

ANEXO E

FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO:
Prácticas y construcción de subjetividad a partir de la aplicación del modelo de salud familiar en una IPS en Bogotá

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

AUTOR O AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
<u>Gómez-Corredor</u>	<u>Diana Carolina</u>
<u>Pérez-Gómez</u>	<u>Yoan Stephanie</u>
<u>Rodríguez-Ortiz</u>	<u>Jennifer Andrea</u>

DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

Apellidos Completos	Nombres Completos
carvajal	Luz mery

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
Colon	Tatiana

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Prácticas y construcción de subjetividad desde el modelo de salud familiar

FACULTAD:

Psicología

PROGRAMA: Carrera X Licenciatura Especialización Maestría
Doctorado

NOMBRE DEL PROGRAMA:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA:

CIUDAD: BOGOTA **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:**

2009

NÚMERO DE PÁGINAS

57

TIPO DE ILUSTRACIONES:

- Mapas

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento_____

MATERIAL ANEXO (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: _____ minutos.

Número de casetes de vídeo: _____ Formato: VHS ___ Beta Max ___ ¾ ___

Beta Cam ___ Mini DV ___ DV Cam ___ DVC Pro ___ Vídeo 8 ___ Hi 8

Otro. Cual? _____

Sistema: Americano NTSC _____ Europeo PAL _____ SECAM _____

Número de casetes de audio: _____

Número de archivos dentro del CD (En caso de incluirse un CD-ROM diferente al trabajo de grado)

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (*En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Biblioteca General en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará.*)

ESPAÑOL

Psicología organizacional

Instituciones prestadoras del servicio de salud

Prácticas organizacionales

Construcción de la subjetividad

Modelo de salud familiar.

INGLÉS

Organizational psychology

Institutions health services

organizational practices,

Construction of the subjectivity

Model of family health

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres):

La implementación de la Ley 100, con la cual se creó el sistema de seguridad social integral para garantizar la cobertura de las prestaciones sociales a los ciudadanos colombianos, ha generado grandes cambios en empresas de salud quienes han adoptado diferentes estrategias organizacionales con el fin de prestar un servicio de alta calidad. Una de estas estrategias es el modelo de salud familiar, el cual se ha establecido de manera sistemática en diferentes IPSs. Con este trabajo de grado se buscó determinar las prácticas realizadas por los trabajadores del área asistencial de una IPS, con el fin de acercarnos a la construcción de la subjetividad de dichos trabajadores. Para lograrlo se comenzó con una revisión de la literatura, luego se realizaron cinco (5) entrevistas abiertas basadas en un guión a miembros de una institución prestadora de salud que maneja el Modelo de Salud Familiar, las cuales se transcribieron de manera literal. Los resultados se analizaron a partir de árboles de relaciones que generaron las categorías analizadas en la matriz y contrastadas con la revisión bibliográfica.

The implementation of the Law 100, with allow to create the system of social integral safety to guarantee the coverage of the social (services) to the Colombian citizens, has generated big changes in companies of health who have adopted different strategies in

order to give a service of high quality. One of these strategies is the model of family health, who has established in a systematic way in different IPSs. With this work of degree one sought to determine the practices realized by the workers of the welfare area of an IPS, in order to approach the construction of the subjectivity of the above mentioned workers. To achieve this it was a review of the literature, then five (5) opened interviews based on a script to members of an institution that offers health services that handles the Model of Family Health, which were transcribed in a literal way. The results were analyzed from trees of relations that generated the categories analyzed in the counterfoil and confirmed with the bibliographical review.

PRÁCTICAS Y CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD A PARTIR DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN UNA IPS EN BOGOTÁ

Gómez-Corredor, Diana Carolina; Pérez-Gómez, Stephanie;
Rodríguez-Ortiz, Jennifer Andrea.

La implementación de la Ley 100, con la cual se creó el sistema de seguridad social integral para garantizar la cobertura de las prestaciones sociales a los ciudadanos colombianos, ha generado grandes cambios en empresas de salud quienes han adoptado diferentes estrategias organizacionales con el fin de prestar *un servicio de alta calidad*. Una de estas estrategias es el modelo de salud familiar, el cual se ha establecido de manera sistemática en diferentes IPSs. Con este trabajo de grado se buscó determinar las prácticas realizadas por los trabajadores del área asistencial de una IPS, con el fin de acercarnos a la construcción de la subjetividad de dichos trabajadores. Para lograrlo se comenzó con una revisión de la literatura, luego se realizaron cinco (5) entrevistas abiertas basadas en un guión a miembros de una institución prestadora de salud que maneja el Modelo de Salud Familiar, las cuales se transcribieron de manera literal. Los resultados se analizaron a partir de árboles de relaciones que generaron las categorías analizadas en la matriz y contrastadas con la revisión bibliográfica.

Palabras clave: Psicología organizacional, Instituciones prestadoras del servicio de salud, Prácticas organizacionales, Construcción de la subjetividad, Modelo de salud familiar.

PRÁCTICAS Y CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD A PARTIR DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN UNA IPS EN BOGOTÁ

Gómez-Corredor, Diana Carolina; Pérez-Gómez, Stephanie;
Rodríguez-Ortiz, Jennifer Andrea.

The implementation of the Law 100, with allow to create the system of social integral safety to guarantee the coverage of the social (services) to the Colombian citizens, has generated big changes in companies of health who have adopted different strategies in order to give a service of high quality. One of these strategies is the model of family health, who has established in a systematic way in different IPSs. With this work of degree one sought to determine the practices realized by the workers of the welfare area of an IPS, in order to approach the construction of the subjectivity of the above mentioned workers. To achieve this it was a review of the literature, then five (5) opened interviews based on a script to members of an institution that offers health services that handles the Model of Family Health, which were transcribed in a literal way. The results were analyzed from trees of relations that generated the categories analyzed in the counterfoil and confirmed with the bibliographical review.

Key words: Organizational psychology, Institutions health services, organizational practices, Construction of the subjectivity, Model of family health.

PRÁCTICAS Y CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD A PARTIR DE LA
APLICACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN UNA IPS EN BOGOTÁ

Diana Carolina Gómez Corredor

Stephanie Pérez Gómez

Jennifer Andrea Rodríguez Ortiz

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología

Bogotá, noviembre de 2009

TABLA DE CONTENIDO

0	INTRODUCCIÓN.....	2
0.1	Problema.....	3
0.2	Fundamentación Bibliográfica	7
0.3	Objetivos.....	22
0.3.1	Objetivo General	22
0.3.2	Objetivos Específicos	22
1	MÉTODO	23
1.1	Tipo de investigación y diseño	23
1.2	Participantes	24
1.3	Instrumentos	24
1.4	Procedimiento.....	25
2	RESULTADOS	27
3	DISCUSIÓN.....	46
4	CONCLUSIONES.....	52
	ANEXOS	

0 INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo establecer las prácticas de los trabajadores del área asistencial que se encuentran adscritos a una IPS en Bogotá que maneja el Modelo de Salud Familiar y cómo estas contribuyen en la constitución de las subjetividades, teniendo como referencia el modelo Neoliberal que ve al trabajador como un ser autónomo y responsable capaz de direccionarse a sí mismo, inmerso en diferentes contextos que contribuyen en su forma de significar la realidad y por tanto en la construcción de la subjetividad.

El trabajador pasa la mayor parte del tiempo en organizaciones proveedoras de empleo, siendo estas un espacio en el que los seres humanos tienen la oportunidad de interactuar y socializar con otras personas, dichas interacciones generan significados que logran dar sentido sobre las prácticas que se realizan al interior de la organización a la que pertenece y son construidas a partir de los diferentes modelos que implementan las organizaciones para satisfacer las necesidades de las mismas, como lo es el Modelo de Salud Familiar.

Los significados creados por el trabajador en su entorno laboral, dependen de sus discursos, experiencias y conflictos, los que eventualmente influyen en su forma de desenvolverse dentro de la organización. Así pues, estas emplean mecanismos de acción como lo es la filosofía empresarial que la lleva a direccionar y establecer metas a cumplir en el futuro, estas son comprendidas de diferentes maneras por las personas, permitiendo el trabajo en equipo para lograr un objetivo, lo que conlleva a hacer que el trabajador logre satisfacer las necesidades tanto individuales como de la empresa. (Nosnik, 2005).

Esta investigación buscó identificar las prácticas que emplean cinco (5) miembros de una institución prestadora de salud de Bogotá que maneja el Modelo de Salud Familiar, a quienes se les realizaron entrevistas que permitieron recoger sus discursos, a partir de los cuales se realizaron los árboles de relación y la matriz de textualidad.

0.1 Problema

El mundo laboral que se da en la actualidad trae consigo prácticas que tienen en cuenta el modelo neoliberal, este implica la mínima intervención del Estado y la máxima libertad de los agentes que intervienen en la actividad económica. Es decir, implica la no participación o regulación del Estado en la economía, lo que genera cuestionamiento sobre el papel del Estado que pareciera está enmarcado en procurar la igualdad y la distribución de la riqueza. Según Rose (1997):

El neoliberalismo se las arregló para reactivar una especie de vigilancia crítica sobre el gobierno político característica del liberalismo clásico, conectando diferentes elementos de la retórica de la intransigencia con una serie de técnicas – ninguna de ellas en si misma particularmente nueva o destacable-, lo que permitió que estas críticas se incorporaran al gobierno (...) un hecho que puede resultar paradójico en lo que refiere al neoliberalismo es que, pese a presentarse a sí mismo como una crítica del gobierno político, mantiene el programático a priori, la presuposición, de que lo real es programable por las autoridades: los objetos de gobierno se hacen así pensables en la medida en que sus dificultades aparecen como susceptibles al diagnóstico, prescripción y cura (pág. 33).

El neoliberalismo no pretende terminar con la “voluntad de gobernar” si no que el gobierno puede innovar y proponer estrategias a partir del fracaso que ha tenido.

Se genera entonces, un cambio en la forma en que el sujeto se concibe, empleando un papel que permite el propio gobierno, sujetos de responsabilidad, autonomía y elección, permitiéndole ser activo en la búsqueda de la realización propia, pretendiendo maximizar la calidad de vida mediante su propia elección dando sentido a la vida resultado de las propias elecciones y opciones tomadas.

Para lograr el papel del propio gobierno, entra a jugar el trabajo, que ocupa un lugar fundamental en las vidas de los seres humanos, permite dar un sentido de propósito e identidad, además, obtener ingresos para satisfacer las necesidades materiales. Es decir, en nuestros días, el empleo es lo que se requiere para obtener los medios para satisfacer las necesidades y deseos en el mundo -para la comida, la ropa, la vivienda, el consumo, la vida familiar y la realización personal-.

El empleo es uno de los principales mecanismos que se utilizan para relacionarnos con los demás. Las organizaciones se convierten en generadoras de interacción social. Un lugar para estar, y “una razón para levantarse de la cama todas las mañanas” (Pág. 46) (Schvarstein, 1992). Es importante entonces destacar que “Vivimos en organizaciones” trabajamos, jugamos y nos educamos. Según Schvarstein (1992), las organizaciones laborales tienen marcada incidencia en la manera como concebimos nuestro presente y nuestro futuro y en el desarrollo de cada cual. Para muchas personas las organizaciones serán el “sostén de una precaria identidad” y para otros serán el desarrollo de su autonomía desde el reconocimiento de lo que la persona vale, que finalmente influye en la autoestima a partir de las diferentes relaciones.

