



# CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE FAMILIA DENTRO DEL ENFOQUE DE LA MEDICINA SOCIAL

Ana Luisa Velandia Mora\*

## Introducción

**H**ablando en forma general, la salud de la persona representa por sí misma el producto de las interacciones del substrato biológico del organismo, en su unidad con factores socio-económicos y ecológico-naturales del medio (Izutkin, citado por Velandia) (1).

En consecuencia, la salud representa un reflejo total y sumatorio, no sólo del bienestar físico, del desarrollo material, sino también del carácter del régimen socio-político, del nivel de su democratización y de las ideologías dominantes, así como de un complejo conjunto de interrelaciones sociales. Esto significa que la salud de las personas se puede entender como resultante de los factores sociales que caracterizan la calidad de vida de las personas en una u otra sociedad.

De allí que no se pueda analizar la salud de las personas separadas de sus condiciones de vida, y en general, de todas aquellas condiciones sociales en las cuales se encuentra inmersa la población de uno u otro país o región. Y de ahí, que cada día haya más profesionales de la salud que consideren que

todo problema de salud no es sólo un problema individual sino también un problema de su grupo familiar.

Pero para poder involucrar a la familia en la solución de los problemas de salud de sus miembros es necesario conocerla. Y para conocerla, es necesario desarrollar, entre otras cosas, instrumentos válidos para "diagnosticarla" y técnicas adecuadas para abordarla cuando uno de sus miembros necesita de atención de salud (Velandia, 1987) (2).

Es por ello que este trabajo incluye el análisis de: el papel histórico-social de la familia, la relación calidad de vida-nivel de salud, la familia como objeto y sujeto de acciones de salud, la familia como unidad de análisis en investigaciones de salud, estudios sobre la familia en América Latina y en Colombia, algunos problemas que plantea su investigación: conceptuales, metodológicos y especialmente de indicadores y, finalmente, algunas reflexiones personales sobre el tema.

## Papel Histórico-Social de la Familia

Históricamente la familia es un sistema de interrelaciones entre cónyuges, padres e hijos. La necesidad de este grupo está condicionada por las demandas de la reproducción biológica y social de la sociedad.

\* L.E., M.A., Ph. D. Profesora Titular, D.E., Profesor Emérito Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

## FUNCIONES DE LA FAMILIA

Para	HORWITZ	YURKIEVICH	O.M.S.	FLORENZANO (Subsistemas)	URIBE-CEILIS
SOCIEDAD	Socialización	Educativa	Estructuras de socialización	Comunicacional	Procreación y socialización del niño
INDIVIDUO	Relación con el sistema social	Económico Administrativa	Relación con la comunidad	Cuidados mutuos (apoyo social)	Contribución a la vida socio-económica
SOCIEDAD	Satisfacción de necesidades sexuales y reproductivas	Demográfica	Comportamiento reproductivo	Sensorial-sexual	Satisfacción sexual de la pareja
INDIVIDUO	Desarrollo de una base emocional	Psico-emocional	Desarrollo emocional	Afectivo empático	Seguridad psicológica de la pareja
INDIVIDUO					Protección del infante

## Funciones de la Familia

Muchos opinan que “la civilización actual está destruyendo la familia”, nada de eso, yo creo –con Riurikov– (citado por Velandia, 1982) (3), que lo que ocurre es que se están transformando las obligaciones familiares y surgen nuevas formas de organización; pero el grupo es tanto o más importante que antaño.

En general los autores hablan de cuatro funciones (áreas o subsistemas de funciones), y algunos las clasifican en dos grandes campos: funciones que la familia realiza para la sociedad y funciones de la familia para los individuos. En el cuadro anexo se hace un resumen comparativo de las funciones familiares según Horwitz, Yurievich, la CMS, Florenzano y Uribe Celis (Velandia, 1989) (4).

## Relación calidad de vida - nivel de salud

Las condiciones inadecuadas de existencia determinan mayores riesgos de enfermar o morir, como se observa al analizar las condiciones de vida y su influencia en el nivel de salud del conjunto de la familia o de algunos de sus miembros (Velandia, 1983) (5), (Velandia, 1988) (6).

