PSYKHE
2001, Vol.10, Nº 2, 129-142

Copyright 2001 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Seguimiento de una Cohorte de Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial Atendidas con un Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria[1]

Follow-up of a Cohort of Families in High Biopsychosocial Risk, Assisted under a Family Health Model in a Primary Health Care Context

Carmen Gloria Hidalgo y Judith Scharager
Pontificia Universidad Católica de Chile

Este artículo da cuenta de la evaluación de seguimiento de una cohorte de 84 familias de alto riesgo biopsicosocial que fueron intervenidas en un programa de salud familiar integral, Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial (PRODEFA), durante los años 1997-1998 en el Centro de Salud Villa O'Higgins, por un equipo interdisciplinario de salud, integrado por médico, enfermera, matrona, nutricionista, psicólogo y asistente social. El concepto de garantía de calidad implica evaluaciones sistemáticas para mejorar y perfeccionar los programas de salud, buscando evidencias empíricas del impacto de los programas en el mediano y largo plazo. Estas familias fueron evaluadas después de dadas de alta y nuevamente evaluadas a los 18 meses, para determinar el impacto de las intervenciones de salud de acuerdo a una canasta de prestaciones, especialmente definidas para el PRODEFA en el contexto de la Atención Primaria. Se utilizó un diseño de mediciones repetidas, con indicadores cuantitativos y cualitativos, en 57 familias reclutadas para el seguimiento. Se demuestra la eficiencia del programa y su impacto en los indicadores de calidad social, técnica, económica y eficiencia practica. Se establecen los indicadores que se mantuvieron en el tiempo, se destacan algunos que incluso mejoraron con el tiempo y se discuten las deficiencias y las áreas que deben mejorarse junto con señalar las limitaciones del programa.

This paper reports the follow-up assessment of a cohort of 84 families at high biopsychosocial risk, which were assisted in an integral family health Program (PRODEFA) in charge of an interdisciplinary team, integrated by physician, nurse, midwife-nurse, nutritionist, psychologist and social worker, in the primary health care center Villa O'Higgins, during the years 1997-1998. The concept of quality assurement implies systematic evaluations to improve health programs, looking for empirical evidence that may account for the impact of the programs in the mid and long term. These families were evaluated after being discharged from the program and, once again after 18 months, in order to determine the impact effect of the health interventions, according to a basic package of services, defined specially for PRODEFA, in the context of Primary Health Care. A design with repeated measures, with qualitative and quantitative indicators, was implemented for the follow-up of 57 families. The efficiency of the program was proven, showing its impact on the indicators of social, technical and economical quality and practical efficiency. Indicators that remain in time are determined; other indicators, which show a better performance are revealed and, a discussion of the deficiencies and areas that should improve as long as its limitations, are presented

Antecedentes

Durante 1996-1998 se diseñó, implementó y evaluó con un diseño prospectivo de mediciones pre-post intervenciones en salud biopsicosocial el programa "Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial" (PRODEFA) en un centro de salud de atención primaria de la comuna de La Florida (Hidalgo, C.G.; Cornejo, M.; Carrasco, E. & Cabezas, A. M., 1998). Este programa de atención de salud es un modelo innovador que plantea una atención integral biopsicosocial cuyo foco de atención es *la familia*, que se implementó en una muestra de 100 familias en alto riesgo biopsicosocial, con baja cobertura de asistencialidad y de extrema pobreza, cubriendo un total de aproximadamente 600 personas atendidas.[2] El modelo de evaluación de programas de atención de salud nos ha permitido

Carmen Gloria Hidalgo y Judith Scharager, Escuela de Psicología.
La correspondencia relativa a este artículo debera ser dirigida a las autoras. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile. Fono: 686 4849. E-mail: cghidalg@puc.cl; jscharag@puc.cl

[1] Proyecto Fondecyt 1000505: Programa de familias en Riesgo Biopsicosocial: Evaluación de impacto y garantía de calidad del modelo de salud familiar en el nivel primario de atención (2000-2002).

[2] Esta investigación fue financiada por Fondecyt (proyecto 1960526) y realizada por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de la salud del Consultorio Villa O'Higgins y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile

evaluar variables de estructura, proceso y resultados del programa (Hidalgo & Carrasco, 1999) considerando las dimensiones de calidad social, calidad técnica, calidad económica y eficiencia práctica propuesto por Saraceno y Levav (1992).

El PRODEFA se insertó de acuerdo a los principios de la estrategia de atención primaria de salud, que se orienta a los principales problemas de salud de la comunidad e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con participación de todos los sectores conexos a salud y la participación comunitaria, con el fin último de que la población alcance un bienestar biológico, psíquico y social. Los diagnósticos de salud del país, de la comuna (1994) y de la comunidad, señalaron en 1995/1996 que este consultorio no estaba respondiendo a las necesidades prioritarias tales como la salud mental, las enfermedades crónicas, las enfermedades asociadas a problemas de nutrición, los problemas de adicción, etc., problemas de salud muy coherentes con el actual perfil epidemiológico y con los cambios demográficos que ha experimentado el país. (Florenzano, 1998).

El PRODEFA es un programa especializado de atención, centrado en la familia como objetivo de las intervenciones en salud. Sus bases epistemológicas están en la teoría sistémica, en la concepción de salud integral dirigida al bienestar biopsicosocial, y en la convicción de que la mejor manera de proveer bienestar a las personas es a través de fortalecer y lograr un mayor empoderamiento de la familia, tanto en su funcionamiento como en sus acciones para promover estilos de vida saludables (Belsey, 1996; Ell & Northen, 1990).

El PRODEFA, tomando algunos de los fundamentos de un servicio de salud basado en la familia, según Berg (1994), tiene las siguientes características:

1. La atención tiene como fin preservar la unidad familiar mientras sea lo suficientemente segura para cada miembro de la familia.
2. La atención es intensiva, inmediata y dirigida a metas definidas.
3. La atención es realizada por un equipo interdisciplinario que incluye asistente social, enfermera, matrona, nutricionista, médico y psicólogo.
4. Se realiza un procedimiento que incluye una fase de ingreso en que se hace una evaluación de riesgo biopsicosocial y de las potencialidades para el cambio en la familia, luego una propuesta con la familia y la determinación de un plan conjunto de problemas a tratar, un compromiso de la familia a colaborar, acciones para implementar de acuerdo a una canasta de prestaciones posibles en el programa y finalmente una evaluación para decidir el alta.
5. Cada equipo atiende a un número limitado de familias durante un periodo promedio de seis meses, generalmente en el Centro o en su domicilio, con la participación del número de miembros de la familia que deseen participar. Se intenta motivar a la mayor cantidad de miembros involucrados en los principales problemas de salud.
6. El programa combina tratamientos propios integrales o bien servicios especializados otorgados por los programas tradicionales del Centro y/o derivación al nivel secundario y terciario.
7. El programa está diseñado para responder a cada familia en particular. No obstante algunos miembros participan en actividades grupales (talleres) que se realizan en el Centro.
8. Cada familia tiene un subequipo que está a cargo de las acciones a realizar; este subgrupo es supervisado con frecuencia por el grupo completo y/o supervisores externos en casos de alta complejidad (equipo de expertos de la Universidad Católica).

