

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL MODELO DE ATENCIÓN FAMILIAS  
SALUDABLES PARA EL MANEJO DEL EXCESO DE PESO EN EL  
HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA.**

**ESTUDIANTES  
VALENTINA QUICENO MERINO  
PAOLA CRISTINA ZAPATA ARROYAVE**

**ASESORA  
MARIA ALEJANDRA AGUDELO MARTÍNEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
LINEA- SITUACIÓN SALUD  
UNIVERSIDAD CES**

**MEDELLÍN  
ENERO 30, 2025**

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL MODELO DE ATENCIÓN FAMILIAS  
SALUDABLES PARA EL MANEJO DEL EXCESO DE PESO EN EL  
HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA.**

**ESTUDIANTES  
VALENTINA QUICENO MERINO  
PAOLA CRISTINA ZAPATA ARROYAVE**

**ASESORA  
MARIA ALEJANDRA AGUDELO MARTÍNEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA  
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

**MEDELLÍN  
ENERO 30, 2025**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA .....	8
3. MARCO TEÓRICO .....	10
4. OBJETIVOS .....	15
4.1 Objetivo general .....	15
4.2 Objetivos específicos .....	15
5. METODOLOGÍA.....	16
6. RESULTADOS .....	22
7. CONCLUSIONES .....	37
8. LECCIONES APRENDIDAS.....	39
9. RECOMENDACIONES.....	41
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52
11. ANEXO.....	57

## **RESUMEN**

El siguiente trabajo evalúa los resultados de las estrategias implementadas para el manejo de la malnutrición por exceso del modelo de atención Familias Saludables del Hospital Infantil Santa Ana.

### **Metodología**

Se realizó una evaluación de la intervención del modelo de atención familias saludables a través de técnicas cuantitativas y cualitativas. Se revisaron protocolos, bases de datos e informes de gestión para analizar los cambios en el estado nutricional de los beneficiarios y adicional las intervenciones desde las diferentes áreas de atención del modelo (psicología, trabajo social, nutrición). Además, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con profesionales y cuidadores, así como talleres participativos. La información se analizó mediante estadística descriptiva y análisis cualitativo de percepción.

### **Resultados**

El programa logró atender a un número significativo de niños en situación de malnutrición por exceso, con una adherencia variable. Se observó que el 51,4% de los beneficiarios mejoraron su estado nutricional, aunque un porcentaje significativo presentó baja adherencia a los controles. Se percibió inseguridad alimentaria y nutricional en el (63,6%) de los hogares y barreras socioeconómicas que afectan la participación. Los cuidadores destacaron el aprendizaje en hábitos saludables, mientras que los profesionales resaltaron la necesidad de fortalecer alianzas interinstitucionales.

### **Conclusiones**

El MAFS ha tenido resultados positivos en la mejora del estado nutricional infantil, pero enfrenta desafíos en adherencia y seguimiento. Se recomienda fortalecer el sistema de evaluación y establecer indicadores de impacto para medir la efectividad a largo plazo. También se propone mejorar la articulación con entidades de salud para garantizar un tratamiento integral y sostenido.

### **PALABRAS CLAVE**

Malnutrición infantil- Sobrepeso y obesidad infantil- Modelo de Atención Familias Saludables (MAFS)- Evaluación de programas de salud- Intervención nutricional- Educación en salud- Evaluación de impacto- Políticas públicas en nutrición- Determinantes sociales de la salud

## **ABSTRACT**

The following study evaluates the outcomes of the strategies implemented for managing malnutrition due to excess within the Healthy Families Care Model of the Santa Ana Children's Hospital.

### **Methodology**

A qualitative and quantitative evaluation of the intervention was conducted. Protocols, databases, and management reports were reviewed to analyze changes in the nutritional status of beneficiaries, as well as interventions from different areas of the model (psychology, social work, nutrition). Additionally, semi-structured interviews were carried out with professionals and caregivers, along with participatory workshops. The data were analyzed using descriptive statistics and qualitative perception analysis.

### **Results**

The program successfully provided care to a significant number of children suffering from malnutrition due to excess, with varying levels of adherence. It was observed that 51.4% of the beneficiaries improved their nutritional status, although a significant percentage showed low adherence to follow-ups. Food and nutritional insecurity was perceived in 63.6% of households, alongside socioeconomic barriers that affected participation. Caregivers highlighted their learning in healthy habits, while professionals emphasized the need to strengthen inter-institutional partnerships.

### **Conclusions**

The Healthy Families Care Model (MAFS) has had a positive impact on improving child nutrition; however, it faces challenges in adherence and follow-up. It is recommended to strengthen the evaluation system and establish impact indicators to measure long-term effectiveness. Additionally, improving coordination with healthcare entities is proposed to ensure comprehensive and sustained treatment.

## **KEYWORDS**

Child malnutrition – Childhood overweight and obesity – Healthy Families Care Model (MAFS) – Health program evaluation – Nutritional intervention – Health education – Impact evaluation – Public policies in nutrition – Social determinants of health

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malnutrición en la primera infancia es una problemática de salud pública que viene en aumento a nivel mundial, hace referencia a la condición en la que los niños y niñas menores de cinco años, no reciben los nutrientes esenciales en cuanto a cantidad y calidad para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo. Puede manifestarse de dos formas: por déficit de peso, también llamado desnutrición o exceso de peso, sobrepeso y obesidad. La forma de malnutrición por exceso puede desencadenar múltiples problemas de salud, con relación a la aparición de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (1,2).

Se ha demostrado que el exceso de peso no es una problemática específica de la edad adulta, o que comienza en esta etapa de la vida; al contrario; se ha evidenciado por múltiples estudios e investigaciones que los niños menores de 5 años también se ven cada vez más afectados y que en edades tempranas, es cuando se inicia con la adopción de hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. Con relación a lo anterior el exceso de peso en la primera infancia es un problema de salud pública, con connotaciones políticas, económicas y sociales; el cual muestra una tendencia creciente a nivel mundial, nacional y local

Según cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 39 millones de niños y niñas menores de 5 años a nivel mundial presentan sobrepeso y obesidad, para el año 2022, la región de América Latina y el Caribe no fueron ajenos a esta problemática, pues para el mismo año se estimó que el 30% de los niños, niñas y adolescentes presentaron sobrepeso. En el caso puntual de los menores de 5 años se estimó una prevalencia del 7,5%, llegando a ser un 2% adicional de la prevalencia a nivel mundial. (3).

En el caso de Colombia en 2015 se realizó la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN), donde se presentó un aumento en la prevalencia del sobrepeso del 4,9% desde 2010 al 6,3% en 2015 (4). Por otro lado, en el último informe de ¿Cómo va la primera infancia en Antioquia?, en el año 2022 se reportó que en países de ingresos bajos y medianos; las tasas de desnutrición aumentan en paralelo con las tasas de sobrepeso y obesidad (5). De igual forma, en los resultados presentados en el Perfil alimentario y nutricional 2023, se observa que, de los menores de 5 años evaluados, el 7,4% están en riesgo de desnutrición aguda mientras que el 14,4% tienen riesgo de sobrepeso (6). Esta problemática también se observa en los niños y niñas menores de cinco años, vinculados al modelo de atención familias saludables (MAFS) del Hospital Infantil Santa Ana donde se observa que para el año 2024 la prevalencia del exceso de peso es del 13%.

A pesar de todos los esfuerzos de los diferentes actores territoriales, públicos y privados por erradicarla, es una problemática que sigue encendiendo alarmas, ya que no solo depende de la cantidad ni de la calidad de los alimentos, también existen barreras ambientales, sociales y económicas que se consolidan como uno de los principales obstáculos para garantizar una alimentación adecuada, generando impactos graves en la salud, en la dignidad y en la supervivencia de las personas, afectando en mayor proporción los niños y niñas menores de 5 años. Es por ello que resulta oportuno definir estrategias de impacto, que sean claras en su implementación y alcance (7).

En el mundo se han desarrollado diversos programas de intervención (8,9) con el fin de contrarrestar el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, tal es el caso del Hospital Infantil Santa Ana, institución hospitalaria pediátrica, privada, sin ánimo de lucro, ubicada en la ciudad de Medellín, fundada en 1943 y que tiene como misión brindar la mejor atención integral en salud, con énfasis en trastornos nutricionales. En la institución desde hace aproximadamente 40 años se realiza la atención de niños y niñas menores de 5 años, con desnutrición, pertenecientes a los sectores más vulnerables de la ciudad de Medellín y municipios aledaños, por medio de un acompañamiento integral en salud, educación y atención psicosocial, bajo el Modelo de Atención “Familias Saludables”. Desde el año 2022, y en respuesta a la problemática del aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el mismo grupo poblacional, se define hacer acompañamiento en salud a niños con malnutrición por exceso. Estos niños son identificados desde los diferentes programas de atención a la primera infancia, rutas integrales de atención en salud (RIAS) y en los servicios de consulta externa y hospitalización de la institución (10).

Dado que la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil continúa en aumento incluso con las diferentes intervenciones que se ejecutan actualmente a través de programas y proyectos; tal es el caso del hospital infantil santa Ana, donde se implementa desde el año 2022 el MAFS, se considera necesario y oportuno evaluar si las estrategias implementadas en el programa han sido adecuadas y han disminuido la prevalencia de la malnutrición por exceso en la población infantil atendida.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad se consideran temas de interés en salud pública; por esta razón en los últimos años se han realizado estudios científicos e investigativos, que han direccionado el diseño de políticas públicas, estrategias, programas y proyectos como, por ejemplo; Buen Comienzo, De Cero A Siempre, Gestación a dos años, y el MAFS que se implementa desde el año 2022 en el Hospital Infantil Santa Ana en la Ciudad de Medellín, por mencionar solo algunas.

Estos programas y proyectos orientan a las familias en la adopción continua y constante de hábitos de alimentación y estilos de vida saludables; contribuyendo de este modo al correcto crecimiento y desarrollo de niños beneficiarios y a la reducción de la morbimortalidad por trastornos asociados a la malnutrición por exceso.

Ahora bien, dentro de toda la formulación, diseño y ejecución de estas estrategias, existe una acción transversal a las anteriormente mencionadas, la evaluación; donde es importante valorar la pertinencia de las acciones ejecutadas. En ese mismo sentido, la evaluación de las estrategias para la disminución de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil es fundamental para determinar el alcance y el impacto de estas en la población objeto. En concordancia a lo anterior, este proyecto surge como una necesidad de contribuir y apoyar al Hospital Infantil Santa Ana y a los niños que hacen parte del Modelo de atención familias saludables, evaluar el programa y los resultados de las estrategias implementadas, e identificar posibles acciones de mejora para continuar con su implementación de forma integral.

Es importante considerar que este proyecto busca aportar principalmente a la institución donde se implementa la estrategia, por medio de acciones específicas, planteadas en los objetivos del proyecto; sin embargo, es preciso aclarar que con una adecuada evaluación del modelo de atención implementado, de forma directa también se pueden ver beneficiados los niños y su núcleo familiar; pues es imperante reconocer que detrás de un proceso de evaluación, siempre hay un proceso de retroalimentación lo que puede aportar de forma significativa a la ejecución y a los resultados del programa.

Si aunado a esto se observa el enfoque desde la salud pública, también es importante reconocer que todas aquellas acciones que apunten al mejoramiento de la calidad de vida, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, etc. favorece de forma directa a la comunidad en general, al estado y contribuyen a tener una población económicamente activa en unos años, con menor carga de enfermedad y por ende se podrían reducir los gastos en salud.

Por lo anterior, el proyecto es viable porque en este momento se cuenta con la ejecución de la estrategia, datos e indicadores de gestión, contacto con la institución; adicional no



se requiere una alta inversión económica, social o voluntad política para desarrollarlo, es importante mencionar que no existen conflictos éticos, ni conflicto de intereses.

### 3. MARCO TEÓRICO

- Definición de la malnutrición

Las alteraciones en el estado nutricional son cada vez más frecuentes en el mundo, dentro de estas encontramos alteraciones por déficit nutricional (desnutrición) y alteraciones por exceso de peso (sobrepeso, obesidad). La malnutrición suele entenderse como un desequilibrio energético o proteico en la alimentación que puede llevar a pérdidas de peso severas o ganancias excesivas (11).

Para este proyecto puntualmente se hablará acerca de la malnutrición por exceso, específicamente del sobrepeso y la obesidad infantil, si bien es importante aclarar que la malnutrición por exceso es un problema multicausal y que no parte solo de la ingesta calórica excesiva; sino también que puede estar asociada a la ausencia o corta duración de la lactancia materna, ganancia excesiva de peso de la madre gestante, peso al nacer, entornos poco saludables, predisposición genética; entre otros (12).

Algunas consecuencias asociadas al sobrepeso y obesidad infantil es el riesgo potencial que presentan estos niños a la prevalencia de enfermedades cardio metabólicas como diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipidemia, de igual manera; son propensos a presentar alteraciones psicológicas y emocionales, tales como depresión, ansiedad, percepción negativa sobre el aspecto físico (13).