De ahí que la salud no es un problema médico-clínico, sino, definitivamente, un problema político. Los niveles de salud son un reflejo de las condiciones materiales de vida y éstas no se dan en el vacío, pues tienen que ver con las condiciones socioeconómicas y políticas de cada país. Biológicamente la familia dota al individuo de sus genes, pero cada ser humano es el producto combinado de la interacción entre su herencia genética, sus experiencias familiares y su medio ambiente social y ecológico (Lisitsin, citado por Velandia, 1982), (3).

Sin embargo, la premisa sostenida hasta hace algún tiempo (Velandia, 1983) (1), en el sentido de que “el estado de salud de la población constituye el indicador más fiel del nivel general de desarrollo de un país”, puede dar lugar a confusiones, ya que el desarrollo socioeconómico definido por variables tradicionales de crecimiento económico, no significa una necesaria mejoría de la calidad de vida, sino que este tipo de desarrollo puede incluso ocasionar la aparición de circunstancias negativas, tanto en el trabajo, cuanto en el consumo de los habitantes de una zona (Breilh y Granda, 1982) (7).

La inconsistencia fundamental de aquel planteamiento, radica en las concepciones idealistas de la epidemiología tradicional (que desafortunadamente continúa enseñándose en muchas facultades de salud), las cuales consideran a la sociedad como todo homogéneo, en estado de equilibrio y exento de contradicciones en donde se piensa que el aumento

de la productividad y riqueza generados por la modernización y el crecimiento del aparato industrial “beneficia a todos”, en función de que la riqueza se distribuiría a toda la población, según lo estarían demostrando los crecientes “promedios per cápita”, de ingreso y producción, como indicativos de un mejor nivel de vida (Velandia, 1988) (8).

Rosen en su artículo: “¿Qué es la medicina social?”, al delimitar su alcance lo hace en términos de tres aspectos sociológicos significativos, uno de los cuales es la salud como un valor social. Y el considerar la salud como un valor social, naturalmente esto implica una comprensión de la jerarquía de valores de nuestra sociedad, y del lugar que ocupa la salud como un valor en los diferentes grupos sociales (Rosen, citado por Velandia, 1991) (9).

El concepto “calidad de vida” hace referencia a múltiples aspectos de la vida del hombre. Los expertos de las Naciones Unidas han identificado nueve (9) componentes del “nivel de vida”, concepto que algunos asimilan a calidad de vida, aun cuando aquél pareciera relacionarse más con “consumo” y por ello preferimos el de calidad de vida. Dichos componentes se hallan en relación de interdependencia y serían: salud, educación, trabajo, vivienda, vestido, alimentación, recreación, libertades humanas y seguridad social (Velandia, 1989) (4), (Velandia, 1988) (6).

Emilio Quevedo considera que la idea de clasificar las enfermedades en agudas y crónicas según fueran producidas por el ambiente o por el “estilo de vida” del paciente, condujo a dos tipos de prácticas preventivas históricamente importantes, la higiene pública y la higiene privada. La primera implicaba el control de las condiciones ambientales y la segunda, la educación personal y la “urbanidad”, para asegurar una vida dentro de los patrones correctos de la vida urbana, evitando los excesos que pudiesen conducir a la enfermedad. Recordemos aquí que muchas normas de nuestra famosa “Urbanidad de Carreño”, son ante todo medidas profilácticas para evitar el contagio, tal como se entendía por la época en que se escribió.

De allí, Quevedo considera el “Mito del Estilo de Vida”, como una prolongación de la idea hipocrática del régimen, que iba más allá de los alimentos hasta el régimen “de vida”. Y aun cuando esta idea también aportó a la reclasificación de la enfermedad y a su manejo, su persistencia acrítica en la actualidad centra el problema en el comportamiento “individual” sin comprender las relaciones de éste con la cultura como receptáculo social general de dicho comportamiento (Quevedo, 1992) (10).