En el curso del presente siglo, los tipos y condiciones del trabajo han cambiado radicalmente. Profesionales como industriales, administradores, filántropos, psicólogos y otros han iniciado una serie de reformas en los lugares de trabajo, reclamando poder

reestructurar radicalmente la relación laboral, para hacer el trabajo placentero para el trabajador al mismo tiempo que redituable para el empleador. Estos diferentes intentos de transformar el trabajo, ven la subjetividad del trabajador no sólo como un valor a ser respetado, sino también como un eje central en el éxito de la organización. Han cuestionado, de diversas maneras, la idea de que el trabajo es entendido sólo para satisfacer deseos que él mismo frustra. Por el contrario, sostienen que el trabajo, correctamente organizado, puede por sí mismo satisfacer al trabajador; que la actividad de trabajar en sí misma puede brindar recompensas personales y relaciones sociales a quienes están involucrados en ella; que el buen trabajo puede ser un medio para la realización personal (Rose, 1997).

Por otro lado, Rose (1999) destaca que el camino al éxito comercial se basa en introducir y hacer que el trabajador se interese por las metas de la compañía a nivel de su subjetividad, alineando los deseos, necesidades y aspiraciones de cada individuo que trabaja para la organización con la aspiración exitosa de los objetivos de ésta. Es decir, que cada trabajador tratara de alcanzar sus metas individuales y además trabajara para el avance de la organización. Así, mientras el individuo mas se realiza, mayores los beneficios para la compañía.

Cada empresa se organiza desde unos objetivos y metas a desarrollar, lo que implica involucrar una filosofía empresarial que permita a los trabajadores ir encaminados hacia un fin, en este aspecto se da la importancia de indagar cómo las empresas actúan y se desarrollan a partir de seguir modelos para prestar un servicio. Por ello es importante destacar que para indagar y conocer cómo los trabajadores constituyen sus subjetividades es necesario participar activamente en una organización y de esta forma entender las dinámicas que se realizan. Teniendo en cuenta que la psicología social de las

organizaciones señala que existe una relación entre el sujeto y la estructura social, definiendo a la psicología social como una disciplina que pretende indagar las interacciones entre los individuos y el efecto de la configuración del mundo interno en cada uno de ellos (Schvarstein, 1992). La psicología, desde sus estatutos de verdad, construye cotidianidad y realidad, explica y muestra cómo la vida se moviliza, cambia y se adapta, da una certeza y orden a las relaciones e interacciones, genera y crea formas de analizar la realidad situando un discurso que se implanta en una perspectiva cultural social e individual; es decir, que comprende el mundo para que sea posible actuar en él y dominarlo. (Restrepo y Pérez, s.f.).

Por último y teniendo en cuenta lo que se ha descrito anteriormente, se ha tenido la convicción de que el trabajador es el “motor base” para el funcionamiento de las organizaciones, a lo largo del tiempo el significado del empleado ha cambiado y se ha establecido en relación al entorno en el que se encuentran sumergidas las empresas, ha ido trascendiendo de ser considerado como una máquina a un trabajador más humano. Sin embargo, poca relevancia ha tenido su subjetividad, esta ha quedado relegada a un segundo plano, es por esta razón, que se hace importante destacar todas aquellas significaciones que se crean entorno al trabajador, por tanto, la pertinencia social, de esta investigación pretende reconocer la voz del trabajador, no solo como productor y medio para generar más ingresos a la organización, sino como constructor y creador de nuevas formas de realidad que implican formas de pertenecer y actuar en el mundo cambiante en el que nos encontramos inmersos, por esto cabe preguntarse ¿cómo el entorno organizacional, sus relatos y narraciones, sus experiencias y claro está, sus conflictos, se convierten en factores generadores de significados que determinan de una u otra forma el desempeño y las diferentes maneras de actuar, de construir y de sentir de aquella fuerza de trabajo humana de la cual depende el éxito de las empresas en la actualidad?

Así mismo, es importante destacar como las empresas adoptan modelos que permiten generar formas de ver y de actuar frente a diferentes prácticas que se realizan en una organización como el Modelo de Salud Familiar, que se basa en promocionar la salud, prevenir la enfermedad y fomentar el auto cuidado, aunando el talento de los diferentes trabajadores en el área asistencial, enfocándose en que no sea netamente curativo teniendo como base fundamental el apoyo de la red familiar (Jáuregui, 2004). Es importante preguntarse entonces, sobre ¿Cómo son las prácticas empleadas por trabajadores del área asistencial inscritos en el Modelo de Salud Familiar? ¿Cómo constituyen su subjetividad? Por esto, es pertinente tener como pregunta guía de esta investigación ¿Qué prácticas constituyen las subjetividades de los trabajadores de una IPS en Bogotá que maneja el modelo de salud familiar para la prestación de los servicios de salud?

0.2 Fundamentación Bibliográfica

Los sujetos, miembros de organizaciones y actores en diversos contextos como empresas productivas y de servicios donde interactúan y configuran su subjetividad, pasan el mayor tiempo de su vida allí, pues como afirma Scott (1981) la mayoría de la gente pasa por lo menos la mitad de su vida en organizaciones de algún tipo como: el trabajo, la escuela, la iglesia, entre otras; no sólo trabajando en o para ellas, sino que también perteneciendo a las mismas.

Dichos contextos organizacionales se han visto inmersos en una sociedad móvil y competitiva, regida en gran parte por el mercado (Camejo, 2008), lo que dio paso al neoliberalismo, cuyas tendencias proponen un cambio de valores y una renuncia al estado de Bienestar. Este modelo, en sus máximas posibilidades lleva a que el interés privado sea

un aspecto firmemente compatible con el interés social, esto, bajo el marco de una operación mercantil enteramente libre, sin ninguna restricción (Baquero, 2002).

En esta medida, la intervención del estado es limitado, garantizando el funcionamiento armonioso y equilibrado del mercado y cumpliendo con sus deberes sociales para la defensa de la comunidad (Baquero, 2002). Según esta filosofía económica cualquier situación de crecimiento insuficiente se debe al no cumplimiento del libre mercado, y por ende se asume que a mayor intervención del Estado, menor posibilidades de manifestación del progreso de la sociedad (Baquero, 2002).

Así mismo, en el marco de las relaciones internacionales se expresa el principio de libertad económica en la defensa del libre comercio, apoyado en una virtual unanimidad, creada desde los tiempos de Adam Smith, defendiendo la idea de que las acciones proteccionistas estatales impiden que se difundan las ganancias del comercio, limitando el crecimiento económico y generando una asignación artificial de recursos no acorde con las ventajas comparativas de los países (Friedman, escuela de Chicago “monetarismo”; citado por Baquero, 2002).

Los fundamentos teóricos de los principios neoliberales se pueden resumir en dos puntos, a saber: 1. Reivindicación del poder del mercado y del desarrollo económico y social y 2. Prevalencia del sector privado sobre el público por lo que abogan por la supresión del Estado como ente regulador (Ahumada, 1996). Lo anterior, bajo el funcionamiento de cuatro principios teóricos: el papel positivo de la desigualdad (su función es suministrar incentivos al individuo para que obtenga lo mejor de sus habilidades y oportunidades), la eliminación de la función económica y social del estado (que solo vigilen que los mecanismo que regulen la producción de esos bienes y servicios sea preservado en funcionamiento y orden), la operación del mercado en todas las esferas de la

actividad humana, planteado esto desde el valor del ser humano de acuerdo a lo que valen el mercado, dependiendo lo anterior de lo que se invierta en la capacitación, y finalmente la validación del subjetivismo como criterio de verdad y fuente de explicación de los fenómenos económicos, políticos y sociales.

La Psicología organizacional se ocupa básicamente del desarrollo de principios sobre mejores condiciones de trabajo, que supone que criterios como el aumento de la calidad, el rendimiento del trabajador, la reducción de la tasa de accidentes y del gasto de energía, pueden evaluar la utilidad de dichas condiciones. Es de resaltar que los criterios se consideran adecuados en la medida en que puedan relacionarse de manera directa con el dinero y el crecimiento de las utilidades; de la misma manera el aumento de la satisfacción de los trabajadores permite evaluar el éxito del programa psicológico (Bass, 1972). Autores como Ackoff citado por Nosnik (2005) argumentan que características como los cambios internos de una organización que buscan orientarlas a las versiones ideales, son las que convierten a estas en sistemas sociales, que buscan intencionalmente su mejoría en términos de crecimiento y desarrollo, es decir, “la historia de la organización brinda la oportunidad de madurar y perfilar de una manera más claramente en los hábitos y costumbres de las personas de la organización, que de forma automática e inconsciente manifiestan en su comportamiento organizacional su pertenencia a tal cultura organizacional” (Pág. 49). La importancia de la organización, definida por Morgan (1990) se refiere a cómo los sistemas abiertos logran gestionar, satisfacer y equilibrar sus necesidades internas y adaptarse a las circunstancias de su entorno, por lo que se entiende que no existe una única manera de organización, pues esta debe depender del contexto en que se desarrolla y el tipo de tarea a la que se dedica la misma.

Dentro del diseño organizacional existen dos pilares que influyen en la cultura de la misma, como lo son la misión y la filosofía, la primera según Nosnik (2005), hace referencia al buen desarrollo de las propuestas tanto de productos como de servicios que se le prestan al cliente, es decir, “expresa de cierto sentido la responsabilidad social que los individuos de una organización sienten frente a su sociedad en términos de beneficios materiales (de consumo, tecnológicos, financieros, etc.), sociales, de capital humano (recursos humanos capaces y capacitados), de conocimiento, etc., que le brinda a esta” (Pág. 49). Mientras la segunda, son aquellas normativas impuestas por el mismo grupo de individuos teniendo en cuenta la visión de futuro con el fin de lograr su misión como organización; por lo tanto, “la filosofía expresa valores que regulan y definen las culturas para reconocer y sancionar los diferentes aspectos, positivos al igual que negativos, de la conducta de los individuos y equipos de la organización” (Pág.50), de tal forma se promueve el respeto por el medio ambiente y por la convivencia pacífica y productiva de los miembros de la organización. Así, Nosnik (2005) considera importante vincular estos dos términos en la organización para fomentar el crecimiento personal y el desarrollo comunitario.

De igual manera, Morgan (1990) se refiere a los significados, las comprensiones y el sentido, compartidos como diferentes maneras de caracterizar la cultura. Pues “al hablar de la cultura realmente se está hablando de proceso de estructuras reales que nos permitan ver y comprender ciertos hechos, acciones, objetos, expresiones y situaciones de modos distintos” (Pág.115). La comprensión de la cultura, parte de las interacciones recíprocas que surgen al interior de las organizaciones, las cuales se generan a partir de las relaciones establecidas entre el individuo y el grupo, entre el grupo y la organización y finalmente entre la organización y el individuo, así como de la integración de las anteriores; teniendo

en cuenta que el individuo está inmerso en estas, construyéndose a partir las mismas; así, el papel de la Psicología social al interior de las organizaciones es pensar los efectos que tienen en la construcción de realidades sus miembros (Schvarstein, 1992). Es relevante como las interacciones propuestas anteriormente y el uso de las tecnologías propias de la organización pautan los discursos a partir de los cuales cada uno de los individuos asume su rol dentro de la organización, aportando a la construcción de subjetividad de los miembros adscritos a la misma (Schvarstein, 1992).

Es importante tener en cuenta que al interior de dichas organizaciones se han modificado evidentemente las formas de producción, de organizar y representar el trabajo, puesto que no existe una tendencia única y generalizada en la organización del mundo laboral se evidencia como un proceso multiforme y contradictorio (Antúnes, citado por Escobar 2005), aun así es posible establecer algunas tendencias generales, se plantean como algunas características globales el “aumento de la población dedicada al área de prestación de servicios, la flexibilización de las jornadas de trabajo, salarios, etc.” (Aquevedo, 2001); dicho contexto se constituye para la producción de trabajadores autónomos, competentes, responsables, comprometidos, trabajadores capaces de adaptarse al trabajo, lo que es una estrategia fundamental de las entidades para asegurar la fidelidad de sus clientes (García y Carvajal 2007), por esto exigen de sus empleados cada vez una mayor capacidad de elegir entre diversas alternativas e igualmente responsabilidad sobre sus decisiones (Lazzarato 1997); este cambio general en el ámbito del trabajo implica modificaciones en la construcción de los sujetos a partir del mismo, es decir en la construcción de subjetividad en el trabajo.

