

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE FAMILIAS EN EL BARRIO PATRIOTAS DE TUNJA.

Fredy Enrique Peñuela Rodríguez¹ y Diego Fernando Córdoba Torres²

Afiliaciones: ¹Médico Residente de III año de Medicina Familiar, Especialista en Auditoría en Salud, Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad en el Trabajo, Médico Cirujano Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

²Médico Residente de III año de Medicina Familiar, Médico Cirujano Universidad de Boyacá.

RESUMEN

El presente estudio fue el primer acercamiento por parte de la Medicina Familiar a nivel comunitario en la ciudad de Tunja explorando escenarios no clásicos para brindar atención en salud. Es un estudio descriptivo donde los datos fueron recolectados a través de una ficha familiar diseñada para toma de información en el Proyecto Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020 por el grupo de médicos familiares en formación de la primera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la U.P.T.C.. Se caracterizaron y analizaron 45 familias, con 151 integrantes, encontrando que los hogares son multidimensionales, con población de niños menores de 15 años (25,4 %), adolescentes y adultos, con edades entre 15 y 59 años, abarcan el 71,2 % de la población, y el 3,4 % son adultos mayores de 65 años. Indicando que el 28 % de los individuos de las familias son probablemente dependientes de algún otro miembro. Se pudo determinar que gran parte de la población se encuentra en etapa productiva y corresponde a familias nucleares pero se evidenció que la jefatura de hogar en las familias monoparentales corresponde al 100% de los casos, presencia de dependencia económica, analfabetismo y ocupación predominante en trabajos informales o bajamente remunerados. Encontramos que casi la totalidad de la población se encuentra afiliada al sistema de salud, sin embargo, se pudieron detectar barreras en salud relacionadas con situaciones conexas a la utilización de los servicios. Aunque no se estimaron objetivamente algunas variables como la dinámica familiar y manejo de normas y límites en el hogar, se observaron algunas situaciones como la permanencia en casa de menores al cuidado de otros menores y/o adultos mayores. Se observó la falta de espacios recreativos y zonas verdes cercanas, así como la presencia de puntos de expendio de sustancias psicoactivas en el vecindario, las cuales merecen un estudio más profundo a futuro con el fin de proponer soluciones contextualizadas a las realidades de este sector en la ciudad de Tunja. En el contexto mostrado durante el desarrollo de la investigación se encontraron múltiples oportunidades de intervención a nivel individual, familiar y comunitario por parte del Médico Familiar, las cuales permitieron desarrollar acciones en salud contextualizadas al ambiente vulnerable en la zona urbana y que logró un acercamiento de la Atención Primaria en Salud a los diferentes escenarios de desenvolvimiento de la población tal y como lo propone la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Palabras clave: familia, entorno social, entorno físico, multimorbilidad, posición socioeconómica, estatus socioeconómico, clase social, sociodemográficas.

Introducción

Los datos sociodemográficos hacen referencia a las particularidades de las poblaciones humanas en relación con su estructura, evolución y características generales, como edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel económico, fecundidad, estructura familiar, jefatura de hogar, tipo de vivienda, empleo e indicadores de pobreza, y están relacionados directamente con la vulnerabilidad y las condiciones de salud de un individuo, una familia o una población; por lo tanto, demandan su estudio (1). Estos datos son explorados con frecuencia a través de diferentes fuentes de información, como los registros médicos, las encuestas, los censos nacionales y los registros de sistemas de información de salud y de programas sociales para visualizar desigualdades sociales, demográficas y conductuales que repercuten en el estado de salud, sin embargo, en la práctica clínica diaria de los profesionales de la salud, la mayoría de esta información es subestimada o solamente registrada, sin hacer una adecuada evaluación de la misma.

Analizar los factores sociodemográficos, de forma individual o colectiva, es relevante debido a que tienen impacto en los perfiles epidemiológicos de la población y en el uso de los servicios de atención en salud. Las condiciones sociodemográficas deficientes y la privación de recursos económicos, personales y sociales han sido asociados con un mayor riesgo de multimorbilidad, por ejemplo, el bajo nivel socio-económico se ha asociado con comportamientos adversos relacionados con la salud, condiciones de comorbilidad y con la no adherencia a los programas de los servicios de salud como nos lo muestran algunos autores (1), (2), (3), (4).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los factores demográficos y socioeconómicos como los principales determinantes sociales de la salud (2) estando de esta manera ligados a las condiciones socioeconómicas y políticas de la comunidad, siendo importante tomarlos como punto de partida para la intervención social y comunitaria con el fin de mejorar los entornos de los individuos y con ello mejorar la salud individual y colectiva (4).

El planteamiento de estos determinantes aborda diferentes elementos capaces de manifestar desigualdades en salud, los cuales pueden generar distintos efectos en la comunidad y reafirman la importancia de potenciar la salud partiendo del impacto social en una comunidad (5). Por este motivo se hace necesario conocer y estudiar los factores sociales que intervienen en la salud de las personas y de la comunidad, puesto que este conocimiento garantiza entender algunos elementos fundamentales para la realización de diagnósticos comunitarios y permite construir políticas públicas que, al basarse en estos conceptos, logran generar un impacto positivo en la población (9). Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el hogar y la familia son considerados entre los factores que pueden incidir de manera importante en la dinámica social y económica y están conceptualizados como pilares fundamentales de la comunidad. La familia, como aquella primera institución encargada de proporcionarles a sus miembros las herramientas necesarias que les permitan interactuar con la sociedad, siendo además participe en la formación de las características de la personalidad, pensamiento y comportamiento del individuo, que serán fundamentales para interactuar posteriormente en la sociedad; por tanto, en su abordaje se deben considerar las concepciones, complejidad y dinámicas que la pueden modificar (10), (11). Así como se considera que el hogar es la base para afrontar los cambios que generan la sociedad y sus componentes y que las familias en condiciones de vulnerabilidad tienen características sociodemográficas que pueden limitar algunos de sus proyectos como grupo primario y su participación en comunidad, hay que considerar también que los factores sociodemográficos pueden afectar las concepciones y particularidades de cada una de las familias, generando limitaciones para acceder a bienes comunes dentro de la sociedad (12). Desde una perspectiva de análisis sociodemográfico, la estructura familiar es considerada por algunos autores como un factor de impacto en los resultados en salud, ya que se ha observado, por ejemplo, que los niños de familias no tradicionales, como las monoparentales y mixtas, tienen mayor prevalencia de obesidad y deficientes resultados de salud, y se destaca la importancia de estudiar la jefatura del hogar, dado que influencia las características de la estructura familiar, el tipo de relaciones en la familia y la exposición a problemas de salud y de comportamiento social (13), (14).