Para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad infantil es importante tener en cuenta que existen unos indicadores de clasificación antropométrica establecidos por medio de la resolución 2465 de 2016 para Colombia (14), puntualmente para menores de 5 años se evalúan los siguientes indicadores: Peso para la talla o longitud, talla o longitud para la edad, peso para la edad, perímetro cefálico para la edad; dentro de la resolución se establece la siguiente clasificación para los anteriores indicadores según desviaciones estándar o puntaje Z. Ver tabla 1.

**Tabla 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte**

<i>Indicador</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Puntos de corte (DE)</i>
<b><i>Peso para la edad</i></b>	Desnutrición global	<-2
	Riesgo de desnutrición global	≥-2 a <-1
	Peso adecuado para la edad	≥ -1 a ≤ +1
	No aplica verificar con IMC/E	> +1
<b><i>Talla para la edad</i></b>	Talla baja para la edad	< -2

<i>Indicador</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Puntos de corte (DE)</i>
<b>Peso para la talla</b>	Riesgo de talla baja para la edad	$\geq -2$ a $< -1$
	Talla adecuada para la edad	$\geq -1$
	Desnutrición aguda severa	$< -3$
	Desnutrición aguda moderada	$< -2$ a $\geq -3$
	Riesgo de desnutrición aguda	$\geq -2$ y $< -1$
	Adecuado	$\geq -1$ y $\leq +1$
	Riesgo de sobrepeso	$> +1$ y $\leq +2$
	Sobrepeso	$> +2$ y $\leq +3$
	Obesidad	$> +3$
	Obesidad	$> +3$
<b>Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad</b>	Riesgo de sobrepeso	$> +1$ y $\leq +2$
	Sobrepeso	$> +2$ y $\leq +3$
	No aplica (verificar con P/T)	$\leq +1$

Partiendo de lo anterior se plantean las siguientes definiciones para riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad infantil; partiendo de la clasificación del indicador antropométrico peso/talla:

**Obesidad infantil:** en menores de 5 años el indicador peso para la talla/longitud o IMC mayor o igual a +3 desviaciones estándar y entre los 5 a 17 años IMC por encima de +2 desviaciones

**Riesgo de sobrepeso:** en menores de 5 años se utiliza el indicador peso para la talla o longitud cuando este se encuentra entre +1 y  $\leq +2$  desviaciones estándar; igual clasificación para IMC.

**Sobrepeso infantil:** peso para la longitud/talla o IMC para la edad entre  $>+2$  y  $\leq+3$  desviaciones estándar en menores de cinco años y  $>+1$  y  $\leq+2$  desviaciones estándar del indicador IMC/E en el grupo de edad de 5 a 17 años.

- Epidemiología de la malnutrición por exceso en la primera infancia

La malnutrición por exceso hoy en día se considera una epidemia en salud pública, según cifras de la organización mundial de la salud desde el año 1990 la obesidad se ha duplicado en la edad adulta y se ha cuatriplicado en adolescentes. Así se evidenció para el año 2022 donde este mismo organismo internacional determinó que una de cada 8 personas es decir que 2500 millones de adultos tenían sobrepeso (43%) y 890 millones

(16%) presentaron obesidad; adicional se determinó que los menores de 5 años también presentaban alteraciones por exceso de peso considerando una suma para el 2022 de 37 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso (3).

Similar a la tendencia mundial, la prevalencia del exceso de peso en Colombia, pasó de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; sin embargo, la prevalencia en el país es más baja comparado con Centroamérica (7,4%) y a Suramérica (7,0%) (4).

En Antioquia, se puede deducir que en 2023 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de 5 a 13 años disminuyó 2,5 puntos porcentuales, comparado con las cifras obtenidas en 2019, pero aumentó el comportamiento en el grupo de edad menores en menores de 5 años. En este mismo grupo para el 2023 la prevalencia del riesgo del sobrepeso fue del 14,4%, casi el doble de la prevalencia reportada de desnutrición aguda moderada en el mismo periodo de tiempo (6).

- Experiencias y hallazgos de proyectos y programas para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia.

A lo largo de los años en el mundo se han implementado diferentes estrategias para el abordaje de la malnutrición por exceso, muchas de estas se han instaurado por medio de políticas públicas, por ejemplo en México se implementa la estrategia Nacional para un México sin obesidad, en la cual se diseñan y ejecutan acciones de promoción de estilos de vida saludables, monitorización de enfermedades crónicas no transmisibles, campañas de educación; y de igual manera en esta estrategia se busca articulación con actores clave, como la Secretaría de educación, con el fin de que en las escuelas hayan alimentos sanos y nutritivos, se fortalece el trabajo intersectorial con La Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, CONADE, donde se impulsa a la población a adquirir hábitos de ejercicio y a disminuir el sedentarismo (15).

Otro de los países referentes en materia de abordaje para el sobrepeso y la obesidad infantil es Chile, donde se implementa la Estrategia para Detener la Aceleración del sobrepeso y obesidad 2023- 2030 en la Niñez y Adolescencia, en el Marco de la Política de Alimentación y Nutrición. El abordaje de esta estrategia busca ser la hoja de ruta para los diferentes actores, a través de un abordaje integral que permita; la identificación de medidas prioritarias para la prevención del exceso de peso, apoyo a la aplicación de medidas nacionales, campaña comunicacional, promoción de participación intersectorial, seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para la reducción del sobrepeso y obesidad (16).

En Colombia, Actualmente desde el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se implementan diversas estrategias para el abordaje de niños con sobrepeso y obesidad, donde se le

apuesta a la promoción de alimentación saludable, la disponibilidad de esta en entornos escolares y educación alimentaria y nutricional al consumidor (etiquetado frontal de alimentos) (17).

Adicional a las estrategias enmarcadas en políticas públicas, en el municipio de Medellín se implementan programas de apoyo a la primera infancia, por mencionar algunos encontramos; De Cero a Siempre, Desarrollo infantil en medio familiar, centros de atención integral a la infancia, gestación a dos años; entre otros.

En todas las modalidades de atención los programas ofrecen apoyo psicosocial, nutricional, y en este último componente brindan educación alimentaria y nutricional a los beneficiarios y/o cuidadores con el fin de promover hábitos de alimentación saludable.

- Modelo de atención familias saludables

El MAFS busca disminuir la incidencia de malnutrición por déficit o por exceso en los niños (as) entre los 6 meses a los 5 años de edad, pertenecientes a los sectores más vulnerables de la ciudad de Medellín y municipios aledaños, por medio de un acompañamiento integral en salud y educación.

Para ingresar al programa, el niño y su acudiente deben asistir a una cita de tamizaje, en ella de acuerdo con la valoración del estado nutricional y de criterios socioeconómicos, se define si cumple con los criterios para beneficiarse del programa. Si el niño o niña se vinculan, el cuidador se compromete a cumplir responsablemente las actividades programadas, citas individuales cada dos meses por un equipo interdisciplinario conformado por; nutrición, psicología y trabajo social y participación de las sesiones educativas grupales cada mes. De cada actividad se hace un registro en la base de datos para gestionar los indicadores necesarios para evaluar la gestión semestral y anual.

Componente social: la obesidad infantil más allá de ser un tema de actualidad en salud pública es un fenómeno multicausal y por ende es importante que dentro de las intervenciones que se ejecutan, se analicen características sociodemográficas que puedan ayudar a la comprensión de este fenómeno. Para la identificación de estas variables se hace un registro en la base, lo que permitirá hacer una categorización demográfica de los beneficiarios y su grupo familiar: edad y nivel educativo de los padres y/o cuidadores, tipología familiar, ingresos familiares, lugar de residencia, tenencia, zona urbana o rural, estrato socioeconómico.

Componente nutricional: desde el área de nutrición se hace una valoración clínica y antropométrica para determinar el diagnóstico del estado nutricional de los niños vinculados al MAFS. De esta manera se determina la presencia o no de malnutrición por exceso (riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad). Con este dato y la información de

la base de datos, se hará un análisis integrado del beneficiario para identificar determinantes del estado nutricional, alimentario, genético, familiar, social y económico.

Componente psicológico: la evaluación psicológica es importante para brindar una atención integral a los niños, niñas del MAFS y sus cuidadores. En este espacio educativo se profundiza en temas que requiere la familia para desarrollar herramientas prácticas o conocimientos que permitan fomentar el desarrollo de los niños o mejorar el bienestar de la familia en general. De igual forma se aplica la escala abreviada del desarrollo para una evaluación temprana y precisa del desarrollo cognitivo, motor, social y emocional del niño beneficiado del programa.

- Normatividad relacionada con el sobrepeso y la obesidad en la infancia en Colombia.

La normatividad efectiva y la implementación de políticas públicas para regular el sobrepeso y la obesidad en la infancia son esenciales para proteger la salud de los niños, prevenir enfermedades crónicas graves y promover hábitos de vida saludables desde una edad temprana. A continuación, se listan algunas de las normatividades que se tienen definidas en el país:

**Resolución 412 de 2000:** Se establecen las actividades, intervenciones y procedimientos para la demanda inducida, así como se adoptan normas técnicas obligatorias y guías de atención. Estas acciones se enfocan en la protección específica, detección temprana y tratamiento de enfermedades de interés en salud pública, incluyendo la guía de atención integral de la obesidad (18).

**Ley 1355 de 2009:** Esta normatividad define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para el control, tratamiento y prevención (19).

**Plan decenal de salud pública 2022-2031:** Dentro de los objetivos establecidos, se incluyen la promoción de una vida saludable y la prevención de enfermedades no transmisibles. El estado debe implementar medidas específicas para asegurar una atención integral de salud para niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prioritarios. Además, se deben desarrollar procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios para garantizar las mejores condiciones posibles en la atención sanitaria (20).

**Resolución 2465 del 2016:** Se establecen los indicadores antropométricos, los patrones de referencia y los puntos de corte para clasificar el estado nutricional de niños, adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años y mujeres embarazadas adultas. Además, se incluyen otras disposiciones relacionadas con esta normativa (14).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

Evaluar los resultados de las estrategias implementadas para el manejo de la malnutrición por exceso del modelo de atención Familias Saludables del Hospital Infantil Santa Ana.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Reconocer el funcionamiento del modelo de atención familias saludables que permita la comprensión de las estrategias implementadas desde el área de nutrición, psicología y trabajo social.
- Evaluar cambios en los indicadores de gestión (satisfacción, adherencia, cambios en el estado nutricional del modelo de atención familias saludables del Hospital infantil Santa Ana en los últimos dos años.
- Describir la experiencia percibida del Modelo de atención Familias Saludables del equipo interdisciplinario y cuidadores de los beneficiarios.

## **5. METODOLOGÍA**

Para cumplir con los objetivos específicos del proyecto, se plantearon acciones estratégicas de identificación, evaluación y descripción de los procesos y resultados. Estas acciones requirieron una recolección sistemática de información, la cual se llevó a cabo utilizando diversas herramientas y recursos disponibles en el Hospital Infantil Santa Ana. Entre estos recursos destacaron el procedimiento del Modelo de Atención Familias Saludables (MAFS), bases de datos internas, informes de gestión y un conjunto de indicadores clave relacionados con la caracterización sociodemográfica de la población atendida. También se incluyeron indicadores sobre los cambios en el estado nutricional, los efectos de las actividades de psicoeducación, los niveles de satisfacción de los beneficiarios y su adherencia a las intervenciones propuestas, entre otros aspectos de interés para el análisis.

La evaluación del programa integró tanto herramientas cualitativas como cuantitativas, lo cual permitió obtener una comprensión profunda y detallada de su alcance y efectividad. Las herramientas cualitativas facilitaron el análisis de las experiencias subjetivas y percepciones de los participantes, mientras que las herramientas cuantitativas se emplearon para medir y comparar resultados específicos, generando un panorama completo sobre las acciones implementadas y su eficacia en la población objetivo. Este enfoque integral contribuyó a una valoración exhaustiva del programa, permitiendo detectar áreas de mejora y reforzar aquellas prácticas que demostraron ser efectivas.

### **5.1 Reconocimiento del MAFS**

Para realizar una evaluación completa y fundamentada, se determinó la necesidad de revisar en detalle los protocolos y guías de atención definidas desde cada área de intervención, antecedentes, objetivos, y estrategias aplicadas en el tiempo en el programa MAFS.

La segunda etapa de este reconocimiento consistió en la identificación y selección de actores clave que tuvieron un papel directo en el diseño, ejecución e implementación del programa, como la exdirectora del HISA, quien lideró los procesos del hospital durante 36 años, y dos de las trabajadoras sociales, que coordinaron el programa. Los actores aportaron una perspectiva integral y fundamentada sobre los objetivos y enfoques del programa a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas tras obtener el consentimiento verbal de los participantes. Este proceso incluyó la transcripción y un análisis profundo de la información obtenida, con el propósito de identificar similitudes y diferencias en los conceptos metodológicos y estratégicos del programa.