Referente a este último aspecto Elton Mayo (citado por Filippi, (s.f.)) plantea que la subjetividad laboral es la capacidad social que establece los niveles de competencia y de eficiencia, deduciendo que en cuanto más integrados se encuentren los trabajadores socialmente, mayor su disposición para producir; así, el comportamiento del individuo se apoya en su grupo y está influenciado por sus normas y valores, sus códigos de conducta grupal; entendiéndose de esto que las relaciones personales establecidas entre los trabajadores influirán en los niveles de producción de los mismos.

Además de las relaciones interpersonales, plantea Aubert y Gaulejac (1993), la subjetividad es modelada por la empresa o institución a la que se pertenece, pues esta es una construcción social que genera de alguna manera la identidad de los trabajadores; ya que se habla de un individuo capaz de crear su propia identidad a través de su trabajo, respecto a esta última, González (citado por Filippi s.f.) expresa la *identidad* como un sistema de sentidos que se emite a partir de configuraciones constituidas en la historia de un sujeto y las condiciones dentro de las cuales actúa en un momento específico; la subjetividad habla de la realidad, desde lo simbólico y emocional de la historia del sujeto y el contexto social donde este se halla inmerso, que son imperativos en la constitución del mismo; así, lo individual tiene un escenario social, entendiéndose que el sujeto actúa desde sí mismo y desde sus funciones sociales. De igual manera al referir la subjetividad laboral, se bosqueja a la misma en un contexto social, el cual se encuentra estructurado por sujetos individuales, más vale destacar que estos no son únicamente una reproducción del mismo, esto pues, los sujetos frente a un cambio de paradigma responden con el desarrollo de competencias distintas para adaptarse a este cambio (González (s.f.) citado por Filippi (s.f.)).

Ahora bien, con el propósito de maximizar la capacidad de adaptación de los empleados y así su productividad, se emplean herramientas de formación como la capacitación, con el fin de producir trabajadores con valores, competencias, comportamientos, etc. afines a la entidad en que laboran, logrando así, reforzar las conductas y comportamientos que la misma considera productivos; la finalidad de este acoplamiento, entre el sujeto y la entidad para que se trabaja, en valores, competencias y demás yace en el hecho de que esto genera compromiso, lealtad, responsabilidad y respeto, lo que inmediatamente disminuye la necesidad de supervisión constante de los empleados, permitiendo así que la creatividad, conocimiento, afectos y deseos del trabajador se encaminen libremente hacia la obtención de los objetivos de la entidad empleadora, evidenciado esto en la vinculación afectiva del trabajador con su trabajo (García y Carvajal 2007).

Así mismo según Hardt & Negri (2000) en el sector de los servicios se presenta un modelo más rico de la comunicación productiva. De hecho, la mayoría de los servicios se basan en el continuo intercambio de información y conocimientos. Puesto que la producción de servicios no resulta en bienes materiales ni durables, definimos al trabajo implicado en esta producción como trabajo inmaterial, es decir, servicios, productos culturales, conocimiento o comunicación; es valioso recalcar de este la producción de “sentimientos de bienestar, comodidad y empatía” prestados por entidades o departamentos de las mismas que ofrecen servicios directamente a sus clientes; los servicios de salud, por ejemplo, yacen sobre el trabajo afectivo y de cuidado. Este trabajo es inmaterial, aún cuando sea corporal y afectivo, esto, puesto que su producto es intangible, un sentimiento de comodidad, bienestar, satisfacción. La categoría de servicios personales es utilizada para

identificar esta clase de trabajos, pero lo realmente esencial para los mismos es la creación y manipulación de afectos. Esa producción, intercambio y comunicación afectiva se asocia generalmente con el contacto humano. En este contexto, las conductas de los empleados no están dictaminadas por sus empleadores, en cambio, se forjan en situaciones fortuitas que suscitan la adaptación de los empleados a las mismas (Hardt & Negri, 2000).

Entretanto plantea García y Carvajal (2007) que el trabajador se construye como sujeto laboral a través de los valores promovidos por la entidad para la que trabaja pues sus discursos evidencian la influencia de los mismos en su forma de ser y su percepción del trabajo, visto hoy como medio de progreso y autorrealización; así, las prácticas y discursos de la entidad empleadora legitimados con saberes científicos, en este caso la psicología, se establecen como verdades, que al ser apropiadas por los trabajadores transforman su saber, su pensar y manera de actuar. Se logra de esta manera que las condiciones en que se trabaja se naturalicen como maneras propias de la organización del trabajo (Pulido, 2004). Por tanto las organizaciones son consideradas un factor importante que incide en la manera como los trabajadores conciben la realidad, dentro de su descripción es posible evidenciar ciertas dualidades en las que se encuentra sumergido el sujeto frente a la construcción de sí mismo y de los roles que desempeña en la organización ya que como expone Shvarstein (1992) para algunos se convierten en el sostén de una precaria identidad y para otros el lugar donde desarrollan su autonomía.

De esta manera se construye al sujeto a partir de las interacciones que se presentan al interior de las organizaciones, por tanto, la participación de los individuos en dichos ámbitos se estructura en función del desempeño de los roles construidos en ella, no obstante, dichos roles son vistos como las pautas de conducta conformadas gracias a la

actuación de una serie de reglas que determinan la naturaleza de la interacción. Sin embargo, dichas relaciones son mediadas por la comunicación entre sus integrantes lo que en última instancia constituye a la organización misma. (Shvarstein, 1992)

Para poder entender las dinámicas en las que se conforma el sujeto trabajador, es necesario conocer las formas en las que influye la organización en la construcción del sujeto y viceversa, lo cual puede ser evidenciado en la narrativa de los sujetos pertenecientes ella, es decir, el conocimiento de las versiones que se generan nos permite el conocimiento global de la empresa.

De las interacciones en las redes sociales que se presentan en la organización se generan una serie de culturas que la caracterizan, es importante mirar los factores que conforman tal cultura, es decir, misión, visión, valores, políticas, que influyen en las narraciones de los trabajadores, en palabras de Morgan (1990) adquieren una función interpretativa entre los sujetos, actuando como puntos de referencia en el modo de pensar de las personas y dándole sentido al contexto en el que se encuentran (Morgan, 1990), es decir, se convierten en generadores de significados.

Es posible evidenciar la influencia tanto de las organizaciones como de los contextos en la construcción del individuo, de su subjetividad, de sus comportamientos demostrados en los roles y finalmente de las interacciones que emergen al interior de éstas. Es pertinente analizar las diferentes formas en las que se está construyendo a los sujetos en la actualidad, teniendo en cuenta el contexto al que pertenece el trabajador en su cotidianidad laboral.

También es importante tener en cuenta que la organización se ve influenciada significativamente por el contexto general en el que se encuentra, es decir, las instituciones que determinan el desarrollo del ámbito en este caso de la salud, intervienen en las dinámicas y en las características de la organización, lo que las obliga a adaptarse constantemente a los cambios que el contexto les impone, por tanto permite ver las formas en las que es concebido el trabajador en el ámbito de la salud en Colombia. Se considera pertinente hacer referencia al sistema de salud que opera en el país a partir de la ley 100 implementada en 1993 reglamentando el artículo 49 de la constitución política frente a la seguridad social:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas del estado para proporcionar una cobertura en el área de la salud con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Eslava, s.f).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Leher, s & Denz, H (2005) esta es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Pág. 273). El sistema de salud se encarga de tres aspectos primordiales, calidad, eficiencia y equidad. Además, existen unos principios básicos los cuales son:

- ✓ Universalidad (de aseguramiento)
- ✓ Obligatoriedad
- ✓ Integralidad (de planes de servicios)
- ✓ Solidaridad (múltiple)
- ✓ Libre escogencia
- ✓ Descentralización / Participación
- ✓ Concertación
- ✓ Gradualidad

Por otro lado, se presentan los diferentes entes que interactúan dentro de dicho sistema, en los que se encuentran las entidades reguladoras (estado), aseguradoras (E.P.S) y las proveedoras (I.P.S), por último están los usuarios (pacientes). Así mismo encontramos 5 funciones en el sistema de salud, la primera es la dirección y modulación que está a cargo del ministerio de protección social y el consejo nacional de seguridad social en salud, la segunda, es el financiamiento que está a cargo del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, la tercera la administración a cargo de las empresas promotoras de salud, la cuarta prestación llevada a cabo por las Instituciones prestadoras de salud, por último el resultado de todo lo anterior obtener una salud deseada”. Es importante aclarar que entre el financiamiento y la administración se encuentra la UPC (unidad pago por capacitación) y entre la administración y prestación el POS (Plan obligatorio de salud).

El sistema de salud en la actualidad tiene por objetivo alcanzar una mayor cobertura dentro de la población colombiana, y una diferencia que emerge dentro de los mandatos establecidos por la ley 100, se encuentra el rol que desempeña el usuario en el sistema, dándole un mayor reconocimiento como sujeto de derechos y deberes que le posibilita la adopción de una posición de exigencia ante las entidades que prestan el servicio y ante aquellas que lo comercializan y organizan como son las EPS.

En este punto, se hace evidente la fuerte burocratización a la que se encuentra sometido el sistema, ante lo cual, se generan una gran cantidad de políticas y de regulaciones, con el objeto de mejorar el servicio, lo que consecuentemente trae tras de sí una dinámicas que promueven el aumento de la competencia entre las diferentes entidades por la escogencia que tengan los usuarios ante su paquete de servicios ofrecido.

Estos aspectos determinan significativamente las dinámicas que se presentan al interior de las organizaciones, ya que poco a poco y gracias a la operatividad e importancia que adquieren las regulaciones y controles dentro del sistema, obliga a las instituciones a adaptarse al cambio constantemente, por lo tanto, el trabajador al interior de ellas se construye en este cambio constante.

Para dar cuenta de lo planteado anteriormente se analizará el Modelo de Salud Familiar que a partir del gran desarrollo de los conocimientos que se da en la primera mitad del Siglo XIX y debido al aumento del carácter de especialización, se fragmenta la atención prestada al individuo, y se genera una despersonalización. Provocando, luego de la Segunda Guerra Mundial un nuevo auge conocido como Modelo de Salud Familiar, que se desarrolla no solo por el gran avance tecnológico y científico, sino por el contrario, por la respuesta a una presión social y por lo tanto, a las necesidades que esta lleva de la mano, la aplicación

de dicho modelo lleva consigo un cambio en las dinámicas de las organizaciones prestadoras del servicio de salud en cuanto a la concepción del individuo (Mejía, 1990).

Así pues, en este trabajo de grado analizaremos el Modelo de Salud Familiar asumido por varias IPSs en Bogotá y definido por (COOMEVA, s.f.) como el cuidado integral del usuario, a partir de la responsabilidad adquirida por el equipo del área asistencial (médicos, enfermeras, odontólogos) tanto con el usuario como con su grupo familiar sin importar el tipo de problema y el tiempo de atención que requiera, teniendo en cuenta el contexto personal, familiar y comunitario en el cual se desenvuelve el usuario, es decir, comprendiéndolo dentro de un contexto social y personal, en el que la familia participa activamente tanto de cuidado como de prevención, comprometido con la enfermedad-bienestar de las familias y del usuario considerando relevantes los factores biológicos, psicológicos y sociales.

El Modelo de Salud Familiar propone algunos principios fundamentales los cuales han sido elaborados por Mejía et al (1990) a partir de tres dimensiones:

El equipo de salud familiar, la familia y la prestación del servicio. El primero hace referencia a la capacidad de observar a la población teniendo en cuenta los riesgos por edad, o por familia (enfermedades hereditarias), los profesionales pertenecientes a este equipo buscan entender el contexto de las enfermedades para tener una mayor comprensión de la misma, además aprovechan cada contacto con los usuarios como una oportunidad para educar y prevenir, también deben conocerse a si mismos, pues esto les permite tener mayor capacidad de introspección, lo que eventualmente influirá en el acercamiento que tenga a los problemas psicosociales que pueda encontrarse y por último debe ser un buen administrador de recursos tanto los ofrecidos por la organización como los ofrecidos por la comunidad.

