

Caracterización de las familias de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque en salud familiar y comunitaria de la Universidad CES, Medellín 2018-2022

Andrés Iván Giraldo Durango¹
Isabela Isaza Termes²
Santiago Orrego Quiroz³
Sofía Osorio Solórzano⁴
Andrés Felipe Pérez Urrea⁵
Pablo Ramírez Leal⁶
Mariana Saldarriaga Calderón⁷
Sandra Patricia Moreno Realphe⁸

Resumen

La comuna 2, Santa Cruz, se encuentra ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, es la comuna más densamente poblada y la segunda más pobre según el índice de calidad de vida. Cuenta con diversas problemáticas sociales, económicas y políticas que influyen en las condiciones de vida y salud de sus habitantes y generan diversas dificultades en el entorno familiar. En este territorio se implementó, como macroproyecto de extensión universitaria desde el 2018, la estrategia de Atención Primaria en Salud de la Universidad CES (APS-CES), con enfoque en salud familiar y comunitaria. A partir de esta implementación se decidió realizar una aproximación diagnóstica en cuanto a estructura, funcionalidad, contexto de cada familia y una descripción de las configuraciones familiares más comunes en la zona. Con estos resultados se pretendió suministrar

información de calidad acerca de las problemáticas encontradas para retroalimentar la estrategia APS-CES y para instituciones públicas y privadas interesadas en la planeación y desarrollo local de la comunidad. Se hizo un estudio observacional transversal exploratorio, para el cual se utilizó un muestreo por conveniencia, no probabilístico, usando historias clínicas de las familias que hacen parte del programa (191 familias y 603 personas), en el periodo comprendido entre 2018-2022. Los resultados expuestos describen las principales y más prevalentes características de las familias de la comuna y las problemáticas más frecuentes que se presentan dentro de estas, además de su repercusión en la funcionalidad familiar. Finalmente, se ofrece recomendaciones para estudios posteriores.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, salud familiar, inequidad en salud, características familiares. (DeCS).

¹ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. girardod.andres@uces.edu.co  ORCID: 0009-0009-0696-1818. **Google Scholar**

² Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. isaza.isabela@uces.edu.co  ORCID: 0009-0001-4059-2675. **Google Scholar**

³ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. orrego.santiago@uces.edu.co  ORCID: 0009-0007-3639-0919. **Google Scholar**

⁴ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. osorios.sofia@uces.edu.co.  ORCID: 0009-0003-3488-8087. **Google Scholar**

⁵ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. perez.andres@uces.edu.co.  ORCID: 0009-0001-7347-7454. **Google Scholar**

⁶ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. perez.andres@uces.edu.co.  ORCID: 0009-0003-3483-5890. **Google Scholar**

⁷ Quinto año de medicina. Estudiante de la Universidad CES, Medellín, Colombia. saldarriaga.mariana@uces.edu.co  ORCID: 0009-0001-2267-1775. **Google Scholar**

⁸ Médica. Doctora en Salud Pública. Docente de la Universidad CES, Medellín, Colombia. spmoreno@ces.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-1465-2136>. **Google Scholar**

Characterization of the families of Primary Healthcare strategy of University CES focused in familiar and community health. Medellin. Colombia. 2018-2022

Abstract

Commune two is located at the northeastern area of the city of Medellín. It is the most densely populated commune and the second poorest according to the quality-of-life index. It has various social, economic and political problems that influence the living and health conditions of its inhabitants, and which generate various difficulties in the family environment. In this territory, the CES University Primary Health Care (APS-CES) strategy was implemented as a university extension major project since 2018, focusing on Family and Community Health. Based on this implementation, it was decided to carry out a diagnostic approach in

terms of structure, functionality, context of each family and describe the most common family configurations in the area. With these results, it is intended to provide quality information about the problems found, to provide feedback to the APS-CES strategy and to public and private institutions interested in the planning and local development of the community. The above was carried out through an exploratory cross-sectional observational study, for which a non-probabilistic convenience sampling was used, using medical records of the families that are part of the program (191 families and 603 individuals), in the period between 2018-2022. The results presented describe the main and most prevalent characteristics of the families of the commune and the most frequent problems that arise within them, in addition to their impact on family functionality. As well as offering recommendations for further studies.

Key words: social determinants of health, family health, health inequity, family characteristics.

Introducción

La facultad de medicina de la Universidad CES, como parte de sus objetivos misionales, ha implementado una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque en salud familiar y comunitaria (Franco Giraldo, 2020; Malpartida Ampudia, 2020) en la comuna 2 de Medellín, en consonancia con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acciones Territoriales en Salud (MAITE)(Resolución 00002626, 2019, Arts. 65 y 5). Esta estrategia está conformada por un equipo de cuidado primario que realiza visitas domiciliarias en salud familiar, y un equipo especializado (psiquiatría, pediatría y ginecología) a cargo del cuidado complementario, en convenio con la red pública de salud, las organizaciones de base comunitarias y el entorno escolar (Valencia Franco *et al.*, 2024).