A lo largo de las entrevistas, se formularon una serie de preguntas específicas para abordar temas clave en torno al funcionamiento, desarrollo y objetivos del programa. Estas preguntas incluyeron:

<b><i>¿Cómo inició el programa MAFS?</i></b>
Esta pregunta buscó comprender las motivaciones y circunstancias que dieron lugar a la creación del programa, así como los recursos iniciales y pasos fundamentales en su implementación.
<b><i>¿Existe algún marco legal o normativo para la implementación del programa? ¿Cuál?</i></b>
Se indagó si el programa cuenta con una base normativa o legal que sustente su implementación, y de ser así, se pidió una descripción de las regulaciones y directrices aplicables.
<b><i>¿Qué áreas de atención intervienen en el programa? ¿Cuál es la función específica de cada área?</i></b>
Esta pregunta se enfocó en identificar las distintas áreas de atención involucradas en el programa, y en explorar el rol específico de cada una en la consecución de los objetivos generales del MAFS.
<b><i>¿Desde cuándo comienza la atención a niños con exceso de peso y por qué?</i></b>
Se analizó desde qué momento el programa incluyó la atención a niños con exceso de peso, así como las razones y necesidades que impulsaron este enfoque.
<b><i>¿Cuál es el objetivo principal del programa?</i></b>
Con esta pregunta se buscó profundizar en la meta general del programa, explorando el impacto esperado en la comunidad atendida y las expectativas a corto y largo plazo.
<b><i>¿Cómo han involucrado a los padres y cuidadores en el programa para garantizar su participación y apoyo continuo?</i></b>
Esta pregunta indagó en las estrategias empleadas para asegurar que los padres y cuidadores se mantengan comprometidos y colaboren en el tratamiento y prevención de la obesidad infantil, factor clave en el éxito del programa.
<b><i>¿Qué estrategias de intervención utilizan dentro del programa para la prevención y manejo de la obesidad infantil?</i></b>
Se preguntó acerca de los métodos y técnicas específicos aplicados en el programa, como educación nutricional, promoción de la actividad física y seguimiento médico.
<b><i>¿Qué estrategias de evaluación utilizan para conocer los resultados y la efectividad del programa?</i></b>
Esta información permitió realizar una comparación detallada de los enfoques metodológicos y estratégicos implementados en el programa, lo cual será fundamental para una evaluación integral y precisa del impacto y la estructura del MAFS.

## 5.2. Evaluación de indicadores

Con el propósito de evaluar los resultados de las estrategias implementadas en el manejo del sobrepeso y obesidad infantil dentro del programa MAFS, se solicitó al área responsable el acceso a las bases de datos de beneficiarios correspondientes a los años 2022, 2023 y primer semestre de 2024. Esta solicitud incluyó la identificación de beneficiarios con diagnósticos de sobrepeso y obesidad, así como el seguimiento control a control de cada beneficiario, desde su ingreso hasta el momento de su egreso.

Para asegurar una evaluación completa, también se pidieron los informes de gestión de cada periodo. El acceso a esta información permitió medir indicadores clave, tales como la adherencia al programa, los cambios en el estado nutricional de los beneficiarios y otros aspectos importantes de la intervención. Estos indicadores abarcaron dimensiones sociodemográficas, alimentarias-nutricionales y psicológicas, todas necesarias para valorar el impacto y la efectividad del programa en el tiempo.

De este modo, se propuso analizar la adherencia al programa mediante los siguientes indicadores:

- Porcentaje de asistentes a las sesiones educativas en relación con los participantes citados.
- Porcentaje de asistentes a los tamizajes en relación con los participantes citados.
- Porcentaje de asistentes a las citas de control individuales en relación con los participantes citados.
- Número total de niños atendidos entre 2022 y 2024.
- Número de encuentros educativos realizados desde 2022 hasta 2024.

En el componente nutricional, se evaluaron los cambios en los indicadores antropométricos de los niños y niñas que ingresaron con malnutrición por exceso, con el fin de medir los cambios positivos logrados durante la intervención. Los indicadores específicos analizados incluyeron:

- % de niños que ingresan con diagnóstico de sobrepeso infantil.
- % de niños que ingresan con diagnóstico de obesidad infantil.
- % de niños que egresan con mejoría del estado nutricional.

Además de los indicadores anteriores, se revisaron factores adicionales asociados a:

- Peso al nacer.
- Duración de la lactancia materna exclusiva.
- Edad de inicio de la alimentación complementaria.

- Prevalencia de inseguridad alimentaria y nutricional (% de hogares con SAN y % de hogares con INSAN).

En cuanto a las características sociodemográficas y psicológicas, se analizaron los siguientes aspectos:

- % de niños en zona urbana.
- % de niños en zona rural.
- % de padres y/o cuidadores con primaria completa.
- % de padres y/o cuidadores con secundaria básica.
- % de padres y/o cuidadores con educación media o profesional.
- % de padres y/o cuidadores menores de 18 años.
- % de padres y/o cuidadores entre los 18 y 40 años.
- % de padres y/o cuidadores mayores de 40 años.
- Asistencia a sesiones de psicoeducación.
- Evaluación del riesgo en el desarrollo infantil.

Para el análisis de esta información, se utilizó estadística descriptiva básica, y se compilaron y compararon indicadores según el número de mediciones realizadas en el programa.

### **5.3. Valoración del programa desde la percepción de los participantes**

Con el fin de describir la experiencia percibida por los padres y/o cuidadores a lo largo de su participación en el programa, se elaboró un taller participativo con actividades lúdicas (como la construcción de un plato saludable con módulos de alimentos, la explicación del plato y la mención de los grupos de alimentos presentes en él). Este taller permitió recoger los aprendizajes y conocimientos adquiridos por los cuidadores durante el desarrollo del programa.

De acuerdo con el cronograma de actividades del modelo de atención, en la sesión educativa llevada a cabo en el mes de octubre, se realizó la convocatoria a los cuidadores para definir un espacio y desarrollar un taller participativo. Al encuentro fueron citados 18 cuidadores y 20 beneficiarios, que correspondía al 100% de los beneficiarios activos con diagnóstico de malnutrición por exceso durante el primer semestre de 2024, la asistencia fue del 89,4%. El taller tuvo una duración de 1 hora, y se dividió en tres actividades.

- **Reconocimiento de gustos y rechazos en la alimentación:** Los asistentes se sentaron en el suelo, formando un círculo. En el centro se colocó una caja con varios tipos de alimentos. La idea fue que cada uno de los beneficiarios eligiera el

alimento que más le agradaba, y, de forma aleatoria, se indagó sobre el motivo de su elección.

- **Panel sensorial de alimentos:** Se formaron duplas, compuestas por cuidador y beneficiario. A ambos se les cubrieron los ojos y se les ofreció un alimento para que lo probaran. La intención fue que realizaran un reconocimiento del alimento a través de una evaluación organoléptica.
- **Entrevista semiestructurada grupal:** Los asistentes fueron divididos en tres grupos, y a cada uno de ellos se les realizaron preguntas para identificar la percepción que tienen del programa. Las preguntas fueron las siguientes:



### Entrevista semiestructurada

01 ¿Qué opina sobre el programa?

02 ¿Qué aspectos del programa encuentra más útiles o beneficiosos para su hijo?

03 ¿Cuáles son las mayores dificultades que enfrenta al participar en el programa?

04 ¿Cómo describirían la atención del personal del programa?

05 ¿Han experimentado alguna dificultad para seguir las recomendaciones o sugerencias proporcionadas por el programa? ¿Por qué?

Asimismo, fue fundamental conocer la percepción de los profesionales sobre la implementación del modelo de atención y los resultados obtenidos, por lo que se propuso realizar un grupo de discusión con tres profesionales, uno de cada área: nutrición, psicología y trabajo social. El grupo de discusión tuvo una duración de una hora, fue grabado con previo consentimiento verbal, y se desarrollaron las siguientes preguntas:



### Entrevista semiestructurada

**01** ¿Cómo describirías tu experiencia general trabajando en este programa?

**02** ¿Cuáles crees que son los aspectos más efectivos del programa?  
¿Por qué?

**03** ¿Cómo ha sido la experiencia respecto al trabajo con los padres?  
¿Su participación y vinculación con actividades, recomendaciones y sugerencias?

**04** ¿Cuáles son los mayores desafíos que enfrentas al ejecutar este programa?

**05** ¿Hay algún aspecto del programa que creas que necesita mejorar? Si es así, ¿Cuáles son tus recomendaciones? v

Posteriormente, se transcribieron las respuestas obtenidas en el grupo de discusión y se hizo una relectura de la transcripción para identificar temas y categorías de análisis. Una vez recolectada toda la información, se procedió a consolidar los hallazgos de cada fase para estructurar un informe que reflejara los cambios en los resultados de las estrategias implementadas dentro del MAFS y su pertinencia.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Funcionamiento del modelo de atención familias saludables

El modelo de atención familias saludables del hospital infantil Santa Ana, surge aproximadamente hace 70 años; partiendo de la necesidad de implementar un programa social a escala poblacional, para realizar el tratamiento y seguimiento de los niños con diagnóstico de desnutrición del municipio de Medellín y otros municipios aledaños.

Desde la fundación, misión y visión propuesta por los directivos, fundadores y profesionales del Hospital, se buscaba implementar un modelo de atención en el que las familias participaran en el proceso de recuperación nutricional, siendo estas el eje fundamental de las intervenciones.

Los componentes de participación y corresponsabilidad son herramientas transformadoras y de apoyo para la implementación de acciones de prevención, mitigación, superación, y mantenimiento del estado nutricional. Por lo tanto, El Modelo de atención familias saludables (MAFS) decide utilizar la educación para la salud como el eje transformador de las intervenciones en recuperación nutricional de los niños menores de 5 años.

La educación para la salud es un proceso que permite el aprendizaje de comportamientos saludables, y por ende es una estrategia ampliamente utilizada para la promoción de la salud, con el fin de que los individuos y las comunidades tomen el control sobre su salud, en la medida que desarrollan competencias para su autocuidado y se les brinda oportunidades para obtener o mejorar las condiciones necesarias para una buena salud. (22)

*“Lo más importante es entender que ellos son los objetos activos y participativos en el proceso de recuperación nutricional de las familias, entonces acá lo que hacemos no es darle una fórmula mágica secreta de cómo se recuperan los niños, sino que ellos se involucran en ese proceso de recuperación, teniendo en cuenta toda la parte cultural y social de estas familias”*

Partiendo de esta premisa, el MAFS abarca y ejecuta una serie de actividades educativas, las cuales van orientadas a brindar herramientas a los padres y cuidadores desde diversos componentes y profesiones, como se menciona anteriormente se tiene en cuenta la cultura, las condiciones sociales, educativas, económicas, entre otras; es así como se genera un programa interdisciplinario con un abordaje integral y de calidad.

A partir del año 2021, debido a la creciente preocupación por el aumento de sobrepeso y obesidad en la población infantil en el municipio de Medellín, el programa experimenta un cambio en el tipo de población a intervenir, y aquello que se inicia con estrategias de abordaje para la desnutrición, comienza a tornarse más incluyente y accesible para los niños con diagnóstico de malnutrición por exceso.

Es importante mencionar que para la ejecución y puesta en marcha de un modelo de atención se parte de la base de múltiples procesos: históricos, culturales, económicos, sociales y que se involucran de forma transversal todas las acciones de planificación, implementación y evaluación. Por esta razón para garantizar un adecuado proceso, se planea y se diseña un protocolo para la puesta en marcha del MAFS, dentro de este protocolo se establecen las acciones y procesos sistemáticos y metodológicos que se deben implementar para dar cumplimiento al objetivo general del programa, el cual va orientado a lograr la disminución de la malnutrición en niños menores de 5 años; tal como se describe en la siguiente cita:

*“Realmente en familias saludables lo que queremos es disminuir la incidencia de la malnutrición en niños, niñas que estén desde la lactancia, cero meses, hasta los cinco años, que vivan en la ciudad de Medellín o en municipios aledaños” ...*

Dentro del protocolo de atención se define como objetivo “Disminuir la incidencia de malnutrición en los niños y niñas entre los 0 meses a los 5 años de edad, pertenecientes a los sectores más vulnerables de la ciudad de Medellín y municipios aledaños, por medio de un acompañamiento integral en salud, educación y atención psicosocial, bajo el Modelo de Atención Familias Saludables del Hospital Infantil Santa Ana”. Además; se establecen unos criterios de inclusión y exclusión, los cuales constan de:

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Niños(as) que presenten condición de malnutrición por exceso calórico, que egresen del servicio de hospitalización o sean remitidos por consulta externa, Buen Comienzo u otros programas de ciudad.	Niños (as) en seguimiento nutricional en otro programa complementario de la ciudad. (sobreatendidos)
Niños (as) con riesgo de sobrepeso o sobrepeso con indicador de P/T: 1.5 en adelante.	Niños que no cumplan con criterios nutricionales de ingreso.
Niños(as) entre los 6 meses a los 5 años de edad.	

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
	Niños(as) que presenten patologías de base en donde su estado nutricional sea secundario a esta.
Familias de escasos recursos, que presenten inseguridad alimentaria y/o con signos carenciales.	Niños(as) que pertenezcan a familias con buen soporte económico para el tratamiento.