De tal manera, uno de los hitos de mayor importancia en la evolución de las ideas sobre salud, ha sido

el reconocimiento de que las condiciones sociales, económicas y políticas, y no solamente "el comportamiento individual", tienen efecto determinante sobre el estado de salud de las personas. A medida que se avanza en este tipo de análisis, la institución social de la familia entra a ocupar un papel central, porque ella es quien mejor refleja y condensa la compleja interrelación entre el individuo y su medio social inmediato (Velandia, 1991) (11).

### **La familia como objeto y sujeto de acciones en salud**

Se reconoce cada vez más, que si la familia es una unidad de vida, también debe ser una unidad de enfermedad. Incluso, algunos llegan a considerarla como destructora, como Cooper en "La muerte de la familia", donde dice: "La unidad familiar nuclear burguesa se ha convertido en este siglo en la imagen más perfecta del no-encuentro" (Cooper, 1979) (12).

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.

La familia es uno de los componentes básicos de la red o sistema de apoyo social. Entre los servicios que las familias intercambian entre sí figura la ayuda en caso de enfermedad y crisis. Esto nos recuerda la función de cuidados mutuos de que habla Florenzano, entre los cuales está el cuidado y protección de los miembros enfermos y dependientes.

Con frecuencia muchos episodios de enfermedad por diversas razones no llegan al dominio profesional y cuando lo hacen las decisiones acerca de cuándo y a quién consultar, la adhesión al tratamiento y su cumplimiento permanecen en el contexto familiar.

Si bien es cierto que la familia ha ido transformando muchas de sus funciones, continúa asumiendo un peso importante en el cuidado de la salud. La contribución del grupo familiar es particularmente importante en el tratamiento de las enfermedades crónicas que requieran cuidado continuo y prolongado y cuya prioridad es hoy día creciente. Cada vez se acortan más los períodos de hospitalización por parto, intervenciones quirúrgicas y episodios de enfermedad mental, considerándose beneficioso para el paciente el retorno precoz a su ambiente familiar. El alto costo de los servicios de salud y la tendencia a los sistemas de medicina prepagada, seguramente incentivarán estos procesos de atención domiciliaria en salud (Velandia, 1989) (4).

Según la CMS entre los problemas de salud que probablemente serán modificados de manera considerable por un procedimiento complejo de base familiar, figuran la higiene materno-infantil, todos los aspectos de la salud mental, los problemas de la ancianidad y la asistencia terminal, así como la prestación y la utilización de los servicios de salud (CMS, 1976) (13).

Además, para cumplir los principios de la seguridad social en cuanto a la atención de salud se refiere, es indispensable que la práctica de salud no considere exclusivamente los aspectos curativos, sino que se practiquen "sin diferencia de prioridad", todas las medidas de promoción de la salud, de prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades no sólo físicas, sino emocionales y sociales que dentro de un marco adecuado de prestaciones contribuyan eficazmente a un nivel óptimo de salud.

No obstante que en la actualidad se habla de "salud familiar", e incluso existen ya varios postgrados sobre el área en América Latina; en la parte asistencial se observa que se han extendido los servicios a algunos miembros de la familia (del trabajador), pero todavía no al grupo familiar como tal. Además, el concepto de grupo, tanto del objeto como del sujeto, de quienes reciban y dan el servicio, es decir la indispensable interdisciplinariedad de la salud familiar, ha estado en general ausente, en la práctica de este sistema.

Por otra parte, analizando las pocas experiencias existentes, la organización de los servicios ha estado a cargo básicamente, del llamado médico familiar que, en términos generales, no es más que un medio de consulta externa que busca una mayor cobertura de servicios médico-asistenciales, es decir, atención de salud de tipo curativo a más individuos, pero no a grupos familiares. (Velandia, 1988), (8).

Habrá que esperar un tiempo para ver el nivel de aplicación y los efectos de la Ley de Seguridad Social (100 de 1993), que plantea la afiliación y la atención a grupos familiares y no a individuos.