Así mismo, existen otros factores sociodemográficos como las características de la jefatura de familiar en condición de mujer y el nivel de dependencia social y económica, que contribuyen a empeorar la condición de vulnerabilidad en el individuo, su familia y su comunidad, entendiendo el concepto de vulnerabilidad social tal y como se ha construido en la última década, para aquellas condiciones de desventaja generada por limitaciones económicas, políticas y culturales que desencadenan en un rezago social al que se encuentra expuesto un grupo poblacional y que se asocia con la jerarquización capitalista de una comunidad, logrando afectar los peligros internos y externos asociados al grupo familiar, siendo necesario adelantar estudios que contribuyan a combatir el riesgo elevado de estas familias de sufrir empeoramiento de sus condiciones debido a contribuciones negativas causadas por la perturbación en las posibilidades de integración, movilidad social ascendente, desarrollo personal y para adaptarse a las condiciones de su entorno, (15), (16), (17).

En Colombia se describen situaciones relacionadas con ésta vulnerabilidad que asociadas a las barreras para el acceso a los servicios de salud, crean la necesidad de estudiarse e intervenir, considerando que estos factores adicionales agregados pueden empeorar la condición de salud de las personas que residen en áreas desfavorecidas socioeconómicamente y que padecen enfermedades crónicas o padecen multimorbididades, como nos lo muestran algunos autores (18), (19), (20). En cuanto al contexto de la población de estudio y su entorno social, se evidencia que la vulnerabilidad de las familias del barrio Los Patriotas es media-alta, e incluso alta en algunos sectores, con el 40,1 % al 80 % de pobreza multidimensional, según fuentes oficiales. Indicando que entre los factores determinantes evaluados, se tomaron en cuenta la proporción de individuos con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar crónica y cáncer; la proporción de hogares con individuos mayores de 60 años, de hogares en hacinamiento en cuartos y dormitorios y de hogares con riesgo intergeneracional alto y medio por manzana, y la densidad poblacional por manzana, entre otros (21), (figuras 1 y 2).

La información sobre vulnerabilidad y salud en este barrio está limitada a los indicadores arriba descritos y a los datos del análisis de situación de salud que registran a los habitantes como víctimas de desplazamiento, sin precisar el porcentaje rural o urbano; de donde, el 48,2 % corresponde a población femenina entre los 20 y 24 años, con rol de madres cabeza de familia. Esta situación evidencia la existencia de familias en un contexto con oportunidades laborales disminuidas y condiciones desfavorables para la salud en general (22).



Figura 1. Nivel de Vulnerabilidad Barrio Patriotas - Tunja
Fuente: DANE Colombia 2020

De igual manera, la evaluación de los factores que incrementan el riesgo de incluirse dentro de la población afectada por este tipo de vulnerabilidad requiere del trabajo de los profesionales de la salud en conjunto con otros sectores de la sociedad, de tal forma que se aborden de forma integral las acciones en salud sobre la población con escaso acceso a servicios médicos, ya que permite establecer su caracterización, tanto para asignar recursos como para llevar a cabo intervenciones específicas que pueden aliviar aquellas situaciones desfavorables en situaciones de potenciales desastres(8),(23),(24),(25).



Figura 2. Pobreza multidimensional Barrio Patriotas- Tunja
Fuente: DANE Colombia 2020

Teniendo en cuenta este escenario y la oportunidad de contar con los datos recolectados en una investigación-acción participativa realizada mediante el proyecto comunitario de la Especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, el presente estudio pretende caracterizar a las familias de las familias participantes del proyecto en mención, así como describir sus condiciones sociodemográficas con la finalidad de conocer el contexto demográfico, familiar, de salud, de las condiciones de vivienda y de la jefatura de los hogares intervenidos, así como valorar los instrumentos usados para el estudio de estas familias y su utilidad para identificar las condiciones desfavorables en un grupo de hogares de la zona urbana en la ciudad de Tunja.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de estudio correspondió a 45 familias habitantes del barrio Los Patriotas y sus alrededores. El muestreo se realizó por conveniencia considerando el número de familias que participaron voluntariamente después de hacer una invitación puerta a puerta a la comunidad de este sector, para vincularse en el proyecto comunitario de la especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Fueron incluidas las familias que contaban con fichas de recolección de datos con registro completo y que residían en el sector estudio y se excluyeron 10 familias por no contar con los criterios anteriores. Se realizó un estudio descriptivo de los datos suministrados a través de la ficha familiar diseñada para el proyecto y diligenciada en el momento de ingreso de una familia al estudio, empleando de forma ocasional datos obtenidos de la ficha del Sistema de Información de Base Comunitaria en Salud –SIBACOM, del departamento de Boyacá, para el monitoreo de metas de impacto y resultados de intervenciones del plan de desarrollo y del Modelo de Atención Integral Territorial –MAITE– (27), pues inicialmente el proyecto de intervención tuvo como finalidad generar un diagnóstico y establecer las líneas base de las condiciones de salud y calidad de vida en los habitantes de la comunidad intervenida. Las variables sociodemográficas se dividieron en cinco grupos, así: 1. características generales de la población: edad, escolaridad, género, rol familiar, religión, ocupación, vulnerabilidad (hacinamiento, violencia intrafamiliar, barreras de acceso a salud, seguridad alimentaria, exposición laboral, factores ambientales); 2.