Esta comuna está ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, cuenta con 11 barrios y limita con las comunas 1, 4, 5 y con el municipio de Bello por el norte. Es la más densamente poblada de la ciudad (120.959 habitantes en una extensión de 2.2 km²) y es la segunda más pobre (Índice de pobreza multidimensional 21.63 para el 2022). Su población representa el 4,5 % de la población total de Medellín. Su crecimiento ha sido constante, no solo por sus altas tasas de natalidad, sino también por el constante flujo de familias desplazadas por la violencia e inmigrantes tanto nacionales como internacionales (Alcaldía de Medellín, 2022).

Dadas las condiciones históricas, sociales y económicas de la comuna 2, se generan dinámicas violentas, principalmente contra poblaciones vulnerables, y se refleja un abandono por parte del Estado en ciertos aspectos que no garantizan la calidad de vida

y salud de sus habitantes (Fundación Forjando Futuros, 2019).

A partir de esta experiencia se ha reconocido la importancia de establecer una línea de base acerca de las configuraciones familiares de la comuna y realizar un análisis desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), dado que posibilita la identificación del complejo entramado sociológico que conduce a desenlaces en salud y sirve como punto de partida para proponer soluciones desde la salud pública; las cuales contribuirán a la reducción de las desigualdades en salud y al logro del bienestar (Chunara *et al.*, 2024). De igual manera, tener una línea de base permitirá contar con información acerca de las condiciones de las familias para apoyar la toma de decisiones en política pública, y, por último, reconocer dichas condiciones podría propiciar nuevas preguntas de investigación que permitan visibilizar problemáticas emergentes de la comuna (Shivalli *et al.*, 2015; De la Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

Para ello, se analizaron las características de las familias inscritas al programa, en el periodo comprendido entre 2018 y 2022, en cuanto a su tipología, etapa del ciclo vital, necesidades básicas, ecomapa y cuestionario de funcionalidad familiar –denominado APGAR, cuyas siglas corresponden al acrónimo de los recursos internos de las familias del Ciclo de funcionalidad de Gabriel Smilkstein (Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Resolución de problemas; basados en el modelo nacional para el análisis en salud familiar y comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Los resultados de esta caracterización se precisan a continuación.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal exploratorio, dado que se recopilaron datos en un momento concreto sin proyecciones temporales, porque el tema

que se investigó no ha sido ampliamente abordado y sirve como referente para futuras investigaciones sobre la población en específico.

El universo correspondió a los habitantes de la comuna 2, Santa Cruz, y la población a estudio la conformaron aquellas familias que en los últimos 4 años han sido remitidas por parte de docentes y profesionales de la salud al programa de salud familiar y comunitaria en el marco de la estrategia APS con enfoque en salud familiar de la Universidad CES. Este fue un estudio de fuente secundaria, dado que se obtuvieron los resultados a partir de las historias clínicas familiares.

Se definieron como criterios de inclusión los siguientes: hacer parte del programa de salud familiar de la Universidad CES, vivir en la comuna 2 de la ciudad de Medellín y contar con el consentimiento informado por parte de la familia. Y como criterios de exclusión los siguientes: historias clínicas cuya información esté incompleta y no contar con la información de los integrantes de la familia.

Las variables consideradas a partir de las historias clínicas fueron aquellas que dieron cuenta de los aspectos estructurales (datos de identificación, tipología familiar, etapa del ciclo vital, jefatura, características de la vivienda, servicios públicos) y los aspectos relacionales (recursos externos, crisis familiares, APGAR familiar).

Se realizó análisis univariado y bivariado al momento de cruzar cada una de las variables con la funcionalidad familiar como variable independiente. Para las variables cualitativas se aplicaron medidas de frecuencia absoluta (No.) y relativa (%). Para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central y amplitud. Se utilizó la prueba Shapiro Wilk para identificar la distribución de los datos. Y en cuanto a las medidas de asociación, se utilizó U de Mann Whitney para variables cuantitativas y para las variables cualitativas Chi Cuadrado.

El primero permitió diferenciar dos medianas en muestras independientes y, el segundo, a diferenciar proporciones y establecer asociación en muestras independientes. La información fue procesada en Excel 2021 (versión 18.0) y Jamovi (versión 2.3.28), de los cuales previamente se obtuvo la licencia de los desarrolladores por parte del equipo investigador.

