

**PERCEPCIONES DE LOS PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN
DEL "PLAN TERRITORIAL DE SALUD: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
2012-2016", SOBRE EL PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR**

AUTORES

EMMANUEL MARKAKIS MARKOWE

KAREN MUÑOZ CHAMORRO

CAROLINA PERDOMO FORERO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

2014

**PERCEPCIONES DE LOS PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN
DEL "PLAN TERRITORIAL DE SALUD: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
2012-2016", SOBRE EL PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR**

AUTORES

EMMANUEL MARKAKIS MARKOWE

KAREN MUÑOZ CHAMORRO

CAROLINA PERDOMO FORERO

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DOCTOR JAVIER URREGO VARELA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Artículo 37

Ni la universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas propuestas por los autores de este trabajo.

Acuerdo 017 de 14 de Diciembre de 1989

Agradecimientos.

Los autores quieren agradecer al Doctor Javier Urrego por su compromiso, cariño y entrega en nuestra formación como especialistas.

Contenido

Capítulo 1 El Problema de Investigación	8
Pregunta de investigación:	10
Preguntas directrices:	11
Objetivo general:	11
Objetivos específicos:	12
Capítulo 2 Orientación Epistemológica	13
Capítulo 3 Referente teórico conceptual	15
Percepción:	15
Rol:	15
Medicina Familiar:	16
Atención Primaria:	19
Salud Familiar y Comunitaria:	21
Principios y Elementos:	23
Relación entre principios normativos y elementos de la Atención Primaria con la Medicina Familiar:	25
Cuadro 1. Elementos de la Atención Primaria	26
Cuadro 2. Principios de Medicina Familiar	31
Cuadro 3. Principios del Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano	34
Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia:	41
Propuesta del gobierno distrital:	46
Capítulo 4 Modelo de Investigación	53
Capítulo 5 Contextualización	58
Contexto Geográfico:	58
Contexto Legal:	59
Contexto histórico y político:	63
Desde salud a su Hogar a Territorios Saludables:	68
Descripción de los participantes:	70
Capítulo 6 Experiencia y Rol del Investigador	73

Capítulo 7 Estrategia de recolección de datos	78
Instrumento de recolección de la información:	80
Criterios de validez del instrumento:	84
Criterios de selección:	84
Planeación de la obtención de la información:	85
Plan de Análisis de datos:	86
Consideración sobre los posibles problemas y las soluciones:	87
Capítulo 8 Descripción y Categorización	90
Capítulo 9 Análisis e Interpretación de la Información	92
Roles de los participantes en la construcción del plan territorial de salud:	92
Percepciones de los participantes en la construcción del plan territorial de salud sobre Medicina Familiar:	96
Salud Familiar y comunitaria: la salud dentro de un contexto social:	97
El Médico Familiar Desintegrado:	99
Médico Familiar: Biopsicosocial	101
Exposición de Medicina Familiar en el sector público:	105
Experiencias de los participantes en la construcción del plan territorial de salud con Medicina Familiar:	108
Experiencia como paciente:	109
Experiencias como observador:	110
Experiencia Laboral:	111
Discusiones sobre Medicina Familiar durante la elaboración del Plan Territorial de salud distrital:	112
Capítulo 10 Conclusiones	117
Referencias	121
Anexos	125
Entrevistas Realizadas	125

Capítulo 1 El Problema de Investigación

Con la proclamación de la ley 1438 del 2011, por la cual se reforma el sistema nacional de atención en salud, se da inicio a la implementación de la estrategia de Atención Primaria, como modelo para los servicios de salud a nivel nacional.

La ley 1438 del 2011, no es el primer antecedente que se tiene relacionado con Atención Primaria en la legislación Colombiana, sin embargo es la primera vez que se habla de forma manifiesta de la estrategia. Si bien es cierto, en la ley 100 de 1993 no se habla explícitamente de atención primaria, en ella se puede identificar que los principios que propone para el sistema de seguridad social en salud confluyen en múltiples oportunidades con elementos de la Atención Primaria en salud. Por ejemplo, en la ley 100 uno de los principios rectores es la universalidad de la atención, igualmente en la estrategia de atención primaria encontramos que se busca abordar y solucionar problemas de salud, de manera universal sin distinción o discriminación alguna.

Según la ley 1438 del 2011, la Atención Primaria es, la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios (Ley 1438 de 2011.art 12). Esta estrategia representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención en salud, al

lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud. (Organización Mundial de la Salud. 1978).

A pesar de lo anterior, parece ser que la mayoría de las entidades médicas, sus profesionales y administradores han concebido a la Atención Primaria como un primer nivel de atención, asociándolo a baja complejidad y pobre resolución de problemas, como se ha expuesto en publicaciones de *la Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral (ACEMI)*.

“..., las fallas de comunicación con niveles superiores de atención, tanto en el área clínica como en el área administrativa, hacen de la estrategia y del primer nivel de atención servicios deficientes...” (Arias Ramírez 2012).

Es así, que con el objetivo de desarrollar las propuestas del gobierno nacional plasmada en la legislación, el gobierno distrital elegido en el año 2011 presenta el *“Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito capital 2012-2016”*, que se desarrolla bajo la política de *“Bogotá Humana.”*

El plan territorial de salud, es la herramienta con la cual se articularan las políticas nacionales en salud dentro del ámbito local; Basándose principalmente en el concepto de Atención Primaria, y garantiza los principios expresados en la ley 1438 del 2011, los cuales son: universalidad, interculturalidad, igualdad, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social, comunitaria y ciudadana decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. (*Ley 1438 de 2011. Art*

13.1). Buscando de esta manera mejorar todo el componente biopsicosocial de los habitantes del distrito capital, generando redes integradas de atención para el individuo, la familia y la comunidad, brindando bienestar y calidad de vida a la población destinataria.

Cabe destacar que la propuesta del distrito basada en atención primaria, engloba múltiples principios propios de la formación del Médico Familiar de la Universidad El Bosque. Especialista orientado hacia la atención integral, continua, con compromiso, quien enfoca riesgos y evalúa el contexto, brinda educación en salud, administra recursos así como la prestación de servicios, utilizando la estrategia de atención primaria en salud, como pilar fundamental para el cumplimiento de sus objetivos y el sostenimiento del sistema, en el cual se desenvuelva. (Rodríguez M. et al. 2012).

Llama la atención que al revisar el texto del plan territorial de salud no se encuentra explícito el rol del médico familiar y por lo tanto es indispensable determinar si fue contemplado un papel para esta especialidad en el “*Plan Territorial de Salud Bogotá distrito capital 2012-2016*”, durante su elaboración, teniendo en cuenta que es el profesional idóneo en atención primaria y es un baluarte en el cumplimiento de las metas proyectadas por el plan territorial. De evidenciarse que si fue contemplado se justifica describir las funciones que le fueron designadas.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las Percepciones de los participantes en la construcción del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, sobre el papel del Médico Familiar?

Preguntas directrices:

¿Cuáles fueron los roles cumplidos por los participantes en la construcción del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”?

¿Las personas que participaron en la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, tienen algún concepto sobre la medicina familiar?

¿Los participantes en la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*” han tenido experiencias con la medicina familiar?

¿En la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, se tuvo en cuenta la medicina familiar?

Objetivo general:

Describir las percepciones de los participantes en la construcción del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*” sobre el papel del médico familiar.

Objetivos específicos:

- Conocer el Marco regulatorio de la política local respecto a la atención primaria en salud de Bogotá.
- Determinar si los actores tienen algún concepto de Medicina Familiar.
- Definir si se conocen las funciones del Médico Familiar.
- Determinar la opinión de los actores acerca del Médico Familiar y su rol en el plan territorial de salud.
- Describir las experiencias que haya tenido el equipo que elaboro el plan territorial de salud, con medicina familiar.
- Determinar si en la construcción del plan territorial de salud, se dio alguna discusión en torno al papel del Médico Familiar.