El protocolo es la guía técnica y metodológica de las acciones que se deben realizar en la atención de los niños con exceso de peso, en este se plantean todas las acciones de intervención, educación, evaluación y seguimiento.

Para el abordaje de la malnutrición por exceso se emplea la educación como estrategia fundamental para la promoción de la salud, esto se lleva a cabo por medio de actividades lúdicas y participativas con las familias, principalmente cuidadores y/o padres de familia; las actividades buscan fortalecer los hábitos de alimentación, el vínculo afectivo, la relación del paciente con la alimentación, ejercer un acompañamiento psicosocial y fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares, por medio de la entrega de un paquete alimentario acorde a los requerimientos nutricionales de los niños por rango de edad.

*“Con los niños hacemos la revisión cada dos meses, desde nutrición, psicología, trabajo social, y las familias solitas vienen una vez en el mes en este proceso de educación, y aparte de eso se les hace una entrega de complemento alimentario, porque en nuestra población es de escasos recursos, y en muchos de los casos se presenta inseguridad alimentaria, entonces nuestro paquete no busca suplir todo el tema de inseguridad alimentaria, pero sí hacer un aporte significativo a la familia”*

Adicional a las estrategias educativas, se continúan realizando las actividades de asistencia técnica, cada dos meses los niños son intervenidos por nutrición, psicología y trabajo social para determinar indicadores antropométricos, clasificación del estado nutricional, Escala abreviada del desarrollo (EAD) con cuatro áreas del desarrollo: motricidad gruesa, motricidad fina, el lenguaje y el área personal social, es importante mencionar que se realiza una evaluación de entornos seguros, entornos de riesgo, factores protectores y factores de riesgo asociados a la dinámica familiar, social y comunitaria. El programa está diseñado para realizar un acompañamiento durante 12



meses; es decir 6 controles, si finalizado este periodo de tiempo no se ha logrado cumplir con el objetivo, en staff con el equipo de profesionales se evalúa la necesidad de permanencia durante 6 meses más; es decir 3 controles adicionales, para un total de 18 meses de permanencia en el programa.

Con respecto a la identificación de algún riesgo latente que pueda vulnerar los derechos de los niños, los profesionales activan las respectivas rutas de atención, con el fin de garantizar la protección integral de los niños.

Otro aspecto relevante dentro del MAFS, es la alianza territorial y la participación de actores que ha logrado el programa para fortalecer aún más las capacidades y lograr una mayor cobertura, principalmente empresas del sector privado, ONG y fundaciones, quienes aportan con la gestión de recursos, en este aspecto el programa no solo involucra actores para la gestión de recursos; si no también que se articula con otros programas y estrategias implementadas por la alcaldía de Medellín, con el fin de identificar, atender y captar esa población que cumple con los requisitos de ingreso al programa.

## 6.2 Evaluación de indicadores

Al analizar los informes de gestión sobre la cantidad de asistentes a las sesiones educativas que se llevaron a cabo en el año 2022, 2023 y primer semestre del 2024, se identificó que se cuenta con el dato de los participantes, más no con la cantidad de participantes citados, por lo que no es posible calcular el porcentaje de asistentes a las sesiones educativas en relación con los participantes citados.

Actividad educativa	
Periodo	Total asistentes
Año 2022	1140 personas
Año 2023	1385 personas
Primer semestre del 2024	618 personas

Con relación al porcentaje de asistentes a los tamizajes en relación con los participantes citados, solo se cuenta con la información de la cantidad de personas que asistieron a la consulta de tamizaje; sin embargo, se carece de información asociada a la cantidad de personas citadas, por lo que no es posible establecer una relación para la adherencia al tamizaje nutricional.

<b>Tamizajes</b>	
<b>Periodo</b>	<b>Total asistentes</b>
Año 2022	60 niños
Año 2023	63 niños
Primer semestre del 2024	28 niños

De igual manera, con relación al porcentaje de asistentes a las citas de control individuales en relación con los participantes citados, no se define esta última variable para poder establecer una relación, solo se cuenta con la información de los beneficiarios que asistieron a la consulta de control.

<b>Atenciones</b>	
<b>Periodo</b>	<b>Número</b>
Año 2022	304 niños
Año 2023	216 niños
Primer semestre del 2024	128 niños

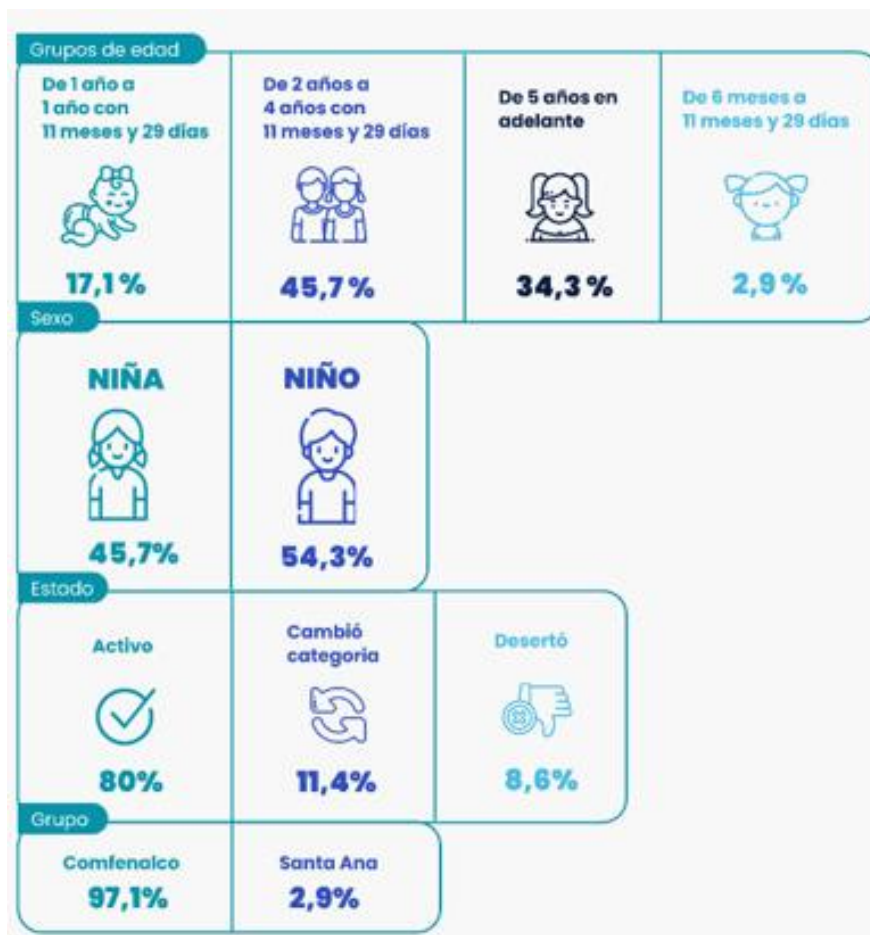
Durante el año 2022 se logra atender 304 niños en el MAFS, en el 2023 fueron 216 atenciones y en el primer semestre del 2024 se llevaron a cabo 124.

En cuanto a las actividades educativas, durante el período 2022 y primer semestre del año 2024, se ha logrado llevar a cabo 30 encuentros educativos, lo que corresponde a 12 actividades anuales.

Como se observa en la figura 1, se realiza una categorización por grupos de edad, donde se denota una alta participación en el grupo de 2 años a 4 años con 11 meses y 29 días y en menor cantidad el grupo de 6 meses a 11 meses y 29 días con una participación del 2,9%.

En la población analizada, los niños representan la mayoría, con un 54,3% de participación, frente al 45,7% correspondiente a las niñas. Del total, el 80% (28 niños) se mantienen activos en el programa, mientras que un 11,4% (4 niños) han cambiado de grupo etario, y el 8,6% (3 niños) han desertado.

Figura 1. Caracterización sociodemográfica por grupo de edad, sexo, estado y grupo



El análisis sociodemográfico reveló que aproximadamente 7 de cada 10 padres y/o cuidadores tienen la secundaria completa; mientras 1 de cada 10 cuenta con nivel técnico o profesional (figura 2); en cuanto a la residencia, no se evidencia presencia de niños y niñas en la zona rural, y llama la atención que el 17,1% presenta condición de desplazamiento.

Respecto a la edad de los padres, se observa que 7 de cada 10 tienen edades entre 18 y 40 años, para esta variable no se reportaron casos de padres menores de 18 años. Finalmente, aunque se definieron como indicadores la asistencia a sesiones de psicoeducación y la evaluación del riesgo en el desarrollo infantil, no se contó con información suficiente para su análisis.

**Figura 2. Nivel de escolaridad de los padres y/o cuidadores de los beneficiarios**

Nivel de escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Primaria completa	2	5,71%
Secundaria completa	23	65,71%
Educación media o profesional	4	11,43%
Sin datos	2	5,71%
Secundaria incompleta	3	8,57%
Primaria incompleta	1	2,86%
	<b>35</b>	<b>100</b>

Para la variable edad en meses, se observó una media de 46,03 meses (equivalente a aproximadamente 3,8 años). El intervalo de confianza del 95% para la media oscila entre 38,83 meses (~3,2 años) y 53,23 meses (~4,4 años), lo que sugiere que el promedio real de la población probablemente se encuentra dentro de este rango. La media recortada es similar a la media original, lo que indica que no hay valores atípicos significativos que afecten la distribución general. La desviación estándar fue de 20,97 meses, lo que refleja una dispersión notable alrededor de la media, es decir, existe una variación considerable en las edades dentro del grupo estudiado. Además, el rango intercuartil fue de 40 meses, lo que significa que el 50% central de las edades está comprendido dentro de este intervalo (aproximadamente entre 28 y 68 meses).

Al momento del ingreso al programa, se encontró que solo 1 de cada 7 niños (14,3%) mantenía lactancia materna vigente, mientras que 6 de cada 7 niños no practicaban la lactancia materna. En cuanto a la alimentación complementaria, la mayoría de los niños, aproximadamente 6 de cada 10, iniciaron esta práctica a los 6 meses de edad. Sin embargo, se identificaron casos puntuales en los que la alimentación complementaria comenzó antes de los 6 meses (1 de cada 7) o después de los 6 meses (1 de cada 5) (figura 3).

**Figura 3. Características relacionadas con la gestación y alimentación los primeros meses de vida**



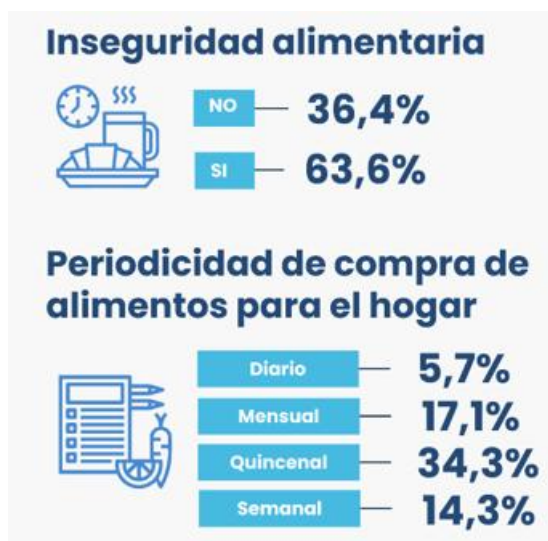
Como se detalla en la siguiente tabla, la duración promedio de la lactancia materna exclusiva fue de 5,75 meses, cercana a los 6 meses recomendados por la OMS. La desviación estándar de 0,87 meses refleja poca variabilidad en esta práctica, mientras que la mediana de 6 meses indica que la mayoría de las madres siguen las recomendaciones de duración para la lactancia exclusiva.

**Tabla 2. Datos estadísticos de las características relacionadas con la gestación y alimentación los primeros meses de vida.**

Estadísticos descriptivos	Edad gestacional en el momento del parto	Longitud al nacer cm	Lactancia exclusiva en meses	Duración total lactancia en meses
Media	37,75	48,00	5,75	22,17
Mediana	37,50	50,00	6,00	22,50
Desviación estándar	1,658	7,148	0,866	7,849
Mínimo	34	26	3	12
Máximo	40	53	6	36
Rango	6	27	3	24
Rango intercuartil	2	3	0	8

En la siguiente figura se presenta la prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares, determinada según la periodicidad de compra de alimentos. Se observa que casi 2 de cada 3 hogares enfrentan inseguridad alimentaria y nutricional. En cuanto a la frecuencia de compra, aproximadamente 1 de cada 3 hogares realiza compras diarias, 1 de cada 3 compra alimentos quincenalmente, mientras que 1 de cada 6 lo hace mensualmente y 1 de cada 7 semanalmente.