El Programa PRODEFA demostró en su primera evaluación de resultados (inmediatamente dadas de alta las familias atendidas), buenos indicadores de resultados, en particular respecto a la satisfacción usuaria con el modelo de atención, la evaluación respecto de mejoría y/o solución de los problemas tratados en el programa (tanto por usuarios como por el equipo de salud) de acuerdo a la canasta de prestaciones, disminución significativa de los factores de riesgo biomédicos y psicososciales y, de las consultas por morbilidad infantil y de adultos. Hubo un porcentaje menor de familias que no lograron una mejoría de sus problemas de salud (23%) y que no disminuyeron los factores de riesgo; hubo una muy escasa deserción al programa. Adicionalmente hubo algunas familias que debieron ser reingresadas porque los efectos planificados no se lograron en el tiempo convenido -6 meses-. (Hidalgo & Carrasco, 1999).

Los resultados positivos obtenidos en la aplicación de dicho programa nos motivó a realizar un seguimiento de estas familias, evaluando su impacto en la salud biopsicosocial en el largo plazo. Un primer desafío fue evaluar la mantención de los efectos de la intervención en el mediano plazo. Uno de

los mayores problemas en el ámbito de los problemas biomédicos crónicos -como hipertensión, diabetes, alcoholismo, síndromes respiratorios repetitivos, desnutrición- son los cambios de comportamiento y la mantención de la adherencia a los tratamientos en el tiempo, que es en definitiva lo que garantiza una mejor calidad de vida de las personas y previene complicaciones y, en el aspecto biopsicosocial, los problemas son de variada complejidad que hace que un porcentaje alto de los problemas sean recurrentes y los efectos positivos de algunas intervenciones no se mantengan en el tiempo. También la evidencia clínica nos muestra que en factores predominantemente psicosociales, los efectos positivos o negativos no se pueden observar en forma tan inmediata, dado que suelen ser procesos que requieren decantarse y que pueden desencadenar estabilizaciones o desestabilización del individuo o del sistema familiar; por ejemplo, la modificación del patrón de la violencia intrafamiliar que debe evaluarse en el largo plazo lo mismo que en las adicciones. Además, la literatura de las intervenciones psicosociales (en particular las estrategias psicoterapeúticas) muestran que al cabo de dos años, un porcentaje importante ha recaído y presenta nuevamente trastornos de salud mental (Garfield, 1995; Coletti & Linares, 1997).

Las familias que ingresaron al programa constituyeron un grupo con una amplia gama de factores de riesgo y con graves problemas de salud, constituyendo un alto porcentaje de familias muy dañadas en que es probable que las acciones realizadas en el nivel primario, especialmente en las enfermedades asociados a estilos de vida y los trastornos psicosociales, pudieran ser poco efectivas en el mediano o largo plazo. Esto, no obstante los alentadores porcentajes de familias que presentaron mejoría (75%) según el equipo de salud, a través de la auditoría de fichas al dar de alta a los pacientes, y por los usuarios que reportaron incluso porcentajes mas altos de satisfacción con la atención y con la resolución de los problemas comparados con la atención de consultantes a los programas tradicionales (Hidalgo & Carrasco, 1999). Por otra parte, muchas acciones educativas y de tratamiento están dirigidas a cambios de estilo de vida, que implican procesos que pueden demorar un tiempo en que la familia, el individuo o los equipos de salud puedan percibirlos y evaluarlos.

Estos antecedentes, en conjunto con las investigaciones que reportan que las intervenciones en salud deben ser evaluadas en el mediano y largo plazo, nos llevaron a proponer un estudio de seguimiento de estas familias para confirmar si los resultados se mantienen en el tiempo en una cierta proporción (magnitud del efecto) y si se perfilan nuevos comportamientos asociados al proceso de salud- enfermedad, de modo de poder garantizar el impacto del programa y demostrar la rentabilidad de la inversión en salud[3] (Carey & Posavac, 1985).

El análisis costo-impacto verifica si el proyecto ha alcanzado los objetivos propuestos, racionaliza la asignación de recursos y maximiza la eficiencia de las acciones dirigidas a transformar parte de la realidad social (Cáceres, Cáceres, Matta & Soto, 1998). En la evaluación de los programas de salud, los indicadores que reflejan el impacto que tiene un programa sobre los niveles de salud y la satisfacción de las personas, tienen que ver con los efectos sobre la calidad de vida de los individuos, la familia y la comunidad, y su funcionamiento psicosocial (Saraceno & Levav, 1992)

Un diseño de investigación longitudinal de mediciones repetidas, es lo más indicado para evaluar indicadores de resultados e impacto en programas de salud en la población, especialmente para evaluar cambios de comportamientos de los individuos o familias. Tiene la ventaja que mide directamente el cambio en los comportamientos y las características de salud del grupo estudiado, se controla mejor la posibilidad de contaminación cruzada y tiene mayor potencia estadística. Las desventajas son la pérdida de sujetos, los efectos de mediciones repetidas que pueden actuar como co-intervención, la participación no anónima en las evaluaciones, y que la familia transita por su ciclo vital familiar con cambios inherentes a su evolución (Koepsell, 1996).

La relevancia de realizar investigaciones de seguimiento respecto de la eficiencia de programas específicos radica en constatar si este modelo de atención familiar puede servir de base para satisfacer de mejor forma las necesidades de salud de la población y orientar a las autoridades de salud en la forma de implementar programas eficientes en grupos de alto riesgo y sobretodo con lineamientos hacia la promoción y prevención en salud familiar integral.

---

[3] Proyecto Fondecyt 1000505: Programa de familias en riesgo Biopsicosocial: Evaluación de impacto y garantía de calidad del modelo de salud familias en el nivel primario de atención (2000-2002). Investigador responsable: C.G.Hidalgo; co-investigadores: J, Scharager, E. Carrasco, A.M. Cabezas, M. Brito, X. Acevedo. Ayudantes de Investigación: Lorena Weinreich y Lorena Contreras.

El objetivo de este artículo es dar cuenta de la evaluación del impacto del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial (PRODEFA) en el mediano plazo (18 meses después de dadas de alta), mediante el seguimiento de una cohorte de 84 familias que iniciaron el tratamiento integral familiar.

Para este propósito, se formularon hipótesis relativas a la mantención del efecto, después de este intervalo de tiempo, en las siguientes variables sobre las cuales el PRODEFA intervino: nivel de riesgo biopsicosocial familiar y riesgo social, nivel de salud general de los miembros de la familia, percepción de los usuarios del nivel de resolutividad de sus problemas familiares, percepción de los usuarios del nivel de salud global de la familia, calidad del funcionamiento familiar. Para cada variable se identificaron indicadores específicos que eran medidos a través de instrumentos ad hoc, lo que se tradujo en las siguientes hipótesis específicas relativas a la evaluación de impacto de los efectos del PRODEFA en las familias intervenidas:

1. Habrá una mantención de la disminución de los factores de riesgo biopsicosociales observada al egreso del PRODEFA después de 18 meses de intervenidas las familias.
2. Habrá una mantención de los resultados positivos en la percepción de resolutividad de sus problemas, a nivel del equipo de salud y del usuario.
3. Habrá una conservación de los factores de protección de la estructura y funcionamiento familiar.
4. Habrá una mantención de los cambios positivos en el funcionamiento familiar en términos de cohesión, vinculación afectiva y recursos familiares para resolver problemas.