Resultados

En el periodo comprendido entre el 2018 y el 2022 se analizaron en el programa un total de 191 familias y 603 personas, con las historias clínicas y extrayendo las variables antes mencionadas, para los cuales nos arrojaron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas básicas

Distribución por sexo y edad

De la población total de personas que hacen parte de la estrategia APS-CES, el 56,1 % fue de género femenino y el 43,9 % masculino. En cuanto a la edad, del total de personas se obtuvieron datos de 553 de las 603. En este caso la edad media fue 32 años, la mediana 27 años, con una moda de 16 años. La edad máxima fue 96 años. La distribución por sexo guarda las mismas características de los datos estadísticos generados por la Alcaldía de Medellín del año 2021, donde se observó una comuna con un predominio de las mujeres y las niñas. (Alcaldía de Medellín, s.f.a; ,Alcaldía de Medellín, s.f.b).

Con relación a la edad, la mayoría de la población correspondió al curso de vida de

adolescencia, lo que pudo estar relacionado con la manera como se captan las familias al interior de la estrategia, la cual se hace a través de remisión proveniente del entorno escolar con mayor frecuencia.

Distribución por ocupación

Para agrupar los diversos tipos de ocupación, se clasificaron de la siguiente manera:

1. **Trabajador formal:** De los cuales hacen parte los vendedores, docentes, vigilantes, carniceros, cajeros, auxiliares y meseros.
2. **Trabajador informal:** Vendedores ambulantes, domiciliarios, trabajadoras sexuales, recicladores, trabajadores independientes, manufacturación (la cual abarca a los panaderos y los confeccionistas), oficios varios (que abarca a las empleadas domésticas y el personal de oficios varios), amas de casa, estudiantes, desempleados y desconocido.
3. **Varios:** De los cuales hacen parte las ocupaciones que no entran en las anteriores variables, estas son: cosmetóloga, pensionado, constructor, mecánico, barista, electricista, estilista.
4. No aplica.
5. Una discapacidad le impide laborar.

En la ocupación, la principal actividad fue ser estudiante, con el 35,2 %, a la cual le sigue el trabajo formal con el 9,6 % y, en tercer lugar, ama de casa con el 8,8 %. La población desempleada correspondió al 7,5 % (Tabla 1).

Tabla 1. *Distribución por ocupación de los habitantes de Santa Cruz que pertenecen a la estrategia APS-CES 2018- 2022*

Ocupación	Frecuencias	Total (%)
Ama de casa	53	8,8 %
Desconocido	77	12,8 %
Desempleado	45	7,5 %
Estudiante	212	35,2 %
Manufactura	11	1,8 %
No aplica	27	4,5 %
Oficios varios	27	4,5 %
Trabajador formal	58	9,6 %
Trabajador independiente	47	7,8 %
Trabajador informal	9	1,5 %
Una discapacidad le impide laborar	7	1,2 %
Varios	30	5,0 %

Distribución por nivel educativo

En cuanto al nivel educativo de la población estudiada, el nivel con mayor prevalencia fue la primaria con el 27,2 %, le sigue bachiller con

el 13,4 %, mientras que de los datos recaudados el 43,3 % de la población es desconocida. La población en estudios superiores suma un 3,3 % del total (Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución por ocupación de los habitantes de Santa Cruz que pertenecen a la estrategia APS-CES 2018- 2022*

Nivel educativo	Frecuencias	% del Total
Analfabeta	4	0,7 %
Bachiller	81	13,4 %
Desconocido	261	43,3 %
Guardería	1	0,2 %
Jardín	45	7,5 %
No aplica	25	4,1 %
Preescolar	2	0,3 %
Primaria	164	27,2 %
Tecnólogo	8	1,3 %
Técnico	11	1,8 %
Universitario	1	0,2 %

Principales diagnósticos población estrategia APS-CES

El plan de acción dentro de las historias clínicas familiares permitió identificar los diagnósticos reconocidos dentro de los grupos familiares visitados. Se agruparon los diagnósticos en cinco categorías, teniendo como referente la clasificación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Tabla 3), así: Sin diagnóstico, aquellas cuya historia clínica familiar no evidenciaba un diagnóstico claro; Sano, aquellas cuya historia clínica familiar evidenciaba que fueron considerados sanos; Enfermedades no transmisibles, aquellas

cuya historia clínica familiar evidenciaba un diagnóstico que no es causa de una infección por microorganismo ni una lesión de causa externa; Enfermedades transmisibles, aquellas cuya historia clínica familiar evidenciaba un diagnóstico, el cual es causado por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión del mismo agente de una persona o animal a otra; y *Lesión por causa externa*, aquellas cuya historia clínica familiar evidenciaba un diagnóstico, el cual es a causa de un daño o lesión a una persona en forma intencional o no intencional, ya sea por traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, entre otros.