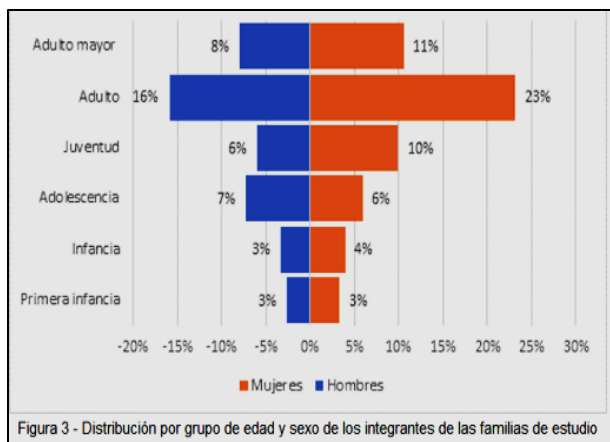
características familiares: tipo de familia y ciclo de vida familiar; 3. características de salud: tipo de aseguramiento en salud, presencia de factores nocivos asociados (alcoholismo, SPA), hábitos saludables, comorbilidades en salud; 4. características de la vivienda y servicios públicos: estrato socioeconómico, tipo de vivienda, condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos y convivencia en casa con animales, y 5. características del jefe de hogar: edad, género, escolaridad, ocupación. Para el análisis estadístico se empleó el software Statistical Package Social Sciences versión 22 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Las características de cada miembro del hogar y sus familias se presentaron con frecuencias absolutas y relativas, media y desviación estándar y la ocupación de los integrantes de la familia se agrupó de acuerdo con la clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia (28).

Consideraciones Éticas

El presente estudio hace parte del proyecto titulado Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020, avalado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y registrado con código 2597, con el cumplimiento de los requisitos exigidos, principalmente con los lineamientos del comité de ética de la Universidad. Adicionalmente, los participantes autorizaron la visita domiciliaria, la toma, procesamiento de datos y el proceso de intervención por medio de un consentimiento informado, según la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, artículo 6 literal e.

RESULTADOS

La distribución familiar por género y edad se observa en la figura 3, de donde el 60 % corresponde a edades entre los 29 y los 59 años, encontrando mayor concentración de población adulta y adulta mayor, con más del 50 % del total. Adicionalmente, los hogares son multidimensionales, con población de niños menores de 15 años (25,4 %); las generaciones intermedias, de adolescentes y adultos, con edades entre 15 y 59 años, abarcan el 71,2 % de la población, y el 3,4 % son adultos mayores de 65 años. Esto indica que el 28 % de los individuos de las familias son probablemente dependientes de algún otro miembro.



Las 45 familias analizadas cuentan en total con 151 integrantes (3 a 4 individuos por familia) con rango de edad entre 1 y 91 años y una media de edad de 36.4 +/- 2.4 años; el 92 % residen en el barrio Los Patriotas y el restante 8 % en los barrios Manzanares, Peñitas y Xativilla. El 62 % de las familias son nucleares; el 22%, monoparentales, y el 16%, extensas. La mayor proporción se encuentra en ciclo vital plataforma de lanzamiento y familias con adolescentes con promedio de edad entre 10 y 19 años (tabla 1).

Tipo de Familia	Ciclo Vital Familiar	n	%
Extensa	V:Familia con hijos adolescentes	2	4%
	VI:Familia en plataforma de colocación	4	9%
	VII:Familia madura	1	2%
Monoparental	V:Familia con hijos adolescentes	3	7%
	VI:Familia en plataforma de colocación	5	11%
	VII:Familia madura	2	4%
Nuclear	I:Comienzo de la familia	1	2%
	III:Familia con hijos preescolares	3	7%
	IV:Familia con hijos escolares	3	7%
	V:Familia con hijos adolescentes	9	20%
	VI:Familia en plataforma de colocación	6	13%
	VII:Familia madura	2	4%
	VIII:Familia anciana	4	9%
	Total Familias		45

El nivel educativo encontrado en la población adulta se muestra en la tabla 2, aclarando que la diferencia entre analfabeta o ninguno es que las personas clasificadas como ninguno, aunque no estuvieron escolarizados aprendieron a leer y escribir de forma autodidacta o enseñados por un familiar. Observamos que predomina el nivel educativo con cualificación media, con estudiantes activos (26 %).

