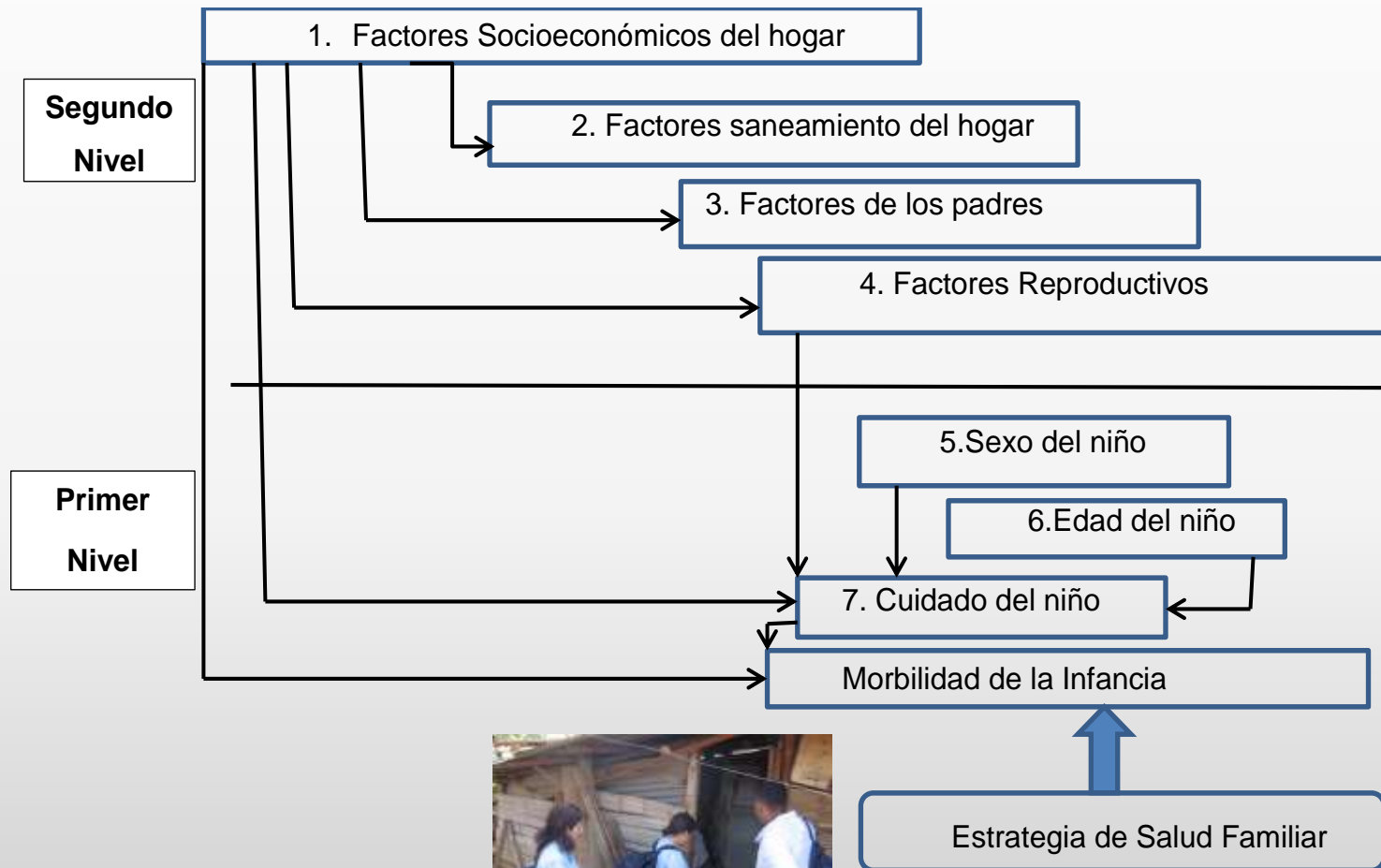


MARCO TEORICO

- Modelo Ecologico de Bonfenbrener



MODELO TEORICO SIMPLIFICADO



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Está asociada la Estrategia de Salud Familiar con los cambios en los índices de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección respiratoria Aguda (IRA), Caries dental y Desnutrición (DNT) en la población menor de 6 años residentes en la zona intervenida de la comuna 20 comparado con niños residentes en zonas no intervenidas en el periodo comprendido entre 2005 y 2012?