Tabla 3. Clasificación de diagnósticos en la población de la estrategia APS-CES Cruz 2018 -2022

Clasificación del diagnóstico	Frecuencias	% del total
Enfermedades no transmisibles	503	69,18 %
Sano	101	13,89 %
Sin diagnóstico	81	11,14 %
Lesión por causa externa	23	3,16 %
Enfermedades transmisibles	19	2,63 %

Cabe resaltar que el número total de personas es de 603, mientras que el total de diagnósticos es de 727. Esto se debió a que una persona puede tener más de un diagnóstico. Según los resultados arrojados, se pudo evidenciar los siguientes datos: el 60,17 % tiene por lo menos un diagnóstico patológico. Del total de diagnósticos, el 69,18 % corresponden a enfermedades no transmisibles, el 39,82 % no tienen un diagnóstico claro o fueron consideradas sanas, el 17,72 % no tiene un diagnóstico claro. Adicionalmente, del total de las personas, el 15,09 % tiene diagnóstico de hipertensión arterial, aparte, existe en promedio un número de 1,59 diagnósticos por persona (Tabla 3). El comportamiento de las

enfermedades en las familias de la comuna 2 fue similar al de Medellín, que reportó para todos los ciclos vitales a las enfermedades crónicas no transmisibles como las principales causas de morbilidad (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2022).

Características de las viviendas de las familias de la estrategia APS CES

El 75,4 % de los hogares residen en una casa, seguidos por un 20,9 % que lo hace en un apartamento. Referente a la tenencia, el 47,1 % de las viviendas encuestadas fueron de tenencia propia, seguido de un 44,1 % arrendadas (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la tenencia de los hogares en Santa Cruz 2018-2022

Tenencia	Frecuencia	% del total
Arrendada	60	44,1 %
De un familiar	3	2,2 %
Desconocido	9	6,6 %
Propia	64	47,1 %

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la tenencia y el tipo de vivienda (Chi-cuadrado, $p < 0,05$). Las personas que viven en casas tienen mayor probabilidad de tener una vivienda propia, mientras que las personas que viven en apartamentos tienen mayor probabilidad de tener una vivienda arrendada. La distribución de la tenencia es diferente para los diferentes tipos de vivienda (U de Mann-Whitney, $p < 0,05$).

Por el tipo de pisos, el 49,3 % de las viviendas encuestadas tienen pisos de baldosa, seguidas por un 39 % correspondiente a cemento; mientras que, por el tipo de techos, en el 40,4 % de las viviendas el techo es de material placa, seguido por un 31,6 % que corresponde a teja. Referente al tipo de paredes, el 53,7 % de las viviendas cuentan con paredes de ladrillo, seguido por un 32,4 % que son pañetadas.

En cuanto al acueducto, el 92,6 % de las viviendas encuestadas cuentan con el servicio de acueducto, únicamente se encuentra un 1,5 % que no cuenta con servicio de acueducto.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la tenencia y el acueducto (Chi-cuadrado, $p < 0,05$). Las personas que tienen acceso a un acueducto completo tienen mayor probabilidad de tener una vivienda propia, mientras que las personas que no tienen acceso a un acueducto o tienen un acueducto incompleto tienen mayor probabilidad de tener una vivienda arrendada. (ver Tabla 2). La distribución de la tenencia es diferente para los variados tipos de acueducto (U de Mann-Whitney, $p < 0,05$).

En cuanto al alcantarillado, el 91,9 % de las viviendas encuestadas cuenta con servicio de alcantarillado.

Respecto al tipo de basuras, el 86 % de las viviendas encuestadas cuenta con el servicio de recolección de basuras, mientras que el 2,89 % no cuentan con este servicio. Respecto al servicio de red de gas, el 77,9 % de las viviendas encuestadas cuenta con el servicio de gas en su domicilio, mientras que el 1,5 % no cuenta con este. El 55,1 % de las viviendas encuestadas tienen algún tipo de mascota. Por la energía, el 83,1 % de las viviendas encuestadas cuenta con energía, mientras que el resto figura como no sabe/no responde.

