

La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno

Family as an Unclear Category in Primary Care in Chilean Health System

Dr. Daniel Egaña Rojas,^I Dra. Soledad Barría Iroumé^{II}

^I Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.

^{II} Universidad de Chile, Chile.

RESUMEN

Introducción: en salud, la constatación de que el individuo no es un ente exclusivamente biológico, se ha de incorporar en su análisis una dimensión psicosocial, la salud familiar releva la centralidad de la familia en la función reguladora de la salud. Sin embargo, se ha apuntado insistentemente en la dificultad de traducir estos planteamientos teóricos a la práctica clínica.

Objetivo: analizar el "modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" chileno a partir de la distinción entre familiares y la familia como un todo.

Métodos: revisión bibliográfica y análisis de contenido de documentos normativos producidos por el Ministerio de Salud chileno, referidos al "modelo de atención integral en salud", posteriores a la reforma de salud implementada en el año 2005.

Conclusiones: el Modelo en uso en Chile se basa en la salud Familiar pero su accionar se centra fundamentalmente en los familiares más que en la familia misma. De los instrumentos analizados, la Visita Domiciliaria Integral es la que más se acerca al trabajo real con la familia como unidad de intervención.

Palabras clave: salud familiar; familia; atención primaria de salud; sistema de salud chileno.

ABSTRACT

Introduction: In health terms, the realization that the individual is not a purely biological entity, has to be incorporated in a psychosocial dimension analysis. Family health relieves the centrality of family in the regulatory function of health. However, the difficulty of translating these theoretical approaches into clinical practice has been pointed out repeatedly.

Objective: Study the Chilean model of the comprehensive primary health care for family and the community from distinguishing between members of a family and families as a whole.

Methods: A literature review and content analysis was conducted on policy documents produced by the Chilean Ministry of Health, referred to the "model of comprehensive health care", after the health care reform implemented in 2005.

Conclusions: the Chilean model is based on family health but its actions are mainly focus in the members of the family rather than on the family itself. Out of the instruments used, Comprehensive Health Visiting is the closest to the actual work with the family as the unit of intervention.

Keywords: family health, family, primary health care, Chilean health system.

INTRODUCCIÓN

LA FAMILIA EN LA SALUD

Si bien en la imagen decimonónica del médico general ya se depositaba un saber y práctica sanitaria vinculada a colectivos familiares,¹ la emergencia de la especialización en las subdisciplinas durante el siglo xx relegó esta figura y su ejercicio a un segundo plano. Tímidamente, entre los años cincuenta y setenta del siglo pasado comenzó a resurgir un reconocimiento institucional a la importancia del trabajo del médico general, de cabecera y finalmente familiar, dando origen a la idea de una salud familiar. En términos amplios, como expone *Javier Santacruz*, el planteamiento que hay detrás de este impulso "se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo".² Asimismo, los avances de la epidemiología social, el conocimiento de los determinantes sociales de la salud, así como la importancia dada a la Atención Primaria de Salud (APS) contribuyeron a orientar la práctica hacia una salud familiar.

Ante este abandono de la idea de individuo como un ente exclusivamente biológico, en aras de incorporar en su análisis una dimensión psicosocial, la salud familiar revela la centralidad de la familia en la función reguladora de la salud. Como expone *Isabel Louro*:

"El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia fundamenta este principio, al incidir la familia directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones acerca de la

utilización de los servicios de salud, al tiempo que se constituye en la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad y muerte. Las relaciones familiares constituyen el vehículo mediante el cual se produce la acción reguladora de la familia en la salud, las cuales modulan las condiciones de adversidad y otras crisis que vive la familia. [...] La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocia de sus integrantes y de la vida social".³

Aunque estos supuestos gozan de aceptación pública, al menos desde los años ochenta, diversos profesionales de la salud han apuntado insistentemente en la dificultad de traducir estos planteamientos teóricos a la práctica clínica.⁴⁻⁷ A pesar de la evidencia que las investigaciones en salud familiar han aportado sobre su eficacia,⁸ la realidad muestra que las aproximaciones familiares y sistémicas a la enfermedad son escasas en la práctica profesional, prevaleciendo con persistencia –incluso en los profesionales de la salud familiar– aproximaciones curativas centradas en el individuo,⁷ aun fuertemente ancladas en un modelo biomédico. Ante esta situación cabe preguntarse ¿Qué ocurre en el sistema de salud público chileno?