### **La familia como unidad de análisis en investigación de salud**

Los higienistas sociales plantearon desde hace muchos años la necesidad y la importancia de la familia como unidad de investigación del estado de salud de la población. Uno de los más conocidos estadísticos rusos, A.C. Novocielsky, mostró ya en 1912, la dependencia directa de la mortalidad, de la situación socioeconómica familiar de la población en Petersburgo (después Petrogrado y Leningrado, y hoy de nuevo, como en siglos pasados, St. Petersburg). En posteriores investigaciones médico-sociales, se confirmaron las interrelaciones directas e

indirectas existentes entre la formación y el desarrollo de diferentes enfermedades y las condiciones familiares de la vivienda, etc. (Velandia, 1988) (8).

Sin embargo, y pese a su función central en la sociedad, no ha sido frecuente estudiar la familia desde el punto de vista de la salud, más aún es evidente el escaso número de investigaciones cuyo objeto de análisis es la familia propiamente dicha.

Así mismo, parte considerable de los estudios existentes basan sus resultados y conclusiones en muestras pequeñas, poco representativas. De igual forma, muchas de las investigaciones realizadas sobre temáticas vinculadas a la familia, importantes por el conocimiento parcial, que ofrecen sobre determinados aspectos de las funciones familiares definen al individuo como unidad del análisis.

Esta situación es similar incluso en países como Cuba, que desde hace años han tomado la familia como objeto de las acciones en salud y han orientado hacia ella la formación de sus correspondientes recursos humanos (Cuba, 1990) (14).

### Estudios sobre la salud de la familia

La revisión hecha en 1979 para mi Tesis de Doctorado: "Aspectos médico-sociales de la salud de la familia", se encontró literatura especializada sobre salud en áreas marginales (rurales y urbanas) en América Latina, la cual era suficientemente amplia en lo que se refiere a aspectos conceptuales, métodos de asistencia médica, programación y organización de servicios y otros aspectos generales, pero es muy limitada en cuanto al estudio en si de la salud de la familia.

En la publicación de la CMS sobre índices estadísticos de la salud de la familia, hecha en 1976 (13), se referencian 205 publicaciones, ninguna de las cuales hace mención a estudios hechos en América Latina. Por su parte, en la búsqueda hecha a solicitud mía por BIREME en 1979 sobre salud en áreas rurales, de 323 referencias, sólo 7 artículos hacían mención a estudios sobre aspectos socioeconómicos de la salud de la familia, la mayoría de los cuales fueron hechos por el INCAP a fines de la década de los 60 para medir la situación sociocultural de las familias rurales centroamericanas. Y de manera similar la bibliografía sobre problemas de salud en las grandes ciudades preparada por la Escuela Nacional de Salud Pública de Colombia en 1979, que incluye 304 fuentes sobre el tema, sólo trae 4 estudios sobre aspectos sociomédicos y 2 artículos de corte teórico relacionados con el tema (Velandia, 1982) (3).

Incluso en los primeros años de la década del 80, cuando empecé a exponer mis trabajos sobre diversos aspectos de la salud de la familia encontraba un

cierto rechazo; e incluso en alguna ocasión un estudiante de postrado preguntó por qué yo trabajaba con familia, si ésta era una institución alineante para la mujer y que, por lo tanto, estaba en crisis.

La situación cambió a partir de 1983 con la declaración del "Año Internacional de la Familia". Se organizaron diversos eventos de orden político y académico que sirvieron de estímulo a la elaboración de trabajos tanto de orden conceptual como investigativo. Posteriormente, estas experiencias motivaron la inclusión de la familia dentro de las políticas de salud, hasta la definición de ella como centro de las acciones en salud, tal como está planteado en la Ley 100 de diciembre de 1993.

Situación similar se vivió en toda América Latina. Por ejemplo, sólo hasta 1987, en un trabajo presentado por Jaime Breilh en Medellín en el Taller Latinoamericano de Medicina Social (15), se refiere a este tema y anota: "La aplicación de las dimensiones de análisis que plantea la categoría reproducción social a la clase o fracción de clase es adecuada para un nivel de análisis pero, para avanzar puede echarse mano, por ejemplo, de la unidad analítica 'familia', porque en ésta se transforma la reproducción social de la clase, las condiciones materiales y sociales de existencia en estrategias de supervivencia de los individuos...".