Método

Población y Muestra

La población estuvo conformada por las 84 familias atendidas y egresadas del PRODEFA, en el período 1997-1998. De ellas, se contactaron 57 que constituyen la muestra de este estudio. Hubo una pérdida de 27 que no pudieron ser evaluadas debido a las siguientes razones: cambio de domicilio (9), familia no localizada (17) y rechazo de la familia para ser evaluada(1).

Instrumentos

Se aplicó una batería de 7 instrumentos orientados a medir el impacto del programa en todos los indicadores respecto de los que se formularon hipótesis:

1. *Pauta de Clasificación de Riesgo Familiar*: Este instrumento fue creado por el equipo de investigación del Proyecto Fondecyt 1960526 (Hidalgo & Carrasco, 1999,) y tiene como objetivo evaluar la condición global de riesgo biomédico y psicosocial de las familias. Contiene 15 condiciones de riesgo biomédico y 1 categoría amplia de riesgo social, con puntajes desagregados para cada una, ponderados por la cantidad de integrantes de cada familia que los presentan. Entrega un puntaje global de riesgo familiar.
2. *Pauta de Evaluación de Riesgo Social*: Esta pauta fue creada por el personal del Centro de Salud Villa O'Higgins y el equipo de investigación Fondecyt N°1960526. Está compuesta por dos partes: la primera, orientada a la determinación del nivel de *riesgo social*, conformado por las dimensiones de calidad de la vivienda familiar, dimensión económica, dimensión laboral, y una dimensión de estructura, composición y conflictos familiares y, presencia de problemas en la esfera de la salud mental; la segunda parte de esta pauta se orienta a la determinación del *nivel de potencialidad de la familia*, ponderando las siguientes condiciones: nivel de escolaridad, grado de capacitación para el trabajo, presencia del padre, clima familiar, competencias en la resolución de problemas y nivel de participación comunitaria. Cada parte entrega un puntaje total.
3. *Encuesta de Satisfacción Usuaria*: Se utilizó la Encuesta de Satisfacción Usuaria Forma B, en versión corregida. Esta fue previamente desarrollada y aplicada a las familias durante la evaluación pre y post intervención del Programa de Familias. La versión que se utilizó en este estudio, conserva las tres dimensiones: Evaluación de Estructura, Proceso y Resultados e incorpora preguntas relativas a la percepción del impacto global del programa sobre el estado de salud actual, y la percepción del grado de mejoría obtenido en la salud física y psicosocial, de la familia durante su participación en el programa.
4. *Entrevista semi-estructurada*: La pauta de esta entrevista fue creada especialmente para evaluar cualitativamente la percepción subjetiva de las familias acerca del impacto del Programa mediante preguntas relacionadas a los cambios, la mantención de los mismos, el resurgimiento de problemas tratados y la visión global de su funcionamiento.
5. *Escala de Evaluación Global de Servicios*: Se utilizó una traducción del CSQ-8 "Service Evaluation Questionnaire" (Larse, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). Esta es una escala breve, desarrollada en Estados Unidos con el fin de obtener una medida global de satisfacción con los servicios de salud de los usuarios. Posee un alto grado de consistencia interna y un alto grado de correlación con estimaciones hechas por terapeutas acerca de la satisfacción de sus clientes. Este instrumento fue traducido por el equipo de investigadores con el fin de utilizarlo en la presente investigación. Se hizo una traducción inglés-castellano y luego una traducción castellano-inglés por dos personas independientes, verificando la correcta interpretación de las preguntas. La aplicación de esta escala tenía por objeto obtener una medida complementaria de evaluación global de satisfacción del usuario con el programa de familias. La aplicación de este instrumento –más breve y de más fácil aplicación- permitió, además, tener un parámetro de comparación con la Encuesta de satisfacción usuaria.
6. *Cuestionario Cómo es su Familia*: Es un cuestionario que mide el funcionamiento familiar y presenta características que se adaptan a las condiciones de la atención primaria en salud. Fue desarrollado por profesionales, académicos e investigadores sobre la familia de diferentes universidades de

América, bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y validado en Chile por un equipo de investigación de la Universidad de Chile (Rodríguez et. al., 1996) y operacionalizado para su aplicación clínica por Hidalgo y Rodríguez (1998). Consta de un cuestionario para padres que contiene 146 ítems que miden el funcionamiento familiar y se agrupan en los siguientes 9 factores: comunicación conyugal y jerarquía, valores y creencias, vínculos con familia extensa y amigos, comunicación, roles y rutinas, estilo familiar de resolución de problemas, percepción de recursos de la familia, satisfacción con la calidad de vida, eventos estresantes y, riesgo y salud familiar. Entrega puntaje por factores y subfactores.

7. *Auditoría de fichas clínicas familiares*: Esta era guiada por una pauta que contenía indicaciones para llenar una matríz de registro de los siguientes aspectos: factores de riesgo actuales presentes, factores protectores actuales presentes, número de consultas por morbilidad adultos, número de consultas por morbilidad niños, adherencia a control de enfermedades crónicas, tasa de embarazo adolescente, control del niño sano en madres adolescentes y nuevas patologías presentes.
8. *Costo económico*: Cabe señalar que el financiamiento chileno del Sistema de Salud en la Atención Primaria es la asignación de fondos de acuerdo al sistema percápita para la asignación de recursos locales. Este consiste en una estimación de gasto de una persona en salud durante un año.
   Los indicadores considerados para evaluar la calidad económica del PRODEFA fueron los siguientes:
   Comparación de costos entre los periodos pre y post intervención y entre ambos periodos de seguimiento (al año y dos años después del alta de la familia).
   Número de actividades por familia, en los mismos periodos.
   Porcentaje de recurso humano utilizado, comparando con la planta completa del Centro de Salud.
   Porcentaje del percápita utilizado por cada familia.
   Costo total por familia, comparando todos los periodos.

Procedimiento

Se hizo una aplicación de prueba de la batería de instrumentos en una muestra piloto de 10 familias, lo que permitió hacer ajustes a los instrumentos.

Posteriormente, la administración definitiva se llevó a cabo en el Centro de Salud Villa O'Higgins o en los domicilios de cada familia, aplicándolos a la madre o al jefe de hogar, por personal especialmente capacitado para el estudio, a las 57 familias reclutadas en el seguimiento. Todas las evaluaciones se hicieron después de 18 meses de dada de alta, con una variación máxima de más/menos 3 meses.