El presente trabajo tiene como objetivo problematizar el concepto de familia al interior de la salud familiar. Se pregunta por la dificultad con que algunos principios teóricos que dan pie a esta área del conocimiento son traducidos a la investigación y la práctica clínica. A partir de la distinción entre familiares y la familia como un todo, analiza el "modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" chileno.

MÉTODOS

Para la revisión del concepto de familia en el modelo chileno, se realiza en primer lugar una revisión bibliográfica general del concepto de familia y luego un análisis de contenido de documentos normativos producidos por el Ministerio de Salud chileno. Se buscó revisar la noción de salud familiar utilizada y cómo se hace operativa en los servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención. El criterio de inclusión de los textos para la revisión fue: haber sido producidos por el Ministerio de Salud chileno, referidos al "modelo de atención integral en salud" que define el trabajo en el primer nivel de atención o atención primaria de Salud (APS), con posterioridad a la implementación de la reforma de la salud durante 2005. Se revisaron y analizaron seis documentos ministeriales de acceso público.

DESARROLLO

Pasar de la salud de individuos a salud de la familia no es un tránsito sencillo ni fácil. Resulta complejo identificar una sola causa que explique esta dificultad.

Es evidente que los sistemas de salud, los centros de salud, sus prácticas y tiempos de atención no están diseñados para un trabajo colectivo con un grupo familiar, y las experiencias nacionales donde sí existe el diseño institucional y arquitectónico, muestran que los programas de salud se enfocan en personas individuales, existiendo

una escasa costumbre -y probablemente aceptación- de consultas y trabajo con familias, tanto en el personal de salud como en la población usuaria, salvo en el requerimiento ineludible del acompañamiento de un niño. Existe así una distancia entre algunos supuestos generales de la salud familiar, a los que ya hemos aludido, y una conceptualización más refinada y operativa de la idea de familia que se emplea en la práctica clínica.

La familia como unidad de análisis

*Lawrence Ganong*⁹ plantea que la familia -como unidad de análisis, tanto para la práctica clínica como para la investigación en salud-, al ser un término de uso cotidiano, no suele ser sometido a una conceptualización y definición cuidadosa.

“En la práctica clínica como en los diseños de investigación cualitativa, puede ser útil aceptar definiciones idiosincrásicas de los miembros de una familia sobre quienes pertenecen a ella. Sin embargo, esta perspectiva es problemática para los investigadores cuantitativos de la familia y para la medición del fenómeno familiar, incluso cuando los investigadores mantienen orientaciones constructivistas donde no es importante que los encuestados piensen reflexivamente al momento de responder preguntas sobre sus familias, ya que la familia es una construcción de su realidad. [...] Como resultado de no ser claros en la conceptualización de la familia, uno de los problemas más comunes es que los investigadores no definen la familia en el mismo sentido que lo hacen los participantes del estudio”.⁹

Si bien la diferencia de definiciones que apunta *Ganong* alude a la dificultad de establecer cierto grado de objetivación en los límites de las conceptualizaciones subjetivas de familias, es necesario incorporar un nuevo nivel de complejidad al problema de establecer una definición de familia consensuada entre analistas, practicantes y pacientes. Como ha mostrado ampliamente la literatura, desde hace varias décadas, las familias han diversificado enormemente su estructura y funcionamiento.¹⁰⁻¹² Lo que la sociedad occidental “industrial” estableció como familia nuclear “normal” -conyugalidad heterosexual y descendencia acotada- ya no encuentra asidero en gran parte de la población. Nuevos patrones de parentalidad, alianza, filiación y fraternidad, así como el reconocimiento de nuevas identidades sexuales (homosexuales, bisexuales, heterosexuales) y de género (masculinidades y feminidades transgénero, masculinidades y feminidades cis), han obligado a diversificar lo que entendemos por familia. Otro tanto sucede con fenómenos globales que impactan sobre las concepciones de la familia actual, como las migraciones, sean voluntarias o forzadas, que redefinen las redes sociales y familiares.