**Figura 4. Percepción de la inseguridad alimentaria de acuerdo a la periodicidad de compra**



Al analizar la relación entre el dinero invertido en alimentos y el número promedio de personas por hogar, se observa una alta variabilidad en los montos invertidos, con algunos valores muy elevados que afectan la media. La desviación estándar de \$230.939,57 es considerablemente alta en comparación con la media de \$346.800, lo que indica una gran dispersión en los montos reportados. La mediana, más baja que la media, sugiere que la distribución está sesgada por valores altos que elevan el promedio.

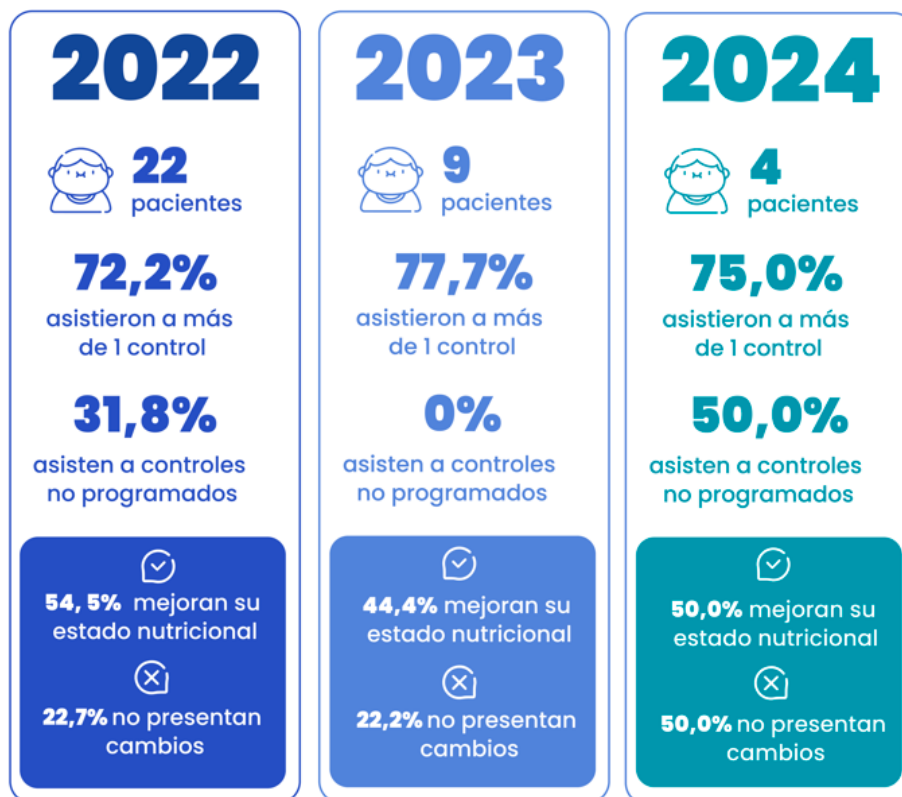
En cuanto al tamaño de los hogares, se encontró un promedio de 4,2 personas por hogar, con una desviación estándar de 1,67, lo que refleja una variabilidad moderada en la cantidad de personas por hogar. La mediana, de 4 personas, indica que la distribución es relativamente simétrica en comparación con la media. Además, el rango intercuartil de 2 personas muestra que el 50% de los hogares tienen entre 3 y 5 personas. Esto refleja una concentración en tamaños de hogar moderados dentro de la población analizada.

En el protocolo se tiene definido la permanencia en el modelo de atención por 6 controles, máximo 9, con una frecuencia bimensual. De la muestra obtenida, se observa que el 23,7% asistió a menos de 6 controles, esta deserción se presentó por diferentes motivos; cambio de categoría en la caja de compensación, poca adherencia a las recomendaciones u otros motivos no identificados. Por otro lado, el 22,8% asistió entre 6 y 9 controles bimensuales y el 11,4% a más de 9 controles.

De estos, el 25,7% de los beneficiarios asistieron de manera juiciosa a los controles programados cada 2 meses, mientras que el 74,3% no fue constante en los seguimientos agendados o desertó antes de que se cumpliera el periodo mínimo de intervención.

Además, se observa que el 51,4% de los pacientes identificados con exceso de peso tuvieron mejoría del estado nutricional durante la intervención, evidenciado por cambios en los indicadores antropométricos de peso para la talla o IMC para la edad, teniendo en cuenta rango de edad. Por otro lado, el 22,9% no mostró cambios significativos en los indicadores y el 25,7% se mantuvo igual.

**Figura 5. Valoración del estado nutricional**



### 6.3 Evaluación de la percepción de padres y/o cuidadores

Después de realizar las entrevistas a los padres y cuidadores que asisten al programa, en donde el juego y la lúdica fue protagonista para generar un ambiente de confianza, se logró reflejar la percepción que estos tienen acerca del MAFS, básicamente sobre la implementación, atención y experiencia que han tenido en los diferentes espacios participativos y educativos.

Dado que se conoce el objetivo general del programa, sus líneas de acción y los efectos esperados, se evidencian las siguientes categorías analíticas las cuales ayudan a comprender y resignificar la experiencia de los padres y/o cuidadores:

- 1) Percepción general del programa
- 2) Cambio de hábitos y apropiación del conocimiento
- 3) Enfoque integral del programa
- 4) Calidad y capacidad técnica del equipo profesional



- 5) Acceso y disponibilidad de recursos
- 6) Barreras y desafíos en la participación
- 7) Comparación con el acceso a servicios de salud regulares

A continuación, se ofrece un resumen de las opiniones compartidas por los participantes durante el ejercicio de evaluación participativa. Basándose en su experiencia, expresaron sus percepciones y reflexiones sobre el programa, dando respuesta a las siguientes preguntas:

<p><b><i>¿Qué opina sobre el programa?</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se observa una relación positiva frente a los encuentros educativos y el enriquecimiento de los conocimientos, prácticas y actitudes que las familias adoptan e implementan en los hogares.</li> </ul>
<p><b><i>¿Qué aspectos del programa encuentran más útiles o beneficiosos para su hijo?</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las familias manifiestan una apropiación de conocimientos y cambios en sus prácticas, incluso cambios en su cultura alimentaria y en su relación con la alimentación, muchos manifestaron reducción en el consumo de alimentos altos en azúcares y un aumento en alimentos como frutas, verduras, lácteos y derivados.</li> <li>➤ Las familias perciben que las acciones implementadas no van enfocadas solo en la atención y recuperación de los niños; si no también en empoderarlas para generar entornos más saludables y disminuir factores de riesgo asociados a la malnutrición por exceso.</li> <li>➤ Se observa que varias familias encuentran un beneficio para complementar la alimentación de los niños y sus familias con el paquete alimentario ofrecido en el programa</li> </ul>
<p><b><i>¿Cuáles son las mayores dificultades que enfrentan al participar en el programa?</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La dificultad para encontrar cuidadores para sus hijos se suma a este problema, ya que limita aún más las oportunidades de los padres para asistir a sesiones educativas.</li> <li>➤ Un desafío significativo en la implementación del programa es la falta de disponibilidad de tiempo que enfrentan los padres de familia, principalmente asociados a los horarios en los que se lleva a cabo las actividades educativas.</li> </ul>
<p><b><i>¿Cómo describirían la atención del personal del programa?</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manifiestan la capacidad técnica y científica de los profesionales que atienden el programa, consideran que son profesionales aptos, competentes y que tienen conocimientos y herramientas para desarrollar con</li> </ul>

	calidad las acciones educativas y los seguimientos realizados a los niños.
<b><i>¿Han experimentado alguna dificultad para seguir las recomendaciones o sugerencias proporcionadas por el programa? ¿Por qué?</i></b>	➤ Se menciona que en ocasiones con las EAPB se encuentran barreras asociadas al acceso a los servicios de salud, demoras administrativas y en la asignación de citas

#### **6.4 Evaluación de la percepción del equipo interdisciplinario**

De las entrevistas realizadas con los profesionales que atienden el programa desde las áreas de intervención, psicología, trabajo social y nutrición, se destacan varios puntos importantes de la percepción y de la experiencia que han tenido estos profesionales en el tiempo de ejecución y de permanencia en el programa, estos hallazgos se identificaron por medio de las siguientes categorías analíticas:

- 1) Percepción y acogida del programa
- 2) Abordaje integral y personalización de la atención
- 3) Barreras socioeconómicas y logísticas
- 4) Acceso a servicios de salud y articulación con EAPB
- 5) Enfoque familiar en la intervención
- 6) Retos en la adopción de prácticas saludables
- 7) Visibilidad y expansión del programa

Las percepciones y apreciaciones del equipo dieron respuesta a las preguntas mencionadas a continuación:

<b><i>¿Cómo describirías tu experiencia general trabajando en este programa?</i></b>	➤ Uno de los aspectos a resaltar es la acogida que las profesionales mencionan que ha tenido el programa con los beneficiarios y sus familias, pues denotan de forma particular que la experiencia ha sido positiva y enriquecedora.
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***¿Cuáles crees que son los aspectos más efectivos del programa? ¿Por qué?***

- Comprender los contextos familiares, sociales y comunitarios para abordar de forma integral a cada beneficiario y poder individualizar las recomendaciones desde cada área de intervención.
- Destacan la individualización de las recomendaciones comprendiendo los contextos familiares y están en contacto permanente con las familias para el seguimiento de los niños

***¿Cómo ha sido la experiencia respecto al trabajo con los padres? ¿Su participación y vinculación con actividades, recomendaciones y sugerencias?***

- Existe una afinidad entre las familias y los profesionales, logrando un sentimiento de empatía y una atención humanizada.
- El programa incluye a las familias en las actividades educativas con el fin de generar entornos saludables, que promuevan el mejoramiento no solo de los indicadores antropométricos de los niños, sino que también se fortalezcan redes de apoyo, y alianzas sociales y comunitarios
- Dentro del MAFS se tiene definido que las intervenciones y encuentros educativos identifiquen a la familia como el núcleo principal en el proceso de recuperación y mejoramiento del estado nutricional en los niños

***¿Cuáles son los mayores desafíos que enfrentaste al ejecutar este programa?***

- Se expone la condición socioeconómica como principal factor de la inasistencia a las actividades programadas, esto debido a que las familias que participan son de escasos recursos y en ocasiones no cuentan con el dinero suficiente para poderse desplazar a las instalaciones
- Se ve afectada la optimización de los recursos; talento humano e infraestructura, al generar reagendamiento de las citas en repetidas ocasiones.
- Existen limitaciones por parte de las EAPB para el acceso a los servicios de salud, pues existen demoras en la asignación de las citas y otras barreras que no permiten el adecuado proceso y seguimiento de los niños
- La disponibilidad y el acceso a otros profesionales en el momento en que se logren identificar factores de riesgo en los niños.
- Lograr una mayor visibilidad territorial e institucional del programa

***¿Hay algún aspecto del programa que creas que necesita mejorar? Si es así, ¿cuáles son tus recomendaciones?***

- Se plantea desde la percepción de los profesionales generar alianzas y articulaciones con las EAPB, con el fin de lograr una continuidad en la atención de los niños y así garantizar un tratamiento efectivo
- No existen suficientes alianzas territoriales, institucionales, empresariales entre otras, que permitan darle más visibilidad al programa.
- Llevar los servicios y programas del Hospital Infantil Santa Ana a los barrios vulnerables, con jornadas de tamizaje nutricional, donde se pueda realizar un diagnóstico y una identificación de casos a intervenir

## 7. CONCLUSIONES

- El Modelo de Atención Familias Saludables (MAFS) del Hospital Infantil Santa Ana ha demostrado ser efectivo en la disminución de la malnutrición por exceso en niños de 0 a 5 años pertenecientes a los sectores más vulnerables de Medellín y sus alrededores. A través de un enfoque integral en salud y educación. Las estrategias educativas, centradas en actividades lúdicas y participativas, han fortalecido los hábitos alimenticios y el vínculo afectivo de las familias, lo que ha favorecido la adherencia al tratamiento. Además, la intervención continua a través de controles periódicos, evaluaciones nutricionales y psicosociales ha permitido un seguimiento eficaz del estado de salud y el desarrollo de los niños, con la opción de extender la atención en caso de no alcanzarse los objetivos. La alianza con actores territoriales y la participación de ONG y empresas del sector privado han fortalecido la capacidad del programa, ampliando su cobertura y contribuyendo al acceso de más familias vulnerables.
- La evaluación de los indicadores de gestión del Modelo de Atención Familias Saludables muestra una tendencia positiva en términos de la cantidad de niños atendidos, aunque la falta de información sobre los participantes citados limita la evaluación precisa de la adherencia y la satisfacción de los beneficiarios. Durante los años 2022 y 2023, y el primer semestre de 2024, se observó una disminución en el número de atendidos, lo cual podría estar asociado con diversas variables como la deserción o cambios en el grupo de edad. A pesar de estas fluctuaciones, el programa mostró un alto nivel de compromiso, con un 80% de los beneficiarios activos.