Nivel	n	%
analfabeta	3	3%
bachillerato incompleto	14	13%
bachillerato completo	37	33%
ninguno	2	2%
postgrado	1	1%
primaria completa	22	20%
primaria incompleta	7	6%
profesional	10	9%
técnico	13	12%
tecnólogo	2	2%
Total	111	100%

Respecto a situaciones de vulnerabilidad específicas, se reportaron trabajadores no calificados (24 %), trabajadores con algún tipo de exposición laboral nociva (20 %) y exposición ambiental nociva (13.5 %), como las predominantes. Respecto a las características en salud, el aseguramiento evidenció que los integrantes de un grupo familiar pertenecen a diferentes aseguradores, con mayor prevalencia del régimen contributivo (44,8 %), seguido del subsidiado (40, 6%). El 13 % de la población no informó a qué régimen de salud pertenecía y la barrera de acceso a los servicios de salud se reportó en el 4,3 %. Frente a los cuidados de la salud, se encontró que el 42.7 % de los informantes no tiene hábitos de vida saludables, 16,8 % asiste regularmente a programas de promoción y prevención, el 16.1 % manifestó que realiza actividad física y el 29,4 % refiere realizar el lavado de manos de forma oportuna. El consumo de frutas no llega al 40 % de ingesta diaria y las enfermedades crónicas en la población se encuentran reportadas en un 65.5%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (tabla 3).

Tabla 3. Características de salud participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total, n (%)
Afiliación SGSSS			
Contributivo	32 (22,4)	32 (22,4)	64 (44,8)
Subsidiado	24 (16,8)	34 (23,8)	58 (40,6)
Sin afiliación	2 (1,4)	0	2 (1,4)
Sin información	7 (4,9)	12 (8,4)	19 (13,3)
Hábitos no saludables	31 (21,7)	30 (21)	61 (42,7)
Asistencia a programas PyP	7 (4,9)	17 (11,9)	24 (16,8)
Tabaquismo	7 (4,9)	1 (0,7)	8 (5,6)
Consumo SPA	2 (1,4)	1 (0,7)	3 (2,1)
Si	13 (9,1)	10 (7)	23 (16,1)
Realiza ejercicio	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)
4 veces semana	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)
1 a 2 veces semana	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)
Cada 8 días	6 (4,2)	3 (2,3)	9 (6,5)
Enfermedades crónicas	21 (24,1)	36 (41,4)	57 (65,5)
Hábitos Nutricionales			
Lavado de manos			
Siempre	16 (11,2)	26 (18,2)	42 (29,4)
Casi siempre	30 (21)	34 (23,8)	64 (44,8)
A veces	12 (8,4)	12 (8,4)	24 (16,8)
Nunca	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (1,4)
Lavado de frutas y verduras			
Siempre	50 (35)	58 (40,6)	108 (75,5)
Casi siempre	7 (4,9)	12 (8,4)	19 (13,3)
A veces	5 (3,5)	5 (3,5)	10 (7)
Nunca	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (1,4)
Consumo de frutas			
Todos los días	24(16,8)	29 (20,3)	53 (37,1)
1-2 veces semana	8(5,4)	14 (9,8)	22 (15,4)
3-4 veces semana	18 (12,6)	17 (11,9)	35(24,6)
5-6 veces semana	11 (7,7)	13 (9,1)	24 (16,8)
No consume	2 (1,4)	3 (2,1)	5 (3,5)
Consumo de proteínas(animal)			
Todos los días	43(30,1)	49(34,3)	92 (64,3)
1-2 veces semana	7 (7)	6 (7)	13 (14)
3-4 veces semana	1(0,7)	8 (5,6)	9 (6,3)
5-6 veces semana	3 (2,1)	6 (4,2)	9 (6,3)
No consume	0	0	0

En lo relacionado con las características de la vivienda, el 82% de las familias pertenecen al estrato socioeconómico 2, en su mayoría con vivienda propia y, en general, con adecuadas condiciones para vivir. Todas las viviendas cuentan con los servicios públicos de energía, alcantarillado, acueducto e inodoro, y ninguna familia cocina con leña. En cuanto a condiciones sanitarias, se evidenció buena disposición de basuras y aguas residuales, y solo el 10 % refieren presencia de roedores en sus viviendas (tabla 4).

Tabla 4. Características de la vivienda y servicios públicos participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	n	%
Estrato Socioeconómico de la vivienda		
1	15	10%
2	124	82%
3	12	8%
Tipo de vivienda		
Propia	118	78%
Arrendada	21	14%
Familiar	12	8%
Condiciones de vivienda		
Adecuada ventilación	35	23%
Adecuada iluminación	37	25%
Piso en tierra	3	2%
Déficit de servicios		
Gas	3	2%
Roedores	15	10%
Animales en casa		
Domésticos (perros gatos)	30	20%
Aves, Equinos	8	5%

Con relación a la jefatura de hogar, se encontró que la edad media del jefe del hogar es 52,2 años \pm 15,7, con mayor proporción de hombres entre 60 y 69 años y mujeres entre 40 y 49 años y cabe resaltar que, dentro de las familias monoparentales encontradas, el 100% correspondía a jefatura de hogar femenina. Se observó analfabetismo del 4,4 % en mujeres cabeza de hogar, y en ambos sexos predomina la ocupación en trabajos no cualificados (ver tabla 5).

Tabla 5. Características del jefe de hogar, participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total, n (%)
Edad			
20-29	1 (2,2)	1 (2,2)	2 (4,4)
30-39	4 (8,9)	6 (13,3)	10 (22,2)
40-49	3 (6,7)	7 (15,6)	10 (22,2)
50-59	5 (11,1)	2 (4,4)	7 (15,6)
60-69	6 (13,3)	4 (8,9)	10 (22,2)
Mayor 70 años	3 (6,7)	3 (6,7)	6 (13,3)
Ninguna	0	2 (4,4)	2 (4,4)
Escolaridad			
Primaria	7 (15,6)	7 (15,6)	14 (31,1)
Secundaria	9 (20)	5 (11,1)	14 (31,1)
Técnico	2 (4,4)	6 (13,3)	8 (17,8)
Universitaria	2(4,4)	1 (2,2)	3 (6,7)
Ocupación			
Trabajadores no cualificados	6 (14,0)	13 (30,2)	19 (44,2)
Técnicos y asistentes	3 (7,0)	2 (4,7)	5 (11,6)
Cesante	2 (4,7)	1 (2,3)	3 (7,0)
Empleados de oficina	1(2,3)	2(4,7)	3(7,0)
Oficiales, artesanos, operarios	3(7,0)	1(2,3)	4(9,3)
Profesional universitario	3 (7,0)	1(2,3)	4 (9,3)