OBJETIVOS

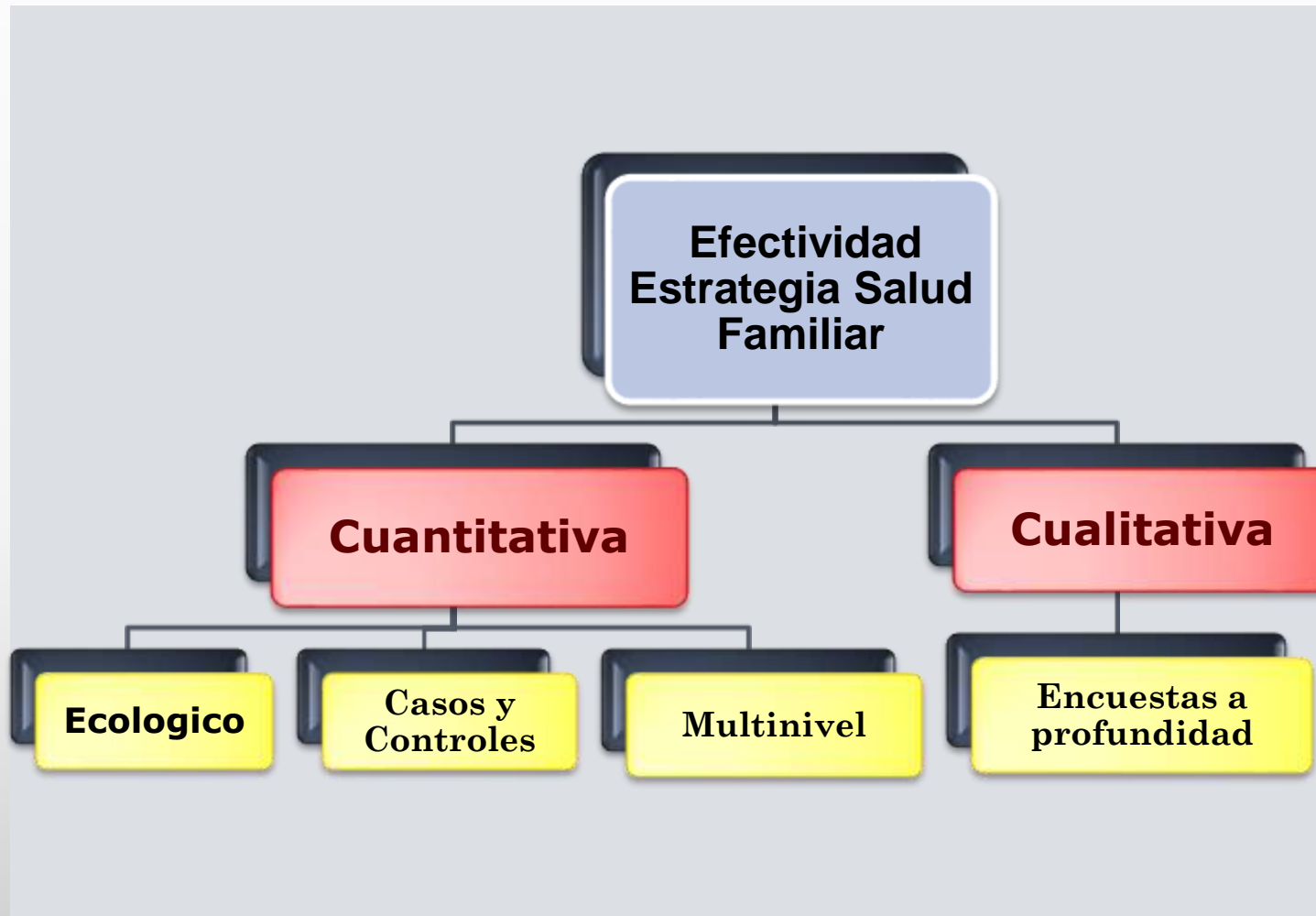
Objetivo General: Evaluar la Efectividad de la Estrategia de Salud Familiar en la población menor de 6 años residentes en la Comuna 20 de Cali entre el periodo 2005- 2012.