Incorporar esta diversidad a las reflexiones y práctica de la salud familiar debiera no sólo despertar una mayor sensibilidad respecto a las definiciones que los profesionales emplean sino también al modo en que las familias se vinculan y son atendidas por los servicios de salud. Como plantea *Ana Velandia*, “los tipos de familia y sus modificaciones tienen importancia en lo que se refiere a la salud de las personas que la componen e influyen en el uso de los servicios de salud. De igual manera, la salud también tiene una relación significativa con la organización y las actitudes familiares e influye en la respuesta de la familia a los cambios”.⁵

Ahora bien, más allá de que las definiciones de familias concretas con que profesionales de la salud e investigadores trabajen, existen distinciones teóricas que dan cuenta de la dificultad en la implementación de los supuestos de la salud familiar en la práctica clínica.

Adaptando a las familias algunos principios de la teoría general de sistemas enunciada por *Ludwig Von Bertalanffy*,¹³ la salud familiar adscribe la idea de que entre individuos y familia, entre las partes y el todo, existe una diferencia cualitativa. Por ello hay consenso en que existe una relación irreductible y mutuamente recursiva entre los miembros de la familia y la familia como totalidad, la cual co-evoluciona a lo largo del tiempo.

Asimismo, en términos generales, hay relativo acuerdo de que la relación entre ciertas enfermedades individuales y la familia es doble: por una parte la familia se ve afectada por la patología del individuo, pero también influye positiva o negativamente en el surgimiento, evolución, desarrollo y resolución de la misma. Así, la familia afecta al individuo en dos sentidos: en primer lugar, el clima emocional familiar tiene impacto directo en la psicología del paciente, y en segundo lugar, la forma en que los miembros de una familia responden a una enfermedad y su involucramiento en la gestión de la enfermedad, afecta a las conductas de autocuidado del paciente.¹⁴

Esta nitidez teórica, sin embargo, no siempre se corresponde con la investigación y la práctica clínica en salud familiar, donde suele haber poca claridad respecto al objeto a favor de lo que Carole Robinson denomina una "mentalidad holística difusa".¹⁵ Por esta idea se alude a la confusa diversidad de significados que encierra el adjetivo "familiar" en la investigación y práctica en salud, donde es usado indistintamente para referirse a un enfoque, a una totalidad o a un contexto, entre otros.

*Suzanne Feetham Robinson*¹⁵ distingue entre dos niveles analíticos de investigación y práctica clínica: la investigación de (/trabajo con) familia y la investigación de (/trabajo con) familiares. La diferencia entre ambas es que mientras la primera se centra en la familia como un todo, como una unidad, la segunda se orienta a trabajar con miembros individuales de una familia.

La importancia de esta distinción es que permite pensar, al interior de una salud familiar, dos niveles de investigación y práctica. Por una parte, aquel trabajo con individuos particulares que, en tanto sujetos sociales, se encuentran inmersos en un contexto familiar que impacta sobre su salud; y por otra, aquel trabajo con familia, pensada como una totalidad, distinta a cualquier suma de sus partes, y por lo tanto con dinámicas propias de salud y enfermedad, la que sin embargo también posee un entorno social mayor que impacta sobre estas. La distinción, por tanto, no establece jerarquías valóricas, sino que diferencia entre un trabajo con individuos y otro propiamente familiar.

¿Cómo opera la noción de familia en las intervenciones del sistema de salud público en Chile?

Una breve revisión de distintos documentos elaborados por el Ministerio de Salud de Chile (Minsal)¹⁶⁻¹⁹ permite constatar que el llamado "enfoque familiar" reproduce la difusa mentalidad holística de la que nos habla *Robinson*. Perteneciente a un modelo integral de atención en Salud, el enfoque familiar se ha venido desarrollando gradualmente desde los años noventa, pero es a mediados de la década pasada que se hace explícito en documentos normativos.