En cuanto a la dimensión familiar es importante aclarar que el Modelo de Salud Familiar no se limita únicamente a actuar sobre la familia, sino que además interviene directamente sobre el individuo reconociendo los factores socioculturales como determinantes de su bienestar. Por lo tanto, la familia es considerada como el grupo social primario sobre el cual se basan las principales agrupaciones sociales. (Mejía et al, 1990)

Finalmente, la prestación del servicio abarca diferentes características como el cuidado integral al usuario, el compromiso del médico con el paciente o la familia, este principio permite realizar un verdadero seguimiento, facilitando además la identificación de factores económicos, sociales, culturales, biológicos o psicológicos que estén afectando los episodios de enfermedad. Siendo imperativa la capacidad del médico de familia de entender las relaciones que se presentan entre los miembros de la misma, ya que las familias son mas que la suma de sus componente. (Mejía et al, 1990)

Lo anterior, da paso al tema de atención centrada en el paciente, que permite generar una adecuada comunicación entre el equipo del Modelo de Salud Familiar (prestadores del servicio) y los afiliados, logrando así una optimización de los resultados y una satisfacción tanto al dar como al recibir el servicio. Pues, se abre un espacio para la identificación de necesidades de los afiliados ya que el equipo debe acercarse a los conocimientos de los factores psicológicos, sociales y ambientales que rodean al paciente, para plantear estrategias de apoyo interdisciplinario que involucren activamente a la familia.

Siguiendo con la importancia de la familia dentro del Modelo de Salud Familiar, Jáuregui, (2004) plantea que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de este modelo están enfocados a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de los sistemas familiares y de la comunidad, permitiéndoles un estado

saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de vida, basados en el respeto mutuo y la convivencia.

Los programas de promoción y prevención con enfoque en medicina familiar son una estrategia pedagógica que tiene como base de acción la familia y el entorno, cuyo trabajo interdisciplinar facilita la integración del conocimiento, el abordaje y tratamiento de los problemas biopsicosociales que se presentan en el grupo familiar. Dicho grupo interdisciplinar es conocido como “equipo extramural” y está conformado por médicos, enfermeras, odontólogos, bacteriólogos, sociólogos, antropólogos o trabajadores sociales, y un promotor de la comunidad.

De esta manera Jáuregui (2004), plantea la misión de los programas de la siguiente manera:

“poner a disposición de la población afiliada, -familias- los medios necesarios para manejar, controlar su salud y autocuidarse mediante la adquisición de conocimientos y prácticas saludables, basados en un perfil epidemiológico del área donde vive, impartidos con un enfoque en salud familiar, por un equipo extramural de salud interdisciplinario quien lo capacita para identificar, abordar y combatir los factores de riesgo, reconocer los factores protectores que le permitan realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, cambiar o adaptarse al medio ambiente y adquirir una nueva cultura de la salud, mediante conductas y estilos de vida saludables dentro de un contexto de paz” (pg. 30)

0.3 Objetivos

0.3.1 Objetivo General

Establecer las prácticas que constituyen las subjetividades de los trabajadores de una IPS en Bogotá que maneja el modelo de salud familiar para la prestación de los servicios de salud

0.3.2 Objetivos Específicos

0.3.2.1 Identificar las prácticas que realiza cada uno de los profesionales del área asistencial de la IPS en donde se realizara la investigación

0.3.2.2 Determinar cómo influye el modelo de salud familiar en la construcción de la subjetividad de los trabajadores del área asistencial

1 MÉTODO

1.1 Tipo de investigación y diseño

Esta investigación es un estudio cualitativo que tuvo como finalidad establecer las prácticas que constituyen las subjetividades de los trabajadores de una IPS en Bogotá que adopta el modelo de salud familiar para la prestación de los servicios de salud. Esta metodología es un campo de indagación en sí mismo, que intenta capturar el sentido que subyace en lo que una persona dice sobre lo que hace. (Denzin & Lincoln, 1994)

La investigación cualitativa, definida como una perspectiva con intereses teóricos que posibilita la comprensión del conocimiento de la realidad humana y social, es sustentada por autores como Hernández, Fernández y Baptista (2006), Sherman y Webb (1988) citados por Hernández, Fernández y Baptista (2006), Bonilla y Rodríguez (1997), Camic, Rhodes y Yardley (2004), Quinn (2002), Bogden & Biklen (2003) citado por Hernández, Fernández y Baptista (2006), afirman que la investigación cualitativa se fundamenta en un proceso inductivo que va de lo particular a lo general, se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados, y consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes. Además, se concentra en las vivencias de los participantes, principalmente en cómo fueron o cómo son, planteando una serie de hipótesis sobre éstas.

La investigación cualitativa utiliza algunas herramientas que permiten la exploración de un tema o de un problema ciertos aspectos con profundidad y detalle. Pretende describir y entender la realidad social desde el punto de vista de cada sujeto y desde la perspectiva construida colectivamente como lo facilita dicho diseño. Además, permite el análisis de los relatos que se presentan a lo largo de la investigación. La

información recogida se analizó a través de arboles de relaciones (Ver Anexos 14 al 17) y de una matriz de textualidad (Ver Anexo 13) en donde se identificaron las categorías emergentes.

1.2 Participantes

Con base en la pregunta de investigación, y los objetivos propuestos a partir de ésta, se realizaron entrevistas a cinco (5) miembros de una institución prestadora de salud que maneja el Modelo de Salud Familiar que permitió dar cuenta de las diferentes Prácticas organizacionales, es importante resaltar que una (1) de las entrevistas realizadas a la asistente de enfermera jefe no se analizó a partir de la matriz, ni el árbol de relación, pues la información que allí se recogió no logró dar cuenta de lo que se estaba indagando, sin embargo la transcripción de la misma se ve reflejada en el (Anexo 12). Los otros cuatro (4) participantes son trabajadores que se encargan de la parte asistencial y fueron tres hombres médicos familiares y una mujer médico familiar/general. Por ello se realizó la muestra de casos-tipo ya que busco la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización permitiendo analizar los significados de determinado grupo social.

1.3 Instrumentos

Con el objetivo de obtener información respecto a las diferentes prácticas por parte de los miembros de una organización en el área asistencial, se considero pertinente realizar entrevistas ya que Nahoum (1985), citado por Sierra (1998), las define como el intercambio verbal que permite reunir los datos a partir de encuentros privados y cordiales, en donde una persona narra su historia, cuenta su versión de los hechos y da respuesta a las preguntas planteadas por la otra persona acerca de una temática específica. Siendo así, un instrumento

eficaz ya que permite la interrelación humana, profundizando en los significados y dando paso a un acercamiento a las subjetividades.

Así mismo, la entrevista según Hernández, Fernández y Baptista (2006), es definida como la reunión para intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado, logrando, como afirma Janesick (1998), citado por Hernández, et al. (2006), “una comunicación y una construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Pág. 597).

El tipo de entrevista que fue utilizada en esta investigación se basó en un guión de entrevista (Ver Anexo 7) que contiene los temas y subtemas que deben tratarse de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación. Es decir, la entrevista fue abierta ya que no se proporciono las formulaciones textuales de las preguntas para poder alcanzar mayor profundidad en los temas evitando que se limite (Valles, 1999).

Gracias al uso de este tipo de entrevista, se obtuvo la información necesaria con el objetivo de determinar los modos en que los participantes construyen sus subjetividades en una IPS que adoptó el modelo de salud familiar

1.4 Procedimiento

Para lograr los objetivos de esta investigación, se realizaron 10 fases de la siguiente manera:

Fase 1: Revisión de los documentos de la I.P.S que den cuenta de la filosofía empresarial como lo es la trayectoria o historia, misión, visión, valores o políticas etc.

Fase 2: Revisión de los documentos del Modelo de Salud Familiar existentes en la IPS

Fase 3: Selección intencional de los participantes con los que se firmo el consentimiento informado en donde se especificó la confidencialidad, el objetivo de la entrevista y el uso de la información (Ver Anexos 1 al 6).

Fase 4: Realización de entrevistas a cinco (5) miembros de una institución prestadora de salud basada en el Modelo de Salud Familiar; de las cuales, una (1) entrevista no se analizó a partir de la matriz, ni el árbol de relación, pues la información que allí se recogió no dio cuenta de lo que se estaba indagando, sin embargo la transcripción de la misma se encuentra en el Anexo 12. Las otras cuatro (4) entrevistas se realizaron como estaba previsto.

Fase 5: Transcripción literal de las (5) entrevistas realizadas. (Anexos 8 a 12)

Fase 6: Análisis de las cuatro (4) entrevistas por medio de arboles de relaciones (Anexos 14 a 17)

Fase 7: Identificación de las categorías emergentes

Fase 8: Construcción de las matrices de textualidad a partir de las categorías emergentes identificadas en las cuatro (4) entrevistas. (Anexo 13)

Fase 9: Realización de los resultados.

Fase 10: Análisis de los resultados obtenidos a la luz de la teoría planteada en la fundamentación bibliográfica.

Fase 11: Devolución de los resultados de la investigación a los participantes.

2 RESULTADOS

Luego de haber concretado con los participantes la realización de las entrevistas basadas en los criterios ya establecidos, se inició el análisis de resultados a partir de una matriz de textualidad (Ver anexo 13), entendida como tablas en las que se cruzan fragmentos narrativos de acuerdo con las categorías emergentes establecidas a partir de las entrevistas que puedan estar relacionadas. Para esto se analizaron los discursos de los participantes que desde sus narraciones permitieron conceptualizar las categorías emergentes, a partir de las cuales se logró establecer las prácticas que constituyen las subjetividades de cinco médicos adscritos a una IPS que maneja el modelo de salud familiar

El análisis se realizó a partir de un código de identificación para cada uno de los participantes. Las características generales de los entrevistados fueron las siguientes:

Sujeto 1: Participante de género masculino de cuarenta y ocho (48) años, médico familiar de una IPS y docente de una institución universitaria

Sujeto 2: Participante de género masculino de cuarenta y nueve (49) años, médico familiar de una IPS y docente de una institución universitaria

Sujeto 3: Participante de género femenino de treinta dos (32) años, médica familiar/general de una IPS

Sujeto 4: Participante de género masculino de cincuenta y seis (56) años de edad, médico familiar de una IPS y docente de una institución universitaria

Sujeto 5: Participante de género femenino de treinta y dos (32) años de edad, asistente de enfermera jefe.

Es importante resaltar que el análisis de los resultados se hará a la luz de las cuatro entrevistas que se encuentran sistematizadas en la matriz de textualidad, por tanto la

entrevista **5** solos se tendrá en cuenta en la discusión de este trabajo de investigación. Entre las categorías emergentes se encuentran: experiencia laboral, competencia con colegas, atención al usuario, relación médico – paciente, actividades del modelo, funciones del modelo en la clínica, compromiso, Ley 100, diferencias entre modelo de salud familiar y medicina familiar, fortalezas y debilidades. A continuación se ilustran cada una de las categorías emergentes a partir de las entrevistas:

Experiencia laboral, esta categoría incluye la formación académica y laboral de los participantes; en esta se evidencia que la formación académica de las entrevistas realizadas a los sujetos **1**, **2**, **3** y **4** fue en la institución universitaria en donde están ejerciendo la docencia en este mismo momento. Al respecto el participante **4** señaló: *estudie a los 16 años en la XXX salí hice mi cural y entre al programa de medicina familiar, el programa de medicina familiar en la XXX era volver a la facultad durante 5 años estar uno a cargo de todo, entonces yo volví a estudiar medicina pero esta vez haciendo, haciendo cosas, ya era un sector principal porque estaba el profesor, uno que era el residente y los estudiantes*. Así mismo, el entrevistado **1** refirió: *yo inicio en la escuela, termino medicina, vengo y siento que yo si puedo hacer la medicina. Entonces hice mi carrera para ser profesor en cinco años y, al lado, hice la especialización*. El sujeto **3** relató: *yo soy egresada de acá de la XXX, yo vine de hacer el rural de Popayán*. De esta manera, es interesante ver el nexo que todos tienen, pues cada uno se narra desde la experiencia de su formación educativa y el proceso que llevo a cabo para lograr ser médico familiar y docente. Esto evidencia no solo el hecho de estudiar en la misma institución sino las diferentes prácticas que hicieron que ellos se narraran desde puntos diferentes a partir de sus vivencias.