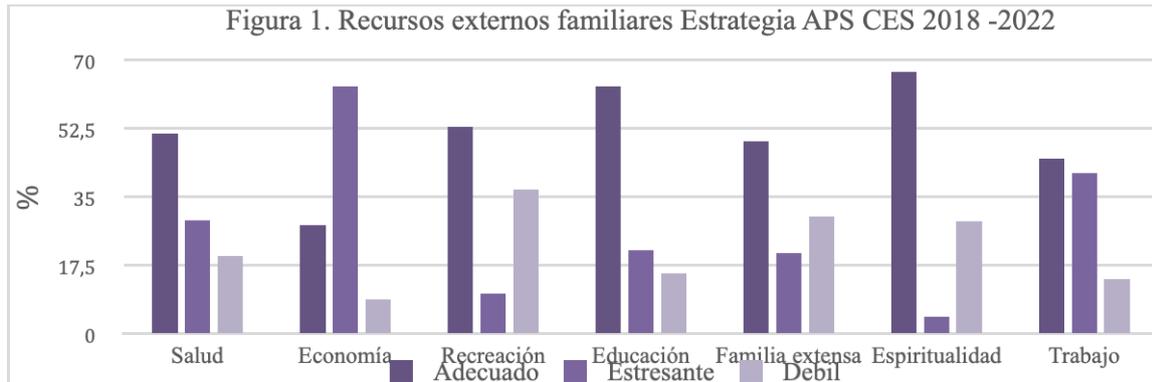
Aspectos estructurales y relacionales de las familias del programa APS-CES

El famiogramas permitió identificar, respecto a la tipología familiar, que el 41,9 % de las familias tienen un tipo de familia extensa, seguida de una familia monoparental con un 22,1 %. El 24,3 % de las familias están en el ciclo vital del final de la expansión, seguidos de un 23,5 % de las familias que están en consolidación. En cuanto a las relaciones, el 59,6 % de las familias tienen un tipo de relación intrafamiliar adecuada, seguido de un 27,9 % de las familias con una relación conflictiva. Se observó que el género más predominante como jefe de familia fue el femenino, el cual representa un 14,5 % de la población total.

El ecomapa permitió identificar los recursos externos que las familias utilizan con mayor

frecuencia para hacer frente a las crisis (relación adecuada), también aquellos que, contrario a ser recursos, son estresores para la dinámica

familiar (relación estresante) y, por último, los que no son reconocidos (relación débil) (De Souza et al., 2016). (Ver Figura 1).



Pudo identificarse como recursos externos de las familias la espiritualidad y la educación, principalmente. Con relación a este último, las familias reconocieron el entorno escolar (Institución Educativa Villa del Socorro) como protector, lo que para la estrategia configura una oportunidad para el desarrollo de las actividades de APS. Un poco más de la mitad de las familias identificaron como recurso a la salud, el resto refirió barreras de acceso a los servicios de salud, itinerarios burocráticos relacionados con autorizaciones para valoraciones y exámenes especializados, la no entrega de medicamentos, la necesidad de acudir a más de una farmacia, lo que configura un reto para la estrategia en términos de resolutivez. Por último, el estresor más frecuentemente identificado en el ecomapa fue la situación económica, lo que podría estar relacionado con las condiciones de vulnerabilidad y las desigualdades sociales del territorio.

Por otra parte, en las historias clínicas familiares se reconocieron las crisis que enfrenta o ha enfrentado la familia. El 75 % de las crisis reportadas en las historias clínicas de las familias de la comuna 2 fueron de tipo no normativo; es decir, no esperadas para la etapa del ciclo vital familiar. El 25 % restante fueron de tipo normativo (esperadas para la etapa del ciclo

vital familiar). El 67,3 % de las crisis reportadas en las historias clínicas de las familias de la comuna 2 se encuentran activas al momento de la entrevista, el 31 % no se encontraban activas al momento de la entrevista, y el 1,7 % no presenta reporte de actividad de la crisis. Lo anterior podría deberse a que las familias no han encontrado las herramientas o mecanismos para enfrentar las crisis, y estas permanecen en el tiempo, lo que podría afectar la dinámica familiar y su funcionalidad.

Para efectos del presente análisis, se agruparon las crisis por el nivel de relacionamiento en el cual ocurren, teniendo como referencia el modelo ecosistémico de Bronfenbrenner: el microsistema, el mesosistema y el macrosistema¹ (Bronfenbrenner, 1994).

¹ Microsistema: Patrón de actividades, roles sociales y relaciones interpersonales experimentadas por las personas (físicas, sociales, simbólicas) que invitan, permiten o inhiben el compromiso sostenido y progresivo de relaciones más complejas con el medioambiente. Mesosistema: Se compone de relaciones y procesos que se llevan a cabo en dos o más escenarios donde se encuentra la persona. Por ejemplo: Hogar-colegio, colegio-trabajo. El mesosistema es un sistema de microsistemas. Macrosistema: Patrón arqueado de características del micro-meso y exosistema en una cultura o subcultura dada, con especial atención al sistema de creencias, el cuerpo de conocimiento, recursos materiales, costumbres, estilos de vida, estructura de oportunidades, riesgos y opciones del curso de vida que se incorporan en la persona. Es la huella digital de una cultura particular o subcultura.