Es en el marco de la reforma de salud que el Minsal elabora diversos documentos que apuntan a entregar criterios de implementación de la misma. De este modo, publica en 2005 el primero de una serie de cuadernos, el cual titula *Modelo integral de atención en salud*. Aquí, se utiliza indistintamente los conceptos de "enfoque familiar" y "enfoque de salud familiar" para dar cuenta que éste "permite conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus

miembros".¹⁶ Aunque el documento dedica sólo dos párrafos al "enfoque de salud familiar", planteando que la salud de los familiares interactúa con la familia, algunas páginas más adelante introduce la noción de un "modelo de salud familiar" donde explícitamente plantea que "la unidad de atención es la familia",¹⁶ omitiendo a los individuos en tanto familiares. Esta noción ambivalente del sentido de la familia y lo familiar se reproducirá de alguna u otra manera en los distintos documentos que suceden a éste.

Con la publicación del *Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria*,¹⁷ el "enfoque familiar" es redefinido. En este documento tres perspectivas son fundamentales para su definición:

1. Incluye a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo.
2. Involucra a la familia como parte de los recursos que los individuos tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud.
3. Introduce a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta al individuo. Cualquiera de los aspectos mencionados implica considerar a la familia como sistema en el que están insertos los individuos y por tanto los define.¹⁷

Nuevamente la familia del "enfoque familiar" remite indistintamente a un doble sentido: por una parte, es un marco de referencia para la comprensión del individuo y por tanto un recurso de su salud; pero por otra, es una unidad de cuidado en sí misma, es decir, es entendida como una totalidad susceptible de un trabajo terapéutico. Si bien esta polivalencia de significados es propia del enfoque y en este documento queda claramente establecido, su traducción a la práctica clínica (y la investigación) no se presenta con la misma claridad. Como veremos más adelante, la mayoría de los instrumentos propuestos por el Minsal para la ejecución del enfoque suelen apuntar al primer sentido de la familia, es decir, como contexto inmediato de los familiares.

Probablemente el documento del Minsal que más reflexiona sobre el sentido e implementación del "enfoque familiar" sea el texto *En el camino al centro de salud familiar*.¹⁸ Aquí, al igual que en los textos anteriores, enfoque familiar mantiene la polivalencia de significados: por una parte, la familia se entiende como un marco de referencia para una mejor comprensión de la salud y enfermedad del individuo; pero por otra, la familia es pensada como una unidad de cuidados en sí misma. Lo interesante de este documento es que busca ahondar sobre la aplicación del enfoque en el marco del centro de salud familiar. Para ello reconoce que la relación entre familia y salud constituye una dimensión abierta sobre la que los equipos técnicos deben reflexionar. Sin perjuicio de lo anterior, y siguiendo un modelo sistémico de intervención, el documento plantea que la familia:

"Como todo sistema cumple con el principio de equifinalidad, esto quiere decir que no importando dónde intervengamos, se producirán efectos a nivel del sistema familiar. Lo que define la intervención como familiar es el foco y no la cantidad de personas presentes. Por eso el carácter de familiar de la consejería no está dado por la presencia de más de un integrante de la familia sino por el objeto de la misma. La acción pretende desde uno o más miembros poner el foco en el cambio del sistema familiar".¹⁸

No deja de ser curioso que bajo una lectura laxa del concepto de equifinalidad, la intervención en el sistema familiar suprime la distinción entre el individuo en tanto familiar y la familia como una totalidad diferente a la suma de sus miembros, reforzando la idea de una mentalidad holística difusa. Asimismo, esto produce la impresión que el actuar sobre la familia como totalidad es sólo el producto de una voluntad del equipo de salud que centra el foco en ella y no el resultado de una distinción cualitativa.

Esta perspectiva es retomada en el documento *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*, elaborado por el Minsal junto a la OPS.¹⁹ Siguiendo la línea del texto anterior, el enfoque familiar se traduciría a la ejecución de un conjunto de actividades "orientadas a" la familia. Sin embargo, distingue –en un sentido similar al de Robinson– entre actividades indirectas y directas: donde las primeras van desde el individuo a la familia, mientras que sólo las segundas trabajan con la familia en tanto unidad. Es decir, las primeras implicarían un trabajo con familiares mientras que solo las segundas apuntan a un trabajo con la familia como un todo. Esto último, no obstante, no está dirigido a todas las familias, sino a un segmento conformado por aquellas que poseen un determinado riesgo biosicosocial.