En cuanto a la experiencia laboral, tres de los participantes muestran ser docentes de la institución por lo que aun se identifican nexos fuertes tanto académicos como laborales, a esto el participante **1** comenta: *lo que pasa es que yo además soy profesor de la facultad (...) hice mi carrera para ser profesor en cinco años*, así mismo el sujeto **2** agrega: *soy docente y hago talleres de P y P (...) yo en este momento soy profesor titular* y el entrevistado **4** afirma: *de suerte que nuestro enfoque o mi enfoque me quede ya en la facultad ejerciendo la docencia como docente y eso es lo que he venido haciendo los últimos años.*

Es así como todos los participantes de alguna manera evidencian una relación fuerte tanto con la EPS como con la entidad educativa, pues han pasado como estudiantes, como docentes y como profesionales que prestan sus servicios en el centro de atención.

Competencia con colegas: a partir de esta categoría emergente fue claro identificar como en algunos casos entre profesionales de la salud existe rivalidad con los médicos familiares, pues como evidencian en su mayoría, la formación que tienen hace que puedan manejar casos que en momentos parezcan ser solo del especialista; al respecto el entrevistado **4** afirma: *hay celos, si! Y hay un poquito de celos cuando uno se prepara pues en la formación porque uno hace cosas, por ejemplo yo termino manejando diabéticos entonces algunos internistas o endocrinos dicen: eso lo manejo yo por lo tanto consideran además que han perdido campo debido a este recelo, pues el participante **1** agrega: ahora (...), nos han limitado, porque claro ellos sienten – las especialidades- que les robamos territorio, eso es una debilidad*, esto el sujeto **2** lo explica desde la falta de conocimiento del modelo pues expresa: *eso pasa muchas veces con los especialistas convencionales, (...) los problemas han sido porque si usted no conoce el programa dice ah! es que esos*

médicos familiares. Además es importante resaltar la afirmación del médico familiar de la entrevista 1: él tiene que ajustarse (...) Eso si lo tienen claro. Entonces ellos tienen que aprender. Por ejemplo en este caso, yo no soy cirujano pero soy el jefe de salas de cirugía haciendo referencia a los especialistas ajenos a la formación de los médicos familiares de la institución universitaria en la que se formaron.

De esta manera, se puede identificar que el problema básicamente se genera con algunos especialistas, pues sienten que los médicos familiares han entrado en campos que les pertenecen a ellos. En contraposición a esto la entrevistada **3** afirma: *alguna ayuda voy y les pregunto (...) si tengo alguna duda yo voy y les pregunto*, aspecto que evidencia una buena relación entre médicos familiares y médicos generales con formación en la misma institución universitaria. Así mismo, el participante **2** evidencia: *la colaboración existente entre profesionales de medicina y otras disciplinas, pues yo tengo un grupo en el cual yo puedo estar con una enfermera una bacterióloga (...) de pronto un psicólogo, una terapeuta, entonces uno se tiene que relacionar con ese equipo porque es su grupo de consulta y de psicología también*. Esto permite identificar no solo inconvenientes en la relación entre profesionales, sino también ver como entre diferentes disciplinas se apoya el trabajo para una mejor comprensión y acompañamiento al paciente.

Atención al usuario: esta categoría emerge a partir de la entrevista **3** ya que es ella la que hace referencia a las falencias que tiene el sistema de atención en el área administrativa, pues ella afirma: *últimamente los he escuchado decir que es muy complicado pedir citas, que no hay, que la agenda esta cerrada, que la doctora no esta, que se fue, que esta de vacaciones, que no trabaja (...) aquí en la clínica para mi es bueno, en la parte del call center que es donde se asignan las citas, es malo, ¿por qué?, no se*. Por

esto, se puede afirmar que la atención prestada en el usuario según **3** es considerada bueno, sin embargo existen aspectos a mejorar en la parte de asignación de citas por el call center.

Relación médico – paciente: las entrevistas permitieron revelar la forma en que se establecen las relaciones entre el médico familiar y los pacientes, pues como se ha resaltado a lo largo de esta investigación el trato y la forma de ver y entender al sujeto es diferente desde el enfoque en que nos encontramos ubicados, por esto el participante **1** afirma que se debe: *tratar al individuo como un ser, un ser del todo, en relación que tiene con el medio y como se desempeña en el medio y la influencia que tiene con su patología.* Por tanto, como agrega el entrevistado **2:** *tu manejas grupo familiar, es decir tu no manejas la embarazada sino manejas por ejemplo la embarazada en su grupo familiar, manejas niño lactante menor en su grupo familiar, o sea es el grupo completo,* de esta manera la relación va más allá del sujeto paciente, pues conoces más el grupo familiar ya que cómo continua el sujeto **2:** *uno esta siempre metido en un grupo familiar y no es un individuo solo.* Además agrega un ejemplo: *(...) tu tienes el ancianito con insuficiencia cardiaca, entonces es el viejito con insuficiencia cardiaca, pero ese viejito con insuficiencia cardiaca, tiene un contexto familiar y uno conoce el contexto familiar, que de pronto el se deprime que no le pueden dar la droga porque de pronto no hay nadie. Todo ese tipo de cosas entonces uno lo esta manejando como un evento familiar.*

Con todo lo anterior, es pertinente resaltar lo que afirma el participante **4** pues es importante: *Poder comprender al ser humano que está al frente mío y a la gente le gusta! Le gusta contar y eso le da un interés adicional.* Es decir, que en esta relación se genera confianza debido a los temas que se tocan a lo largo de las sesiones, esto lo explica el entrevistado **4:** *la confianza, es decir la consulta aparentemente podría ser incluso similar pero van a ver ciertos elementos nuevos, por ejemplo el médico debe preguntar cómo es su familia y*

como vive la persona y ya no debe hacer solo diagnósticos biológicos si no también hace los diagnósticos psicológicos y diagnósticos sociales para saber cómo es su familia como vive y demás. En otras palabras se trata de escuchar, de permitirle al paciente hablar y así según este participante, es posible vincular a los pacientes de manera activa y por lo tanto generar una mayor adherencia al tratamiento; por lo que se hace demasiado importante tratar en términos coloquiales lo que tiene el paciente pues el sujeto **2** afirma: *tu le explicas al paciente con los términos de él lo que tiene*

Finalmente y en contraposición a lo expuesto anteriormente la participante **3** limita la relación con el paciente desde las consecuencias que tiene el manejo administrativo y las dificultades que relata a lo largo de la entrevista, pues afirma: *la relación con pacientes es muy relativo, hay pacientes que llegan bien, atentos, cordiales, así mismo uno los trata, pero al contrario hay pacientes que, no se, por alguna atención en la parte administrativa bajan y al momento de cancelas les pasa algo y llegan aquí ya predispuestos.*

En esta categoría se evidencia la mirada biopsicosocial que tiene como base el modelo de salud familiar, pues el sujeto es entendido como un ser tanto biológico, como psicológico y sobre todo social; y por tanto el trato y la relación con los médicos familiares se ubica desde una mirada mas amplia que permite conocer y comprender de manera mas completa a los pacientes con los que tienen relación.

Compromiso de la clínica: esta hace referencia al compromiso tanto con los usuarios como con los trabajadores. Los participantes **1** y **3** consideran esta centrado en la calidad del servicio y en el bienestar de los usuarios, esto desde el brindar la mejor atención posible abarcando todo aquello que sea necesidad del mismo, El entrevistado **1** afirma que *El bienestar y calidad para el paciente. Si, bienestar y calidad, ese es el resultado.,* afirmado esto también desde el sujeto **2** *brindar la mejor atención posible, abarcar todo lo*

que ellos necesiten en el momento pues que ellos lo requieran realmente, una cobertura total, ya en canto al compromiso existente con los prestadores del servicio (médicos) el compromiso se centre, dice la participante 3 en hacerlos sentir bien en el trabajo y brindarles las mejores condiciones para prestar un óptimo servicio a los usuarios, hacernos sentir bien en nuestro sitio de trabajo, brindarnos todo lo que necesitamos para realizar un buen trabajo, yo creo que eso es lo mas importante, que ellos nos colaboren con nuestro trabajo.

Actividades del modelo: al interior de la clínica encontramos que según el 1 y 2 al realizar la historia clínica de modo familiar es necesario el uso del familiograma, herramienta que permite identificar antecedentes familiares relevantes a la historia clínica del usuario, tanto a nivel de salud como a nivel social, familiar y emocional, evidenciado desde las narraciones del sujeto 1 quien afirma *en la historia clínica como es familiar usamos una herramienta que se llama el familiograma, el familiograma es investigar los antecedentes familiares* y el sujeto 2 *un familiograma es el contexto del grupo familiar, es un contexto activo,* también hace referencia a la utilización del ecomapa, *el ecomapa, que es donde esta viendo la persona, y que características tiene el grupo familiar en ese momento* que consta la revisión del sitio donde está viendo la persona, y que características tiene el grupo familiar, al igual que la historia clínica es una historia activa y el uso de la técnica SOAP, *la técnica SOAP, entonces tiene lo subjetivo, lo objetivo, el análisis y el plano o sea ese es la evolución de tu paciente, entonces uno tiene una historia clínica en el cual anota en el momento de la consulta, los subjetivo lo que refiere el paciente, lo que uno realmente ve es el motivo de consulta, el análisis y el plan* haciendo un análisis o utilización del mismo al afirmar que de la evolución de un paciente, mientras la participante 3 plantea una diferencia en cuanto a las actividades que se realizan al interior de la clínica respectando al Modelo de

Salud Familiar, pues afirma, que aunque durante su periodo de formación se trabajó el desarrollo del familiograma, no lo usa actualmente en su práctica laboral, mas es de resaltar que, aunque no se use se reconoce en el una herramienta para identificar antecedentes relevantes a la historia clínica del usuario *aquí, aquí, en la clínica XXX no se maneja el familiograma, donde se maneja es en XXX Niza, allá si se maneja esa parte del familiograma*; según el sujeto **4** es necesario ejercer los 4 aspectos de la medicina familiar, 4 aspectos que se promueven en la familia desde las costumbres sanas, estos cuatro aspectos son: la promoción desde el evitar que la gente se enferme, la prevención la educación, educar a la gente para que viva bien desde lo que se puede hacer para evitar la aparición de la enfermedad; un tercer aspecto es la atención al usuario una vez ha aparecido la enfermedad y un cuarto aspecto es la rehabilitación del usuario una vez se ha tratado. Es de recalcar el hecho de que haciendo promoción prevención atención y rehabilitación, se ejerce una práctica integral, *Haciendo promoción prevención atención y rehabilitación, de suerte que cuando uno quiere ejercer una práctica integral, uno ejerce los 4 aspectos, la medicina familiar hace eso en general hace esos 4 aspectos uno promueve en la familia costumbres sanas para que no se enferme*

Funciones del modelo en la clínica: el participante **1** plantea la existencia de las diferentes áreas en las que se emplean a médicos familiares, en las que las funciones se centran en la atención de los usuarios a manera de rotación y en el diagnóstico y remisión de los mismos, esto ha aumentado en cierta medida la demanda de médicos familiares; es importante resaltar la visión que encuentra el sujeto **1** en las funciones del modelo, en cuanto al ahorro de recursos que implica uso de los mismos, generando que la demanda de médicos familiares se encuentre focalizada en la dirección de áreas; el **2** centra las funciones del modelo desde la atención primaria, práctica que se realizaba conjuntamente

con la atención hospitalaria, dando un desarrollo de la medicina de la comunidad: *cada médico familiar empezó a hacer no solo la atención primaria sino la atención hospitalaria, entonces uno se dedicaba a la medicina de la comunidad*; mientras las prácticas de los médicos que manejan el Modelo de Salud Familiar se centraban en la atención hospitalaria, haciendo rotación entre las diferentes áreas que este modelo aplica, como: ginecobstetricia, materno fetal, la coordinación del programa de un embarazo, la evolución ante la familia y la promoción y prevención. Durante el periodo de 1990 a 2000 se maneja la figura del médico familiar que estaba en la capacidad de realizar cirugías, urgencias e incluso tenía la capacidad de actuar como anestesiólogo si se era requerido, pero a partir del año 2000 aproximadamente, cuando *empezó a haber problemas en cuanto a la habilitación institucional* que han disminuido considerablemente el campo de acción de médico familiar, pues es ahora requieren un médico especialista para tratar estos casos; ahora, es posible resaltar que a partir de estos cambios a nivel institucional, se centran las actividades del Modelos de Salud Familiar en el diagnóstico y la remisión.