Objetivos Especificos:

1. Estimar el cambio en la mortalidad por EDA e IRA en la población menor de 6 años.
2. Estimar los cambios en al morbilidad por EDA, IRA, Caries dental y Desnutrición en la población menor de 6 años.
3. Evaluar si las diferencias en los indicadores de EDA, IRA Caries dental y desnutrición de los niños de las familias intervenidas pueden ser atribuidas a la Estrategia de Salud Familiar comparadas con una comuna no intervenida.



METODOLOGIA



*Twisk, J. Applied Multilevel Analysis. Factor de correccion para la muestra. P127.



RESULTADOS CUANTITATIVOS

VARIABLES PROXI/ ESTUDIOS

Analisis de Brechas

Casos y controles

Multinivel

EDA

Brecha el 51%

Disminuyen las consultas con aumento edad (Coef -0.02 IC -0.06^a-0.0021)


 Animales en casa 9%

 Edad del niño 6.3% y Sexo 5.3%

IRA

Primera Decada 43%/ Segunda decada 79%*


Los niños de familias visitadas consultan + (coef -0.08 IC -0.14 a -0.001) y quienes tienen mejor dispos basuras (Coef -0.18 IC -0.034 a -0.024)

 Techo 20.7%, Tipo poblacion 33%

 Nivel educativo padres 3.5%

Caries Dental

Consultan + los niños de familias visitadas (Coef -0.042 IC -0.006 a -0.001), aumento de la edad (Coef 0.02 IC 0.007-0.44) familias vulnerables (coef 0.03 IC 0.01^a0.14) y hacinamiento (coef 0.081 IC 0.01^a 0.14)

 Hacinamiento 32.1 %, Tabaco 21.9%

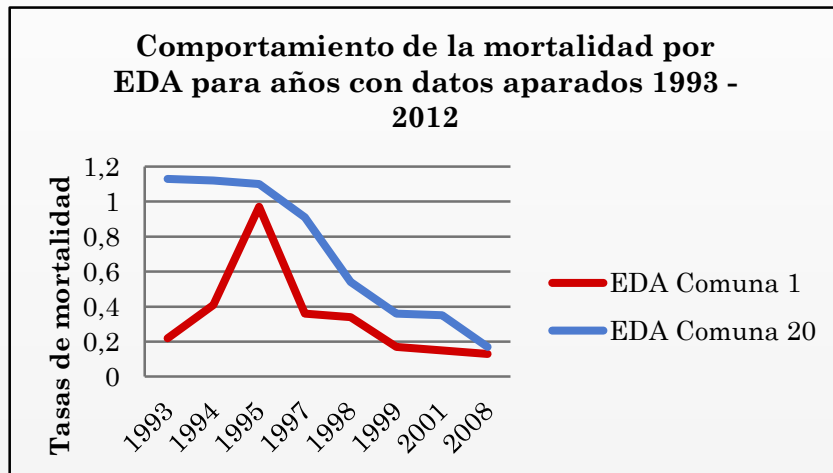
 Edad del niño 9.4%

DNT

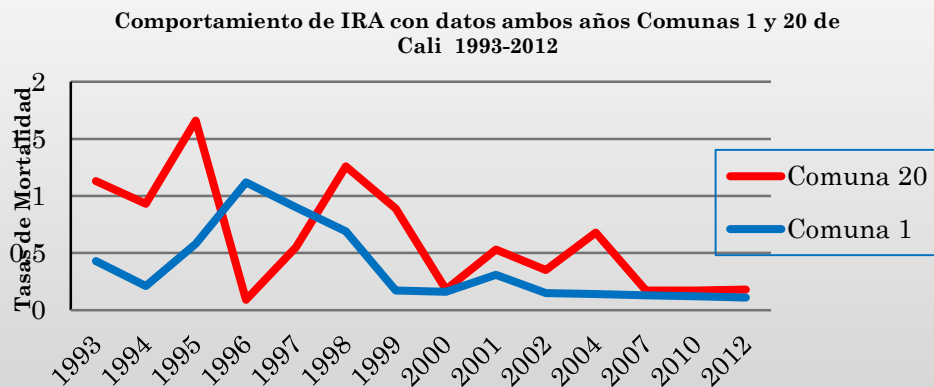
Humedad en casa (OR 6.1 IC 1.01-37)