Capítulo 2 Orientación Epistemológica

El contexto económico, político y social actual de Colombia como país en vía de desarrollo, implica para el especialista en Medicina Familiar y los residentes en formación en esta especialidad médica, deben interpretar la realidad biopsicosocial donde se desenvuelven y realizar un acercamiento a ella, con la intención de conocerla para mejorarla, sin olvidar las múltiples interacciones que allí se dan. Esto implica para el especialista y residente en Medicina Familiar, plantearse inquietudes sobre fenómenos observados en su realidad, que permitan construir y aportar a la sociedad.

En la presente investigación, entendiéndose como un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder la pregunta: *Cuáles son las Percepciones de los participantes en la construcción del “Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016”, sobre el papel del Médico Familiar?*; los investigadores se aproximan a la realidad que los envuelve, la cual es una realidad social en la medida en la que se establecen relaciones entre ellos como miembros de una especialidad médica y el sistema de salud que los abarca y dan respuesta a su inquietud usando métodos cualitativos de investigación, para fundamentar la visión del fenómeno, su descripción e interpretación y a partir de estas proponer aportes prácticos sobre el papel del Médico Familiar en el distrito capital y en el país.

El acercamiento hacia el objeto de estudio, el contexto y los individuos, se realizara a través una metodología descriptiva e interpretativo, mediante el cual se reproducen y se revelan las percepciones de los participantes en la construcción del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*” sobre el papel del Médico Familiar. Para la recolección de la información se destino la técnica conversacional a través de entrevistas semiestructuradas, esta herramienta permite al investigador cambiar la secuencia y la formulación de las preguntas en aras de profundizar en las respuestas, favorecer el intercambio de ideas dentro del desarrollo de un pensamiento diverso, y obtener respuestas abiertas en un ambiente de neutralidad. Además se decidió hacer entrevistas individuales porque estas son ideales cuando se quiere acceder a personas expertas en un tema, y se quiere evitar que sus opiniones se vean sesgadas por la presencia de otros individuos.

El tipo de análisis cualitativo que se propone es de tipo interpretativo, en donde el grupo investigador pretende elaborar marcos explicativos del fenómeno a través de la triangulación de los hallazgos obtenidos en la realidad, la teoría y la interpretación que surja del análisis de los dos anteriores.

Capítulo 3 Referente teórico conceptual

Percepción:

La psicología clásicamente ha definido la percepción como un “Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas...” (Melgarejo, L. 1994).

En este orden de ideas al grupo investigador le interesa profundizar en los juicios que puedan existir entre las personas que elaboraron el plan territorial de salud sobre la medicina familiar para tratar de entender los motivos por los cuales no hay una presencia explícita de medicina familiar, en el texto del documento.

Rol:

La Real Academia de la Lengua, define rol como: “el papel o la función que alguien o algo cumple” (*Real Academia Española de la Lengua. 2001*). En las ciencias sociales, el concepto de rol implica el de estatus social, siendo estos dos elementos complementarios, es

decir, mientras el estatus es la posición del individuo dentro del grupo social, el rol es el comportamiento esperado en virtud de ese estatus dado.

En la presente investigación, se desea conocer el rol que desempeñaron los participantes en la elaboración del plan territorial de salud, entendiendo que no siempre este papel será similar al cargo o labor en el cual se desempeñan.

Medicina Familiar:

Como el objetivo del trabajo de grado es conocer las percepciones sobre medicina familiar, que tienen un grupo de personas, involucradas en la creación de políticas de salud en el distrito, es esencial escoger un concepto alrededor de medicina familiar.

La organización mundial de médicos familiares (WONCA), define las habilidades y características que se considera, todo médico familiar debe expresar.

Se define como "Una especialidad médica, enfocada en brindar una atención integral a nivel biomédico, psíquico y social....Sin importar el género, la edad o el tipo de problema relacionado con la salud" (Jang et al. 2013).

Al revisar la página de internet del programa académico de la especialidad de la Universidad El Bosque, se describe el perfil profesional, que enriquece la definición dada por la WONCA:

El especialista en Medicina Familiar es un profesional preparado para prestar atención de salud de gran calidad científica, con un enfoque integral de los problemas y situaciones de salud de individuos, familias, grupos sociales y comunidades en general.

El médico familiar está capacitado para actuar en todo el proceso de atención en salud, y tiene la competencia para seleccionar y decidir sobre las modalidades de intervención ya sea en promoción y prevención de las enfermedades o en curación y rehabilitación. Está capacitado para diagnosticar e intervenir los principales problemas y situaciones de salud que se encuentran en la población sujeto de atención.

Desarrolla una visión integral de ser humano que lo capacita para abordar los problemas y situaciones de salud desde una perspectiva bio-psico-social y así reconocer, movilizar y coordinar recursos en busca de las soluciones pertinentes, tanto de carácter individual como comunitario. En esas dimensiones, está capacitado para realizar investigación clínica y operativa, cuyos resultados puede aplicar en el contexto sociocultural con el cual interactúa.

El especialista en Medicina Familiar está capacitado para el trabajo en equipo y para la coordinación de acciones interdisciplinarias. En esta condición realiza interconsultas, según necesidad, con otros profesionales de la Medicina y otras disciplinas, acerca de la situación del sujeto de atención, sin detrimento de su responsabilidad en la continuidad y la conducción del proceso de atención correspondiente.

La formación del Médico especialista en Medicina Familiar lo habilita para atender y solucionar una gran proporción de las patologías prevalentes en las comunidades, desarrollando una óptima relación médico - paciente, en el modelo clínico (tratamiento y control de una enfermedad), en el relacional (proporcionar un soporte que mejore el bienestar del paciente hasta que se resuelva el problema) y en el adversal

(proporcionar a la persona una solución administrativa adecuada a su situación (Rodríguez, M. 2009).

Atención Primaria:

Con casi 35 años desde el pronunciamiento de Alma Ata sobre la atención primaria, hoy se puede observar múltiples interpretaciones sobre la estrategia.

En la conferencia de Alma Ata en 1978, cuyo objetivo era establecer medidas para proteger y promover la salud de la población mundial, se construye la siguiente definición:

“La Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto de sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto [...]

llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”

Para la organización mundial de la salud (OMS), esta definición, dada por Alma Ata, continua siendo vigente y ratifico la declaración de la misma en su documento sobre la Atención Primaria renovada en las Américas del 2007. Aunque es claro que los retos que se enfrentaron en 1978, al momento de la declaración de Alma Ata sobre atención primaria, no son los mismos que el sistema de salud enfrenta hoy; es indudable que la capacidad de la estrategia para adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, culturales, sociales y económicos, hace del modelo un concepto vanguardista, dentro de las ciencias de la salud.

El grupo investigador toma esta definición porque es la misma que se utilizó en la elaboración del *“Plan territorial de salud: Bogotá distrito capital 2012-2016”* y es la que soporta la formación de médicos familiares en la Universidad El Bosque.

Salud Familiar y Comunitaria:

La Salud Familiar y Comunitaria ha sido tenida en cuenta en diferentes países como un modelo operativo para implementar la Atención Primaria, en nuestro país la ley 1438 de 2011 menciona para la implementación de la Atención primaria: “*orientación individual, familiar y comunitaria*” (Ley 1438). Con frecuencia el concepto de Medicina Familiar y Salud Familiar, son usados indistintamente.

El grupo investigador consideró pertinente aclarar los conceptos sobre el Modelo de Salud Familiar dentro de la estrategia de Atención Primaria y además conocer el perfil de un profesional en Salud Familiar puntualizando en las diferencias que existen entre esta especialidad y la especialidad de Medicina Familiar.

La salud familiar se considera como un proceso único e irrepetible, que se caracteriza por ser más que la suma de los problemas de salud individual de sus miembros y por tener un origen multicausal, donde intervienen factores socioeconómicos, psicológicos y psicosociales del funcionamiento familiar. La salud familiar no es un estado estático, está sometido a un proceso de transformación continuo, donde juegan un papel fundamental el potencial con que cuenta la familia. (Gonzalez I. 2000).