Para realizar algunos análisis comparativos se dividieron las familias en exitosas y no/exitosas respecto de la intervención PRODEFA. Se utilizó un criterio clínico cuantitativo y cualitativo para dicotomizar las familias. Se consideró los siguientes indicadores para definir una familia como *Exitosa:* (1) que presentara una disminución de los factores de riesgo al momento del seguimiento (criterio estadístico); (2) mantención de los cambios logrados al dar de alta a la familia según el equipo salud; (3) que la familia percibiera actualmente un mejor estado de salud; y (4) un mejoramiento en el manejo de problemas familiares. Con estos criterios el equipo de investigación definió 36 *familias exitosas* (66%) y 21 no exitosas.

Análisis de datos

Se utilizó pruebas paramétricas y no paramétricas (Prueba *F*, *t* de student, *chi* cuadrado) de acuerdo a las características de los datos. El hecho de haber tenido que trabajar con una muestra menor que la planificada (*N*=57 familias) afectó, para algunos análisis de datos, el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, que exigen las técnicas paramétricas y se tuvo que recurrir a técnicas no paramétricas. Estas últimas tienen una menor potencia que las paramétricas y efectivamente sólo se usaron cuando los datos lo requirieron.

Resultados

Debido a la disminución del tamaño de la muestra para la evaluación de impacto se realizó un estudio comparativo entre las familias que se siguieron (57) y las familias de la cohorte que se perdieron (27) en cuanto a: riesgo familiar biopsicosocial, riesgo social y potencialidad que tenían las familias al momento del ingreso al PRODEFA. Se encontró sólo diferencias significativas en lo referente al riesgo social siendo la diferencia en el sentido de que las no seguidas tenían menor riesgo social ($p < 0.003$). No hubo diferencias significati-

Tabla 1
Comparación de Niveles de Riesgo y Potencialidades: Familias Encuestadas/No Encuestadas (n=27)

		Estadígrafos		
		n	Promedio	*D.S.*
Riesgo Social	Fam. Encuestadas	54	43	12.2
	Fam. No encuestadas	27	34.2	12.4
Riesgo Familiar	Fam. Encuestadas	57	11.8	3.3
	Fam. No encuestadas	27	11.8	2.2
Potencialidad	Fam. Encuestadas	54	33.0	11.9
	Fam. No encuestadas	27	30.4	12.1

Tabla 2
Análisis de Significación Estadística de la Diferencia en Indicadores de Riesgo y Potencialidad: Muestra Encuestados/No Encuestados (N=27)

	Resultados Prueba *t* para diferencias de intervalo			
	t	*p* (2 colas)	Intervalo confianza 95%	
Riesgo Social	3.04	0.031**	3.05	14.62
Riesgo Familiar	-0.11	0.911	-1.49	1.33
Potencialidad	0.87	0.387	-3.17	8.09

** Significativo 0.05

vas en riesgo familiar ni potencialidad (Tablas 1 y 2). Por lo tanto, se estableció que ambos grupos eran homogéneos en las variables de riesgo familiar y potencialidad y que, por lo tanto, los resultados presentados respecto a impacto tienen validez.

A continuación se presentan los resultados de cada instrumento por separado dando cuenta de los resultados de impacto del PRODEFA.

1. Factores de riesgo biopsicosocial familiar:

El puntaje de Riesgo Familiar: comparando el puntaje inicial previo al tratamiento (Pre-tratamiento, $\bar{x}$ = 11.7) con el puntaje promedio $post_1$ (momento del alta, $\bar{x}$=7.0) indicó una diferencia significativa (t =10.27; p < 0.000). Entre el pre y $post_2$ (seguimiento, $\bar{x}$ = 5.7) la disminución de factores de riesgo biopsicosocial fue altamente significativa (t = 10.48; p < 0.000). Esto significa que los efectos se mantienen en el tiempo e incluso hay una tendencia como grupo a mejorar más aún en la disminución de los factores de riesgo biopsicosocial en el seguimiento (ver Tabla 3).

Tabla 3
Comparación de Promedios de Puntaje de Riesgo Familiar en la Evaluación de Impacto (Pre-Tratamiento), Egreso ($Post_1$) e Impacto ($Post_2$) en 57 Familias Atendidas por el PRODEFA

	Diferencias de Promedios	Desviación Estándar	Prueba t	p
Inicial–Egreso	4.82	3.51	10.27	0.000
Inicial–Impacto	6.05	4.36	10.48	0.000
Egreso–Impacto	1.23	4.89	1.88	0.065

Tabla 4
Comparación de Promedios de Puntaje de Riesgo Social entre Familias de Éxito y No-Éxito, en la Evaluación de Impacto (N=57)

	Promedio	*DS*	Prueba t	p
Exito	29.8	10.6	3.16	0.002
No Éxito	38.6	8.5		
Total	32.9	10.8		

2. Evaluación de *Riesgo Social y Potencialidad* de la familia en el momento de la evaluación de seguimiento. En este aspecto, se hizo una comparación de estos indicadores entre las familias de éxito y no éxito en el programa, según la evaluación clínica del equipo de salud.

Tabla 5
Comparación de Promedios de Puntajes de Potencialidad entre Familias de Éxito y No-Éxito, en la Evaluación de Impacto (N=57)

	Promedio	*DS*	Prueba t	p
Exito	42.5	11.99	3.7	0.00044
No Éxito	30.1	1196		
Total	38.2	13.7		

Tal como se observa en la Tabla 4, existen diferencias significativas (p<0.002) entre familias exitosas y no exitosas, en los promedios de puntaje de riesgo social, en la medición de impacto. Se observa que las familias no exitosas son las que presentan un mayor puntaje de riesgo social.

Asimismo (ver Tabla 5), existen diferencias significativas (p < 0.0001) entre las familias de éxito y no éxito, en relación al promedio de puntajes de potencialidad, siendo las familias exitosas las que presentan mayor potencialidad.

3. *Encuesta de satisfacción usuaria*: El 93% de las madres contactadas respondió esta encuesta. Un 59.7% consideró que su estado de salud actual era mejor, un 15.8% dice estar igual y un 24.6% se siente peor que en el momento del egreso del PRODEFA. Esto último es particularmente relevante dado que en la evaluación de resultados, al término del programa, nadie dio cuenta que se sentía peor, lo que indica que la cuarta parte de las familias perciben un deterioro en la calidad de salud biopsicosocial después de dos años de haber participado en el PRODEFA. Esto podría explicarse especialmente por la aparición de nuevos problemas (33.3% de las familias) o por la generación de expectativas de éxito

Tabla 6
Asociación entre la Evaluación del Estado de Salud Actual del Usuario y Clasificación de Éxito-No Éxito de la Intervención del PRODEFA (N=57)

Usted diría que, en general,el estado de salud de su familia, comparándolo con 2 años atrás, es:	Evaluación de Equipo de Salud			
	Exito	No Éxito	Total	X^2
Mejor	23	2	25	
Levemente mejor	7	2	9	
Igual	4	5	9	
Peor	2	12	14	
Total	36	21	57	25.49

al participar en el programa. En este sentido, la asociación entre la percepción del estado actual de salud de la familia cruzada con una evaluación clínica de éxito ves no éxito del tratamiento, realizada por el equipo de salud, muestra asociación significativa entre el éxito del tratamiento y la percepción actual de mejoría (X^2= 25.49; $p < 0.0001$) (Tabla 6).