Siguiendo el trabajo de *Baird y cols.*²⁰ sobre niveles de intervención en las prácticas de médicos de familia, el documento del Minsal/OPS revisa cinco niveles de intervención que van desde el "mínimo énfasis" hasta la "terapia familiar" (pasando consecutivamente por "información y consejería informativa", "sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis" y "evaluación funcional e intervenciones planificada"). Afirma que sólo los cuatro primeros pueden ser llevados a cabo por los equipos de APS, condicionando la quinta (la "terapia familiar") a la presencia de profesionales de nivel secundario en el Centro de Salud Familiar (CESFAM). Asimismo, plantea que –en términos generales– de los cinco niveles solo desde el cuarto nivel se iniciaría un trabajo que superaría el caso índice (es decir, el trabajo con familiares), para dar pie a un trabajo con la familia como totalidad.

Aunque el documento del Minsal/OPS no entrega estadísticas para Chile, el trabajo de *Baird y cols.*²⁰ plantea que de 200 consultas médicas estudiadas, el 99,5 % se mantuvo en los tres primeros niveles de intervención. Y si bien esta investigación se realizó en Estados Unidos durante los años noventa, los autores del documento asumen estas estadísticas como homologables a la realidad chilena. De este modo, el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria que propone el documento del Minsal/OPS, reconoce implícitamente que el trabajo del profesional de la salud especialista en familia, sea médico u otro, prácticamente no se realiza sobre la familia, entendida como totalidad irreductible, sino sobre familiares, como individuos particulares que pertenecen a un colectivo mayor.

Algo similar ocurre con los instrumentos que la salud familiar utiliza. Por lo general, los instrumentos empleados en el modelo de salud familiar cumplen una doble función: por una parte identifican el riesgo potencial, es decir, operan como un apoyo de diagnóstico; pero por otra parte sirven como tamizaje de las familias con mayor riesgo biosicosocial. En este sentido, en principio no buscan trabajar directamente sobre la familia como totalidad, sino producir información sobre ésta, la cual suele traducirse a representaciones gráficas. Es importante destacar, sin embargo, que estos instrumentos operan de forma complementaria, pudiendo producir a la larga en la perspectiva del investigador o el profesional de la salud una imagen de la familia como totalidad.

El documento del Minsal/OPS describe ocho instrumentos para el abordaje de la familia, a saber, Genograma, Línea de vida familiar, APGAR familiar, Círculo familiar, Ecomapa, Mapa de redes, PRACTICE y FIRO. Concordante con los niveles de intervención anteriormente referidos, la mayoría de estos instrumentos –los seis primeros– son desplegados en el trabajo del profesional de salud con un solo familiar, el caso índice. Por ello no entregan un diagnóstico sobre cómo la familia se piensa a sí misma, cómo fija sus límites o cómo establece sus relaciones, sino que dan cuenta de la estructura y funcionamiento, así como otras informaciones de la familia “tal como es percibida por el miembro”¹⁹ al que se le aplica el instrumento.

Sólo dos de estos instrumentos, PRACTICE y FIRO, buscan pensar la familia desde un enfoque sistémico independiente de la perspectiva subjetiva de un familiar. Sin embargo, no lo hacen mediante un trabajo con la familia como colectivo, sino que sistematizan la información obtenida de los otros instrumentos, así como aquella que se desprende de las fichas médicas de cada miembro de la familia y otros datos a los que tenga acceso el personal de salud.

Ahora bien, además de los instrumentos de diagnóstico y tamizaje que hemos revisado, ¿en qué consisten las intervenciones realizadas hacia la familia?, ¿cuánto de la práctica en realidad está direccionado solo al caso índice y cuánto a la familia?

El documento del Minsal/OPS enumera, en su anexo 6, diecinueve intervenciones a las familias. De ellas, diez son visitas domiciliarias. Las demás se refieren a Intervenciones Preventivas o Terapéutica especialmente direccionadas a casos de riesgo como violencia, depresión, consumo tabaco o drogas, abuso sexual, entre otros.