En cuanto este apartado, el participante **3** concentra la función del modelo en el conducto regular que sigue el usuario al ser atendido, en cuanto a la remisión con especialistas afirmando que *si el paciente requiere un especialista lo tiene a la mano y que si el paciente llego a una consulta y requiere una valoración inmediata con el especialista, se le puede colaborar de forma inmediata. Sin tanto preámbulo*, además de la contra remisión que pueden hacer los mismos cuando la enfermedad que aqueja a el usuario no corresponde a su especialidad resaltando las ventajas que presentan los mismos al contar con los especialistas y diversos servicios al interior de la clínica; es también de resaltar que

se realizan capacitaciones esporádicas sobre temas de la salud actual a los empleados de la clínica.

Al inquirir acerca del tema de las funciones del modelo implica el involucrar a una EPS o a la secretaria de salud, para que apoyen la implementación del mismo, ya que o se encuentra actualmente funcionando en un 100%, teniendo como eje fundamental el proyecto de atención primaria, incluida en esta última la salud familiar o la medicina familiar, siendo fieles a la filosofía y los principios que ya están, lo que nos falta es crear un modelo que se pueda desarrollar esto sustentado desde la necesidad de *convencer alguna EPS en nuestro caso nosotros tratamos de convencer a la secretaria de salud, la secretaria de salud está haciendo algo parecido al programa de salud en tu hogar ¿si? Es un proyecto de atención primaria, pero en la atención primaria esta la salud familiar o la medicina familiar*

Ley 100: el impacto de la ley 100 al Modelo de Salud Familiar se encuentran tanto influencias positivas como negativas, por ejemplo, el entrevistado **1** plantea que la introducción de la ley 100 genera una “*baja de costos*” a la EPS por la apropiada remisión de pacientes y la disminución de citas innecesarias para los usuarios, mas es relevante el hecho de que la ley 100 ha limitado en gran medida el campo de acción de los médicos familiares, *La ley 100, la ley nos ha obligado a variar nuestro enfoque de médico familiar.* pues ha restringido algunas prácticas para las que estos se han preparado, al requerir la atención de un especialista en casos para los que los médicos familiares se encuentran capacitados, limitando su campo de acción al diagnóstico y remisión de los usuarios, lo que claramente ha impactado el método de formación a los estudiantes residentes, pues ya no se les forma para actuar sino para diagnosticar y remitir. Entendiendo este planteamiento

desde lo que plantea el sujeto **2** al decir que según *la ley 100 el médico familiar es reconocido como un médico básico o de atención primaria, aunque por ley podemos hacer algunos procedimientos*, como liderar los procesos de atención primaria, relacionado esto básicamente con los procesos de prevención y promoción.

El **3** apela a las dificultades que la ley 100 ha generado a los usuarios, pues tiene conocimiento, por medio de sus pacientes que no hay cobertura total de los medicamentos necesarios para los mismos, así como existen inconformidades en el proceso de asignación de citas y cirugías, pues la ley aplica un tiempo inhabilitado para esto a partir de la afiliación del usuario a la IPS, como lo describe al decir que *mi opinión esta mal, porque uno escucha los pacientes que digamos tal medicamento no lo cubre y el lo necesita, eso es una parte que para mi es mal, todo medicamento por caro o por barato que sea debería darlo el gobierno, igual las cirugías que hasta que no cumpla X entonces semanas no operan al paciente y requiere esa operación, (...) cuando uno se suscribe a la EPS que no puede acceder a la consulta médica de inmediato sino que tiene que pasar 30 días para poder acceder o si no por urgencias pero si no es una urgencia no lo atienden sino que pague la consulta*, desde aquí es relevante enunciar lo que plantea el participante **4** respecto a la importancia de que los usuarios deben participar activamente de sus servicios de salud, haciéndose conscientes de sus derechos y sus deberes, afirmando que *pues, a mi se me ocurre hay una parte de la ley que dice que la gente debería participar activamente de los servicios de salud, volviendo a la gente consciente de sus derechos y sus deberes ¿si? Y haciendo que reclamen por una mejor atención para que haya un mayor compromiso*. Otro de los impactos de la ley 100 develados por el entrevistado **4** fue un cambio general de la atención primaria por la atención seguridad social, este cambio de paradigma en el modelo

revela la pregunta acerca de cómo impregnar el nuevo sistema de salud familiar (seguridad social) de la atención primaria, estando dentro de esta el Modelo de Salud Familiar, este cambio evidenciado desde lo que afirma al decir *yo creo que sí, yo creo que cambio por completo el paradigma el modelo que venía lo cambio. Bueno malo es muy difícil, la historia lo dirá, a mi en lo personal me gustaba más el sistema nacional de salud pero tenía debilidades, debilidades abismales que tocaba corregir. Hoy por hoy hay muchos que dicen “es mejor lo que tenemos que lo que teníamos” es tan difícil que la discusión estará siempre abierta*

Medicina familiar en Colombia: La medicina familiar según el participante 4 nace por la necesidad de integrar al ser humano, *cuando uno está enfermo uno no es que le vaya a fallar el corazón sino es todo el ser humano cuando está enfermo.* Así pues, según el participante 4, *surge en 1978 es una concepción muy filosófica y completa de la salud. ¿Qué busca la atención primaria? Fundamentalmente integrar y dicen que la salud forma parte del desarrollo humano y no debe ser vista como nada distinto sino como parte del desarrollo humano, que verla como negocio que verla, eso la limita.* Para poderlo ver como se expresa anteriormente, se maneja según los participantes 1 y 4 un enfoque Biopsicosocial, así se permite ver al ser humano desde lo biológico, lo psicológico y lo social, que además facilita, *empezar a tratar al individuo como un ser, un ser del todo, en relación que tiene con el medio y como se desempeña en el medio y la influencia que tiene con su patología* así, para la participante 3 *el médico familiarista pues es una especialidad de la medicina general y pues abarca de todo ginecología, pediatría de todo un poquito, va mas encaminado como a la parte comunitaria (...) los pacientes que estén más en la parte de vulnerabilidad más pobres, es mas como la parte comunitaria.*

Este médico familiar surge debido a que *el rector de la universidad pensó que el médico que preparaba inicialmente los seis años era un médico que iba a cubrir muchas cosas... Pero vio que tenía que haber otro tipo de médico que también ubicara la situación, y ese era el médico familiar, el lo llamo médico familiar integral.* Así pues el participante **2** nos muestra como es el proceso de formación para un médico de medicina familiar *Este era un posgrado de cinco años, en los cuales uno hacía un año de medicina interna, un año de cirugía, seis meses de pediatría, seis meses de ginecología obstetricia, que esas son las materias básicas durante tres años. Rotación por medicina alternativa o sea hacía seis meses de medicina alternativa rotación por los servicios especializados y un año que se dedicaba a hacer medicina a la comunidad, entonces uno entraba a hacer lo que ahora se llama atención primaria y atención y prevención* así mismo, este participante nos comenta los cambios que este programa tubo con el tiempo: *Viendo las características de otro programa eso cambio, entonces en el año 92 se hizo una programación en el cual se modificaba el programa de medicina integral y para ser un poco más competitivo con otras instituciones se hizo de tres años, entonces se redujo el programa a los tres años, se disminuyeron los tiempos de rotación, pero nosotros hasta el año 90 eran cinco años.* Así pues se ve claramente como el programa de medicina ha tenido que limitarse o realizar cambios que el medio le exige para ser competente y poder tener en cuenta las necesidades en nuestro contexto.

Lo anterior nos permite abrir paso a las diferentes necesidades que se presentan en el contexto colombiano, teniendo en cuenta que es lo que se espera o se busca en la medicina tradicional y como la medicina familiar puede contribuir a esto. Según el participante **4** *quieren verlo de manera más integral además que se le resuelva y que lo*

dejen a uno de estar mandando y remitiéndolo a todas partes uno queda fraccionado por completo ¿sí? Además ahí viene la parte psicosocial, la parte emocional, la parte ¿Dónde vivo yo? Además que la familia participe activamente en la toma de decisiones porque al fin de cuentas cuando uno está enfermo ¿Quién se hace cargo de uno? La familia, se busca entonces que haya una continuidad que un mismo equipo de salud lo conozca a uno y lo guíe a lo largo del tiempo ¿es correcto? Y que haya un trabajo en equipo, pues recordemos que los médicos no pueden solos, que tenemos... distintas profesiones, todos tenemos que combinar los esfuerzos, eso es lo que es la medicina y la salud familiar.

Teniendo en cuenta las necesidades y como debe trabajar de la mano el médico con el paciente y el paciente con el médico, no se debe dejar a un lado las deficiencias actuales de la salud en Colombia, para ello el participante 4 nos permite un panorama de que es lo que se debe mejorar: Se debe, *buscar modelos que por un lado disminuyan la brecha de inequidad ¿Cuál es la inequidad? Que los pobres se enferman más que los ricos ¿sí? Eso es la inequidad, pero mucho más y los pobres tiene menos acceso a los servicios de salud que los ricos, Segundo, darle acceso en todo el sentido de la palabra, acceso, a la población a los medicamentos, a los alimentos y al agua que son los principales elementos para la enfermedad de un hombre, principalmente agua y alimento. Y el tercer aspecto de la atención primaria es la humanización, que pensemos más en los enfermos que en las enfermedades, y eso es lo que busca precisamente el modelo de atención es donde encuentra socialismo.*

Diferencias en modelo y medicina: Para poder ahondar más en los diferentes conceptos y referencias que maneja hoy en día la salud en Colombia y teniendo como base el modelo de medicina familiar encontramos la importancia de hacer la diferencia entre dos

conceptos que pueden llegar a interpretarse de manera igual o similar pero que son totalmente diferentes en el lenguaje de la salud y medicina, estos son medicina familiar y modelo de salud familiar. Según el participante **1**, *la medicina familiar es una especialización de los que hacíamos en una época hacíamos cinco años, entonces terminábamos nuestro pregrado como médico y hacíamos la especialización de cinco años, en esos cinco años nosotros volvíamos a profundizar en las áreas básicas llamémoslas entre comillas, cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, algunos tópicos de urología, cirugía plástica, entonces en cuanto al modelo de medicina familiar integral era recuperar ese médico antiguo que podía resolverte la mayoría de la problemática a la que tu asistías, ese es el modelo de medicina familiar.* Según el participante **2**: *para medicina familiar los únicos que entran a medicina familiar son los médicos, la medicina familiar es para los médicos* El **4** participante nos complementa diciendo: *Es que en medicina familiar hablamos únicamente del médico.*

Por otro lado el modelo de salud familiar según el participante **1**, nos explica que *este modelo de salud familiar ahora si valgo del entorno y como desempeña el individuo que son dos.* Para el participante **2** *la salud familiar es para personal de salud (...) la salud familiar la puede hacer un odontólogo, un enfermero, un psicólogo, por qué porque eso está más enfocado a atención de promoción y prevención, ese es el modelo de salud familiar ¿Quién dirige los programas de salud familiar? Un médico familiar.* Según el participante **4** *y en salud familiar venimos de un equipo, donde está el médico, está el psicólogo, enfermeras, esta todo el equipo.*

Debilidades: Teniendo en cuenta que el modelo de salud Familiar en Colombia es algo novedoso que hasta ahora está empezando a coger fuerza en nuestro contexto y apenas

estamos asimilando la diferencia entre un médico familiar y uno general, que hasta ahora se están pasando propuesta en las E.P.S para poder introducir la medicina familiar, se dio la necesidad de indagar por las debilidades y fortalezas que se presentan actualmente.