Para el análisis de la salud familiar, el modelo médico clásico y el método clínico resultan insuficientes; hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar y de la determinación de los factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo para enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema. (Forcada E, 1998).

En Colombia la Salud Familiar como especialidad está dirigida a profesionales de las ciencias de la salud y afines. En la Universidad el Bosque la especialización en Salud Familiar tiene una duración de un año, las actividades académicas son semipresenciales y en su contenido curricular no hay profundización clínica, por lo tanto no se desarrollan competencias que impacten en la capacidad resolutoria de patologías y en la atención al paciente. El especialista en Salud familiar y Comunitaria se desempeña en instituciones relacionadas con el diseño, gestión y operación de programas y proyectos de salud abordados desde el contexto de la familia y la comunidad.

Por otra parte Medicina Familiar, es una especialidad médica clínica que se aproxima a los problemas en salud, desde una perspectiva biopsicosocial, lo cual le permite movilizar y coordinar recursos en busca de las soluciones pertinentes para su población, estableciendo un

manejo adecuado de su población con un enfoque en las determinantes de salud que más impacto generan. La duración de la especialidad, dependiendo del país en que se realice, oscila entre dos a cinco años siendo de tiempo completo, en constante contacto con la comunidad y los problemas clínicos más prevalentes de la población. El especialista en Medicina Familiar se destaca en cuatro habilidades, que adquiere durante el postgrado: administrativo, docente, investigativo y asistencial, (Rodríguez, M. 2012) a diferencia del especialista en Salud Familiar que se enfoca en el desarrollo de habilidades administrativas y de docencia.

Principios y Elementos:

Al realizar una lectura profunda sobre la estrategia de atención primaria, sus orígenes, y sus propuestas; Se encuentra que el objetivo es:

- Ofrecer servicios de salud, que sean del mayor nivel posible.
- Equitativos.
- Solidarios.

Estos tres conceptos, son los valores en los cuales se cimienta el modelo de Atención Primaria. La propuesta toma forma o se estructura alrededor de 13 elementos.

Estos Elementos de la atención primaria, se han encontrado dentro de la legislación colombiana como principios filosóficos¹. Es decir que hacen parte de las leyes como doctrinas fundamentales. De igual forma se encontró que para la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad el Bosque, los principios en los que se basa el actuar del médico familiar se fundamentan en los elementos de la Atención Primaria.

Por tanto se evidencia un uso indistinto de los dos términos y para el grupo investigador es importante distinguir si este uso era correcto o si existía una franca diferencia entre los dos conceptos.

¹ Los principios filosóficos que se expresan en la ley 1438 del 2011, expuestos en el Capítulo I: artículo 3, retoman los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación de la ley 100 de 1993. Se adicionan en el 2011, la igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, corresponsabilidad, prevención, continuidad.

Principio:

El diccionario de la Academia de la lengua española, en su edición número 22 (Real Academia Española de la Lengua. 2001) define principio como: *Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta de determinada situación*. También se puede describir como una ley o doctrina fundamental sobre la que se basan otras (La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007). Tomando en cuenta lo anterior descrito, se comprende porque para la legislación Colombiana es de gran importancia establecer un abanico de principios, ya que estos actúan como un compás filosófico de lo plasmado en una ley.

Elemento:

El diccionario de la Academia de la lengua española, define elemento como: fundamento o parte integrante de algo. (Real Academia Española de la Lengua 2001).

Es decir que un elemento también es un principio y origen, en el que descansa y tiene mayor fuerza un concepto por tanto se pueden considera aplicables en ambos escenarios.

Relación entre principios normativos y elementos de la Atención Primaria con la Medicina Familiar:

Cuadro 1. Elementos de la Atención Primaria

Cobertura y Acceso Universal: implica que el sistema es equitativo y tiene la capacidad para atender a su población; eliminado la capacidad de pago como barrera. El acceso suprime las barreras sociales, geográficas, de género, de orientación etc. Esto implica un enfoque intercultural.

Primer Contacto: Se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta de entrada al servicio de seguridad social y salud. Tomando en cuenta que debe ser el lugar donde se resuelvan la mayoría de los problemas.

Atención Integral, Integrada y Continua: Implica la oferta de los siguientes servicios: promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y

apoyo para el autocuidado. Esto se debe realizar a través de la integración de los diferentes niveles de atención, así como de las particularidades propias del individuo (ciclo vital).

Orientación Familiar y Comunitaria: No se emplea una perspectiva únicamente clínica; se basa en la perspectiva de la salud pública para hacer uso de la información familiar y de la comunidad, a su favor. Esto le permite identificar riesgos y establecer prioridades.

Énfasis en la Promoción y Prevención: Son acciones costo efectivas y éticas que facultan a la población a tomar control sobre su propia salud. Estos elementos permiten no solo dirigirse a temas clínicos, si no educar en materia de relaciones, de trabajo, de hogar y de ambiente.

Cuidados Apropriados: El sistema de salud, no se debe limitar a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe orientarse a la atención del individuo según sus necesidades, y las respuestas que se le dan deben ser adecuadas al contexto social, económico, personal y de comunidad. También implica que los cuidados brindados se den bajo la luz de la evidencia

científica, asociado a los recursos disponibles, organizados desde criterios de eficiencia.

Mecanismos de participación activa: Buscando transparencia, se pretende que la comunidad participe en la determinación de prioridades a intervenir.

Marco Político, Legal e Institucional Solido: Identifica y respalda a la atención primaria.
Juega un papel de rector para el sistema de salud.

Políticas y programas pro equidad.

Organización y Gestión Óptima: Realizar procesos que lleven a la evaluación y retroalimentación de los funcionarios en salud, en cuanto a su manejo de recursos y su capacidad resolutive.

Recurso Humano Adecuado: Personas humanas, que ofrezcan servicios de calidad, integrales e integrados. Esto no solo incluye una adecuada selección de funcionarios, de igual forma se requiere que se establezca con claridad sus funciones. La capacitación de los mismo, por lo cual se considera una estrategia a largo plazo.

Recursos Adecuados y Sostenible: Requiere una evaluación de la economía del país, así como del compromiso de los gobernantes nacionales y territoriales. Se deben asegurar la sostenibilidad para que las decisiones que se toman hoy garanticen la satisfacción de las necesidades del mañana.

Intersectorial: Crear sinergias entre otros sectores, como el educativo, el laboral, los programas de desarrollo urbano etc.

Realizado por los autores, basados en el documento: *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007.*

Cuadro 2. Principios de Medicina Familiar

Continuidad: Se busca atender no solo en el mismo espacio, si no a lo largo de la vida y durante el desarrollo de las diferentes etapas del ciclo vital de una persona.

Contexto: El médico familiar busca comprender el contexto de la persona (edad, comorbilidades, situación social y económica etc.), para brindar una atención individualizada, que permita optimizar el manejo de la patología.

Integralidad: El médico familiar establece un diagnóstico y un plan de manejo, tomando en cuenta el contexto comunitario, familiar e individual. Ofreciendo una atención biopsicosocial. Dentro de un marco de atención que interviene desde la promoción y la prevención hasta la curación.

Administración: El médico familiar, busca a través de un adecuado uso de los recursos,

atender un gran volumen de población de forma eficiente.

Enfoque de riesgos: Con el objetivo de brindar una atención médica preventiva, se realizara mantenimiento de la salud, tomando en cuenta el ciclo vital individual y familiar del individuo; sus antecedentes personales, familiares; y sus estilos de vida.

Interrelaciones: Se conoce la forma en la que interactúan las familias que se tienen a cargo.

Educación: El médico familiar tiene como responsabilidad, realizar educación en salud a sus pacientes; siendo esta uno de sus instrumentos para el mantenimiento de una población saludable.