En todo caso, desde la percepción del usuario, casi un 60% de las personas encuestadas consideran que el estado de salud de sus familias es mejor que hace dos años atrás y un 94.8% de las madres opina que el programa de familias le sirvió. El 87.7% evaluó la calidad de la atención recibida como buena o muy buena. El 94.3% planteó alguna mejoría en su salud física y el 85.7% mejoría en el ámbito psicosocial. La motivación y compromiso con el programa fue en aumento. Los problemas biopsicosociales específicos de salud tratados en el PRODEFA para la mayoría (porcentaje superior a 50%) están mejor a como estaban hace dos años (ver Tabla 7).

Tabla 7
Tipo de Problema y su Estado en el Momento del Seguimiento, según Percepción de la Madre de Familias en Riesgo (N=57)

Tipo de Problema	Evaluación del Usuario Mejor (%)	Igual (%)	Peor (%)
Embarazo adolescente	100	-	-
Problemas de alcohol del padre	64.3	21.4	14.3
Desnutrición infantil	60	40	-
Problemas con los hijos	54.5	33.3	12.1
Intervención en consumo de drogas	50	37.5	12.5
Problemas de pareja	50	33.3	13.3
Problemas de vivienda	48	28	24
Violencia IntraFamiliar	64.0	22.2	14.8
Problemas de alcohol de la madre	-	-	-

Por otro lado, para evaluar la mantención de los cambios observados al momento del egreso del PRODEFA, se realizaron comparaciones en varios indicadores de la Encuesta de Satisfacción Usuaria, entre la evaluación de impacto, a dos años desde el egreso y los resultados obtenidos inmediatamente después del egreso del programa. Algunos de éstos se presentan en la Tabla 8, apreciándose, además de una permanencia de los resultados positivos, una mayor valorización del PRODEFA para solucionar sus problemas, después de dos años de haber participado en él (ver Tabla 8).

Tabla 8
Comparación entre la Evaluación de Indicadores Registrados Dos Años después del Egreso y los Resultados Positivos del PRODEFA (N=57)

Aspecto evaluado encuesta satisfación usuaria $Post_1$ y $Post_2$	Valor prueba	p
1. Calificación atención del centro de salud	$t = 1.47$	N.S
2. Actitud favorable frente a existencia de un programa de atención familiar	$D = 0.120$	N.S
3. El PRODEFA le significó solucionar mejor los problemas	X^2=18.47	$p<0.005$

4. *Escala evaluación global de Servicios*: Los resultados obtenidos de la aplicación de esta escala nos permite corroborar los obtenidos en relación a la satisfacción con el programa con la Encuesta de satisfacción usuaria. En el caso de esta escala, se obtenía además, en la mitad de los casos, la percepción de un miembro de la familia distinto a la madre, constatándose que no hay diferencias significativas en la evaluación global del PRODEFA cuando la contestan las madres (N= 34) u otro miembro de la familia (N=22). Esto nos permite pensar que efectivamente hay acuerdo en el grupo familiar respecto a la calidad de la atención.

5. *Entrevista semi-estructurada.* Los resultados de la entrevista en profundidad permitieron caracterizar el tipo de cambios observados por el usuario, evidenciándose que los mayores efectos positivos fueron en el mejoramiento del funcionamiento y de las relaciones familiares en aspectos como la disminución de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, aumento del respeto, comunicación y tolerancia con los hijos y la pareja, fortalecimiento de los roles parentales y mayor cohesión. En relación a la competencias adquiridas para la solución de sus problemas, las entrevistas dieron cuenta de un mejoramiento en estrategias de resolución de problemas (mejor comprensión de los problemas y conciencia de sus consecuencias, una actitud más activa en la toma de decisiones frente a los problemas de salud, pensamiento menos catastróficos y fortalecimiento de redes de apoyo). En el plano de logros en la esfera individual, se evidencia un fortalecimiento de las personas (mejoría de la autoestima, menos sentimientos depresivos, mejor expresión emocional frente a otros, mejor control y manejo de impulsos agresivos) y, por último, en el ámbito de las condiciones sociales, también se aprecia una

mejoría en aspectos como colocación laboral, mejor atención de salud y mejoramiento de vivienda. Respecto de la calidad de la atención lo que más gustó del programa fue el apoyo y preocupación de los profesionales, la empatía y capacidad de escuchar, el buen trato y el respeto hacia las personas. Por otro lado, los encuestados también dieron cuenta en su evaluación de las deficiencias del PRODEFA, las que se atribuyen a la baja participación de otros miembros de la familia (especialmente padres, esposos), problemas asociados a alcoholismo y drogas no resueltos, y mantención de condiciones de pobreza.

6. *La evaluación de funcionamiento familiar* a través del Cuestionario "Cómo es su Familia", el análisis de varianza de mediciones repetidas en los tres momentos definidos, mostró nuevamente efectos significativos en los distintos factores y subfactores al momento del impacto ($N = 29$). Esta comparación pre/post$_1$/post$_2$ (ver Tabla 9) indicó cambios significativos asociados a una mayor relatividad en la importancia percibida de valores y creencias respecto a si mismo, la familia y lo moral, una mejoría en la comunicación intrafamiliar, clarificación de roles y mejores rutinas, otorgándoles mayor estabilidad y cohesión, una mejoría en el es-

Tabla 9
ANOVA de Factores y Subfactores del Test "Como es su Familia" en el Pre Tratamiento, en el Post $_1$ y Post $_2$ (N=29)

Factores y Subfactores	Prueba *F*	*p*
F1 Comunicación pareja y jerarquía	F=0.66	p<0.5219
F1A Comunicación de pareja	F=0.46	p<0.6310
F2 Valores y creencias	F=5.16	p<0.0088 **
F2A Valores individuales	F=5.56	p<0.0063 **
F2B Valores morales y espirituales	F=5.30	p<0.0078 **
F3 Vínculos familia extensa y amigos	F=0.43	p<0.6557
F4 Comunicación, roles y rutinas	F=9.80	p<0.0002 **
F4A Comunicación y roles	F=6.33	p<0.0033 **
F4B Rutinas	F=4.74	p<0.0126 **
F5 Estilo familiar resolución de problemas	F=8.13	p<0.0008 **
F5A Cohesión y participación	F=6.95	p<0.002 **
F5B Redefinición del problema	F=0.23	p<0.7948
F5C Apoyo de redes institucionales	F=2.96	p<0.0601 *
F6 Percepción de recursos de la familia	F=0.68	p<0.5090
F6A Redes familiares externas	F=0.08	p<0.9234
F6B Red de comunicación Flia. nuclear	F=0.79	p<0.4597
F6C Redes de apoyo familia nuclear	F=3.04	p<0.0556 *
F7 Satisfacción calidad de vida	F=9.35	p<0.0003 **
F7A Satisfacción con la familia	F=12.02	p<0.0000 **
F7B Satisfacción aspectos personales	F=2.35	p<0.1049
F8 Eventos estresantes	F=21.47	p<0.0000**
F8A Estrés en salud	F=5.96	p<0.0045 **
F8B Estrés familia	F=7.72	p<0.0011 **
F8C Estrés vivienda	F=2.17	p<0.1232
F8D Estrés económico	F=3.05	p<0.0553 *
F8E Estrés escolar	F=2.04	p<0.1391
F8F Estrés laboral	F=4.29	p<0.0185 **
F9 Riesgo y salud familiar	F=5.16	p<0.0088 **
F9A Abusos de sustancias	F=0.24	p<0.7847
F9B Trastornos emocionales	F=4.17	p<0.0205
F9C Violencia intrafamiliar	F=4.90	p<0.011
F9D Embarazo no deseado	F=0.33	p<0.7235