En cuanto a la adherencia, se detectó que un porcentaje significativo de los beneficiarios no asistió de manera constante a los controles programados, lo que sugiere que, aunque el programa tiene un buen alcance inicial, enfrenta desafíos en términos de sostenibilidad y seguimiento a largo plazo. No obstante, se observó que el 51,4% de los pacientes con exceso de peso lograron mejorar su estado nutricional, lo que indica que aquellos que mantuvieron el seguimiento adecuado experimentaron mejoras significativas en su salud. Además, los datos sobre la escala de inseguridad alimentaria y las condiciones socioeconómicas de las familias revelaron una alta prevalencia de vulnerabilidad, lo que resalta la importancia de la intervención integral que aborda no solo el estado nutricional de los niños, sino también factores en el entorno que pueden afectar la salud de los niños.

En resumen, aunque el programa ha tenido logros importantes, como la mejora nutricional de los niños atendidos, se necesita un enfoque más robusto en la

mejora de la adherencia al tratamiento y en la recopilación de datos para evaluar más efectivamente los resultados y la satisfacción de los participantes.

- La experiencia percibida tanto por el equipo interdisciplinario como por los cuidadores de los beneficiarios ha sido positiva, destacando la importancia del enfoque integral del modelo, que fomenta la cooperación entre las diferentes disciplinas (nutrición, psicología y trabajo social). El trabajo conjunto ha permitido abordar de manera efectiva las necesidades de los pacientes y sus familias, brindando un espacio para el acompañamiento continuo y personalizado.

## **8. LECCIONES APRENDIDAS**

En esta sección se plantean las lecciones aprendidas durante la evaluación de la intervención del Modelo de atención familias saludables del Hospital Infantil Santa Ana, en el manejo e intervención de niños y niñas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, Estos aprendizajes servirán para guiar futuras iniciativas similares y optimizar los procesos implementados

### **Diseño de la intervención:**

El MAFS se plantea como una estrategia de intervención para niños y niñas con exceso de peso, donde involucra y atiende de forma integral a las familias para lograr resultados positivos en la mejora del estado nutricional. Dentro de su protocolo se plantean objetivos claros, medibles y alcanzables; sin embargo, se plantean desafíos en la planificación de las actividades a desarrollar, esto se pudo evidenciar a partir de la percepción que los padres y/o cuidadores manifestaron para la asistencia a las actividades, por lo que puede ser viable planificar y diseñar un cronograma flexible de actividades que puede influir y aumentar la participación y la adherencia a las sesiones educativas.

### **Implementación:**

- El acompañamiento que se le brinda a las familias desde las diferentes áreas de intervención, lo cual es determinante para la apropiación de conocimientos acerca de hábitos de vida saludables
- Es fundamental generar redes de apoyo para las familias, ya que favorece el compromiso, la adherencia a las sesiones y por lo tanto resultados positivos en la reducción del exceso de peso.
- Se tiene bien definido el tiempo de intervención con la permanencia de los niños y niñas en el programa entre los 12 meses a 18 meses, tiempo en el que se pueden evaluar cambios en el estado nutricional a partir de indicadores antropométricos establecidos y definidos para esta población objeto.
- Involucrar a las familias en el proceso de recuperación nutricional ha sido clave para mejorar la adherencia y lograr cambios significativos en la adopción de hábitos de vida y de alimentación saludable

### **Acciones para asegurar la sostenibilidad:**

Para asegurar la sostenibilidad del MASF, es necesario implementar acciones estratégicas en varias áreas clave. Primero, se debe fortalecer el trabajo interdisciplinario entre profesionales, asegurando una atención integral y personalizada. La capacitación

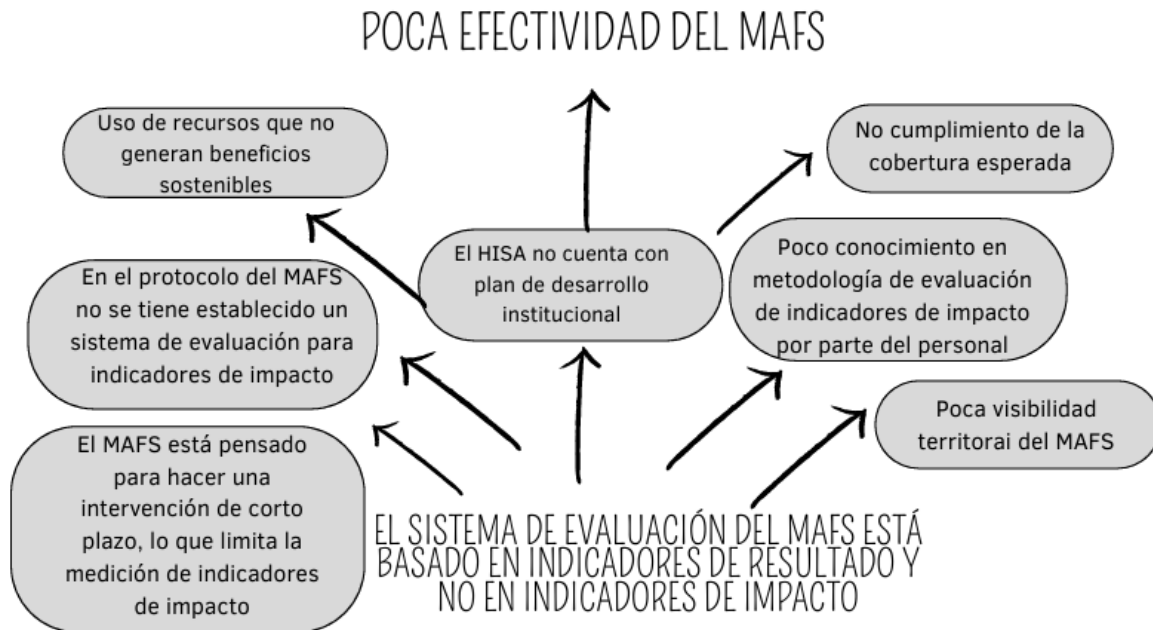
continua del equipo y la educación constante de las familias son fundamentales para mantener los hábitos saludables a largo plazo. Además, se debe establecer un sistema de evaluación y seguimiento regular para medir el impacto del programa y hacer ajustes según sea necesario.

Es crucial también formar alianzas con entidades gubernamentales y organizaciones locales para asegurar la continuidad y expansión del modelo. La correcta gestión de recursos, como los paquetes alimentarios, y la exploración de nuevas fuentes de financiamiento son esenciales para la estabilidad del programa. Finalmente, la participación de la comunidad beneficiaria en la toma de decisiones clave fortalecerá el compromiso y facilitará la sostenibilidad.



## 9. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos develan que el MAFS, a pesar de contar con un sistema de evaluación, centra principalmente su proceso evaluativo en indicadores de cobertura y de resultado; dejando de lado indicadores de impacto que den cuenta de la efectividad del programa. El proceso realizado permitió analizar las problemáticas relacionadas con lo mencionado, dando como resultado el siguiente análisis:



Dada la necesidad de medir el impacto de las intervenciones sociales, se recomienda al HISA implementar un sistema de evaluación completo, estandarizado dentro de los protocolos y guías de atención desde cada una de las áreas de intervención.

A continuación, se describen algunas acciones elaboradas a partir de las herramientas de planificación que pueden contribuir al logro de estas mediciones y al establecimiento del sistema de evaluación para el modelo de atención familias saludables:

# MEDIR MAFFS

*Módelo de atención  
familias saludables*



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia

VERGARA MENDOZA

**Santa Ana**  
Hospital Infantil

## Planteamiento del problema

El Modelo de Atención Familias Saludables (MAFS) del Hospital Infantil Santa Ana (HISA) enfrenta una debilidad significativa en su sistema de evaluación, ya que carece de indicadores de impacto. Este vacío metodológico impide medir los efectos profundos y sostenibles de las intervenciones realizadas, limitando la capacidad del modelo para demostrar su efectividad en la reducción de la malnutrición por exceso en niños menores de cinco años en Medellín. Aunque el MAFS cuenta con indicadores de resultado que reflejan avances operativos, estos no son suficientes para evidenciar cambios significativos en la salud de la población atendida, un aspecto crucial para garantizar la mejora continua y la relevancia del modelo en el contexto de salud pública.

Esta carencia tiene múltiples causas. En primer lugar, el protocolo del MAFS no contempla un sistema integral de evaluación diseñado para medir impactos a largo plazo. Además, el modelo prioriza intervenciones de corto plazo, lo que dificulta la planificación de estrategias que permitan recoger datos y analizar efectos sostenibles en la población. A ello se suma la ausencia de un plan institucional Medellobusto en el HISA que oriente la implementación de herramientas de evaluación más completas, así como la falta de personal capacitado en metodologías avanzadas para diseñar y analizar indicadores de impacto. Estas limitaciones técnicas y organizacionales se ven agravadas por la ausencia de un enfoque colaborativo entre los actores clave, lo que dificulta la asignación de roles y responsabilidades para la consolidación de un sistema de monitoreo efectivo.

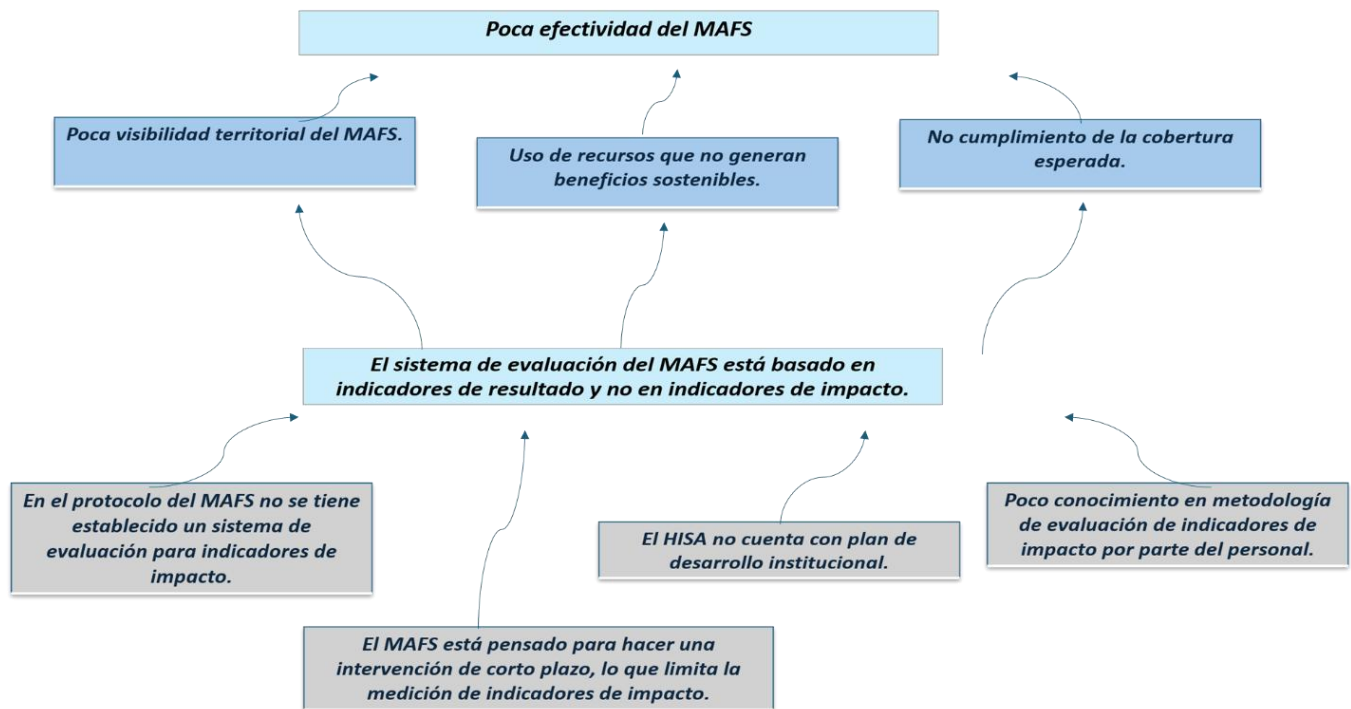
Las consecuencias de este problema son profundas y multifacéticas (anexo). En primer lugar, los niños menores de cinco años, como población objetivo del modelo, continúan enfrentando riesgos significativos asociados a la malnutrición por exceso, lo que no solo afecta su salud inmediata, sino también su desarrollo integral a largo plazo. En segundo lugar, la ausencia de un sistema integral de evaluación impide un análisis exhaustivo del impacto real del MAFS, lo que se traduce en un uso poco estratégico de los recursos y en la falta de generación de beneficios sostenibles. Esto dificulta posicionar al modelo como una estrategia innovadora y efectiva en el ámbito de la salud pública. Adicionalmente, esta deficiencia afecta su visibilidad y capacidad de expansión territorial, limitando su alcance y dejando a una proporción considerable de la población objetivo sin acceso a las intervenciones planificadas, lo que compromete su potencial para lograr una cobertura más amplia y efectiva.