Conocimiento de sí mismo: El médico familiar, conoce sus capacidades y limitaciones,

lo cual aportara a la atención de las necesidades del paciente.

Cuidado de la Familia: Debido a la importancia de mantener al paciente dentro de un contexto único, se pretende conocer a su familia y como se desarrolla dentro de ella. Buscando mejorar las relaciones que se dan dentro de ella.

Compromiso: Se establece una relación, donde el individuo reconoce el compromiso del médico familiar con el apoyo al adecuado desarrollo del el individuo y de su familia desde una visión biopsicosocial.

Realizado por los autores basados en el libro: *El programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto.* Rodríguez, M. 2012).

Cuadro 3. Principios del Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano

Ley 100 de 1993	Ley 1438 de 2011
<p>Eficiencia: mejorar la utilización de los recursos económicos, sociales y tecnológicos.</p> <p>Universalidad: protección para todas las personas, sin discriminación, en todas las etapas de la vida.</p> <p>Solidaridad: practica de mutua ayuda entre ciudadanos, comunidades y</p>	<p>Universalidad: protección para todas las personas en todas las etapas de la vida.</p> <p>Solidaridad: practica de mutua ayuda entre ciudadanos, comunidades y sectores.</p> <p>Participación: intervención de la comunidad.</p>

<p>sectores.</p> <p>Integralidad: Cobertura de todas las contingencias que conciernen a la salud.</p> <p>Unidad: articulación de políticas, regímenes y prestaciones para alcanzar los fines en salud.</p> <p>Participación: intervención de la comunidad.</p>	<p>Igualdad: se garantiza el acceso al servicio sin discriminación.</p> <p>Obligatoriedad: afiliación obligatoria para todos los residentes del país.</p> <p>Prevalencia de derechos: protección de mujeres en embarazo, niños y adolescentes, para garantizar su desarrollo integral.</p> <p>Enfoque diferencial: enfoque según las características particulares del individuo.</p>
--	--

	<p>Equidad: se garantiza acceso al plan se servicios, evitando prestaciones individuales no pertinentes.</p> <p>Calidad: se brindara un servicio humano, acorde a la evidencia actual, oportuna, integral y segura.</p> <p>Eficiencia: Obtener los mejores resultados posibles con los recursos designados.</p> <p>Progresividad: Actualización del plan de beneficios.</p>
--	---

Libre Escogencia: Libertad para escoger su E.P.S.

Sostenibilidad: todas las decisiones que se tomen a la luz del SGSS, deben cumplir criterios de sostenibilidad fiscal.

Trasparencia: todo lo relacionado al SGSS deberá ser claro, visible y público.

Descentralización Administrativa.

	<p>Complementariedad y concurrencia: los distintos niveles territoriales se complementen.</p> <p>Corresponsabilidad: Auto cuidado, cuidado de la familia y de la comunidad. Uso racional de los servicios de salud.</p> <p>Irrenunciabilidad: El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.</p> <p>Intersectorialidad: Acción conjunta de los diferentes sectores (salud, económico etc).</p>
--	---

	<p>Prevención: enfoque de precaución que se le aplica al sector salud.</p> <p>Continuidad: una vez ingresado al sistema debe tener vocación de permanencia en el mismo.</p>
--	---

Realizado por los autores basados en el documento: *Ley 100 de 1993, capítulo I, artículo 2 y ley 1438 del 2011, título I, artículo 3.*

Al desarrollar y enlistar los diferentes principios en cada una de la leyes, se encuentran relacionados con los elementos establecidos para la estrategia de atención primaria. Esto es menos evidente en la ley 100 del 1993 respecto a la ley 1438 del 2011, ya que esta última trae una propuesta más completa de principios propios que son alusivos a los elementos de la atención primaria.

Retomando los principios de la especialidad de Medicina Familiar se puede construir una conexión de estos, con los elementos que fundamentan la estrategia en atención primaria.

Por lo tanto, es posible establecer, que el especialista en medicina familiar puede encontrar múltiples similitudes entre su estructura de principios, y los definidos por las entidades legislativas para el sistema de seguridad social en salud vigente. Este tipo de afinidad probablemente contribuirá de forma positiva al desarrollo del sistema en el que se desempeñe este especialista.

Reafirmando lo anterior se encontró que la WONCA en 1992 declaró a través del documento

“El papel del médico general y de familia en los sistemas de atención primaria de salud” lo siguiente:

La atención primaria en salud de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos de familia bien entrenados trabajando como miembros de equipos de salud en la comunidad.

La Medicina General de familia necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la medicina alrededor de la cual se ordenan las restantes especialidades médicas y las otras profesiones del ámbito de las ciencias de la salud, para forma equipos cooperativos en beneficio del individuo, la familia y la comunidad (Zurro. M, 2012).

Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia:

Con la aparición del Sistema Nacional de Salud, en Colombia, en la década de los setenta, se da inicio a la prestación de los servicios en salud de la población colombiana. Sistema que se definió como “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación” (Gómez, A. et al 2012).

De forma paralela en el año 1978 en la República Socialista Soviética, la Organización Mundial de la Salud, emite la declaración de *Alma Ata* sobre atención primaria en salud. La declaración narra como un sistema de salud, debe propender por la prevención y control de

enfermedades, así como la promoción de la salud, buscando que a través de la estrategia, la cobertura universal en salud de la población del planeta, se alcance en su totalidad para el año dos mil.

Para aquel entonces, el Sistema Nacional de salud, entendía los términos promoción y prevención, como sinónimos, y dentro de dicha reglamentación no tuvieron mucho desarrollo en la administración de la época (Gómez, A. et al 2012). A pesar de la declaración de la Organización Mundial de la Salud, donde ya se hablaba de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como instrumentos afines, nunca idénticos, para la atención en salud. De hecho especificaron como la estrategia de atención primaria, que engloba la prevención y la promoción, es el modelo de atención idóneo para alcanzar las metas en salud de una población.

En Colombia, la llegada de la década de los noventa, implica un cambio en el sistema de salud colombiano, pasando de un sistema nacional a un sistema de seguridad social el cual se enfrenta a numerosos retos, como la baja cobertura y el inadecuado manejo de recursos (Gómez, A. et al 2012). Lo que produce que en el año de 1993, se promulgue la Ley 100 de 1993 *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*. El documento enuncia en sus páginas los siguientes principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Ley 100 de 1993).

A pesar de que la fundamentación del sistema de seguridad social en salud, descansa sobre los principios que evocan la estrategia de Atención Primaria, la Ley 100 del 1993, enmarca a la salud dentro de una estructura curativa, limitando la resolución del sistema a una fracción de la historia natural de la enfermedad, diluyendo los conceptos de promoción de salud y prevención de la enfermedad (Gómez, A. et al 2012).

Esto se hace evidente al observar que el espacio designado por la ley 100 del 1993 para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se colocó en un párrafo del libro dos, capítulo II: Afiliados del Sistema, artículo 160, donde invita en cortas palabras a que todos los afiliados del sistema procuren por la integralidad de su salud.

De la misma forma, más adelante en el libro dos, ya en el capítulo III: Régimen de Beneficios, artículo 165, nos describen brevemente algunas actividades realizadas por el estado, susceptibles de ser catalogadas como prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Dentro del apartado que se conoce como “Atención Básica”, no se discrimina que actividades pertenecen a la promoción y cuales a la prevención. De forma muy sencilla, dejan consignado un listado de actividades para realizar; Las cuales no desarrollan por ciclo vital o priorizan según

población más prevalente. Dejando atrás la idea de implementar un servicio de salud a través de la atención primaria.

Quince años más adelante, se evidencia, que a pesar de la reforma a la salud planteada en la ley 100 de 1993 y ejecutada por el estado, no se habían obtenido los resultados esperados en salud en términos de calidad y equidad. Por el contrario, la rama judicial, se encontraba dando respuesta a las inconformidades de la población con el servicio de salud. Lo que llevo a la corte constitucional, a emitir la Sentencia T-760 del 2008, la cual aclara, que la salud es un derecho fundamental y adicionalmente le solicita al estado reformar la ley 100 de 1993, para que se adecue a las necesidades de la población.