* * Significativo
* Tendencia

tilo de resolución de problemas por parte de la familia, una disminución muy significativa de la percepción de los eventos estresantes intra y extra familiar, perciben menos problemas de y una percepción de mayor bienestar de las madres y satisfacción con la familia. El ANOVA entre sólo el $post_1$ y $post_2$ (N = 39 familias), es decir la evaluación de la mantención o mejoría de los efectos con el tiempo en el funcionamiento familiar, agrega un menor peso atribuido a los valores y creencias como sentencias absolutas, básicamente a los valores individuales, percepción de menor presencia e impacto de eventos estresantes, en particular en los subfactores de familia, estrés laboral y económico y mejor satisfacción con la calidad de vida, en particular con la familia. En el seguimiento, un factor positivo es la mejor utilización de los recursos familiares para la resolución de problemas, sobretodo por el logro de una mayor cohesión y participación. Por el contrario se produce un empeoramiento en el área de la comunicación de pareja, debido a menor apertura y disponibilidad del cónyuge (ver Tabla 10). Esta evaluación sin embargo, es la que perdió más familias al impacto dado que los registros pre no estaban completos, fue realizada adicionalmente por una ayudante tesista y las características largas del instrumento planteó resistencias de las familias a con-

Tabla 10
ANOVA de Factores y Subfactores del Test "Cómo es su Familia" al Término del Tratamiento ($Post_1$) y al Seguimiento ($Post_2$) (N=29)

Factores y Subfactores	Promedio	Prueba *t*	*p*
F1 Comunicación pareja y jerarquía	2.72	t=1.438	p<0.1585
F1A Comunicación de pareja	3.13	t=1.638	p<0.0109**
F2 Valores y creencias	-1.26	t=2.681	p<0.0107**
F2A Valores individuales	-1.03	t=2.968	p<0.0051**
F2B Valores morales y espirituales	-0.23	t=1.055	p<0.2981
F3 Vínculos familia extensa y amigos	-0.87	t=0.99	p<0.3282
F4 Comunicación, roles y rutinas	-3.00	t=3.463	p<0.0013**
F4A Comunicación y roles	-1.54	t=2.727	p<0.0096**
F4B Rutinas	-1.46	t=2.793	p<0.0081**
F5 Estilo familiar resolución de problemas	-2.62	t=3.01	p<0.0046**
F5A Cohesión y participación	-1.82	t=2.688	p<0.0106**
F5B Redefinición del problema	-0.26	t=0.881	p<0.3836
F5C Apoyo de redes institucionales	-0.54	t=1.806	p<0.0787*
F6 Percepción de recursos de la familia	-1.15	t=0.999	p<0.3238
F6A Redes familiares externas	-0.69	t=0.937	p<0.3544
F6B Red de comunicación Flia. nuclear	0.15	t=0.443	p<0.6605
F6C Redes de apoyo familia nuclear	-0.49	t=1.129	p<0.2657
F7 Satisfacción calidad de vida	-5.23	t=5.648	p<0.0000**
F7A Satisfacción con la familia	-3.59	t=5.39	p<0.0000**
F7B Satisfacción aspectos personales	-1.64	t=3.703	p<0.0006**
F8 Eventos estresantes	5.90	t=5.223	p<0.0000**
F8A Estrés en salud	1.10	t=2.52	p<0.0239**
F8B Estrés familia	2.77	t=3.976	p<0.0003**
F8C Estrés vivienda	0.21	t=1.347	p<0.1859
F8D Estrés económico	0.97	t=2.127	p<0.0397**
F8E Estrés escolar	0.26	t=0.952	p<0.3469
F8F Estrés laboral	0.59	t=2.19	p<0.0347**
F9 Riesgo y salud familiar	-1.10	t=2.904	p<0.0061**
F9A Abusos de sustancias	-0.13	t=0.842	p<0.4050
F9B Trastornos emocionales	0.18	t=1.482	p<0.1466
F9C Violencia intrafamiliar	-0.44	t=2.986	p<0.0049**
F9D Embarazo no deseado	-0.08	t=0.902	p<0.3725

* Tendencia
**Significativo

testarlo en una tercera oportunidad (Weinreich, 2001).

7. *Evaluación del equipo de salud respecto a impacto del PRODEFA*. En el post$_1$ se consideró que el 77.2% de las familias obtuvo mejoría (clara mejoría: 54.4% o leve: 22.8%, mientras en el seguimiento se consideró como exitosa la intervención en un 65% de las familias. Esto demuestra que el equipo experto de salud considera una mantención importante de los efectos de la intervención, con una leve disminución si se compara con el momento del alta. Dada la complejidad de los problemas de salud, en particular el área de los problemas de salud psicosocial, este porcentaje es altamente significativo en cuanto al impacto del PRODEFA y a la mantención de sus efectos. En un 35% de las familias, el equipo de salud, evaluó que el programa había sido no exitoso (ver Tabla 11).

Tabla 11
Evaluación del Equipo de Salud Respecto a Impacto del PRODEFA

	Familias Post$_1$ (alta) %	Familias Post$_2$ (seguimiento) %
Exito	77.2	65.0
No éxito	22.8	35.0

8. *Morbilidad.* El PRODEFA fue capaz de disminuir la demanda médica, que es el recurso humano más caro del Centro, lo que se comprueba en el primer año de seguimiento, donde las consultas por morbilidad adulto e infantil diminuyeron en un 16,7% en el primer año de seguimiento y un 64.6 % en el segundo año (ver Tabla 12).

Tabla 12
Consultas por Morbilidad Adultos e Infantil en el Período Pre Intervención, Post$_1$ y Post$_2$

	Pre	Post$_1$	Año 1	Año 2
Número de consultas por morbilidad	841	119	700	298

Las consultas por *morbilidad infantil* disminuyeron significativamente desde el pre al seguimiento (promedio de consultas en el primer y segundo año después del alta: t = 3.484; p value 0.00102) (Tabla 13). También hay disminución significativa de morbilidad de adultos (t = 5.406; p value 0.0000). (ver Tabla 13)

Tabla 13
Comparación Consultas por Morbilidad en el Pre y Post$_2$ (Promedio Dos Años de Seguimiento)

Número de consultas	Prueba t	p
Morbilidad Adultos	5.406	0.00000
Morbilidad Infantil	3.484	0.00102

9. *Costo económico* de estas familias al seguimiento: La auditoría de 347 fichas correspondientes a 70 familias demostró una franca disminución del gasto en recursos humanos (especialmente médicos que es el más caro) en la atención de salud durante el primer año de seguimiento que alcanzó al 42.5% respecto del Pre y un notable 75.5% menos durante el segundo año. Lo mismo ocurre entre el post$_1$ (período en que atiende a las familias) y el post$_2$ (seguimiento) respecto a recursos y actividades realizadas. El porcentaje del percápita utilizado en estas familias en los 3 momentos de la medición bajaron de un 37.7% a un 19.5% en el primer año de seguimiento y luego a un 8.3% a los 24 meses del alta. Esto indica que una inversión inicial importante en este tipo de familias -siendo perfectamente viable porque es apenas el 37.7% del percápita asignado- provoca una disminución significativa del gasto en los años sucesivos.