DISCUSIÓN

Se parte del hecho de que por primera vez se realiza un acercamiento de médicos familiares en formación a una comunidad urbana en la ciudad de Tunja, en acciones conjuntas de carácter académico, pedagógico y didáctico. Por lo tanto, la experiencia deja ver las fortalezas y las debilidades que estas dinámicas de intervención generaron y exponer las condiciones sociodemográficas y de salud que caracterizan las familias del sector.

Es de destacar que los primeros contactos realizados por residentes con familias del barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja, se hicieron puerta a puerta. Se encontró un escenario de difícil acceso, debido, particularmente, a las experiencias negativas que las familias y la comunidad en general han vivido como sujetos de manipulación política y administrativa de los entes de poder. Circunstancias como

estas han dejado, históricamente, huellas que se manifiestan en desconfianza e inhiben la participación en proyectos sociales de líderes y comunidades. Sin embargo, gracias a los criterios éticos, pedagógicos y metodológicos y a las visitas progresivas de los médicos residentes durante el proceso de abordaje de las familias, se generó un ambiente propicio para el acercamiento y la participación individual, familiar y comunitaria en las propuestas desarrolladas en el barrio. En este caso, se logró la participación a través de grupos focales preestablecidos, como iglesia y congregaciones deportivas informales, entre otros. En cuanto a la caracterización sociodemográfica, de salud y familiar de la población intervenida mediante el Proyecto Comunitario de los residentes de Medicina Familiar, se evidenció un escenario complejo para la atención integral en salud. Las prioridades de estas familias están relacionadas con las actividades laborales y de cubrir otras necesidades diferentes a las de su salud, a pesar de la alta demanda por enfermedades crónicas, limitando el establecimiento permanente de actividades de promoción y prevención por parte del médico residente y otros profesionales. Los resultados describen la presencia de familias nucleares, pequeñas, con un promedio de entre 3 y 4 personas con presencia de adolescentes que aún conviven con su grupo primario, de forma concordante con los datos aportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (29). Adicionalmente se pudo observar que persiste la monoparentalidad en cabeza de la mujer en el 100% de las familias con ésta característica, resaltando además que se observó la presencia de analfabetismo en algunos de estos hogares, así como la ocupación predominante en trabajos no cualificados, condiciones que pueden favorecer un aumento de la distribución y demanda de los recursos económicos de la familia, facilitando la reproducción intergeneracional de la pobreza, situación que debe ser comprendida e interpretada desde la perspectiva de la Medicina Familiar debido al grado de compromiso de los determinantes sociales de la salud, con el fin de ser integrados en la atención y asistencia clínica individual, familiar y comunitaria, tal como nos lo muestran algunos autores (30). Aunque la mayoría de familias son de tipo nuclear, la existencia de familias monoparentales y extensas donde el jefe de hogar corresponde al sexo femenino y con un grado de dependencia familiar nada despreciable del 28%, marcan uno de los aspectos que contribuyen a favorecer la condición de vulnerabilidad en todos los integrantes, situación que es

similar a los datos descritos en las familias boyacenses en el Análisis de Situación de Salud de Boyacá y en el DANE (22), (29). Por este motivo, se observa la necesidad de intervenciones en salud y de otros sectores priorizando la población femenina, con el fin de disminuir el estigma social impulsado por el patriarcado asociado a los hogares encabezados por mujeres y a los medios de vida frágiles de tales hogares donde existen madres solteras, viudas o divorciadas tal y como nos lo muestra Mustafa D. et al. (8).

Partiendo de las anteriores características de los hogares, se hace necesario que el proceso de educación en salud por el Médico Familiar, tanto a profesionales como a la comunidad en general sea un objetivo prioritario, especialmente en hogares encabezados por mujeres y con presencia de dependencia en menores de edad y adultos mayores, considerando que se ha demostrado que este tipo de intervenciones basadas en diagnósticos sociales, epidemiológicos y ecológicos mejoran la calidad de vida, los factores de comportamiento, las conductas de riesgo y en general los factores de conocimiento en salud que finalmente mejoran la salud individual y colectiva (31), (32). Respecto al nivel de afiliación al sistema sanitario nacional, se encontró en un 1,7 % que no difiere significativamente de las cifras nacionales; sin embargo, llama la atención que el 4,7 % de la población manifestó tener barreras de acceso a la salud, triplicando la cifra de la población afiliada (33), (29).

Es posible que las diferencias encontradas en el nivel de afiliación y las barreras para acceder a la atención sanitaria estén relacionadas con la parte de la población migrante y con los costos indirectos de la atención, generados por el desplazamiento desde el hogar hasta la IPS o por el lucro cesante causado por la ausencia de sus lugares de trabajo debido a las características de las actividades económicas de cada familia, situación que merece ser estudiada a profundidad.