Las múltiples irregularidades y el déficit en atención en salud a los colombianos, así como los cambios en el perfil epidemiológico llevan a finales del año 2009 y principios del año 2010, a que se declare la emergencia social en salud. El estado encontró, baja capacidad resolutive del médico general y del primer nivel de atención; además una deficiencia en recurso humano capaz de ejercer acciones que integren las necesidades de la población con un enfoque biopsicosocial (Arias J. 2012).

Por lo anterior el estado colombiano decide retomar de forma explícita la estrategia de atención primaria y en los últimos cinco años ha implementado múltiples reformas al sistema general de seguridad social en salud, que culminaron en la ley 1438 del 2011 la cual se promulgo para fortalecer el sistema general de seguridad social en salud y afianzar su orientación a resultados en salud y bienestar para la población. Su principal antecedente es la ley 1122 de 2007, la cual definió tres modelos de atención para ser incluidos dentro del plan nacional de salud pública (salud familiar y comunitaria, Atención domiciliaria, Atención Primaria en Salud). (Ley 1122 de 2007). La ley 1438 del 2011 se concentra en este último modelo de atención, el cual se adopta como estrategia marco del sistema general de seguridad social en salud.

La ley 1438 del 2011 describe de forma explícita la estrategia de atención primaria, y la establece como el modelo de atención en salud a seguir. En el Título II y sus tres capítulos se hace referencia al modelo y la obligatoriedad de que sea adoptada por todas las áreas y actores del sector salud. Aun así no especifica o explica de qué forma será implantada la estrategia ni quienes lideraran la iniciativa, a pesar de que ya se conoce el déficit del recurso humano especializado en Atención Primaria, como se reporta en el estudio del Cendex de 2013 en el cual aparecen 332 médicos familiares reportados a 2011 (Amaya, J. et al 2013). Lo anterior permite entonces que la ley esté sujeta a interpretaciones individuales del administrador, secretario, político y múltiples actores que intervienen en el proceso de gestión y atención en salud.

El Distrito Capital y en conformidad con lo expuesto en la ley 1438 del 2011, presenta el 15 de marzo del 2012 el “*Plan Territorial de Salud, Bogotá Distrito Capital 2012 – 2016*”. El documento retoma la esencia de la ley nacional y hace referencia a conceptos propios de la Atención Primaria y Medicina Familiar, como son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención al individuo en todas las fases de su ciclo vital. Esto en respuesta a que la situación de salud de la población bogotana exige servicios integrales que se involucren de manera efectiva a la comunidad, a los actores del sistema, y a niveles de la administración distrital y nacional.

Propuesta del gobierno distrital:

Se basa en un plan estratégico de siete puntos o ejes:

Eje de gobernanza y rectoría.

En el cual se pueden distinguir dos categorías fundamentales; La primera, es la implementación de estrategias que garanticen el derecho a la salud de la población capitalina. Esta propuesta la ligan fuertemente a la implementación de la estrategia de atención primaria:

...”Mejorar las condiciones de salud de la población en el Distrito Capital, garantizando el pleno goce del derecho a la salud, disminuyendo la segregación, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria en Salud, favoreciendo de manera directa al individuo, las familias, las diferentes población y grupos sociales”...(Plan territorial de Salud de Bogotá D.C 2012-2016)

La segunda se refiere al mejoramiento de las condiciones de trabajo del talento humano. Llama la atención dentro de las estrategias propuestas para lograr dicho objetivo, que buscan fortalecer las relaciones de los funcionarios en salud, con la salud pública, una de las características principales del médico familiar.

Eje de Aseguramiento.

Dentro de sus delineamientos busca garantizar el acceso efectivo al sistema de seguridad social en salud. Establece como metas la universalidad del aseguramiento, así como el control y erradicación de las barreras impuestas por las Entidades Promotoras de Salud, para el acceso al servicio.

Eje de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.

Su función, garantizar que el servicio prestado sea humanizado. En concordancia con la ley 1438 de 2011, el plan territorial de salud del distrito concibe la historia natural de la enfermedad, por lo tanto define, que la atención en salud, se dará desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación de las secuelas, en caso de ser necesario. Dentro del eje también se busca, que las redes de atención sean integradas y que funcionen bajo la premisa de la estrategia en atención primaria. Esto con el fin de convertir al primer nivel de atención, en un centro de alta resolutivez y de detección temprana de la enfermedad. Haciéndolo la puerta de entrada ideal a un sistema de salud.

Eje de Salud Pública.

Su función principal se caracteriza por la creación de políticas que implementen la promoción y prevención, para así asegurar la protección de la salud. Esto con el objetivo de optimizar la calidad de vida de los habitantes de la capital. Dentro de sus estrategias más significativas, para cumplir con dicha función proponen la creación de equipos de salud territorial, que llevaran a cabo tareas de campo, permitiendo el acceso a la

comunidad y a su diario vivir, con la cualidad de estar articulados con las redes de salud. Sin embargo no hay una descripción de dicho equipo, ni quienes serían sus posibles participantes.

Por otra parte describen la importancia, de la asesoría en la implementación del modelo, lo que conllevaría a mejores servicios de atención y optimizaría la atención en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Eje de promoción social.

Las funciones del quinto eje van de la mano de las políticas en salud comunicadas por el eje de salud pública. La función principal es ponerlas en acción dentro el contexto especial de cada población a quienes están dirigidas. Una característica primordial de las tareas designadas a este eje, es que exista participación de la comunidad en la ejecución de las políticas en salud. Uno de los instrumentos implementados para poner en marcha las políticas en salud, es la educación de la comunidad, para generar conductas de auto cuidado personal, familiar y comunitario, otro espacio donde el médico familiar podría cumplir un rol, gracias a su formación.

Eje de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.

La función del sexto eje se centra de igual forma en prevención de la enfermedad y de accidentes, así como en la promoción de conductas saludables en el ámbito laboral.

Eje de urgencias, emergencias y desastres.

Sus funciones incluyen la prevención de eventos catastróficos, y la preparación de los habitantes de la ciudad en estas situaciones; además de generar solidaridad entre los ciudadanos, en situaciones de urgencia. Finalmente contar con una capacidad de respuesta en situaciones que amenacen de forma colectiva a los bogotanos.

La propuesta por ejes que propone el distrito capital, toca puntos en los cuales se considera que el médico familiar puede jugar un papel trascendental en su ejecución. Desde la educación de equipos de salud, así como la orientación de colegas en el manejo de enfermedades

crónicas y prevalentes; incluso la educación de una comunidad según su contexto social, hasta la dirección de unidades de atención primaria. Con el objeto de convertirlas en centros que den respuestas a las necesidades en salud de la comunidad. Además el Médico Familiar cuenta con destrezas para el manejo de pacientes con múltiples comorbilidades crónicas, propias de la población capitalina, así como el manejo de los individuos en todas las fases del ciclo vital individual y familiar.

Si se toma en cuenta que el entrenamiento y atención que brinda un médico familiar, se enmarca en la atención primaria y sus principios, se puede concluir que no solo podría actuar como rector o cabeza de un equipo de salud territorial, sino adicionalmente podría llevar a cabo las tareas de orientación en la implementación y puesta en función de una unidad de atención primaria. Cabe recalcar que en el mundo profesional y en su mayoría dentro de instituciones privadas, el médico familiar, ya se encuentra ejerciendo este tipo de tareas de liderazgo, como se mencionó antes en el perfil profesional.