Entre el post$_1$ y primer año de seguimiento existe un 51,9% menos de gasto y con el segundo año un 79,4%. Si bien no corresponde incluir el costo del estamento de psicólogos en este periodo, debido a que no pertenecían a la planta oficial, sino que eran alumnos en práctica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; de todas maneras se realizó el cálculo, para estimar el costo (ver Tabla 14).

En relación a las actividades llevadas a cabo, como se observa en la Tabla 15, la cantidad promedio por familia entre el pre y los periodos de seguimiento disminuyen en un 16.5% y un 64% respectivamente. Cabe señalar, que en el periodo post se agregaron las actividades realizadas por psicólogo, lo que explica en parte ese aumento por familia (si no se tomara en cuenta, el valor sería de 19,21 actividades por familia). Entre el post$_1$ y períodos de seguimiento, el promedio disminuyó en un 53% y un 78% respectivamente.

Si se observan las actividades por estamento a través del estudio, llama la atención el gran aumento de la demanda médica a un año después del alta,

Tabla 14
Costo de RRHH/Estamento Anual, Período Pre Intervención, Post y Seguimiento

Estamento	Costo Pre	Costo Post	Seguimiento	
			Año 1	Año 2
Médico	$ 353.305	$ 243.518	$ 521.220	$ 221.891
Nutricionista	$ 123.113	$ 206.166	$ 49.030	-
Matrona	$ 192.359	$ 240.109	-	$ 25.869
Enfermera	$ 103.003	$ 219.823	$ 137.152	$ 44.453
A. Social	$ 624.210	$ 778.640	$ 45.264	$ 14.145
Auxiliares	$ 25.800	$ 11.480	-	-
Psicólogo	-	$ 55.139	$ 64.451	$ 42.604
Total	$ 1.421.790*	$ 1.699.736	$ 817.117	$ 348.962

*En este total no va incluído psicólogo

ya que en el periodo en que la familia estaba en el PRODEFA, se había logrado disminuir considerablemente. Al segundo año de seguimiento, si bien había disminuido, es igual un 41% mayor que en el periodo pre. Una de las actividades que se mantiene en el tiempo es la atención de Salud Mental, realizada por Psicólogo, que continúa a pesar de que la familia no estaba en el PRODEFA. Sobre los otros estamentos se observa una franca disminución de su uso, sobretodo en el caso de las auxiliares paramédicos (ver Tabla 15).

Tabla 15
Número de Actividades por Estamento/Familia en los Períodos Pre, Post y Seguimiento

	Pre	Post	Seguimiento	
			Año 1	Año 2
Médico	210	119	700	298
Nutricionista	84	189	47	10
Matrona	161	224	0	27
Enfermera	119	210	132	33
A. Social	490	595	32	10
Auxiliares	98	8	0	0
Psicólogo	0	721	59	39
Total	1162	2066	970	417
Promedio/Familia	16.60	29.5	13.86	5.96

10. Número de actividades por estamento/familia en los períodos pre, post y seguimiento: (ver Tabla 16).

11. *Tipo de actividades de salud realizadas en las familias PRODEFA en el seguimiento y su costo económico:* En el costo total de salud por familia se incluye el gasto de todos sus integrantes (cinco personas en promedio); por consiguiente para calcular el costo percápita de una familia se divide por el número de integrantes (5). En la Tabla 17 se obser-

Tabla 16
Número de Actividades por Estamento/Familia en los Períodos Pre, Post y Seguimiento

Actividad	Seguimiento			
	Año 1		Año 2	
	N° acciones	Costo	N° acciones	Costo
Morbilidad infantil	430	$ 320.178	158	$ 117.647
Morbilidad adulto	270	$ 201.042	140	$ 104.244
Control sano	137	$ 147.092	31	$ 33.284
Control.crónicos	42	$ 39.091	12	$ 11.169
Salud Mental	59	$ 64.451	39	$ 42.604
Total	938	$ 771.854	380	$ 308.948
N° actividades por familia	13.4		5.4	
Costo por familia		$ 11.026		$ 4.414

Tabla 17
Costo Percápita del PRODEFA en los Distintos Períodos

Per cápita	Pre	Post	Seguimiento	
			Año 1	Año 2
Percápita General	$ 6.840	$ 8.994	$ 11.952	$ 11.952
Costo Total/familia	$ 11.755	$ 16.979	$ 11.673	$ 4.985
Costo percápita/familia	$ 2.351	$ 3.396	$ 2.334	$ 997
% del percápita general.	34.70%	37.76%	19.53%	8.34%

va una disminución importante en el costo total de familia, por ende también del percápita. Al comparar el período pre con los de seguimiento se ve que existe un 0.7% con respecto al primer año de seguimiento, mientras ese costo disminuye en un 57.6% en el segundo año de seguimiento. Lo que más destaca es el bajo porcentaje del percápita general que se utiliza en la familia, así en el pre se utilizó el 34.7% versus el 19.5% del año 1 de seguimiento, lo que hace una diferencia de un 15.2% de ahorro y con el año 2 del seguimiento una diferencia del 26.4%.

Conclusiones

El modelo de salud familiar mejora la calidad de la atención debido a que facilita una atención integral y aumenta la satisfacción usuaria porque aborda unitariamente a la persona y ésta en el contexto de su familia, logrando una humanización de la medicina. Hay bastantes estudios que demuestran la importancia de la familia en el proceso de salud enfermedad, pudiendo ella ser considerada como un factor esencial en las representaciones, creencias y valores de lo que es salud y enfermedad, un factor de riesgo para la salud, un factor protector para la salud o para la rehabilitación de la enfermedad. También debe considerarse que la familia es directamente afectada por la enfermedad de uno de sus miembros, siendo efectivamente cualquier enfermedad un evento estresante para la familia, constituyéndose ella, en estos casos, en una unidad prestadora de servicios de salud. (Ringeling, 1986; Florenzano, 1995; Hidalgo, 1998; Rottmann, 1998).