En cuanto a los servicios relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se encontró un bajo uso (16,8 %), comparado con los datos a nivel nacional (77,27 %), debido, predominantemente, al bajo nivel socioeconómico (90,7 %) y a la presencia de enfermedades crónicas (65 %). Aunque no se estimaron eventos como

efectos de uso y aprovechamiento del tiempo libre, cabe mencionar que durante las visitas domiciliarias se evidenció un importante uso del tiempo libre permaneciendo en dispositivos electrónicos por parte de la población infantil, siendo importante intervenir en este comportamiento debido a que esta población tiende a incumplir las recomendaciones en salud relacionadas con la nutrición y actividad física, sumado esto a que en el área de residencia de las familias no se cuenta con disponibilidad adecuada de espacios para el adecuado aprovechamiento del tiempo libre a través de prácticas deportivas y en muchas familias el vínculo social es limitado al grupo primario como nos lo sugiere Iguacel, L. et al. (34). No obstante, se evidenció que algunas familias mantienen aceptables condiciones de salud y de vivienda, mantienen acceso a agua potable e infraestructura relativamente buena, lo cual puede ser un factor protector de condiciones de vulnerabilidad si tenemos en cuenta las evidencias aportadas por algunos autores en poblaciones similares (8). Teniendo en cuenta que la asociación entre bajo nivel socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas ya es conocida, así como sus efectos en la calidad de vida y en la demanda de la atención en salud, se hace necesario fortalecer la autogestión en salud, entendida como el compromiso para lograr una buena evolución de una condición clínica y que produce una mejoría significativa, tanto a nivel personal como familiar y comunitario, más allá de las medidas individuales socioeconómicas que ofrece el estado, especialmente en las personas jóvenes y en las mujeres, con el fin de prevenir la aparición de enfermedades crónicas (19), (35), (36), (37). Debe señalarse, que desde la mirada de la medicina familiar existen múltiples posibilidades de intervenir en las familias que presentan factores protectores que potencien sus recursos y habilidades, con el fin de buscar una mejoría en el acceso y usos de la atención de en salud, teniendo como punto de aprovechamiento su nivel educativo, estas son más propensas a buscar asistencia sanitaria cuando se les ofrece (38).

Una de las limitaciones dentro del proceso de toma de la información fue que existieron pérdidas de datos que no se incluyeron en el presente estudio debido a pérdida del seguimiento de las familias por cambio de domicilio, pérdida de datos debido a la heterogeneidad en el registro por falta de uniformidad de concepto de los observadores, evidenciando

la necesidad de unificar y complementar los datos de la ficha familiar en cuanto a otras variables como nacimientos, muertes y tasa de fecundidad, los cuales son necesarios para tener una visión más amplia de las características de la comunidad estudiada. De ésta manera se destaca la importancia de la unificación de conceptos del personal recolector de datos en campo con el fin de lograr clasificar y priorizar adecuadamente a la población más vulnerable, de tal manera que se puedan generar datos relevantes que permitan emplearse para la toma de decisiones a nivel local y que incluyan sectores sociales de diferente índole (8).

CONCLUSIONES

A pesar de que el propósito de esta investigación no determinó la asociación de factores causales, puede anotarse que en el contexto mostrado durante el desarrollo de la investigación se encontraron múltiples oportunidades de intervención a nivel individual, familiar y comunitario por parte del Médico Familiar, las cuales permitieron desarrollar acciones en salud contextualizadas al ambiente vulnerable en la zona urbana y que logró un acercamiento de la Atención Primaria en Salud a los diferentes escenarios de desenvolvimiento de la población tal y como los propone la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Se pudo determinar que gran parte de la población se encuentra en etapa productiva y corresponde a familias nucleares indicándonos una posibilidad de una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una mayor posibilidad de sostenimiento económico si lo comparamos por ejemplo con la familia extensa. No obstante también se evidenció que la jefatura de hogar en las familias monoparentales corresponde al 100% de los casos, situación que unida al alto grado de dependencia, el analfabetismo y la ocupación en trabajos informales o bajamente remunerados de los miembros productivos de la familia puede ser un factor que adicione condiciones desfavorables y conflictos a nivel familiar, lo cual deja el camino abierto para futuras investigaciones con el fin de fortalecer las intervenciones desde el punto de vista de la atención primaria en cabeza del médico familiar, con el fin de diseñar estrategias que busquen mitigar las consecuencias y prevenir la aparición de problemas adicionales. Respecto a las condiciones de salud encontramos que casi la totalidad de la población se

encuentra afiliada, siendo reducido el porcentaje de no afiliación inferior a la media nacional dado principalmente por población migrante nacional y venezolana, lo cual de cierta forma garantiza que el individuo no se encuentre desamparado frente a una situación en salud que ponga en riesgo su vida, sin embargo se pudieron detectar barreras en salud relacionadas con situaciones conexas a la utilización de los servicios tales como los costos de desplazamiento y el daño emergente ocasionado por los tiempos empleados para tramitar atenciones en salud, por lo cual se requiere implementar acciones efectiva que combatan estas barreras y permitan un mejor acceso a la salud a la población estudiada.

A través de este experiencia se pudo identificar que los padres en su gran mayoría respaldan el cuidado afectivo y económico de sus integrantes, manteniendo en general buenas relaciones con todos los miembros del hogar, permitiendo la integración de las opiniones de los menores de edad para la toma de decisiones en conjunto, no obstante también se pudieron identificar dificultades relacionadas con la educación en casa, en algunos casos relacionados con el bajo nivel escolar de los padres y especialmente en temas de sexualidad en la adolescencia. Adicionalmente se observó la falta de espacios recreativos y zonas verdes cercanas así como la presencia de puntos de expendio de sustancias psicoactivas en el vecindario, las cuales merecen un estudio más profundo a futuro con el fin de proponer soluciones contextualizadas a las realidades de este sector en la ciudad de Tunja. Aunque no se estimaron objetivamente algunas variables como la dinámica familiar y manejo de normas y límites en el hogar y se observaron algunas situaciones como la permanencia en casa de menores al cuidado de otros menores y/o adultos mayores que no pueden ser garantes de sus derechos, consideramos que se requiere una mayor exploración de la dinámica familiar y poblacional con el fin de determinar las implicaciones de dichas situaciones, establecer el riesgo real y las posibles consecuencias de la intervención sobre los efectos socioeconómicos y de salud asociados.