Para el fortalecimiento del primer nivel de atención, se debe contar no solo con mejoras en la infraestructura y la oferta de servicio, se debe fortalecer el talento humano encargado de administrar los servicios. El personal idóneo que cumple con los elementos establecidos en atención primaria, como la integralidad, enfoque de riesgo, administración de recursos, manejo

de la comunidad y la familia es el Especialista en Medicina Familiar, quien puede llevar a la práctica lo establecido en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

A pesar de lo anterior descrito, se encuentra que el Médico Familiar, en Colombia y en el distrito capital, en muy pocas ocasiones es la puerta de entrada, en la atención de los paciente, no se encuentra en los primeros niveles atención como médico tratante y se han monopolizado sus cualidades en cargos administrativos y manejo de pacientes en programas crónicos (*Rodríguez, M. 2012*)

El gobierno nacional y el gobierno distrital, proponen la estrategia de Atención Primaria como el modelo para la salud de los siguientes cuatro años, sin embargo no es evidente que promuevan la implementación de Medicina Familiar como actor durante la ejecución y desarrollo de la estrategia. A pesar de contar con múltiples ejemplos en experiencias internacionales, que han instaurado la Medicina Familiar para liderar la estrategia de Atención Primaria en Salud de forma exitosa.

Capítulo 4 Modelo de Investigación

La Atención primaria y su especialista el Médico Familiar, tienen un campo amplio de conocimientos y un área de acción que favorece la investigación, en especial la de tipo cualitativo. Este método investigativo, debe aportar conocimiento útil para optimizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia en los procesos de atención en salud que el médico familiar lidera, así como, formar parte de las actividades que realiza en su cotidianidad este especialista.

En el presente trabajo el grupo investigador, aborda la investigación desde una perspectiva pragmática, definiéndose como: "Una perspectiva diferente para contemplar los fenómenos, que tiene en cuenta la complejidad del lenguaje y tres ámbitos inseparables, [cognitivo, social y cultural], que nos permite alcanzar algún grado de satisfacción en nuestros actos comunicativos"(Reyes. 1995), en aras de conseguir utilidad y aplicabilidad de los resultados obtenidos para fortalecer el papel del Médico Familiar y ampliar el conocimiento de esta especialidad a la comunidad en general.

Mediante la investigación cualitativa, los investigadores pretenden profundizar en el conocimiento del fenómeno estudiado, a través de la descripción de las percepciones sobre el papel del médico familiar de los participantes en la construcción del *Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*.

Los investigadores, realizaron un diseño muestral de los participantes en la elaboración del Plan Territorial de salud: Bogotá distrito capital 2012-2016. La muestra fue elegida a conveniencia. Inicialmente se revisó el listado de elaboradores y la dependencia dentro de la secretaria distrital de salud a la que pertenecían, después se realizó la selección siguiendo criterios explícitos como: factibilidad de los contactos, accesibilidad, representatividad del discurso e interés en concreto del grupo investigador. Además se incluyó en la muestra dos funcionarios de la alcaldía mayor de Bogotá, al secretario de gobierno y al alcalde mayor de la ciudad, pues los investigadores consideran que pueden aportar información valiosa acerca de plan de gobierno: “*Bogotá Humana*”, lineamiento político que sustenta el desarrollo del plan territorial de salud del distrito.

Posteriormente y previa autorización del director del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, se enviaron cartas de invitación para participar en el proyecto de investigación a la Alcaldía mayor de Bogotá, y a la Secretaria Distrital de Salud, específicamente

a las direcciones de: Salud Pública, Talento Humano, Centro regulador de Urgencias Emergencias y Planeación de Sistemas, además al despacho del Secretario y subsecretario de salud del distrito.

En total fueron radicas en las oficinas de correspondencia de las instituciones mencionadas un total del 20 cartas de invitación, de las cuales se obtuvo respuesta vía correo electrónico de cinco participantes, con quienes se programó el encuentro en las instalaciones de la secretaria distrital de salud, lugar donde se realizaron las entrevistas previstas. No se obtuvo respuesta de la alcaldía mayor de Bogotá.

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica conversacional. La herramienta seleccionada fue la entrevista semiestructurada, ya que esta posibilita a los investigadores conocer e interpretar el fenómeno de estudio en profundidad en sus diferentes visiones, obteniendo la información a través de la interacción entre el entrevistador y el participante en la construcción del plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016, sobre el papel del Médico Familiar.

El cuestionario de la entrevista semiestructurada, se elaboró en base a las cuatro preguntas directrices planteadas por el grupo investigador para desarrollar los objetivos específicos propuestos. En total se realizaron doce preguntas, tres de ellas que acogen la primera pregunta directriz acerca de los roles de los participantes en la construcción del plan territorial de salud; la segunda pregunta directriz sobre del concepto del participante sobre la Medicina Familiar es desarrollada por cinco ítems dentro del cuestionario; hay una pregunta del cuestionario que

indaga respecto a las experiencias con medicina familiar tema de la tercera pregunta directriz y finalmente los últimos cuatro ítems abarcan la cuarta pregunta directriz sobre la discusión de la medicina familiar en la elaboración plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016. Con este cuestionario el promedio de duración de las entrevistas fue de 45 a 60 minutos, abordándose en un 100% los temas propuestos por el grupo investigador.

En una de las cinco entrevistas estuvo presente todo el grupo investigador, en las restantes un integrante fue quien asistió en representación, esto debido a las actividades académicas propias de un residente en proceso de formación.

Posterior a la obtención de la información, se siguieron las siguientes fases: fase de preparación: en donde los datos narrativos se prepararon para el trabajo de análisis, mediante la transcripción textual de las entrevistas; fase de pre análisis: donde el grupo investigador se familiarizo con los datos hasta conseguir una comprensión global de la información y fase de análisis: en donde se crearon categorías temáticas a partir de los datos, se segmentó la información recolectada y se agruparon dentro de un marco explicativo.

El análisis cualitativo de la información contenida en las entrevista, se realizó utilizando el *software Atlas ti 7, en su versión de prueba*. El cual facilito el manejo y la organización del volumen de los datos textuales obtenidos.

Inicialmente se creó la unidad hermenéutica, que contiene los documentos primarios (transcripciones de las entrevistas), seguido de la codificación de los textos, y después la extracción de citas relevantes para la elaboración de la relación entre ellas. La producción del análisis final se realizó mediante la triangulación de la información, tomando la revisión de la literatura inicial, los presupuestos de los investigadores y la información obtenida codificada mediante el *software*.

Capítulo 5 Contextualización

Contexto Geográfico:

La presente investigación se llevó a cabo con los profesionales que intervinieron en la elaboración del Plan territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016.

La ciudad de Bogotá Distrito Capital, está ubicada en el centro del país, consta de 20 localidades, con una población de 7.732.407 habitantes. (Secretaria de Planeación distrital 2013).

La recolección de la información realizada por el grupo investigador se realizó en las dependencias de la Secretaria Distrital de Salud ubicada en la carrera 32 con calle 13 esquina en la Capital de la República.

Contexto Legal:

Desde la década del cincuenta hasta inicios de los noventa, la legislación colombiana no unificaba la definición respecto a los servicios de salud. Solo hasta la constitución de 1991, se reglamenta la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional (*Constitución política de Colombia. 1991*), razón por lo cual se crea en 1993 la ley 100, que da las pautas del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en adelante para el país.

Como lo manifiesta en su preámbulo la Ley 100, la seguridad social es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una buena calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las necesidades de la población, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, esto con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Ley 100 de 1993).

Así mismo en el artículo 6, se establecen los objetivos que debe alcanzar el sistema de seguridad social al ordenar recursos y organizaciones, donde uno de los aspectos más relevantes es garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente accedan al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.(Ley 100 1993).