Las crisis más prevalentes en la comuna 2 se desarrollaron en torno a problemas en el microsistema (88 %), entre las cuales se encontraron tensiones en las pautas y prácticas de crianza, distribución de los roles al interior del hogar, tensiones intergeneracionales, ajustes a los cambios en la tipología familiar,

la enfermedad de alguno de sus integrantes, la muerte y el proceso de duelo; y con relación al mesosistema, se encontraron dificultades en el relacionamiento con el entorno escolar, laboral y comunitario relacionado con la violencia urbana (ver Tabla 5) (Mackova *et al.*, 2019).

Tabla 5. Distribución de las crisis en las familias de la estrategia APS CES 2018-2022

Crisis	No.	%
Microsistema	574	88
Macrosistema	32	4,91
Mesosistema	43	6,6
Crisis normativa no especificada	3	0,46
Total	652	100

Al analizar los tipos de crisis por tipología familiar, se observó que las familias extensas presentan mayor cantidad de crisis normativas (45,8 %) y no normativas (38,8 %), seguido de las de tipo monoparental con 26,2 % para las crisis no normativas y 19,4 % para las crisis normativas. Además, se evidenció que las familias en la comuna 2, a pesar de tener gran cantidad de crisis, tienen suficientes recursos, tanto internos como externos, para poder mantener una buena funcionalidad familiar.

El 41,2 % de las familias refirieron una buena funcionalidad familiar, seguido de un 27,9 % de familias con una disfunción leve. Dentro de la variable del APGAR familiar se cuenta con un total de la población de 231 personas, esto por el hecho de que, en muchas ocasiones en cada hogar, no se encontraban todos los integrantes de la familia o no sabe/no responde. Esta cantidad de personas representa un 38,3 % del total.

Al realizar el análisis bivariado, teniendo como variable independiente la funcionalidad familiar, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta y el

recurso externo de educación (Chi-cuadrado, $p < 0,001$). La puntuación Z de la prueba U de Mann-Whitney es de 3,42 ($p < 0,001$), lo que indica que existe una diferencia significativa en la distribución de las puntuaciones de recurso externo de educación entre las diferentes categorías de funcionalidad familiar. Los individuos con buena funcionalidad familiar tienen una probabilidad tres veces mayor de tener una relación fuerte con la educación como recurso externo.

En general, las familias pertenecientes a la estrategia APS-CES del 2018 al 2022 fueron en su mayoría de tipología extensa con jefatura de hogar femenina compuesta por abuela, madre, hijas e hijos. Se encontraban en etapa del ciclo vital final de la expansión, reconocieron como recursos externos la relación con la espiritualidad y el entorno escolar, y sus estresores la situación económica y la falta de espacios para la recreación. Las crisis que enfrentan fueron en su mayoría no normativas del microsistema, lo que impone en las familias un reto adicional para la resolución de problemas y la movilización de redes de apoyo. Sin embargo, un buen porcentaje (40 %) de las familias refirieron una buena funcionalidad familiar.

de integrantes de la familia reportaron APGAR que dio cuenta de una buena funcionalidad familiar. Adicionalmente, se identificó con una diferencia significativa que la educación, el tipo de tenencia de vivienda y el acceso a los servicios públicos están asociados con mejores resultados en la funcionalidad familiar.

Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad servir de punto de partida para estudios posteriores, el desarrollo de proyectos y la toma de decisiones en salud pública y APS en la comuna 2 de Medellín.

En cuanto a las condiciones del mesosistema, se observó la posición socioeconómica de las familias como uno de los determinantes sociales de la salud (DSS) de tipo estructural que afecta negativamente a las familias, ya que menos de la mitad de las personas tienen acceso a un trabajo digno y refirieron una relación estresante con el recurso externo economía. De igual manera, con relación al DSS de género se identificó que la mayoría de la población es femenina, así como las jefaturas de hogar, tanto en las familias extensas como monoparentales, lo que podría generar una sobrecarga en los roles de cuidado, de mantenimiento y reproductivas, que ponen a mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, la posibilidad de acceder a educación superior en la población es baja, lo que es una condición que preocupa dado que esta posibilidad ha sido entendida como un componente determinante para el desarrollo social y sanitario. Herrero & cols. identificaron barreras para dicho acceso en Latinoamérica, en términos de costos de oportunidad diferenciada por género; en hombres, no trabajar o colaborar en el negocio familiar; y en mujeres, el cuidado de los familiares dependientes, sobre todo sus hijos. Todas estas condiciones están presentes al interior de la comuna 2 (Herrero Olarte y Baena, 2022).

En cuanto al microsistema, los DSS intermedios, como las condiciones materiales para la vida, mostraron que solo la mitad de los hogares corresponden a vivienda propia, la otra mitad son arrendatarios. Adicionalmente, cuentan con adecuada provisión de servicios públicos, acceso a transporte público urbano (sistema metro) y cercanía a la red pública de salud. Con relación a las condiciones de alimentación, no se encontró información sistematizada al respecto, lo que se sugiere que se estandarice al interior de la historia clínica familiar un apartado nutricional. En cuanto al acceso a la educación y su relación con esta, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el presente estudio, al igual que Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias (2016) que evidenciaron cómo este vínculo favorece mejores dinámicas familiares. Este hallazgo lleva a recomendar que las acciones en APS se refuercen en este entorno.