### Problemas que plantea la investigación sobre familia: conceptuales y metodológicos

Como se ha venido diciendo, la salud de la población y específicamente la salud de la familia, se modifica bajo el influjo de la transformación de sus condiciones socioeconómicas y ecológicas de vida, la metodología para su investigación debe fundamentarse en la toma en consideración de múltiples relaciones y conexiones, partiendo del cálculo no sólo de factores epidemiológicos y demográficos, sino de muchos otros, tales como los económicos y sociales y los ecológico-naturales, reflejados en sus condiciones de vida y de vivienda, de la educación, de la cultura de la comunidad y del comportamiento de las personas; ya que sobre la salud y la reproducción biológica y social de la población, ejerce una influencia definida ese concreto medio familiar, "casero", que rodea a las personas.

Con el objeto de poder analizar los problemas de salud, es necesario estudiar las condiciones por las cuales ella se deteriora o se mejora. Por lo tanto, una valoración integral de la salud de la familia se convierte necesariamente en un estudio médico-sociológico, el cual debe incluir criterios tanto sociales y económicos, como epidemiológicos y demográficos (Velandia, 1984) (16).

Pero precisamente, cuando se utiliza la familia como unidad estadística de análisis, el problema central es la búsqueda de un índice o de una serie de indicadores, a base de datos concretos, que puedan medir el estado de salud de la familia; ya que como dice Virginia Gutiérrez de Pineda: "Con sólo adjetivos o adverbios para mensurar un problema no se pueden dar directrices de planeación a políticas de estado" (Gutiérrez de Pineda, U.N.) (17).

La CMS atribuye gran importancia a la organización de un amplio programa multidisciplinario en materia de salud de la familia. En ese programa ocupa un lugar destacado la búsqueda de índices estadísticos adecuados. Para ello convocó en 1971 una reunión consultiva sobre aspectos estadísticos de la programación y evaluación de programas sanitarios (CMS 1971) (18).

Posteriormente, en 1975, se reunió en Ginebra un grupo de estudio sobre índices estadísticos de la salud de la familia. El grupo se dedicó a formular un programa de prioridades para la investigación de la familia y a dar orientaciones para determinar índices fundamentales de la salud de la familia, que permitieran hacer mediciones objetivas. Este grupo consideró que lo más difícil es conseguir la compilación simultánea de datos médicos, demográficos y económicos, problema que seguramente exigirá encuestas especiales (13).

Un procedimiento relativamente fácil y rápido es la encuesta retrospectiva, con la cual se pueden obtener datos sobre el ciclo de vida de la familia, la historia del matrimonio, antecedentes de salud, etc. Y en términos generales, consideran que dentro de la familia la mejor fuente de información sobre salud, es la madre.

Ya a fines de la década del 80 se empieza a hablar de "Ádeterioro de la vida", profundizando de esta manera los conceptos de perfil epidemiológico y calidad de vida, y asumiendo de manera mucho más definida la importancia de la unidad analítica familiar en estos procesos. Se justifica, entonces, buscar indicadores más amplios, que hagan referencia a la calidad de vida en el sentido que permitan redondear la idea de los "perfíles de reproducción social".

Finalmente, se están utilizando otras metodologías menos cuantitativas, que ya no centran en problema de la investigación de la salud de la familia, en la búsqueda de "índices estadísticos", sino más bien en su conceptualización dentro de una sociedad y particularmente, en relación con el "sistema médico" o mentalidad de salud que cada comunidad tiene; lo cual tiende a la utilización de metodologías cualitativas, de tipo histórico, fenomenológico, etnográfico, etc.

## Reflexiones finales

Si aceptamos la premisa de que es indispensable que se involucre la familia en las acciones de promover la salud de los individuos, debe ser aceptado por todos los trabajadores de la salud que los diagnósticos o las valoraciones que se hagan, serán incompletas a menos que incluyan la respectiva valoración de la familia del sujeto de atención, de su ambiente y de la percepción del mismo en relación con su problema de salud.