Durante la aplicación de la ley 100, surgieron varios inconvenientes a pesar de mejorar los indicadores en salud de la población, por lo que se generó la necesidad de modificar en múltiples aspectos esta ley, para lograr mejores coberturas que lleven al país a cumplir con compromisos adquiridos como los objetivos de desarrollo del milenio, así como garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

La Ley 1122 de 2007 fue una de las reformas más importantes posterior a la creación de la ley 100. Su objetivo fue realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, con el fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección,

vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

En el capítulo VI artículo 32, la ley 1122 establece la necesidad por parte del gobierno nacional de la creación del plan nacional de salud pública para cada cuatrienio que debe quedar expresado en el plan nacional de desarrollo. Con el propósito de dar cumplimiento a lo solicitado, el decreto 3039 de 2007 adopta el plan nacional de salud pública para el cuatrienio 2007-2010 con un enfoque poblacional, teniendo en cuenta determinantes en salud que parten del análisis de la situación de salud del territorio nacional y permite caracterizar el perfil de salud-enfermedad de la población.

Durante la implementación de la reforma producto de la ley 1122 de 2007, el gobierno nacional con las experiencias adquiridas, los estudios realizados, en especial el desarrollado por el grupo español *Gesaword S.A* que tuvo una duración de 11 años y al momento de su entrega se tituló “*De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas*”, el seguimiento a la normatividad vigente y la dinámica de los determinantes de salud en la población, define la necesidad de realizar una nueva reforma a la salud y aprueba la Ley 1438 de 2011, señalando en su artículo primero como objeto, el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la

estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.

En este momento se incluyen disposiciones para establecer la unificación del plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

La ley 1438 traza las directrices para la elaboración del plan decenal de salud pública teniendo en cuenta, que debe ser un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (*Ley 1438 de 2011*) Adicionalmente define que el primer plan decenal debe ponerse en vigencia en el año 2012.

Finalmente, dando cumplimiento a lo establecido en la norma, el plan decenal de salud pública 2012-2021 entra en vigencia por medio de la resolución 1843 de 2013, con un lema “*La salud en Colombia la construyes tu*”. Define la actuación articulada entre sectores y actores públicos, privados y comunitarios responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia.

Contexto histórico y político:

Durante mediados del siglo XX la ciudad de Bogotá sufrió varias transformaciones a causa de la dinámica en la política nacional, en este momento de la historia se delimitan los límites geográficos de la ciudad y se dictan las disposiciones para el manejo administrativo de la capital, denominándose en ese entonces Bogotá Distrito especial. Inicia de esta manera un proceso de descentralización que marcará la conducta de los mandatarios en el distrito. (Mayorga, F. et al 2011).

Alrededor del año de 1986 inicia la elección popular de alcaldes, inicialmente por un periodo de tres años; posteriormente se modificó y se aumentó a cuatro años de mandato debido a que los mandatarios iniciaban a mitad del periodo fiscal y esto hacía que el mandatario iniciara

su gobierno en base a un presupuesto parcialmente ejecutado y en el cual no había participado para su elaboración. Así mismo con las dinámicas nacionales y la aparición de la asamblea nacional constituyente en el año de 1991 el Distrito Especial se modificó por Distrito Capital.

La elección popular de alcaldes se inicia con Andrés Pastrana, quien tuvo como objetivos de su mandato la reducción del problema de las basuras, la disminución de la inseguridad en la ciudad, solución al problema de la deuda externa y mejoramiento de la calidad de vida, lo siguió Juan Martín Caicedo quien en sus objetivos de gobierno se encontraron disminución de basuras, mejoría de la seguridad, tránsito y transporte, y manejo del espacio público, posteriormente fue electo Jaime Castro con su programa “Prioridad social”, es bajo su mandato en el año de 1993 cuando entro en vigencia el estatuto orgánico de Bogotá, donde los planes de desarrollo adoptaron un nombre que comenzó a identificar el lema de gobierno en concordancia con el estilo y programa de la administración de turno. (Mayorga, F. et al 2011).

Enrique Peñalosa Londoño fue elegido para el periodo comprendido entre enero de 1998-diciembre de 2000, su plan de gobierno denominado “*Por la Bogotá que queremos*”, con base en el cual la administración se estructuró a partir de siete objetivos, desmarginalización; interacción social; ciudad a escala humana; movilidad; urbanismo y servicios; seguridad y convivencia; eficiencia institucional. (Mayorga, F. et al 2011).

Antanas Mockus Sivickas fue elegido como alcalde de la ciudad para el periodo comprendido entre enero 2001-diciembre 2003, su plan de gobierno “*Bogotá para vivir todos del mismo lado*”, cuyo objetivo general buscó propiciar una ciudad donde lo público es sagrado, con base en estos principios fueron siete los objetivos: cultura ciudadana; productividad; justicia social; educación; ambiente; familia y niñez; gestión pública admirable. (Mayorga, F. et al 2011).

Luis Eduardo Garzón ejerció la Alcaldía de Bogotá entre enero 2004 a diciembre de 2007 con el programa de gobierno titulado “*Bogotá sin indiferencia*”. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Bajo los principios de: Solidaridad, Autonomía, Diversidad, Equidad, Participación y Probidad, es en este periodo donde se fundamentan las políticas generales del Plan de Desarrollo Distrital. (Mayorga, F. et al 2011).

Samuel Moreno Rojas fue elegido para ejercer el gobierno de la ciudad entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Su Plan de desarrollo titulado “*Bogotá positiva: para vivir mejor*” como bandera defendió el concepto de “el derecho a la ciudad”. Bajo los principios de Coherencia; Equidad; Solidaridad; Prevalencia de los derechos de los niños, niñas y

adolescentes; Desarrollo humano; Calidad de vida; Erradicación gradual de la pobreza; Cultura ciudadana; Convivencia y seguridad ciudadana; Desarrollo económico; Integración territorial; Ambiente sano y sostenible; Agua como eje articulador del territorio; Población y territorio; Valoración de lo existente; Defensa de lo público; Legitimidad; Participación; Fortalecimiento de la acción institucional (Mayorga, F. et al 2011).

El grupo investigador al realizar la revisión de la historia de las alcaldías de Bogotá D.C, observo la importancia del contexto político para la aplicación de los planes territoriales de salud a partir del año 2007, con tendencia al desarrollo de políticas sociales.

El cambio demográfico y el aumento de los planes de inversión social estatales y locales para el mejoramiento de la población menos favorecida de la capital y las constantes campañas de educación en salud y concientización, dieron un giro a las políticas locales reflejadas en el plan de gobierno que han conducido hasta el momento la alcaldía de Gustavo Petro, elegido popularmente y con un mandato de inclusión social y participación.

Gustavo Petro fue electo alcalde para ejercer durante el periodo 2012-2016. Su plan de desarrollo fue titulado “*Bogotá Humana*”, consta de tres ejes: superar la segregación social, adaptar la ciudad al fenómeno del cambio climático y la defensa de lo público. En primer lugar, es una estrategia integral de acción social y administrativa para la superación de todo tipo de segregación social y tiene prioridad la atención a los niños y a las niñas hacia quienes se enfocan los recursos. (Secretaría distrital de planeación 2012).

Las necesidades en salud de la población del distrito capital cambian dinámicamente con el desarrollo económico y social del país, generando la necesidad de intervenciones que cumplan con compromisos adquiridos, como los objetivos del desarrollo del milenio, el mejoramiento de las determinantes en salud de la población, disminución de la pobreza, la inclusión social, disminución del desempleo y aumento de la gestión administrativa. Por este motivo observamos que los objetivos planteados en los distintos gobiernos del distrito capital cumplen con esa dinámica cambiante y se encaminan con el paso del tiempo a cumplir la hoja de ruta establecida.

Durante el año 2007 se establecen las normas y competencias que deben cumplir los planes nacionales de salud pública. Posteriormente y manteniendo los lineamientos del plan nacional en el año 2008 se establecen las normas para la elaboración, seguimiento evaluación y control de los planes territoriales de salud. (Decreto 3039 de 2007.)

Es así como en el distrito capital los planes territoriales de salud a partir del año 2007, deben cumplir con las políticas nacionales y pretenden alcanzar los objetivos propuestos en el plan nacional de salud pública que a su vez debe ceñirse al plan nacional de desarrollo.