En el contexto de Medellín, esta problemática adquiere mayor relevancia debido a las desigualdades sociales y económicas que afectan a las comunidades más vulnerables, donde la malnutrición por exceso en la infancia tiene implicaciones graves en términos de salud pública. Aunque el MAFS ha logrado avances operativos, la ausencia de un

sistema de evaluación enfocado en el impacto perpetúa la falta de evidencia sobre su contribución al bienestar de la población objetivo. Esto reduce la capacidad del modelo para adaptarse a las necesidades cambiantes del entorno y limita su potencial para generar resultados sostenibles en el tiempo.

En este escenario, es imprescindible desarrollar un sistema integral de evaluación que permita medir los impactos reales del MAFS sobre la población atendida. Este sistema no solo contribuirá a mejorar la toma de decisiones basada en evidencia, sino que también reforzará la capacidad del modelo para demostrar su relevancia y su efectividad en la lucha contra la malnutrición infantil en Medellín. Abordar esta problemática es un paso esencial para fortalecer al HISA como un referente en innovación en salud pública y asegurar que sus estrategias generen beneficios significativos y duraderos para la población más vulnerable (24).

Figura 1. Árbol del problema



## Justificación

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad infantil son temas de interés en salud pública, esto debido al incremento ponderal de la prevalencia de dichos eventos principalmente en niños menores de 5 años, situación que se evidencia a nivel mundial.

En los últimos años esta problemática ha estado presente en las agendas de los países y Colombia no es la excepción; las políticas públicas, programas y proyectos que se desarrollan en el país para el abordaje de la malnutrición vienen enmarcadas desde los lineamientos y objetivos mundiales, específicamente se puede evidenciar en el segundo objetivo de desarrollo sostenible (ODS) “ Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible” (25).

Una de las metas que se establece es a 2030 poner fin a todas las formas de malnutrición, de ahí la importancia de incluir en los planes de desarrollo territorial y de salud las acciones para contribuir a la disminución de la malnutrición.

La formulación, diseño y ejecución de los programas y proyectos, son etapas fundamentales y deben regirse bajo unos principios técnicos y éticos; sin embargo, existe una acción transversal que toma fuerza en la implementación de los programas, la evaluación.

Esta última se define como “Aquella actividad que permite valorar el desempeño de la acción pública, sea en la forma de un programa, proyecto, ley, política sectorial, etc. La evaluación corresponde a una valoración sistemática de la concepción, la puesta en práctica y los resultados de una intervención pública en curso o ya concluida; o una valoración ex ante, en la fase de diseño”(24).

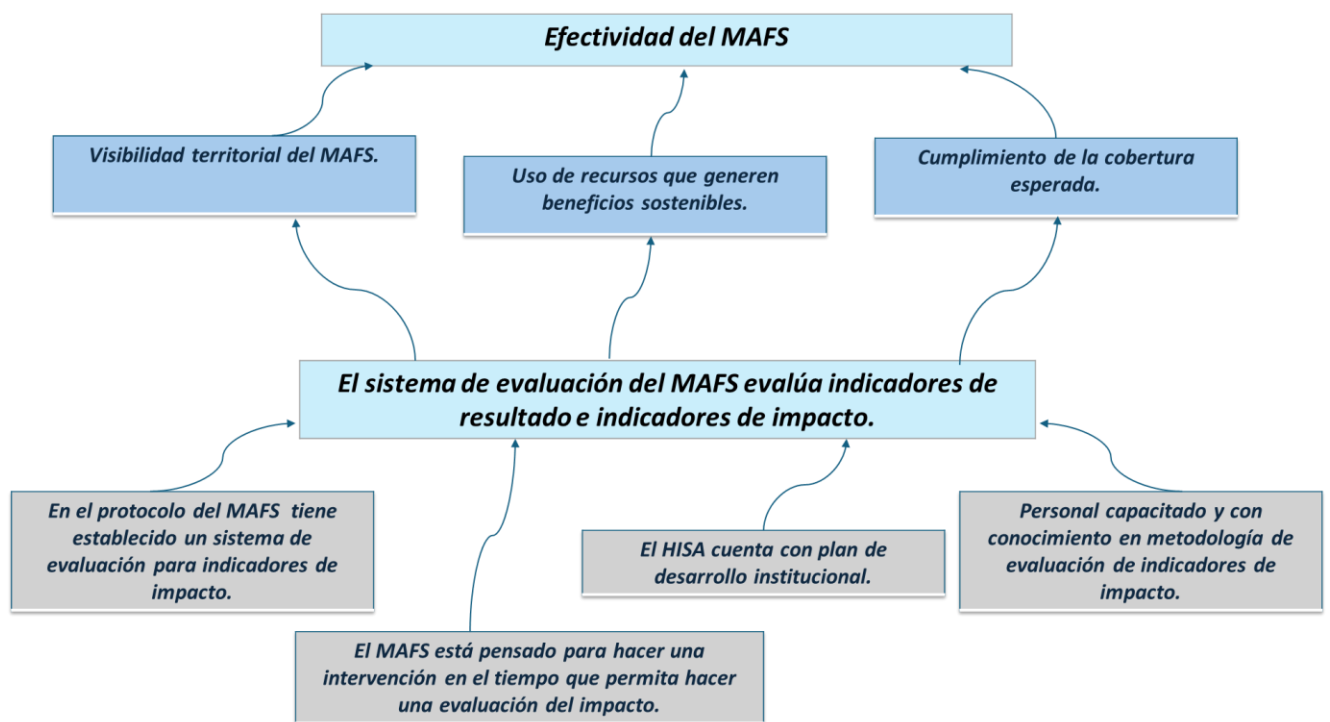
La evaluación de los programas y proyectos es fundamental para determinar el alcance y la efectividad de estas en la población objeto. En concordancia a lo anterior, este proyecto surge como una necesidad de contribuir y apoyar al Hospital Infantil Santa Ana en la lucha contra la malnutrición infantil, evaluar el programa del modelo de atención familias saludables (MAFS), los resultados de las estrategias implementadas, e identificar posibles acciones de mejora para continuar con su implementación de forma integral.

Es importante considerar que este proyecto busca aportar principalmente a la institución donde se implementa la estrategia, por medio de acciones específicas, planteadas en los objetivos del proyecto; sin embargo, es preciso aclarar que con una adecuada evaluación del modelo de atención, también se pueden ver beneficiados los niños y su núcleo familiar; pues es imperante reconocer que detrás de un proceso de evaluación, siempre hay un proceso de retroalimentación lo que puede aportar de forma significativa

a la ejecución y a los resultados del programa, darle visibilidad territorial, institucional y posiblemente replicarse como una experiencia exitosa.

Si aunado a esto se observa el enfoque desde la salud pública, también es importante reconocer que todas aquellas acciones que apunten al mejoramiento de la calidad de vida, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, entre otras, favorece de forma directa a la comunidad en general, al estado y contribuyen a tener una población económicamente activa en unos años, con menor carga de enfermedad y por ende se podrían reducir los gastos en salud.

Figura 2. Árbol de soluciones



## **Análisis de viabilidad**

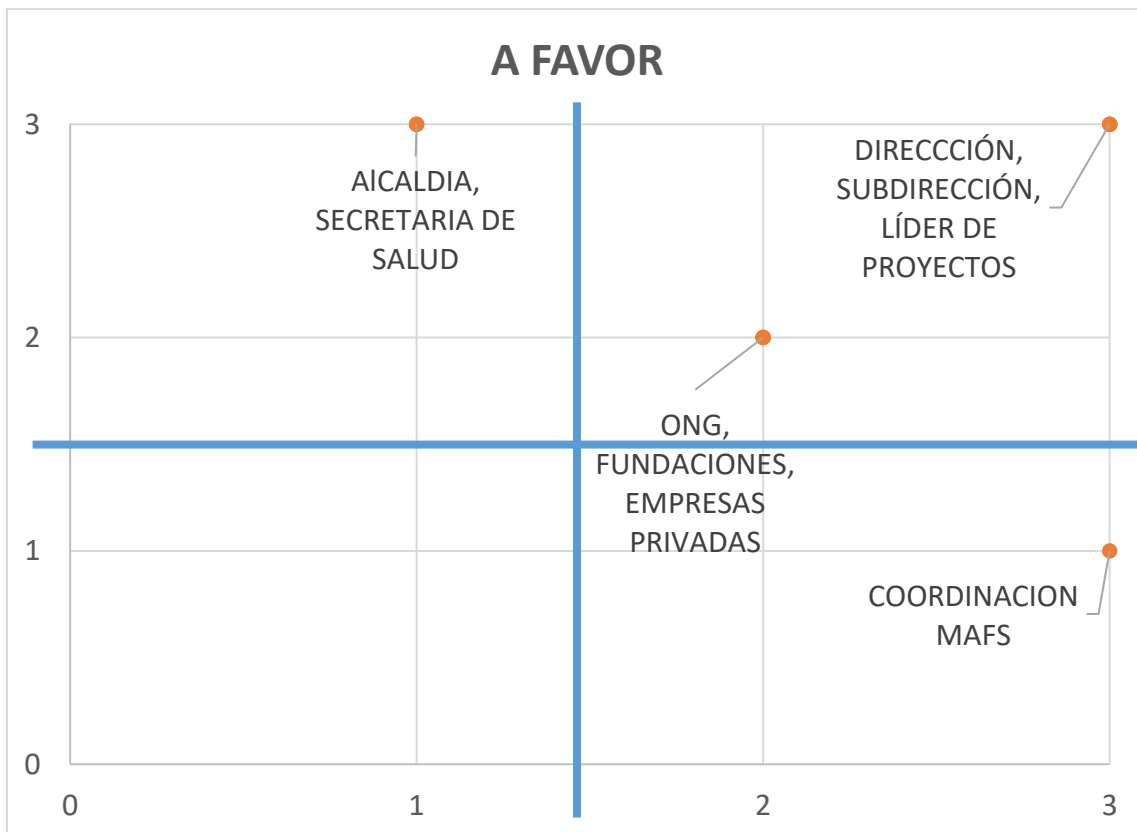
Al momento de planificar un proyecto es fundamental identificar los factores externos que pueden influir en el desarrollo o ejecución de este. Es crucial identificar la viabilidad y la factibilidad del proyecto, entendiéndose la viabilidad como la capacidad de evaluar si el proyecto es técnicamente realizable y socialmente aceptable, considerando los recursos disponibles, las capacidades locales y las condiciones del entorno. Por otro lado, la factibilidad analiza si el proyecto puede llevarse a cabo con los recursos financieros, humanos y materiales existentes, asegurando su sostenibilidad a largo plazo (26-27).

Al realizar un abordaje completo de actores involucrados en el proyecto para el sistema de evaluación del MAFS se identificaron varios actores clave, se partió del análisis del entorno y de la identificación de instituciones públicas y privadas, líderes de procesos del Hospital Infantil Santa Ana, ONG, fundaciones, entre otras.

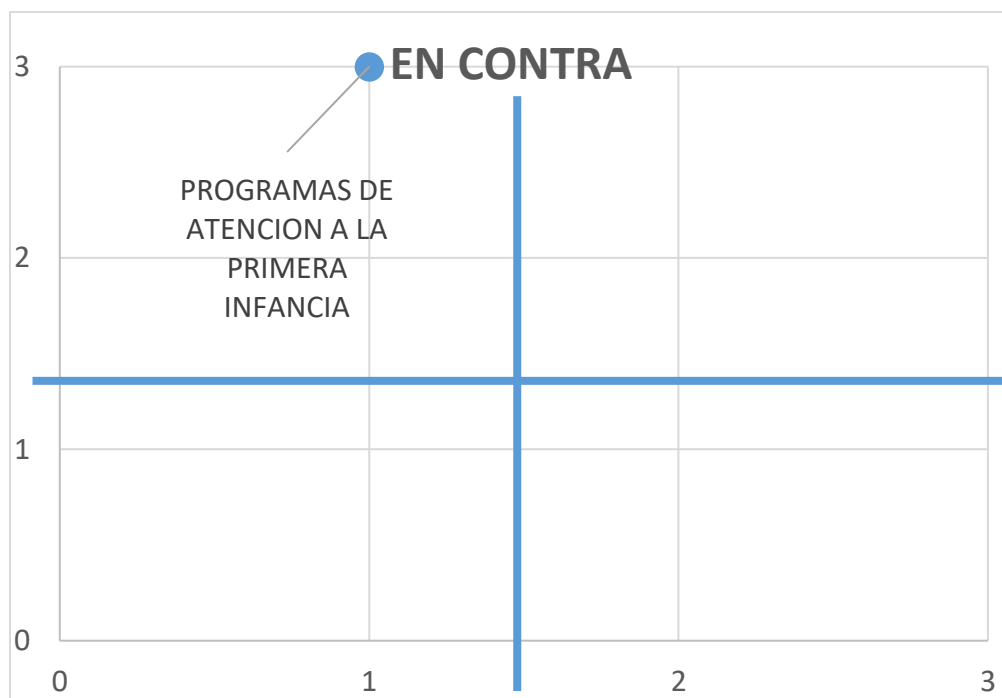
Al implementar la matriz de actores involucrados se identificó la posición de cada uno de los actores, poder e interés para llevar a cabo el proyecto, y se concluyó que, la viabilidad del proyecto se sustenta en su alineación directa con el eje misional de la institución, lo que refuerza su pertinencia y compromiso con los objetivos estratégicos establecidos. Al no depender de instituciones gubernamentales como la Secretaría de Salud o la Alcaldía de Medellín, el proyecto adquiere autonomía operativa, mitigando riesgos relacionados con cambios en políticas públicas o disponibilidad de recursos estatales; Además, el apoyo de fundaciones y empresas proporciona una base sólida de financiamiento y colaboración, lo que refuerza su sostenibilidad. Sin embargo, es crucial considerar que el proyecto podría entrar en conflicto con los programas de primera infancia ya implementados en el municipio, lo que exige una estrategia de articulación con los actores clave para evitar duplicidades o interferencias que afecten a las poblaciones beneficiarias y maximizar el impacto positivo de las iniciativas existentes.