Nuestra aproximación permitió caracterizar a las familias participantes en el proyecto, cobrando importancia en la medida que es uno de los primeros pasos que contribuye a la identificación de los factores socioeconómicos que pueden afectar la convivencia y el desarrollo de cada familia, ya que frecuentemente existen aspectos poco explorados que

permitan contextualizar las realidades de las familias con el reto que enfrentan a diario en el desenvolvimiento de sus actividades. Cabe la pena mencionar que se requiere profundizar en la identificación de condiciones conexas como condiciones económicas, motivacionales, familiares y de la calidad de los servicios básicos que son necesarios para vincularse a procesos educativos, sanitarios, lúdicos y laborales de una forma expedita. De igual manera y aun teniendo en cuenta que el desarrollo de las actividades por parte de los Médicos Familiares se vio limitada por el contexto complejo de las situaciones de las familias que involucraba aspectos académicos, económicos, sociales y culturales, entre otros, se pudo clasificar el riesgo de las familias empleando los instrumentos definidos para tal fin, así mismo se pudo realizar el primer acercamiento exitoso por parte de la Medicina Familiar a nivel comunitario en la ciudad de Tunja explorando escenarios no clásicos para brindar atención en salud. Se establece que el hogar, el barrio y los diferentes ambientes sociales donde se desenvuelve la dinámica de la familia permite una amplia evaluación e intervención de las condiciones de vida, de salud y de entorno familiar, diferente a la realizada de forma convencional en el consultorio médico y en la aplicación de encuestas y censos; por ello se hace necesario fortalecer los procesos educativos, en especial en entornos diferentes al consultorio, vinculando diferentes sectores como el educativo, el laboral y el comunitario, construyendo la autogestión en salud, en especial en personas jóvenes y en mujeres, dado que los problemas detectados a nivel de la comunidad involucran determinantes en salud que no son propios de un solo entorno; esto con el fin de prevenir la aparición de enfermedades crónicas, debido a que las medidas proporcionadas por el Estado son muchas veces insuficientes para los grupos vulnerables. De igual manera, los instrumentos usados permitieron cuantificar y establecer variables relacionadas con vulnerabilidad social en la población estudiada, y aunque requieren ajustes, el análisis de los datos permitió visualizar las características sociodemográficas y familiares de la población, así como las posibles intervenciones del profesional de medicina familiar y los equipos de atención primaria de salud.

Finalmente, el rol del médico familiar fuera del consultorio y con el involucramiento del grupo familiar es definitivo para realizar un abordaje integral y holístico a la población

vulnerable, en especial para aquella que demuestra barreras para el acceso a los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atauje Yance CA. Factores Asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores en comunidades de los andes peruanos. [Online].; 2017 [cited 2020 04 01. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3006/atauje_yca.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
2. OMS/OPS. Vulnerabilidad Social y su Efecto en Salud en Chile. [Online].; 2016. Available from: <https://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>.
3. Peña-Montoya M, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Access to health services for older adults. Antioquia - Colombia. Univ Salud. ; 18(2): p. 219 - 231.
4. Palomino-Moral P, Grande-Gascón M, Linares-Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología. 2014; 72(1): p. 71-91.
5. Vidal-Gutierrez D, Chamblas-García I, Zavala-Gutierrez M, Muller-Gilchrist R, Rodríguez-Torres MC, Chavez-Montecino A. Social determinants of health and lifestyles in adult population Concepcion, Chile. Ciencia y Enfermería. 2014 Diciembre; 20(1).
6. Pathirana T, Jackson C. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Public Health. 2018; 42(2): p. 186-194.
7. Davies J, Sleeman K, Leniz J, et al. Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2019 Jul; 16(7).
8. Mustafa D, Gioli G, Memon M, Noshirwani M, Idris I, Ahmed N. Pinning down social vulnerability in Sindh Province, Pakistan: from narratives to numbers, and back again. Disasters. 2019 Apr; 43(2): p. 311 - 315.
9. Naess O, Claussen B. Four indicators of socioeconomic position: Relative ranking across causes of death. Scandinavian journal of public health. 2005; 33: p. 215-221.
10. Suárez Ortiz L, Urrego Murillo. Relacion familia - escuela, una mirada desde las practicas pedagogicas. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia. 2014;: p. 6, 97-113.
11. Mazo González I, Mejía Ruiz A, Muñoz Palacio P. Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. Revista Poiésis. enero-junio, 2019;: p. 98-110.
12. Golovanevsky L. Características sociodemográficas y composición y dinámica de las familias como una de las dimensiones de la vulnerabilidad de los hogares en argentina a comienzos del siglo XXI.; 2008.
13. Stahlmann K, Hebestreit A, DeHenauw S, Hunsberger M, Kaprio J, et al. A cross-sectional study of obesogenic behaviours and family rules according to family structure in European children. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020 Mar 5; 17(1): p. 32.
14. Lafta R, Hayawi A, Khudhairi J. Medical and social problems among women headed families in Baghdad. Qatar Med J. 2013 Nov; 2: p. 51 - 58.
15. Mesquita Ayres RdC, Paiva V, França, Jr, , Garavato N, Della Negra M. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006 June;: p. 96(6): 1001–1006.
16. Ortiz Ruiz , Díaz Grajales. Una mirada a la vulnerabilidad social. Revista Mexicana de Sociología. 2018 julio-septiembre;: p. 611-638.
17. Cruz Castillo. Activos sociales, vulnerabilidad y estructura de oportunidades. Aportes para los estudios de hábitat. Traza. 2014;: p. 62-70.
18. OPF OdPdIF. Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 - 2014. Bogota;: Noviembre 2015.
19. Mair F, Jani B. Emerging trends and future research on the role of socioeconomic status in chronic illness and