Sin duda es un desafío grande cambiar un modelo de atención centrado en la enfermedad y el individuo a uno centrado en la familia, integrando la prevención y la salud mental. Este estudio, con un grupo reducido de familias en alto riesgo biopsicosocial y de extrema pobreza, con baja asistencialidad de salud, nos muestra sin embargo la factibilidad de ello. Los resultados obtenidos en la experiencia del Villa O'Higgins (Hidalgo & Carrasco, 1999) y esta evaluación de impacto es significativa al demostrar la permanencia en el tiempo de indicadores fundamentales de salud como son los factores de riesgo biomédicos y psicosociales considerados, e incluso la mejoría de algunos indicadores importantes tales como factores del funcionamiento familiar, consultas por morbilidad, satisfacción del usuario, percepción de mayor capacidad para enfrentar problemas de salud, etc., después de un año y medio de dadas de alta las familias. Estos datos confirman nuestra hipótesis de que algunos indicadores de proceso -tales como la dinámica familiar, cambios de conducta en crónicos o problemas psicosociales serios tales como violencia- requieren ser evaluados después de un seguimiento para constatar si los sistemas han sido movilizados y luego se han reacomodado con el tiempo.

Como todo estudio de seguimiento sufrió de la inevitable pérdida de familias, lográndose un seguimiento del 68% de las familias que terminaron su atención en el PRODEFA. Un porcentaje alto de las pérdidas se debieron a cambio de domicilio, acción frecuentemente recomendadas a estas familias que sufrían de hacinamiento. No obstante esta pérdida de muestra, consideramos que los resultados son generalizables al grupo dado que las familias perdidas no se diferencian significativamente de las seguidas en cuanto a los indicadores de Riesgo Familiar, Social y Potencialidad. Son relevantes las disminuciones en los factores de riesgo biopsicosocial familiar y debemos destacar que las familias en que tuvo éxito el programa son aquellas en que tenían menor riesgo social y, sobretodo mejores indicadores de potencialidad. Esto nos permite reconocer hacia que perfil de familias deben dirigirse

las acciones de este programa con el fin de mejorar las condiciones de costo-beneficio.

Es muy destacable la satisfacción del usuario con este programa y la validación de las atenciones en salud mental, en cuanto a su identificación como una necesidad y avalada por la demanda de ella después de estar en el PRODEFA. Las atenciones realizadas por los psicólogos clínicos aportaron fuertemente al éxito del programa de salud. Es impactante ver la necesidad de las familias en cuanto a apoyo psicosocial y a intervenciones psicológicas especializadas, que pueden hacerse en el contexto de la Atención Primaria.

Debemos destacar la aparición en la evaluación de impacto de un 23% de madres que plantean que sus familias están peor que cuando se las dio de alta. El análisis de este grupo permite perfilar temáticas de mucha relevancia y difícil solución con una intervención breve y dentro de este contexto, tales como las adicciones, el alcoholismo, problemas de pareja y VIF graves. Se debe estimular la participación de más miembros de la familia, especialmente de los padres y jóvenes (varones) que suelen marginarse de las atenciones de salud, tanto por su rol habitual como por la posible discriminación que surge también desde el mismo sistema de salud.

Nos parece muy importante destacar las disminuciones de consulta por morbilidad de adultos y niños en el seguimiento después de participar en el PRODEFA, lo cual indica menos eventos de enfermedad, menores costos en salud y/o una mejor resolutividad de las familias frente a ciertas enfermedades (consulta oportuna, menores complicaciones, etc). Es posible sin embargo, que parte de esas disminuciones de consulta en niños se deba a que ellos han ido creciendo y por lo tanto están menos expuestos a problemas propios de los menores de dos años. Por otra parte es preocupante la disminución de control de crónicos dado que estos deberían mantenerse después de la intervención PRODEFA. En esto el programa debe mejorar.

Los indicadores económicos, en base a todos los datos entregados, señalan que se puede implementar un programa de Familia debido a que no resulta tan costoso como se suponía, ya que ocupa sólo un porcentaje del percápita general (37.6%) y requiere menos del 10% de la planta del Centro de Salud. Y además de esto, reduce los gastos de salud desde un 34.7% del percápita de estas familias en los años previos a la intervención, a una disminución del 19.5% el primer año y a un 8.3% del percápita en el segundo año de seguimiento.

De este modo podemos afirmar, que tanto la calidad social (aceptabilidad del programa), la calidad técnica (procedimientos y técnicas aplicadas), la calidad económica (factibilidad económica) y eficiencia práctica (relación costo-beneficio aplicada en un centro particular) han quedado demostradas para un grupo significativo de familias cuyo perfil de necesidades de salud podemos identificar y definir. Esta es una de las tareas pendiente para perfeccionar el PRODEFA.

De este modo este modelo de atención familiar puede servir de base para satisfacer de mejor forma las necesidades de salud de la población y orientar a las autoridades de salud en la forma de implementar programas eficientes en grupos de alto riesgo y sobretodo con una orientación hacia la promoción y prevención en salud integral. Las orientaciones actuales del Ministerio de Salud y los programas pilotos de Centros de Atención Familiar requieren urgentemente directrices programáticas y de gestión así como modos operativos para lograr un mejor nivel de salud de la población, en particular de aquellos en mayores condiciones de desventaja social.

Referencias

Belsey, M. (1996). *The concept of family health. family: Challenges for the future*. New York: United Nations Publications.

Berg (1994). *Family based services. A solution-focuses approach.* New York: WW Norton Company.

Carey, R. & Posavac, E. (1985). *Program evaluation.* New Jersey: Prentice-Hall.

Cáceres, A., Cáceres, G., Matta, S. & Soto, V. (1998). *Seguimiento y monitoreo de proyectos*. División de Organizaciones Sociales. Dpto. de Estudios.

Coletti, M. & Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós

Ell, K. & Northen, H. (1990). *Families and health care*. New York: Aldine de Gruyter.

Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Ed. Universidad Católica de Chile.

Hidalgo, C. G., Cornejo, M., Carrasco, E., Cabezas, A. M. (1998). Modelo de evaluación del programa de salud Familias en Riesgo Biopsicosocial en la Atención Primaria. *Cuadernos Médicos Sociales, 39* (3-4), 92-110.

Hidalgo, C. G. & Rodríguez, J. (1998). Perfil del funcionamiento familiar según el test "Cómo es su Familia" para uso clínico. *Psykhe, 7* (2), 75-84.

Hidalgo C. G.& Carrasco E. (1999). *Salud familiar. Un modelo integral de salud para la atención primaria*. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica.

Koepsell, T., et al. (1996). Algunos aspectos metodológicos de la evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades basados en la comunidad. *Promoción de la Salud: Una antología*. Washington Organi-

zación Panamericana de la Salud.

Ringeling, I. (1986). La implementación del enfoque familiar en el sistema de atención primaria. En R. Florenzano et. al. (Eds), *Salud Familiar.* Santiago: CPU.

Rodríguez, J. et al. (1996). Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescente. *Cuadernos Médicos Sociales, 37* (2), 64-89.

Rottmann, L. (1998). Centro comunitario de salud mental familiar: Equipo territorial de salud mental y psiquitría. *Cuadernos Médicos Sociales*, 39 (3-4), 48-55.

Saraceno, B. & Levav, I. (1992). La evaluación de servicios de salud mental en la comunidad. *Temas de Salud Mental Comunitaria*. OPS.

Weinreich, L. (2001). *Intervención de salud de alto riesgo biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionaminto familiar*. Tesis para optar al título de Magister. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.