Con relación a los DSS intermedios relacionados con las condiciones de salud de las familias, pudo encontrarse una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, lo que puede llevar a condiciones de cronicidad, necesidad de controles, seguimiento y provisión de medicamentos. Lo anterior aunado a que las familias refirieron una relación débil con el recurso externo salud, debido principalmente a los itinerarios burocráticos. Todo lo anterior lleva a un aumento de los gastos de bolsillo en salud, ya que las familias refirieron tener que ir varias veces a reclamar medicamentos, cuando finalmente no se les entregan, deben comprarlos, cuando ello es posible, de lo contrario, no continúan los tratamientos, lo que redundaría en deterioro de la calidad de vida y salud de las familias (Beltrán-Cleves *et al.*, 2023).

Los factores psicosociales y conductuales como DSS intermedios mostraron que la principal problemática familiar estuvo relacionada con problemas familiares internos y discusiones; sin embargo, cabe resaltar la buena

funcionalidad de las familias dentro de la comuna a pesar del contexto social. En aquellas familias donde se vio afectada la funcionalidad estuvo relacionada con dos recursos internos del APGAR: la adaptación y el afecto, estos relacionados con la manera como la familia apoya a sus integrantes en situaciones críticas y la manera como expresan los afectos. Se sugiere para estudios posteriores profundizar acerca de estos aspectos relacionales y generar espacios de reflexión y construcción conjunta de estrategias para abordar las dimensiones humanas, emocionales y afectivas como parte de las estrategias de promoción de la salud, no solamente las dimensiones biológicas como tradicionalmente se han abordado en el marco de entornos saludables (Vélez y Betancurth, 2015). Lo anterior dada la asociación reconocida en la literatura entre funcionalidad familiar y salud mental (Aziz *et al.*, 2023).

Este ejercicio de elaborar una línea de base permitió identificar lecciones aprendidas y recomendaciones con relación a la calidad de la información recolectada en las historias clínicas familiares, debido a que hay varios espacios que pueden diligenciarse libremente, lo que podría afectar la confiabilidad del instrumento. Es indispensable estandarizar las respuestas en las nuevas intervenciones y seguimientos del programa para obtener datos más precisos como la clasificación de las crisis normativas y no normativas, un apartado nutricional y especificar las necesidades básicas insatisfechas. Se recomienda ingresar como variable para registrar el recurso externo de transporte, condiciones geográficas y de infraestructura de la comuna que revisten ciertas particularidades que sería importante visibilizar.

Para mejorar la precisión de los datos en cuanto al diagnóstico, se recomienda que se utilice de manera muy precisa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o su versión correspondiente. Esto con el fin de indagar más a profundidad la relación de ciertas enfermedades específicas con situaciones

clasificadas dentro de los determinantes sociales de la salud.

A su vez, se recomienda llevar monitorización de los resultados de las intervenciones, las políticas o situaciones nuevas generadas a partir de los estudios de caracterización familiar, con el fin de registrar los resultados de dicho objeto del programa y así evidenciar la importancia de estos.

Conclusiones

La experiencia en la sistematización y análisis de las familias pertenecientes a la estrategia APS-CES en la comuna 2 de Medellín permitió construir una línea de base con información sociodemográfica, epidemiológica y familiar (estructural y relacional) que da cuenta de las condiciones propias del territorio como referente para la toma de decisiones en salud pública.

De igual manera, este proceso permitió identificar algunas falencias en la recolección de la información que se lleva a cabo por medio de la historia clínica familiar, por lo que es necesario realizar mejoras en el sistema, tales como la codificación de las variables, la especificación de variables, entre otras.

En este proceso emergió la importancia del entorno escolar como escenario para el desarrollo de acciones en salud pública, dado que fue reconocido como ambiente protector, donde las personas se sienten seguras y la participación y seguimiento de las actividades propias de la estrategia son factible. Incluso, la educación no solo como escenario, también el nivel educativo fue identificado como protector para una adecuada funcionalidad familiar.

Por otra parte, se plantea como reto analizar y ejercer abogacía en salud desde la estrategia, fortaleciendo los lazos con el sector salud tanto público como privado, a fin de mejorar

las condiciones de acceso en términos de eliminación de itinerarios burocráticos, provisión oportuna de medicamentos y valoraciones especializadas.