Las visitas domiciliarias se originan en los años treinta y son probablemente una de las principales instancias en que los profesionales de salud pueden interactuar en una intervención planificada con la familia como unidad. “La visita domiciliaria es considerada como una acción relevante dentro del trabajo del equipo de salud, pues permite conocer a la familia en sus reales condiciones de vida y observar la interacción familiar directamente. Permite, además, conocer a los integrantes de la familia que no llegan a las instituciones por diversas razones, ya sea debido a dificultades de desplazamiento o por sentirse extraños en el ambiente institucional”.²¹

Las visitas domiciliarias integrales (VDI) para el desarrollo biosicosocial de la infancia y para la atención domiciliaria a personas con dependencia severa^{21,22} son buenos ejemplos de búsqueda de conocimiento de la familia y de intervenciones que pueden ir más allá del solo caso índice. En el caso de estas últimas, la visita se enmarca en un proceso mayor de atención domiciliaria integral, el cual contempla “acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia o de usuario. Esta permite establecer una interacción con uno o más miembros de la familia, con el cuidador y su entorno; tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas bio-psico-socio-sanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral”.²²

Mientras las intervenciones a las familias que se realizan en los CESFAM generalmente consideran solo al caso índice y muy ocasionalmente dos miembros de éstas, las VDI suponen un mayor acceso a la familia como unidad. Sin embargo, esto no pasa de ser un supuesto. Si bien las orientaciones técnicas insisten en que las intervenciones deben ser transdisciplinarias, de acuerdo con una óptica biosicosocial, éstas suelen poner poco énfasis a que el ámbito de acción debiera superar la sola intervención del caso índice para abordar a la familia como unidad.

Asimismo, aunque el desplazamiento de los profesionales de la salud al domicilio busca una mayor aproximación a la totalidad de la familia, hay que tener claro que domicilio, hogar y familia no necesariamente son equivalentes. Por ello es pertinente distinguir cuando hablamos de familia si nos referimos a la totalidad de vínculos afectivos/parentesco/alianza y si sólo hablamos del hogar donde se cohabita.

Conclusiones y Reflexiones

Hemos revisado la definición de familia como centro de la "salud familiar", distinguiendo lo que es la preocupación por los familiares de la familia como un todo, en tanto centro de atención. Nos preguntamos por qué tiende a primar aquella *difusa mentalidad holística*, en desmedro de la operacionalización de los principios teóricos que dan pie al enfoque familiar de la salud familiar.

La distinción de *Robinson*,¹⁵ a la que hemos aludido, permite pensar más claramente en qué medida se recurre a la idea de familia al interior del sistema de salud (y específicamente en la APS) en Chile. Aunque la familia ocupa un rol central en el modelo de atención integral de salud, no siempre está identificado qué papel juega en la salud de la población. Como vimos anteriormente, desde los enfoques sistémicos de los años 50 hay relativo consenso que familia e individuo poseen realidades ontológicas cualitativamente diferenciadas; y que, por lo tanto, cada una de ellas debiese poseer una salud propia.

Hemos encontrado que, para la realidad chilena, la salud familiar se ha traducido, principalmente, en un enfoque que ha guiado la implementación de los Centros de Salud Familiar. La mayor parte de los instrumentos normativos del Ministerio no están orientados a trabajar con familias, entendidas como colectivos unitarios, sino con individuos específicos en tanto miembros activos de una familia, es decir, con familiares. Esta distinción genera constantes confusiones a nivel conceptual sobre el significado de una salud familiar aún cuando no tenga una repercusión negativa en lo clínico.

El actual sistema de salud en Chile recurre a la idea de familia, más que como una categoría autónoma, como un elemento contextual que determina el entorno biosicosocial del individuo. En este sentido, el trabajo con familia como totalidad constituye una instancia cuantitativamente menor de todo el trabajo que realiza el sistema de asistencia de salud. Una de las razones de esto es la optimización de recursos. Trabajar con familia es considerablemente más caro para el sistema de salud. Por ello, gran parte de los instrumentos que emplea la salud familiar cumplen una función de tamizaje de familias, midiendo el nivel de riesgo que las mismas poseen, a fin de focalizar las posteriores intervenciones.