SD

RESULTADOS ANALISIS DE BRECHAS



En promedio la brecha de EDA en ambas Comunas para el periodo completo es del 51%

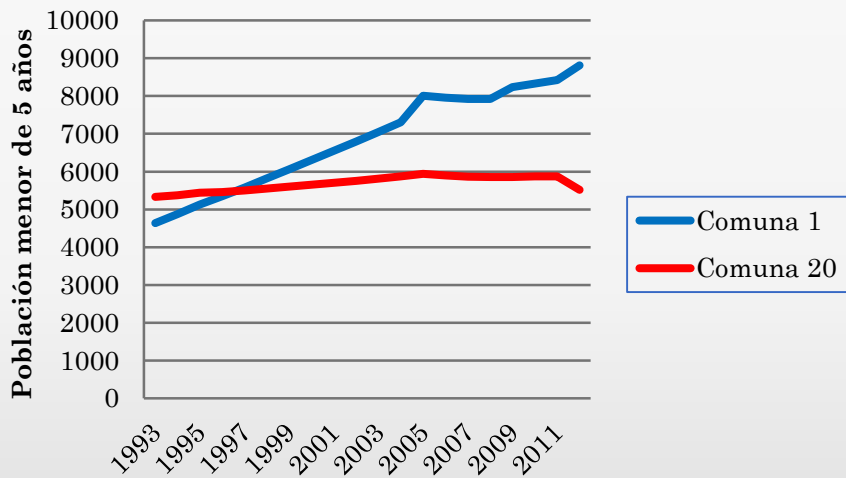


Para la primera decada el promedio de la brecha es del 43%, para el segundo periodo en que se implementó la estrategia la grafica muestra una disminucion de la misma.

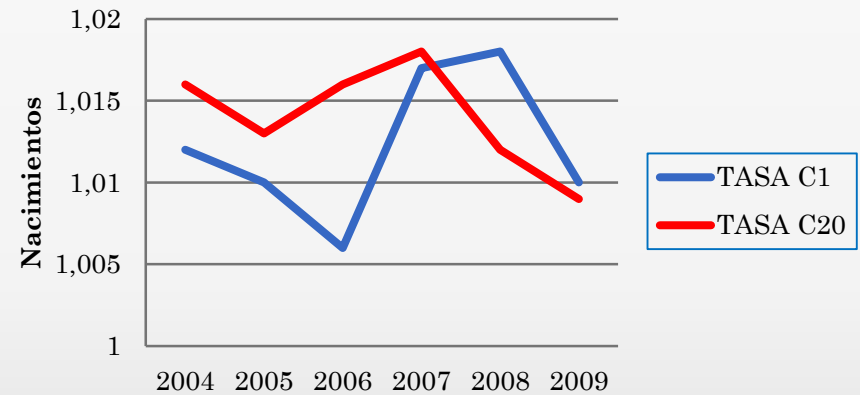


RESULTADOS ANALISIS DE BRECHAS

Tendencia de los denominadores poblacionales Comunas 1 y 20 de Santiago de Cali años 1993 a 2012.



Tasas de natalidad para las Comunas 1 y 20 de Cali 2004 - 2009



Los denominadores poblacionales de la Comuna 20 se han mantenido estables por efecto de reducción de nacimientos. (Los denominadores de la Comuna 20 han mostrado una mayor reducción)



CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS 3 MUESTRAS

Tabla 3. Distribución de los niños de las Comunas 1 y 20 por sexo, edad, estrato, EDA, IRA, Caries, Desnutrición y Tipo de Afiliación. Cali Colombia 2011.