- multimorbidity. *Lancet Public Health*. 2020 Mar; 5(3): p. e128 - e129.
20. Mercer S, Zhou Y, Humphris G, McConnachie A, Bakhshi A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med*. 2018 Mar 16; 16(2): p. 127 - 131.
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). DANE - Nota Metodológica - Índice de Vulnerabilidad por Manzana. [Online].; 2020. Available from: https://www.dane.gov.co/files/comunicados/Nota_metodologica_indice_de_vulnerabilidad.pdf.
22. Gobernación de Boyaca. Gobernación de Boyacá. [Online].; 2018. Available from: <https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/category/direcciones/direccion-de-salud-publica/asis-analisis-de-la-situacion-en-salud/>.
23. Li X, Cai L, Cui W, Wang X, Li H, et al. Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the elderly in rural southwest China. *J Public Health (Oxf)*. 2019 Mar 12; p. pii: fdz020.
24. Lindenberg S. Social rationality, self-regulation and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In Press SU. *Manual de Rational Choice Social Research*. Standford: R. Wittek, TAB Snijders y V. Nee (Eds.); 2013. p. 72 - 112.
25. Barrera Sánchez L, Ospina Díaz J, Tejedor Bonilla M. Prevalencia de Síndrome Metabólico en estudiantes universitarios de Tunja, Boyacá, Colombia, 2014. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*. ; 19(1): p. 81-93.
26. Blanquet M, Legrand A, Péliissier A, Mourgues C. Socioeconomics status and metabolic syndrome: A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2019; 13(3): p. 1805-1812.
27. Municipio de Paipa (Boyacá). Análisis de la situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud, municipio de Paipa, Boyacá 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 04 05. Available from: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis_paipa_2018.pdf.
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Nomenclaturas y Clasificaciones CIUO - 88 A.C. [Online].; 2020 [cited 2020 04 02. Available from: http://formularios.dane.gov.co/senApp/nomModule/aym_in dex.php?url_pag=clasificaciones&alr=&cla_id=1&url_sub_pag=a&&alr=&.
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Observatorio de Familia - DANE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 07. Available from: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Sistema-de-monitoreo/Indicadores-sociodemogr%C3%A1ficos/Tipologias-de-familias/Paginas/estructura-familiar-padres.aspx>.
30. Golovanevsky L. Asociación Latinoamericana de Población. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 07. Available from: <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/P&VT5.pdf>.
31. Solhi M, Shabani-Hamedan M, Salehi M. A PRECEDE-PROCEED based educational intervention in quality of life of women-headed households in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2016 Sep; 26(30): p. 417.
32. Santander S, Támara-Zubarew G, Santelices L, Argollo P, Cerda J, et al. Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean Adolescents. *Rev Med Chile*. 2008; p. 317-324.
33. Porcentaje de Víctimas con afiliación al SGSSS. [Online].; 2020. Available from: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#IndicadorProgEnt/26/1186/4791>.
34. Iguacel I, Fernández-Alvira J, Bammann K, Chadjigeorgiou C, De Henauw S, Heidinger-Felsó R, et al. Social vulnerability as a predictor of physical activity and screen time in European children. *Int J Public Health*. 2018 Mar; 63(2): p. 283 - 295.
35. Chamberlain A, Finney-Rutten L, Wilson P, Fan C, Boyd C, et al. Neighborhood socioeconomic disadvantage is

associated with multimorbidity in a geographically-defined community. *BMC Public Health*. 2020 Jun 6; 20(1): p. 13.

36. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS One*. 2019 Ago 1; 14(8).

37. Contant E, Loignon C, Bouhali T, Almirall J, Fortin M. A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socioeconomic factors on results. *BMC Fam Pract*. 2019 Abr 22; 20(1): p. 53.

38. Henríquez J, Velasco C. Las desigualdades en salud en los últimos 20 años. *Propuesta de Política Pública*. Centro de Estudios Públicos - Chile. 2015;(13): p. 1-51.

39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Observatorio de Familia - DANE. [Online].; 2020. Available from: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Sistema-de-monitoreo/Indicadores-sociodemogr%C3%A1ficos/Tipologias-de-familias/Paginas/estructura-familiar-padres.aspx>.

40. Gobernación de Boyacá. Gobernación de Boyacá. [Online].; 2018 [cited 20 Mayo 2020. Available from: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis_tunja_2018.pdf.

41. Palomino P, Grande ML. THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH Inequalities and exclusion in XXIst century societies. *REVISTA INTERNACIONAL DE SOCIOLOGÍA*. 2014;; p. 71-91.

42. Vidal D, Chamblas I. Social determinants of health and lifestyles in adult population concepción, chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014;; p. 61-74.

43. salud Cddsdl. Construyendo la Nueva Agenda Social, desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. In *Síntesis del ciclo de diálogos*.; 2006.

44. Naess , Claussen. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*. 2005;; p. 215-21.

45. Palomino P, Grande ML. the social determinants of health inequalities and exclusion in xxist century societies. *revista internacional de sociología*. 2014;; p. 71-91.

46. Vidal D, Chamblas I. Social determinants of health and lifestyles in adult population concepción, chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014;; p. 61-74.

47. Naess , Claussen. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*. 2005;; p. 215-21.