En cuanto a las debilidades, el participante 1 nos dice *que hay que mejorar... difundir el modelo, falta publicidad, falta que se conozca a pesar de que es muy conocido. Por ejemplo si tu vas a mirar, el modelo funciona en hospitales y clínicas del exterior, Estados Unidos por decirlo así, en Alemania, es el médico que, bueno, hacia la parte de medicina, es el médico que, como te dijera yo, es el médico “site thru”, el que va a, ustedes se acuerdan CSI, perdón Emergencia, ahí es donde funciona. Ahí tienen el médico familiar, por ejemplo si la ven. Ellos llegan y el médico familiar ve y el médico familiar dice: se va para acá, se va para acá o se va para acá porque él tiene un entrenamiento más. No alcanza a ser el nivel de profundizar una sola área pero conoce las áreas; eso es cosa diferente. (...) hay debilidades. El no profundizar en un área completamente, hacia la parte desafortunadamente legal, que puede traer problemas. Entonces, tienes que ser muy claro y ser muy preciso, hasta donde llegan tus responsabilidades y hasta mandan las de Dios. Esa es una debilidad, que de pronto tu quieres abarcar muchas cosas, porque sabes que lo puedes hacer pero te puedes meter en líos; eso podría ser una debilidad.* Según el participante 2: *el modelo de medicina familiar en el país, siendo que en otros sitios está implantado como tal no lo acompaña el sistema de salud, el país no lo ha entendido, el paciente como tal quiere que lo vea un especialista, sabiendo que uno puede hacerle direccionamiento, llevarlo hasta el especialista con un concepto mucho mejor de lo que haría un médico general, no conocen la idiosincrasia del programa, la persona quiere ir siempre al especialista.* Además se evidencia como el poco conocimiento que se tiene del

programa y por ende de las prácticas se da a nivel cultural por medio de la socialización que se ha venido realizando en la sociedad llevando a tener ideas o hipótesis que pueden llegar a ser falsas, para explicar mejor lo mencionado, el participante **2** comenta *es muy de cultura lo que pasa es que el estrato 1 o estrato 2 se deja manejar por cualquiera porque él lo que necesita es atención. Pero tú ya ves el que alega el de estrato 3, 4, 5 es todo especialistas, siendo que si uno va a Estados Unidos el primero que lo ve es un médico familiar.*

Ahora tomando desventajas entre los mismo médicos el participante **2** nos dice: *desventaja con el médico, el especialista que no conoce el programa de medicina familiar, (...) cuando llego el grupo nuevo que son gente que esta educada en su especialidad y nunca tuvieron al lado un médico familiar entonces dicen uy pero esto ¿Qué paso?». Por tanto se genera un desconocimiento entre los mismos colegas. “aquí nadie tiene ni idea de es eso, y nos ha tocado duro.*

Por otro lado el participante **4** nos habla más a nivel económico, *el problema está en que queremos dar mucho con muy poco dinero ¿sí? Nosotros, todo lo que queremos dar en salud, dando apenas en promedio como doscientos cincuenta mil pesos al año por persona, en promedio, y queremos que con eso darle a todos, el principio en que se basa es que la mayoría de la población no va hacer uso de los tratamientos ósea que la plata se queda ahí y esa plata y los que no hacen uso de los servicios le pagan a los que hacen uso del servicio.*

También, el participante **4** muestra una posible solución *el resto entonces es diseñar un modelo que cumpla con todo eso ¿sí? Eso es el gran reto (...) Hicimos un cálculo, pero*

es un modelo teórico nunca lo hemos desarrollado que cumple todos los principios que les he comentado a lo anterior el entrevistador pregunta: ¿en algún momento han pensado en aplicar ese modelo? Y el entrevistado responde claro, pero no hemos podido no hemos encontrado quien nos financie y ni siquiera la misma Clínica, porque trabaja con Saludcoop ¿sí? Y no hemos logrado esa financiación

Fortalezas: Pasando ahora a las fortalezas del modelo, el participante 4 no recalca que este permite una protección integral que fortalece la relación profesional paciente, si, se deben resolver más problemas creemos ¿sí? Se debe organizar la comunidad junto a la salud ¿sí? Y se pueden tomar radioscopias ¿sí? Y se puede fortalecer el país a través de la familia, eso es lo que nosotros queremos, esto es lo es la concepción de la atención primaria que decía que cuando se creó... científicamente validos con los recursos que haya donde la comunidad participe mucho ¿sí? Y donde se le de educación, alimentos, agua y saneamiento ambiental y se vacuna toda la población, tengan acceso a medicamentos básicos Propone entonces una retrospectiva volver atrás nos lleva al humanismo, volver atrás tal vez al punto de contacto con el... hoy esta mas contacto con la tecnología, entonces usted tiene esto tómese un tac tómese esto, hágase esto, hágase estas pruebas y no hondamos en el ser humano. Entonces es un retomar en ese sentido.

Por otro lado el participante 1 nos muestra más la fortaleza desde las habilidades que tienen los médicos familiares a la hora de dar un diagnostico *están haciendo una ronda de pacientes, de pronto en ese momento te remiten a otra especialidad, tu miras la pertinencia -si existe-, porque para eso nos capacitamos cinco años más, si realmente si era esa especialidad o no, si no tiene pertinencia o si tiene pertinencia ¿sí? Esa es, yo digo que una de las fortalezas. Eso ya como que se ha demostrado en el sistema y,*

afortunadamente ya nos están pidiendo es demanda de médicos familiares precisamente por eso.

También es importante mencionar para el participante **1** como este modelo tiene la ventajas de facilitar el servicio e ir de la mano con las necesidades de la salud en Colombia, *la ventaja pues mayor cobertura para el paciente y otra, económica para la EPS. Entonces, el ideal es que nosotros vamos para la dirección de áreas o departamentos. A lo anterior el participante 3 añade que según en la ley 100 se debe liderar en atención primaria y esto se logra por medio de este modelo lo que lidera por ley 100: los líderes de atención primaria tienen que ser médicos familiares. (Sigue todos los programas de atención primaria como los grupos de promoción y prevención).*

Teniendo en cuenta al participante **2**, este nos dice que las ventajas del modelo van guiadas más hacia la oportunidad y campo de trabajo y como la parte integral puede manejarse desde otras perspectivas *se maneja de forma integral al paciente. Tiene muchas formas de trabajo puedes ser: asistencial, administrativo y atención primaria.*

3 DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se presentan algunas reflexiones con base en los planteamientos y los hallazgos de la investigación más significativos encontrados en las entrevistas, los cuales se articulan a partir de los ejes conceptuales presentados en la fundamentación bibliográfica.

Cabe recordar que en esta investigación se exploraron las prácticas que constituyen las subjetividades de cinco médicos adscritos a una IPS que maneja el modelo de salud familiar. Las narrativas que estos participaron construyeron permitieron comprender, describir, analizar y comparar las prácticas que constituyen su subjetividad, tomando en cuenta el marco teórico presentado previamente planteado.

Las narrativas se obtuvieron a través de cinco (5) entrevistas basadas en un guión y realizadas de manera individual con cada uno de los y las participantes, las cuales permitieron describir en forma detallada las prácticas que construyen la subjetividad de cada uno de ellos. De igual forma, es importante recordar que una (1) de las cinco (5) entrevistas realizadas no se analizó ni en la matriz, ni en los árboles de relación, ni en los resultados anteriormente expuesto, por lo tanto se hará referencia únicamente a lo largo de la discusión, ya que esta no permitió recoger información suficiente para su análisis exhaustivo.

A lo largo de la investigación se logró identificar en los casos **1, 2, 3 y 4** que han pasado aproximadamente la mitad de su vida en esta organización (Scott, 1981), perteneciendo tanto como estudiantes (institución universitaria), como trabajadores (IPS); por lo tanto se puede afirmar que es allí donde se han generado algunas prácticas que constituyen su subjetividad.

La historia de la organización brinda de alguna manera la oportunidad de perfilar y madurar los hábitos y las costumbres de los miembros de la organización, que de forma automática o inconsciente evidencian en su comportamiento su pertenencia a la cultura organizacional, (Ackoff citado por Nosnik, 2005) pues en las narrativas de los participantes, vemos como a partir del modelo de salud familiar se fomenta una relación diferente tanto con los usuarios como con los profesionales de carreras afines que enriquecen la comprensión e intervención de manera general en la problemática del usuario. Esta interdisciplinariedad implica que los médicos familiares hayan tenido que adaptarse a las situaciones de recelo por parte de los especialistas sustentados desde la ley 100, que los limita en la intervención de procedimientos específicos ya que estos recaen en otras disciplinas, sin embargo no existe una única manera de organización (Morgan, 1990), depende del entorno en el que se desarrolla y el tipo de tarea que desempeña así, la formación de los médicos familiares permite la intervención en algunas de esas áreas reconociendo sus limitaciones y el conocimiento del especialista.

Así mismo, la misión de la organización expresa de cierta forma el sentido de responsabilidad social que deben asumir los miembros de la misma, (Nosnik, 2005) esto se evidencia cuando uno de los entrevistados afirma que el propósito de la Medicina Familiar en Colombia que busca disminuir la brecha de inequidad, es decir, que tanto ricos como pobres tengan acceso a los servicios de salud medicamentos, alimentos y agua, que contribuye a la humanización de la medicina, en donde se piensa en los enfermos más que en las enfermedades, es decir la comprensión integral del ser humano.

La construcción de la subjetividad se da a través de las relaciones interpersonales al interior de la organización (Morgan, 1990; Schvarstein, 1992 y Aubert y Gaulejac, 1993),

así, la relación médico – usuario implica la visión biopsicosocial de este último, mientras la relación entre profesionales genera un acercamiento a la problemática desde diferentes perspectivas, permitiendo un mejor diagnóstico e intervención y finalmente la relación con la clínica que dispones de espacios e instrumentos necesarios para el buen desarrollo de las labores del médico familiar. Otro aspecto que contribuye a la construcción de subjetividad se evidencia cuando uno de los entrevistados plantea la importancia que se le da a la confianza que se debe generar en la consulta, pues es parte del buen acompañamiento por parte del médico, a esto hace referencia Hardt & Negri (2000), donde la producción de “sentimientos de bienestar, comodidad y empatía” prestados por entidades o departamentos de las mismas que ofrecen servicios directamente a sus clientes, en este caso el modelo muestra claramente este ideal a lo largo del proceso con los pacientes.