Consideraciones éticas

El presente proyecto contó con la aprobación y aval expedito del Comité Institucional de Ética para la Investigación (CIEI), con una clasificación sin riesgo, con base en la Resolución 8430 de 1993, mediante Acta No. 295 del 17 de noviembre de 2022. La información manejada no fue conectada con el nombre de la familia sino con el código asignado. De esta forma se evitó que, si se fuga algún tipo de información,

se mantuviese el anonimato y no pueda ser relacionada con alguien en particular. Se hizo control y administración de las personas que tuvieron acceso a la información personal de cada integrante del programa, y esta fue restringida solo a las y los investigadores y miembros del equipo asesor.

La bibliografía utilizada para realizar este estudio está debidamente referenciada en normas APA 7 con el fin de respetar los derechos de sus respectivos autores.

El presente manuscrito correspondió al proyecto de investigación y en este los autores no declaran conflicto de interés.

Referencias

1. Alcaldía de Medellín. (2019). *Ficha Caracterización Territorial Comuna 2 Santa Cruz*. <https://siciudadania.co/wp-content/uploads/2022/06/Ficha-2.-Santa-Cruz.pdf>
2. Alcaldía de Medellín. (2022). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud*. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/IndicadoresEstadisticas/Shared%20Content/ASIS/Archivos%20descargables/Documento%20cero.pdf
3. Aziz, Y. A., Susanto, S. A. P., & Romadhon, Y. A. (2023). Correlation of APGAR family with mental health: An observational study in Indonesia. *International Journal of Health Science and Technology*, 5(1). <https://doi.org/10.31101/ijhst.v5i1.2897>
4. Beltrán-Cleves, M. V., Estrada-Montoya, J. H., & Durán-Torres, C. F. (2023). Recurso humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud, Caquetá, Colombia, 2020: Análisis cuantitativo y desde la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Revista Médicas UIS*, 36(3). <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023003>
5. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Readings on the development of children. *International Encyclopedia of Education*, 3, 37-43.
6. Chunara, R., Gjonaj, J., Immaculate, E., Wanga, I., Alaro, J., Scott-Sheldon, L. A. J., Mangeni, J., Mwangi, A., Vedanthan, R., & Hogan, J. (2024). Social determinants of health: The need for data science methods and capacity. *The Lancet Digital Health*, 6(4), e235-e237. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00022-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00022-0)
7. De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
8. Departamento Administrativo de Planeación Colombia. (2022). *Comuna 2: Santa Cruz Ficha de Caracterización*. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2021/Comuna%202%20Santa%20Cruz-Ficha%20Informativa.pdf>

9. Franco Giraldo, A. D. J. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
10. Franco, M. C. V., Cardona Zapata, K., Moreno Realphe, S. P., Franco Patiño, M. C., & Castaño Parra, L. C. (s. f.). Estudio cualitativo a propósito de una experiencia de formación médica en Atención Primaria en Salud en una comuna de Medellín, Colombia. 2023, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rsb.v13i2.4451>
11. Fundación Forjando Futuros (2019) *Diagnóstico de violencias urbanas y su proceso de naturalización Comunas 2 y 7 Medellín*. <https://forjandofuturos.org/nuestras-publicaciones/#genero-y-derechos>
12. Herrero Olarte, S., & Jaime Baena, J. (2022). Los Límites al Acceso a la Educación Superior dentro de la Comunidad Andina: Más allá de la Cuestión Económica. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 11(1). <https://doi.org/10.15366/riejs2022.11.1.012>
13. Mackova, J., Dankulincova Veselska, Z., Filakovska Bobakova, D., Madarasova Geckova, A., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). Crisis in the Family and Positive Youth Development: The Role of Family Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1678. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101678>
14. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Familia: Enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e543. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, octubre). *Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, Pub. L. No. 2626, 17 (2019). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
17. Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia (2022) *ASIS Medellin2022V2*. https://dssa.gov.co/images/2024/asis_2022/Analisis%20de%20Situacio%CC%81n%20en%20Salud%20-ASIS-%20Antioquia%202022.pdf
18. Shivalli, S., Majra, J. P., Akshaya, K. M., & Qadiri, G. J. (2015). Family Centered Approach in Primary Health Care: Experience from an Urban Area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, 2015(1), 419192. <https://doi.org/10.1155/2015/419192>
19. Souza, Í. P. D., Bellato, R., Araújo, L. F. S. D., & Almeida, K. B. B. D. (2016). Genogram and eco-map as tools for understanding family care in chronic illness of the young. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001530015>
20. Vélez, C., & Betancurth, D. P. (2015). Funcionalidad familiar y dimensiones afectivas en adolescentes escolarizados. Caldas-Colombia, 2013-2014. *Revista Investigaciones Andina*, 18(33), 1751-1766. <https://doi.org/10.33132/01248146.658>