El trabajo principal que se realiza en los Centros de Salud Familiar es, por tanto, con familiares. Así, la centralidad conceptual de la familia se traduce a una marginalidad de la misma en la práctica clínica. El profesional de la salud suele interactuar sólo con el caso índice. Pero incluso en los niveles más altos de la escala de intervención propuesta por *Baird y cols.*,²⁰ los profesionales no siempre acceden a la familia como unidad, sino sólo a algunos de sus miembros en tanto familiares.

Esta distancia responde a múltiples factores. Desde luego, como ya apuntamos, al costo, pero también a los tiempos que asigna el sistema de salud a cada atención. Asimismo subsiste tanto en los pacientes como en los profesionales una fuerte concepción biomédica de la APS que dificulta un trabajo más colectivo planteado por la salud familiar. Por último, el trabajo con familias no sólo supone un colectivo que recibe la atención, sino también un grupo multidisciplinar de profesionales que en su

expresión mínima es una dupla bio-sicosocial, los cuales junto a su formación clínica-terapéutica individual debiesen poseer conocimientos especializados para el trabajo con colectivos. En este sentido, una cosa es tener conocimiento sobre el modelo de salud familiar y comunitaria, y otra es poseer las herramientas y competencias para el trabajo con una familia como totalidad.

Por su parte, las VDI son probablemente la instancia en que el modelo se aproxima con mayor éxito a la idea de un trabajo con la familia. Aunque en la práctica no siempre es así, ésta supone la constitución de equipos biosociales que mediante el acceso al hogar realizan un trabajo con la familia. Sin embargo, como planteamos, incluso el criterio del hogar puede o no ser equivalente al de la familia, en dos sentidos. En términos censales la idea de familia queda supeditada a la de hogar. Así, toda familia constituye un hogar pero un hogar puede contener más de una familia.²³ Sin embargo, en tanto condicionante de la salud, la no correspondencia puede invertirse y la familia exceder a un hogar o domicilio físico.

Pues bien, la revisión de cómo opera la idea de familia en el modelo de salud familiar y colectiva de la APS chilena, permite observar cierta confusión conceptual en torno al uso que se le da a la familia en el sistema de salud y en la investigación.

Un mismo significante concentra indistintamente significados que, al menos teóricamente, debiesen estar diferenciados. Por "trabajo con familias" se entiende indistintamente tanto el trabajo con familiares e individuos pertenecientes a una unidad familiar, como el trabajo propiamente con familias entendidas como un colectivo unitario, como una totalidad. Asimismo, incluso cuando el modelo de salud familiar y comunitaria contempla el trabajo con familia, por ejemplo mediante la VDI, tampoco se asegura que este efectivamente ocurra, pues en muchas ocasiones el trabajo con familiares sólo se desplaza al domicilio del paciente.

De ninguna manera planteamos que el trabajo con familiares en ámbitos como el fomento, protección, recuperación o rehabilitación de la salud sea menos efectivo que el trabajo con familia. Sino más bien, que la distinción implícita en la salud familiar no logra su operatividad en parte porque los equipos clínicos e investigadores de salud son poco sensibles a ella.

Por el contrario, creemos que tomarla en serio implica abrir un campo de la salud que hasta el momento no ha sido suficientemente trabajado. Si, como plantea la teoría de sistema que fundamenta parte de la salud familiar, individuo y familia poseen dimensiones ontológicas cualitativamente diferenciadas, el trabajo y la investigación de la familia -como ente colectivo de salud- debería responder a la misma diferenciación. Esto implica ser rigurosos con la idea de que la familia como unidad de análisis es diferente de los individuos que, en tanto familiares, la componen. Y que por lo tanto, como plantea *Isabel Louro*, posee condicionantes que les son propias:

"La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsociedad en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que

devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social. En la salud de la familia se sintetiza el legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural del ámbito de su existencia. No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una condición que se alcanza por adición de condiciones individuales y no equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en los miembros de la familia. Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones debido a las influencias de cambio de los factores que la condicionan.”³