Por tanto, es importante reconocer que a partir de las movilizaciones que se han generado desde la globalización, los trabajadores deben ser autónomos, comprometidos, responsables y capaces de generar alternativas de solución para mejorar su desempeño (Carvajal, 2007 y Lazzarato, 1997); es así como los médicos familiares desarrollan estas características para satisfacer las necesidades del usuario, es decir, ellos cuentan con la responsabilidad de identificar sus limitaciones y por tanto remitir al usuario cuando sea pertinente. Aspecto que según Elton Mayo, dice que establece los niveles de competencia y eficiencia deduciendo que en cuanto más integrados se encuentren los trabajadores socialmente, mayor su disposición para producir; por lo tanto es posible afirmar que a partir del apoyo interdisciplinar con el que cuentan los médicos familiares aumenta los niveles de producción, en cuanto a la atención al usuario, diagnóstico, intervención y acompañamiento. De esta manera Carvajal (2007) plantea que una forma de aumentar la

productividad de los trabajadores son las capacitaciones, con el fin de educar a los miembros de la organización bajo los mismos valores, comportamientos y competencias; dicho aspecto no se muestra en las narraciones pues en la entrevista **3** a pesar de ser médica de la IPS no tiene mayor conocimiento del modelo, es decir, sabe que en algún momento de su formación en esta institución universitaria se vio el tema, pero en este momento no aplica dichos conocimientos; por lo que se puede afirmar que a pesar de que la organización maneje el modelo, no es requisito para ingresar a trabajar en esta manejar dicho modelo.

Es posible afirmar que los médicos familiares evidencian en sus discursos las prácticas que constituyen su subjetividad, pues a partir de las categorías emergentes se identificaron unas de ellas, la experiencia laboral (formación académica y profesional), actividades del modelo, competencias con colegas, atención al usuario, funciones del modelo de salud familiar en la clínica y la relación médico – paciente; todas estas parten de las relaciones interpersonales y de los diferentes contextos que desde sus perspectivas aportan a cada uno de ellos, pues en las entrevistas **1** y **2** es clara la postura de coordinador de diferentes áreas ya que sus relatos evidencian que su experiencia les ha permitido ver que el rol desempeñado por el médico familiar es de coordinador; por su parte en la entrevista **3** su postura va más hacia el área administrativa, pues su relación con la medicina familiar ha sido poca; mientras que la entrevista **4** adopta una posición más social, ya que su experiencia es narrada desde la docencia de medicina comunitaria.

Finalmente la entrevista **5** se narra desde su experiencia de trabajo en el área administrativa (nomina, días trabajados de los miembros del área de enfermería, etc.) y por tanto su subjetividad es construida desde dicho espacio, lo anterior genera una hipótesis de

cómo el modelo de salud familiar puede no influir en la forma en que se construye y se relaciona el sujeto en el contexto en que se encuentra inmerso. (Morgan, 1990).

Ahora bien desde el contexto en el que se encuentra inmersa la organización, la ley 100 juega un papel muy importante en la construcción de la subjetividad de los participantes, pues los trabajadores del área asistencial deben ejercer unas prácticas que vayan de la mano con lo estipulado en esta y unas dinámicas en su trabajo que permitan la realización de los objetivos de una organización. Por tanto, su trabajo y su experiencia se enfocan en dichas normas y dinámicas adaptándose a cambios constantes que de alguna u otra forma van construyendo su subjetividad.

El modelo de salud familiar que se implementa en una I.P.S en Bogotá debe respetar una serie de normas y facilidades que generen el cumplimiento de la ley 100 a los ciudadanos como lo es garantizar prestaciones sociales en cuanto a la salud teniendo como criterio base la calidad, eficiencia y equidad de la atención prestada llevando a las organizaciones ser competentes en el servicio y generar cambios estratégicos por parte de los trabajadores para lograr captar usuarios. Una de las ventajas que tiene el modelo de salud familiar es que permite bajar los costos a la EPS ya que los médicos familiares están en la capacidad y tienen como habilidad dar un mejor criterio y diagnóstico a los usuarios, por tanto al hacer una adecuada remisión de los pacientes se disminuye las citas innecesarias. De esta manera se puede afirmar que el modelo de salud familiar implementado de forma ideal permite el ahorro del tiempo gastado por parte de los usuarios y ahorro económico para las diferentes entidades promotoras de salud.

Si bien es cierto que este modelo trae ventajas frente a la ley 100, también trae desventajas ya que esta no va de la mano con el modelo de salud familiar y por tanto se desconoce la totalidad de las funciones de un médico familiarista, al desconocerlas aun se pretende remitir a los pacientes con especialistas ignorando y pasando por alto algunas funciones de dicho médico. Así se restringe las prácticas de este profesional limitando su campo de acción al diagnóstico y remisión de los usuarios teniendo como consecuencia cambios en la formación de los médicos familiaristas. Así mismo, la falta de conocimiento de la ley por parte de los usuarios genera una baja participación y por tanto incapacidad para exigir un servicio adecuado y oportuno teniendo en cuenta sus derechos y deberes.

Finalmente, se encuentran que en la atención del servicio en el sistema general de seguridad social en salud existe un déficit en la cobertura de medicamentos, asignación oportuna de citas y de remisiones con médicos que sepan tratar la problemática del paciente, por tanto es posible afirmar que la ley 100 trajo consigo aspectos positivos y negativos que a partir de la experiencia determinaron la forma de narrarse de los participantes, pues vemos que a lo largo de las entrevistas resaltan más los aspectos negativos referente a la atención al usuario, sin desconocer aquellos puntos fuertes que brinda la aplicación de la ley 100.

4 CONCLUSIONES

En el presente trabajo se indicó que la construcción de la subjetividad de los médicos adscritos a una IPS de Bogotá, que maneja el Modelo de Salud Familiar se logra a partir de las prácticas ejercidas al interior de la misma, la información narrativa generada por los participantes señaló que el pertenecer a dicha organización desde un periodo temprano de formación (universidad) implica un conocimiento previo de la concepción del modelo y las implicaciones que este tiene sobre el tipo de atención que se pretende brindar a los usuarios.

Lo anterior se considera fundamental pues permite esclarecer la importancia de las prácticas al interior de la IPS que constituyen la construcción de la subjetividad siendo de estas las más relevantes la experiencia laboral entendida desde la formación académica y profesional que han tenido los médicos al interior de la IPS, denotando la gran importancia de las relaciones interpersonales creadas en su quehacer cotidiano, tanto con sus pares, como con los usuarios; siendo así, esta relación con los usuarios, otra de las prácticas evidenciadas como primordiales en esta construcción, pues el cuidado y atención de los pacientes refiere de manera significativa las actividades del modelo de salud familiar, dichas actividades entendidas como práctica, dan cuenta de las herramientas con las que se ha dotado a los médicos familiares para la atención apropiada de los usuarios siendo el familiograma y el ecomapa herramientas filiadas al modelo que en la práctica estimulan la atención integral y cobertura de diferentes variables relevantes en el diagnóstico de un paciente

Ya en cuanto a la relación entre pares (médicos) anteriormente nombrada es posible entrever otra de las prácticas relevantes a esta construcción de la subjetividad, desde

la competencias con colegas, competencia generada a partir de los límites de atención que cada una de las partes trabaja, respaldada por la ley 100, es importante aclarar que tanto la competencia como la implantación de dicha ley ha permitido cambios drásticos en la prestación del servicio por parte de los médicos familiares, pues se ha limitado su quehacer en la práctica, al diagnóstico y remisión de pacientes.

En cuanto al servicio como la atención al usuario y las funciones del modelo, siendo que la primera da cuenta de la atención, centrándose en la calidad de la misma y el bienestar de cada uno de los pacientes y sus familias mientras que la segunda, con una influencia aun mayor de las competencias entre colegas anteriormente nombradas se enfocan en la atención desde las diferentes áreas en las que son formados los médicos familiares, siendo estas diversas áreas de la medicina hospitalaria, bajo el modelo de rotación.

Finalizando, la relación médico – paciente es una de las prácticas que más se ve influenciada pues es posible ver como las relaciones interpersonales creadas a partir de las mismas genera en los médicos adscritos a esta IPS un compromiso con sus pacientes, su familia y la comunidad en general.

Es claro, que a pesar del claro enfoque existente hacia el modelo de salud familiar de la IPS, aun es desconocido el modelo al interior de la misma, por lo que vale la pena preguntarse si ¿mejoraría en alguna medida la productividad de los trabajadores al realizaran capacitaciones del modelo?, pues las prácticas aquí mencionadas se encuentran en estrecha relación con el quehacer que propone el Modelo de Salud Familiar a los médicos y prestadores de servicios al interior de dicha IPS.

Este trabajo de investigación que se llevo a cabo permite observar como el modelo de salud familiar está ligado a las prácticas que constituyen la construcción de subjetividad en los trabajadores de la IPS mencionada anteriormente, mas es desconocimiento del mismo ha creado brechas atencionales en que las prácticas podrían variar, referente a este asunto se considera importante preguntarse, si la IPS maneja dicho modelo, ¿por qué no es no se establece como prioridad el conocimiento y manejo del mismo en el proceso de selección de los médicos?

REFERENCIAS

- Ahumada, C. (1996) *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad Colombiana*. El Áncora editores. Bogotá: Colombia.
- Aquevedo, E. (2001) *Reestructuración, flexibilidad y trabajo en América Latina*. En revista venezolana de análisis de coyuntura. Vol. VII. Caracas
- Baquero, A. (2002) *Modelos de desarrollo económico. Colombia 1960-2002*. Editorial Oveja negra Ltda. Bogotá/Colombia.
- Bass, B. (1972) *psicología de las organizaciones*. Compañía editorial continental S.A, México
- Camejo, A.J. (2008). *Globalización, tecnología de la información y flexibilización laboral*. En *Nómadas*, julio-diciembre, número 019. Universidad Complutense de Madrid.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- García, C. y Carvajal, L.M. (2007). *Tecnologías empresariales del yo: la construcción de sujetos laborales en el contexto del trabajo inmaterial*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 6 (1): 49-58, enero-abril de 2007
- Escobar, A. (2005) *Trabajo, desocupación y configuración de la subjetividad laboral en la región de Biobío- Chile*. En *Trabajo y Sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en la sociedad segmentada*. No. 7. Vol. VI. Junio – Septiembre. Santiago del Estero. Argentina.
- Filippi G (S.F.) *Trabajo y subjetividad: ¿el nuevo sujeto laboral?*
- González A (s.f.). *Bases para un modelo de atención en salud y ejemplos específicos para su construcción*. COOMEVA. Colombia
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill

- Jáuregui S, Suárez P (2004). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar*. Editorial Médica Internacional Ltda. Colombia
- Lazaratto M (1997). *Trabajo inmaterial*. En brumaria 7 arte, maquina, trabajo inmaterial. Extraído de <http://www.brumaria.net/textos/Brumaria7/03mauriziolazaratto.htm> el 10 de Septiembre de 2009
- Mejía D, Molina J, Soto M, Ruíz C (1990). *Salud Familiar*. ASCOFAME. Colombia
- Morgan G (1990) *Imágenes de la Organización*. México: Alfaomega..
- Nosnik A (2005) *Culturas organizacionales: origen consolidación y desarrollo*. España: Gesbiblo
- Perry, Anderson. Neoliberalismo: un balance provisorio. En libro: *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*. Emir Sader (comp.)y Pablo Gentili (comp.). 2ª. Ed. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Persico, C. (2006) Seminario: Neoliberalismo orígenes y fundamentos del neoliberalismo en:

http://www.generacion80.cl/documentos/docs/Seminario_sobre_Neoliberalismo.pdf
- Pulido C (2004) *en busca de una psicología critica en los ámbitos laborales*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 3 (2): 213-222, julio-diciembre
- Rose N (1997). *El gobierno en las democracias liberales “avanzadas”: del liberalismo al neoliberalismo*. Revista Archipiélago No. 29.
- Rose N (1999). *Governing the soul the shaping of the private self*. Ed. Association Books. London
- Sierra, F. (1998). *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. En: Galindo, L., Coord. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Prentice Hall, pp. 277-345.

Schvarstein L (1992) *Psicología social de las organizaciones: nuevos aportes*. Editorial Paidós. México.

Turabián J (1994). *Cuadernos de medicina de familia y comunitaria: una introducción a los principios de medicina de familia*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España.

Valles, M (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Ed. Síntesis, S.A. España