| VARIABLE | Comuna 20 Intervenida (%) | Comuna 20 No Intervenida (%) | Comuna 1 (%) | Total(%) |
|---------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| SEXO | | | | |
| Masculino | 51(54) | 54(52) | 42(43) | 147(49) |
| Femenino | 45(46) | 49(48) | 54(57) | 148(51) |
| EDAD (años) | | | | |
| 0 | 2(2) | 25(24) | 17(18) | 44(15) |
| 1 | 13(14) | 22(21) | 21(22) | 56(19) |
| 2 | 18(19) | 22(21) | 16(17) | 56(19) |
| 3 | 16(17) | 14(14) | 13(14) | 43(14) |
| 4 | 20(21) | 4(4) | 8(8) | 32(11) |
| 5 | 27(27) | 16(16) | 21(21) | 64(22) |
| ESTRATO | | | | |
| 1 | 88(91) | 90(88) | 96(100) | 274(93) |
| 2 | 8(9) | 13(12) | 0(0) | 21(7) |
| TIPO DE FAMILIA | | | | |
| Nuclear | 25(26) | 52(51) | 30(31) | 107(36) |
| Extensa | 20(21) | 19(18) | 24(24) | 63(21) |
| Monoparental | 47(49) | 29(28) | 40(41) | 116(40) |
| Adoptiva | 1(1) | 0(0) | 0(0) | 1(0.5) |
| Reconstruida | 3(3) | 3(3) | 1(2) | 7(2) |
| Sin Vínculos | 0(0) | 0(0) | 1(2) | 1(0.5) |
| EDA(Rips2011) | | | | |
| Si | 11(12) | 12(11) | 7(8) | 30(10) |
| No | 85(88) | 91(89) | 89(92) | 295(90) |
| IRA (Rips2011) | | | | |
| Si | 27(28) | 32(31) | 14(15) | 73(25) |
| No | 69(72) | 71(69) | 82(85) | 222(75) |
| CARIES (Rips2011) | | | | |
| Si | 14(15) | 3(3) | 7(8) | 24(8) |
| No | 82(85) | 100(97) | 89(92) | 271(92) |
| DNT(Rips2011) | | | | |
| Si | 5(6) | 0(0) | 1(1) | 6(2) |
| No | 91(94) | 103(100) | 95(99) | 289(98) |
| TIPO DE AFILIACION | | | | |
| No asegurado | 21(22) | 13(12) | 15(16) | 49(16) |
| Subsidiado | 57(58) | 88(87) | 81(82) | 226(76) |
| Contributivo | 18(20) | 2(1) | 0(0) | 20(8) |
| TOTAL | 96 (100) | 103 (100) | 96 (100) | 295(100) |



RESULTADOS CASOS Y CONTROLES

Factores asociados con los casos de EDA, IRA, Caries Dental y Desnutrición en la población menor de 6 años de la Comuna 20 comparada con la Comuna 1 de la Red de Salud de Ladera 2011. Cali, Colombia (Regresión Logística Múltiple)

| EDA | OR | IC 95% |
|------------------------|-----------|---------------|
| Edad del niño | 0.30 | (0.12-0.74) |
| IRA | | |
| Edad del niño | 0.35 | (0.19-0.64) |
| Disposición de Basuras | 0.19 | (0.04-0.85) |
| Caries Dental | | |
| Edad del niño | 8.32 | (2.4-28.0) |
| Hacinamiento | 2.85 | (1.17-6.95) |
| Desnutrición | | |
| Humedad en casa | 6.1 | (1.01-37.0) |



RESULTADOS CASOS Y CONTROLES

Factores asociados con las consultas por EDA, IRA y Caries Dental en la población menor de 6 años de la Comuna 20 comparada con la Comuna 1 de la Red de Salud de Ladera 2011. Cali, Colombia (Regresion Lineal Multiple)

| EDA | Coefficiente | IC 95% |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|
| Edad del niño | -0.02 | (-0.06 a -0.0021) |
| IRA | | |
| Estrategia SF | - 0.08 | (-0.14 a -0.01) |
| Disposición de basuras* | - 0.18 | (-0.034 a -0.024) |
| Caries Dental | | |
| Estrategia SF | -0.042 | (-0.06 a -0.001) |
| Edad | 0.02 | (0.0070 a 0.040) |
| Tipo poblacion(vulnerables) | 0.03 | (0.01 a 0.14) |
| Hacinamiento | 0.081 | (0.01 a 0.14) |