Si esto es cierto, esta nueva dimensión de análisis e investigación de la familia como entidad propia podría ayudarnos a ingresar en nuevos campos de conocimiento y de comprensión acerca de las condicionantes de salud, adicionales por ejemplo a las que hoy conocemos como determinantes sociales. Podemos preguntarnos si corresponde agregar a la ecuación “enfermedad y población” como objeto de análisis epidemiológico²⁴ también la noción de familia. En vez de series como sexo o edad, debiéramos incluir quizás tipologías familiares-biparentales, homoparentales, monoparentales - estructuras y relaciones de género al interior de las mismas o la etapa en que se encuentra en el ciclo vital familiar. Abrirse a esta nueva posibilidad sin embargo no es fácil, pues la complejidad familiar supera probablemente las capacidades de muchos equipos de salud y obliga a acentuar una multidisciplinariedad en su estudio y trabajo clínico.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos al grupo de lectura y discusión de temas de familia del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile. Además la lectura atenta y los comentarios de Reinaldo Muñoz, Clarisa Ahumada, Ximena Cecchi e Ivonne Ahlers.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez J. La medicina familiar en México y el mundo. Arch Med Fam. 2003;5(4):136-9.
2. Santacruz J. La Familia Unidad de Análisis. Rev. Med. IMSS (Mex) 1985;21(3):348-57.
3. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cub Salud Pública 2005;31(4):332-37.
4. Gilliss C. The family as a unit of analysis: strategies for the nurse researcher. ANS Adv Nurs Sci. 1983;5(2):50-9.
5. Velandia A. Conceptualización sobre la familia dentro del enfoque de la medicina social. Av Enferm. 1994;XII(2 y 3):9-15.
6. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cub Salud Pública 2003;29(1):48-51.

7. Vivar C. The family as a unit of analysis: a challenge for nursing. Invest Educ Enferm. 2013;31(3):339-40.
8. Chesla C. Do Family Interventions Improve Health? J Fam Nurs 2010;16(4):355-77.
9. Ganong L. Selecting Family Measurements. J Fam Nurs 2003;9 (2):184-205.
10. Beck-Gernsheim E. La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia. Barcelona: Paidós; 2003.
11. Valdés X. Familias en Chile: rasgos históricos y significados actuales de los cambios. Santiago: CEPAL; 2004.
12. Valdés X. Notas sobre la metamorfosis de la familia en Chile. Santiago: CEPAL; 2007.
13. Bertalanffy L. General system theory; a new approach to unity of science. Hum Biol. 1951;23(4):302-12.
14. Hartmann M, Bözner E, Wild B, Eisler I, y Herzog W. Effects of Interventions Involving the Family in the Treatment of Adult Patients with Chronic Physical Diseases: A Meta-Analysis. Psychother Psychosom. 2010;79:136-48.
15. Robinson, C. Unifying Distinctions for Nursing Research with Persons and Families. J Fam Nurs 1995;1(1):8-29.
16. MINSAL. Modelo de Atención Integral en Salud. Cuaderno Modelo atención Nº 1. Santiago: Gobierno de Chile; 2005.
17. MINSAL. Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Santiago: Gobierno de Chile; 2008.
18. MINSAL. En el camino al centro de salud familiar. Santiago: Gobierno de Chile; 2008.
19. MINSAL-OPS. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago: Gobierno de Chile; 2013.
20. Baird MA, Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ. Levels of physician involvement with patients and their families. A model for teaching and research. J Fam Pract. 1994 Dec;39(6):535-44.
21. MINSAL. Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. Santiago: Gobierno de Chile; 2009.
22. MINSAL. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa. Santiago: Gobierno de Chile; 2014.

23. CEPAL. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos. Santiago: CELADE/CEPAL; 2011.
24. Almeida N. Epidemiología sin números. Paltex N° 28. Washington: OPS; 1992.
25. Pusche K, Téllez A, Montero J, Brunner A, Peñaloza B, Rojas MP, Poblete F, Pantoja T. Hacia un Nuevo modelo de atención primaria en salud. Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estud Publicos*, 2013;130(otoño):23-52.

Recibido: 11 de febrero de 2015.
Aprobado: 3 de abril de 2015.

Daniel Egaña Rojas. Doctor en Antropología Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (México). Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Gran Avenida 3100, CP: 8900085, Santiago.
E-mail: danielegana@med.uchile.cl