La necesidad de introducir un sistema de planificación de salud a largo plazo, es decir como parte integrante del desarrollo armónico de un país, exige la ampliación de las investigaciones médico-sociales de los problemas de la familia, lo cual involucra necesariamente los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales, culturales (Velandia, 1984) (16).

Con base en todo lo anterior, podemos concluir que en las investigaciones de salud de grupos de población, debe ponerse especial interés en el estudio de las familias como tales. La verdad es que los resultados de estas investigaciones pueden y deben convertirse en la base para el perfeccionamiento de unas políticas gubernamentales orientadas al fortalecimiento de la calidad de vida de la población en general (Velandia, 1982) (3).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- VELANDIA DE VARELA, Ana Luisa. Análisis crítico de algunas tendencias filosóficas en salud pública y demografía. Trabajo de Promoción a la categoría de Profesor Asociado. Universidad Nacional de Colombia, agosto de 1983.
- VELANDIA DE VARELA, Ana Luisa. "Experiencias de investigación en salud sobre familia". En: Memorias del I Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá: CAFAM, 1988. pp. 573-580.
- VELANDIA DE VARELA, Ana Luisa. "La familia como unidad de observación en las investigaciones de salud". En: Ciencia e Investigación en Enfermería. Memorias del Tercer Coloquio. Bogotá: ICFES. Serie de Memorias de Eventos Científicos Colombianos, No. 8, 1982, pp. 25-49.
- VELANDIA, Ana Luisa. "Relaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia". En: Memorias del II Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín: CORFAMILIAR, 1989.
- VELANDIA DE VARELA, Ana Luisa. "Influencia de los factores económicos, sociológicos y demográficos en la salud de la familia colombiana". Revista ANEC (Bogotá), Año XIV, No. 38-39, Ene.-Ago. 1983, pp. 55-64.

6. VELANDIA, Ana Luisa y otros. "Influencia de la calidad de vida y el nivel de salud de la familia en el estado de salud del menor de 5 años". Rev. Avances en Enfermería (Bogotá, Fac. de Enfermería, U.N.), Vol. VI, No. 1, Ene.-Jun. 1988. pp. 19-33.
7. BREIHL, Jaime y GRANDA, Edmundo. Investigación de la salud en la sociedad, La Paz: Fundación Salud y Sociedad, 1985.
8. VELANDIA, Ana Luisa. "La familia como sujeto y unidad de acción en la salud del trabajador". Rev. Perspectiva: Proceso Salud-enfermedad. (Tunja, UPTC) Vol. 4, No. 1, 1988. pp. 59-74.
9. VELANDIA, Ana Luisa. "Desarrollo de la Medicina social en América Latina" Rev. Perspectiva: Proceso salud-enfermedad (Tunja, UPTC), Vol. 7, No. 2, 1991. pp. 11-24.
10. QUEVEDO, Emilio. "El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas". En: Sociedad y Salud. Bogotá: ZEUS Asesores, Ltda. 1992, pp. 5-85.
11. VELANDIA, Ana Luisa. "Conceptualización sobre familia dentro del enfoque de la medicina social". Abstract. En: Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas (Venezuela), marzo de 1991, pp. 349-350.
12. COOPER, D. La muerte de la familia. Barcelona: Ariel, 1979, pp. 5-35.
13. OMS. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe Técnico No. 587. Ginebra: CMS, 1976.
14. CUBA. Academia de Ciencias. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Análisis de las Investigaciones sobre la familia Cubana. 1970-1987, La Habana: Edit. de Ciencias Sociales, 1990.
15. BREILH, Jaime. "La Epidemiología entre fuegos". En: Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín: 1987, pp. 35-60.
16. VELANDIA DE VARELA, Ana Luisa. "Modelo de valoración integral de la salud de la familia latinoamericana". Rev. Investigación y Educación en Enfermería (Medellín, U. de A.), Vol. I, No. 2. 1984, pp. 39-68.
17. GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. "Metodología en las investigaciones de la familia colombiana". U.N. Mimeografiado, s.f.
18. OMS. Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública. Informe Técnico No. 472. Ginebra, 1971.