## Matriz de involucrados

	Involucrados	Posición	Poder	Interés
1	Dirección HISA (D)	+	3	3
2	Subdirección HISA (SD)	+	3	3
3	Líder de gestión nutricional y proyectos de salud y bienestar (L)	+	3	3
4	Coordinador del MAFS (C)	+	1	3
5	Alcaldía de Medellín (A)	+	3	1
6	Secretaría de Salud municipales (S)	+	3	1
7	Unidad de Niñez (Programas de atención nutricional a la primera infancia) (UN)	-	3	1
8	ONG	+	2	2
9	Fundaciones (F)	+	2	2
10	Empresa privada (EP)	+	2	2





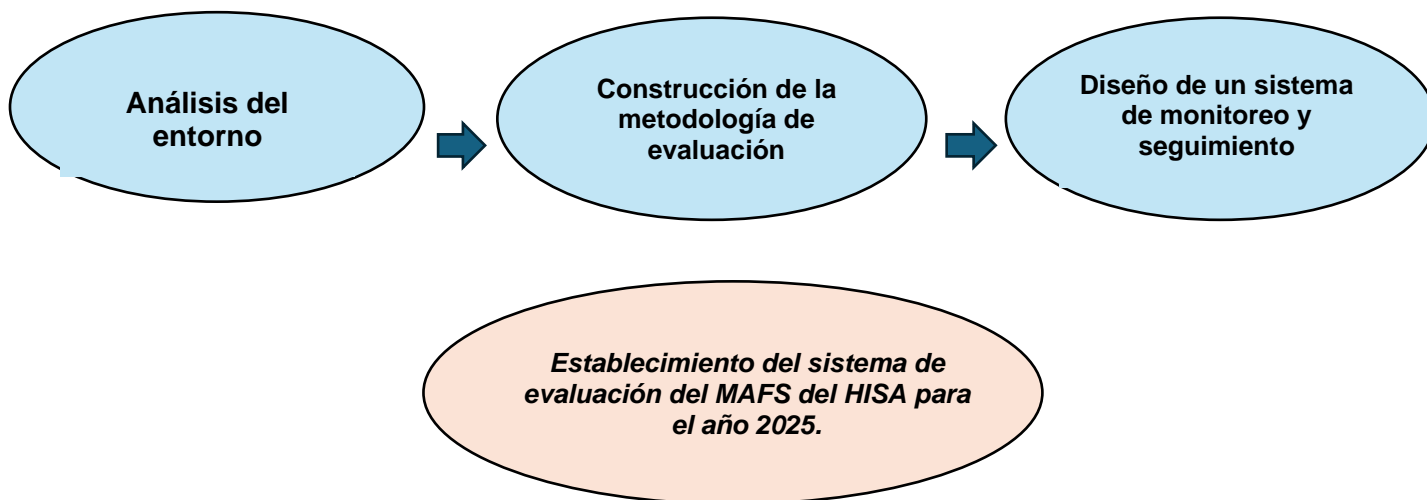


Por lo anterior, el proyecto es viable y cumple con los requisitos mínimos para ser puesto en marcha no se requiere una alta inversión económica, social o voluntad política para desarrollarlo, es importante mencionar que no existen conflictos éticos, ni conflicto de intereses.

### **Metodología y alcance**

El sistema de evaluación del MAFS responde a una intervención de tipo desarrollo organizacional dado que responde a un proceso administrativo en el cual se busca crear una organización de trabajo junto con los sistemas que la componen; esto acorde al objetivo general del proyecto el cual apunta a establecer el sistema de evaluación del modelo de atención familias saludables del Hospital Infantil Santa Ana para el año 2025.

Este tipo de intervención también se define como un proceso estructurado y organizado, diseñado para optimizar el desempeño y la efectividad de cualquier programa dentro de una organización; contribuyendo a la implementación y/o incrementación de indicadores de procesos y resultado; destacando entre estos la calidad y la productividad (28).



Con base a lo anterior y teniendo el objetivo general y los resultados se espera en primera instancia analizar el entorno gestor y las metodologías de evaluación del modelo de atención familias saludables para lo cual se establecen dos actividades principales basadas en el análisis de información y asignación de responsabilidades; en segunda instancia se propone construir la metodología de evaluación desde cada área del modelo de atención familias saludables; para el cual como actividad principal se propone definir los indicadores de gestión, procesos y resultados; por último se determina diseñar un sistema de monitoreo y seguimiento del modelo de atención familias saludables por medio de la ejecución de dos actividades principales en las cuales se establece la definición de un cronograma de diseño de evaluación y la asignación de roles encargados del mismo. Los objetivos que se proponen se detallan en la siguiente matriz de marco lógico:

<b>Objetivo global</b>	<b>Contribuir a la disminución de la malnutrición por exceso en niños menores de 5 años de la ciudad de Medellín.</b>			
<b>Objetivo General</b>	<b>Meta(s)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Establecer el sistema de evaluación del modelo de atención familias saludables del Hospital Infantil Santa Ana para el año 2025.	Para 2025, el sistema de evaluación queda incorporado en el protocolo del MAFS	Sistema de evaluación incorporado en el protocolo del MAFS	Protocolo del MAFS Acta de aprobación	El hospital infantil Santa Ana garantice los recursos necesarios para el funcionamiento y continuidad del MAFS.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Meta(s)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Resultados intermedios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medio de verificación</b>
Analizar el entorno gestor y las metodologías de evaluación del MAFS.	Para el primer trimestre de ejecución del proyecto, se realiza un mapeo de actores clave.	Cantidad de actores claves identificados	Entrevistas a actores clave Matriz de actores involucrados Protocolo del MAFS Guías de atención	Análisis de información de fuentes primarias; protocolo y guías de atención	Porcentaje de avance de análisis de la información.	Informes de ejecución de análisis de bases de datos
				Asignación de responsabilidades del proceso de evaluación a los actores clave	Cantidad de actividades asignadas a los actores clave	Matriz de asignación de responsabilidades
Construir la metodología de evaluación desde cada área del MAFS.	Para el primer semestre de 2025 se tiene construida el 100% de la metodología de evaluación de cada área del MAFS	Porcentaje de avance de construcción de la metodología de evaluación	Acta de aprobación del grupo primario Protocolo del MAFS Guía de metodología de evaluación	Definir los indicadores de gestión, procesos y resultados.	Batería de indicadores definidos para la evaluación del MAFS	Informes de gestión
Diseñar un sistema de monitoreo y seguimiento del MAFS.	Para el segundo semestre de 2025 se genera el documento de diseño del sistema de monitoreo y seguimiento del MAFS	Sistema de monitoreo y evaluación incorporado en el protocolo	Acta de aprobación del grupo primario Protocolo del MAFS	Definir el cronograma para diseñar el sistema de monitoreo y seguimiento del MAFS Asignar los responsables para el diseño del monitoreo y seguimiento del MAFS	Establecimiento del cronograma para diseño de monitoreo y seguimiento del MAFS. Actividades definidas en las guías de atención desde cada una de las áreas de intervención	Formato de cronograma diligenciado mes a mes  Actas de compromisos asignados  Guías de atención

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Organización Panamericana de la Salud. Una de cada 8 personas tiene obesidad [Internet]. 2024 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2024-cada-8-personas-tiene-obesidad>
3. UNICEF Colombia. Obesidad infantil [Internet]. [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/temas/obesidad-infantil>
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
5. Proantioquia. ¿Cómo va la primera infancia en Antioquia? 2023.
6. Universidad de Antioquia. PANA 2023 [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://nutricion.udea.edu.co/pana/2023/multimedia/>
7. Nazar G, Sáez F, Maldonado C, Mella J, Stuardo M, Meza D, et al. Intervenciones en obesidad infantil. Una revisión sistemática de la literatura. Hacia Promoc Salud. 2022;27(1):213-33.
8. Hernández MNG, Danieleles RNB. Eficacia de una intervención educativa escolar para la prevención de la obesidad infantil. NURE Investig [Internet]. 2024 [citado 8 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2431>
9. Mejía CM, Noreña C, Flórez SA, Marín A, Lopera VM. Evaluación de la intervención “Malnutrición por exceso de peso en la primera infancia” con base en el modelo de teoría del cambio, Medellín, Colombia, 2017. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2024];39(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-386X2021000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2021000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
10. Hospital Infantil Santa Ana. ¿Quiénes somos? [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalinfantilsantaana.org/quienes-somos/>

11. Fonseca Z, Quesada AJ, Meireles MY, Cabrera E, Boada AM, La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed*. 2020;24(1):237-46.
12. Abusabal A. Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños y niñas menores de 5 años, ENDES 2019 [Internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/3049/TL-Abusabal%20A-Ext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Fang X, Zuo J, Zhou J, Cai J, Chen C, Xiang E, et al. Childhood obesity leads to adult type 2 diabetes and coronary artery diseases: A 2-sample Mendelian randomization study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(32):e16825.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2465 de 2016 [Internet]. [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4908](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4908)
15. Gobierno de México. 3 pilares de la Estrategia Nacional para un México sin obesidad [Internet]. [citado 17 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.gob.mx/ejn/articulos/3-pilares-de-la-estrategia-nacional-para-un-mexico-sin-obesidad>
16. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional para detener la aceleración del sobrepeso y obesidad en NNA 2023-2030 [Internet]. [citado 17 de junio de 2024]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-DETENER-LA-ACELERACION-DEL-SOBREPESO-Y-OBESIDAD-EN-NNA-2023-2030\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-DETENER-LA-ACELERACION-DEL-SOBREPESO-Y-OBESIDAD-EN-NNA-2023-2030_.pdf)
17. Figueroa PEV, Sánchez IC, Arciniegas JA, Escobar F. Obesidad infantil: una amenaza silenciosa [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 412 de 2000 [Internet]. 2000. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%20N%200412%20DE%202000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%20N%200412%20DE%202000.pdf)
19. Ley 1355 de 2009 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37604>

20. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
22. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de Salud Pública. Medellín: CIB fondo editorial; 2021. 202 p.
23. Arenas Caruti D. Evaluación de programas públicos. Serie Gestión Pública, N° 87 (LC/TS.2021/31). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2021.
24. Caruti DA. Evaluación de programas públicos [Internet]. a Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2021. (87). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7b12c44a-f142-4687-9122-71d8c5c41dc0/content>
25. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ods.cr/es/objetivo/objetivo-2>
26. García, H. Auditoría en Salud. Fondo Editorial. Universidad CES, Medellín. 2008. Capítulo Auditoría de los Servicios de Salud. Páginas 99-109
27. Amaya, P. La evaluación de la gestión pública integrada a los procesos de planificación: su potencial como fortalecedora de la institucionalidad democrática. 2005
28. Peine, S.,(2019). Manual de Diseño e Intervención Organizacional. Serie Creación n°54.Centro de Investigación en Educación Superior CIES - USS; Santiago

## ANEXOS

### Matriz de priorización de problemas

NR O.	PROBLEMA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	% Motricidad
P1	En Antioquia la prevalencia del riesgo de sobrepeso en menores de 5 años es del 14,4%		1	1	1	0	1	0	0	0	0	4
P2	El MAFS tiene una tendencia en el tiempo a la atención a niños con sobrepeso y obesidad	1		0	0	0	0	0	0	0	1	2
P3	Los niños que ingresan al programa con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de enfermedades metabólicas	0	0		1	0	0	0	0	0	0	1
P4	La obesidad infantil y sus complicaciones conllevan altos costos para el sistema de salud	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
P5	El hospital Infantil Santa Ana no cuenta con plan de desarrollo	0	0	0	0		1	1	0	1	0	3
P6	El programa de atención MAFS no cuenta con la suficiente visibilidad territorial	1	0	0	1	0		1	0	1	1	5
P7	El sistema de evaluación del programa está enfocado en resultados y no en indicadores de impacto	0	0	0	0	1	1		1	1	1	5
P8	El MAFS no cuenta con un sistema de evaluación que permita dar cuenta de la capacitación y reinducción del personal nuevo o rotativo	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
P9	La operatividad del modelo de atención depende de recursos externos	0	0	0	0	0	1	0	0		1	2
P10	El MAFS no cumple con la cobertura esperada	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1
<b>Total dependencia</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>23</b>

### Gráfico MAE