RESULTADOS ANALISIS MULTINIVEL

**VARIABLES explicativas para el modelo multinivel para EDA, IRA, Caries dental.
Familias intervenidas por la Estrategia de Salud familiar Comuna 20 de Cali. 2011.**

| Variable | Prop.VarianzaExplicada | Nivel |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| EDA | | |
| Edad del niño | 6.3% | 1 |
| Sexo | 5.3% | 1 |
| Tener animales en casa | 9.0% | 2 |
| IRA | | |
| Nivel educativo de los padres | 3.5% | 1 |
| Tipo de Techo | 20.7% | 2 |
| Tipo de población | 33.0% | 2 |
| Caries Dental | | |
| Edad del niño | 9.4% | 1 |
| Hacinamiento | 32.1% | 2 |
| Uso de Tabaco | 21.9% | 2 |



RESULTADOS CUALITATIVOS

Directivos

- Conocen la estrategia, no hay estructura de costos definida, se trabaja con UPC capitada, falta personal area social en ESF, si capacitacion, falta estructura organizativa, requiere ajustes para cumplir objetivos.
- Se cree que el impacto > es en reducción de morbimortalidad en <5^a, vacunación, citologias pero no se ha documentado.

Familias Intervenidoas

- Percepcion positiva de los equipos extramurales, los identifican como parte de la Red de Salud de Ladera, piden que las visitas se realicen despues de las 9 am, conocen las acciones que realizan los equipos en casa.
- Consideran que su estado de salud es mejor que el de familias no visitadas.
- Agradecen visitas reducen tramites y colas en las IPS.

Familias no intervenidas

- Desconocen la Estrategia.
- Quisieran ser visitados para «aprender a prevenir enfermedades, vacunar niños, atencion de niños en casa para no hacer filas, entrega de medicamentos, revision de la familia, tratamientos odontologicos en casa, pero no citologias porque necesita mucha higiene, recreacion, atencion adultos, censo, toma presion, talla, peso.»
- Alimentación saludable.



| Hallazgo | Investigador | País | Año |
|--|--|---------------------------|--------------|
| -Reducción Tasas de mortalidad EDA e IRA APS | Waitsing, Riveron y Rosero Moore et al. | EEUU Caribe Latino. | 2005 1998 |
| -Mayor consulta en salud bucal por parte de los niños de familias visitadas habla bien del efecto que tiene la visita en la familia y la conciencia generada en los cuidadores | Mouradian et al. <i>El rol de la familia y cuidadores en la salud bucal.</i> | EEUU | 2007 |
| -Variables asociadas con la consulta por EDA se relacionan con la forma como vive la gente y acceso a saneamiento básico | Comisión de Determinantes Sociales. <i>Subsanar las desigualdades en una generación. Equidad S</i> | Suiza | 2008 |
| -Condiciones como el hacinamiento y la humedad demuestran la disparidad que producen las condiciones de habitabilidad y el estado de salud en relación con las condiciones socioeconómicas | Londoño Palacio y Chaparro Borja <i>Disparidad en las condiciones de habitabilidad y los estados de Salud</i> | Colombia | 2013 |
| -La prestación del servicio esta relacionado con el tipo de aseguramiento es el que permite el acceso a los servicios | Vega Romero y Carrillo Franco. <i>El caso de salud a su hogar en Bogotá.</i> | Colombia | 2006 |
| -A pesar que la Estrategia no esta integrada a un modelo de APS esta produciendo cambios en la población | Rodríguez et al. <i>Evaluación de APS en un contexto urbano.</i> | Paraguay | 2011 |



RECOMENDACIONES

- Mejorar Sistema de Información (Uso de información Fichas de SF)
- Implementar un sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria que permita conocer logros y limitaciones de la ESF.
- Estandarización de procesos operativos que incluyan rutas de atención para hacer seguimiento a los usuarios remitidos.
- Articular la Estrategia con los programas de Atención al menor de 5 años (AIEPI, CYD, Salud Bucal)
- Reformular las metas de la Estrategia de Salud familiar periódicamente.
- Ampliar la cobertura de las familias.
- Establecer un modelo de monitoreo periódico para identificar las desviaciones y evaluación de impacto cada 5 años.
- Definir rubro presupuestal para la Estrategia/ Estudio de Costos.
- Incluir los principios orientadores de la Estrategia de SF en el Plan de Desarrollo 2015-18.
- APS Modelo Red de Salud? **SF Experiencia Exitosa**



**GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**