Los resultados obtenidos por los diferentes gobernantes del distrito demuestran esto y explica por qué el actual proceso llevado a cabo con el plan territorial de salud es la continuidad de los planes anteriores a esta administración con los cambios necesarios para adaptarse a la dinámica de los ciudadanos de la capital y adaptarse a los objetivos del plan de gobierno.

Desde salud a su Hogar a Territorios Saludables:

Durante la alcaldía de Luis Garzón se implementó en su programa de gobierno “*Salud para la Vida Digna*” y se enfocó en promover la garantía de este derecho por medio de la universalización de la atención con enfoque familiar y comunitario, realizando intervenciones que contribuyeran a mejorar las condiciones de vida para lograr comunidades saludables.

Aunque no se contempló como un programa específico, “*Salud a su Hogar*” sí se trató de una estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual, a pesar de las restricciones normativas nacionales, se decidió implementar para mejorar la protección social y avanzar en la garantía del derecho a la salud. (Vega, R. & Franco, C. 2006).

Actualmente Gustavo Petro en su plan de gobierno “*Bogotá Humana*” replanteó el programa Salud a su Hogar aumentando de 375 a 1.250 los equipos integrados por un médico, enfermera y dos promotores, cada equipo atiende 800 familias.

El plan arrancó con tres centros de salud remodelados en la localidad de Bosa, y se extendió a las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar, se ha denominado “*Territorios saludables*”, teniendo como uno de los mayores inconvenientes la falta de médicos que quieran desarrollar esta labor (www.bogota.gov.co. Cortes J. 2013)

Descripción de los participantes:

En la elaboración del “Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016”, en el marco de la política pública de gobierno distrital: “Bogotá Humana”, participaron: El alcalde la ciudad, el secretario y subsecretario de salud del distrito, 10 directores de las diferentes dependencias, 1 fotógrafo, 3 asesores de despacho, 1 coordinador general, 17 participantes en el equipo coordinador, 65 participantes en el equipo de apoyo técnico; incluyendo la representante de la Organización panamericana de la salud. Para un total de 100 participantes.

De los 100 participantes el grupo investigador realizó una muestra a conveniencia, y se eligieron a un total de 20 participantes de las distintas dependencias a quienes se les invitó a participar en el proyector de investigación. Recibiendo respuesta de 6 de ellos para desarrollar la actividad planificada de tipo conversacional usando una entrevista semiestructurada.

Los perfiles de los participantes en la elaboración del “Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016”, de los entrevistados en términos generales son los siguientes:

Un profesional en odontología con doctorado en salud pública, en antropología social, y en salud familiar integral de la Universidad Nacional de Colombia que al momento de desarrollar el plan territorial se desempeñaba como miembro del equipo de salud pública ocupación que aún mantiene.

Dos médicos miembros del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias *CRUE*, cada uno con perfiles profesionales diversos ya que uno es especialista en homotoxicología, medicina alternativa, salud pública y gestión del riesgo, y el otro profesional epidemiólogo, al momento de desarrollar el plan territorial se desempeñaban en funciones administrativas dentro del *CRUE*.

Un médico, actualmente miembro de la dirección de salud pública distrital con magister en salud pública coordinador del programa de Atención Primaria en Salud extramural y coordinador del programa en salud familiar y comunitaria en la secretaria distrital de salud en Bogotá. Durante la elaboración del plan territorial de salud colaboro como asesor metodológico.

Un médico, en la actualidad miembro de la dirección de planeación y sistemas médico especialista en salud familiar de la Universidad El Bosque. Durante la elaboración del plan territorial de salud colaboro como asesor.

Capítulo 6 Experiencia y Rol del Investigador

Para la construcción y realización de este trabajo de grado participamos tres residentes del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque. Para los tres, este trabajo de grado es nuestra primera experiencia con un estudio de investigación de corte cualitativo.

El presente trabajo de investigación nace de la ausencia de un papel explícito para el médico familiar, dentro de las políticas en salud nacionales y distritales. En las cuales se expresa de forma clara la intención de usar la estrategia de atención primaria como fundamento de la atención en salud.

Al realizar el esquema de trabajo, una de las primeras propuestas, fue conocer cómo se crean las leyes en nuestro país, este proceso nos facilitó entender la forma en la que se legisla en el país. De este ejercicio obtuvimos información adicional específicamente sobre documentos en la legislación que se consideran antecedentes de la ley 1438 del 2011 y que hasta el momento no la habíamos tenido en cuenta, como por ejemplo la sentencia de la corte constitucional T- 760 de 2008. La labor de realizar la lectura de los documentos de leyes y sentencias, requirió un

considerable tiempo, lo cual se explica por dos factores: el primero, son documentos extensos, y el segundo y más significativo, es el uso de lenguaje técnico y específico para este campo, que enlentece el proceso de lectura.

Una vez finalizado el proceso de contextualización nos planteamos la pregunta: ¿Por qué al Médico Familiar no se le da un papel dentro de las políticas de atención primaria que desea implantar el estado colombiano?. Consideramos que al conocer las percepciones que tienen los individuos que participan en la legislación y ejecución de proyectos del estado, sobre la medicina familiar, podríamos construir una razón clara para la ausencia de un papel dentro de las políticas de salud del estado.

Con esto en mente y buscando mayor accesibilidad a estos individuos, decidimos tomar como referente al distrito capital, en vista de que su plan territorial refleja las ideologías impresas en la ley 1438 del 2011.

En compañía del tutor y en base al trabajo de contextualización, se inició un proceso de estructuración de la metodología de la investigación para establecer que temas nos ayudarían a

obtener las percepciones de los participantes en la elaboración del plan territorial de salud. Con lo cual se desarrollaron 4 temas globales, de los cuales se derivaron las preguntas directrices, con las que se pudo crear la herramienta de investigación.

Finalizado este proceso proseguimos a escoger la muestra a conveniencia entre los participantes en la elaboración del “*Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”.

A este grupo de individuos, se les envió una solicitud formal con el formato de la Universidad El Bosque, invitándolos a participar en nuestro trabajo de investigación. De las peticiones enviadas, obtuvimos 6 respuestas, de las cuales se materializaron 5. La sexta entrevista no pudo ser realizada, debido a que la respuesta de la secretaria de salud, llegó tarde a la correspondencia de la universidad, y en el momento en que fuimos avisados, ya había pasado el día de la cita. A pesar de diferentes viajes a la secretaria de salud del distrito, no pudimos concretar nuevamente la entrevista.

Se presupuestó para la realización de trabajo de campo, cuatro meses de trabajo. A pesar de esto se encontró que por tratarse de un trabajo de campo que involucra depender del tiempo de terceros, el tiempo inicialmente designado fue muy limitado.

Para la organización de los datos recolectados en las entrevistas, utilizamos el *software Atlasti 7, en su versión de prueba*. Debido a que contamos con un número corto de entrevistas, los 100 caracteres que permite usar esta versión, fueron suficientes. Observamos a través de la herramienta, que el acceso a la información de interés fue más rápido y eficiente. De igual forma permitió realizar comparaciones y relaciones entre las diferentes entrevistas sobre los temas globales. A partir de estos hallazgos se realizó la triangulación de los mismos, con los conceptos revisados en la teoría y las percepciones individuales del grupo investigador.

Consideramos que la experiencia con Atlas ti fue exitosa porque ayuda a organizar los datos del trabajo de campo, brinda un acceso rápido a los mismo y permite la lectura de estos de forma simultánea, facilitando la tarea de realizar conexiones y relaciones entre los mismos.

El equipo de investigadores cree que una de las grandes tareas que se deben cumplir dentro de los trabajos cualitativos, es la construcción y planeación del esquema de trabajo. Un seguimiento estricto del mismo permite que el tiempo sea mejor distribuido y que se cumplan las metas a corto y largo plazo dentro del trabajo de investigación.

Para finalizar encontramos que muchos de los clichés comúnmente asociados a las investigaciones cualitativas, como son el uso de procesos no estructurados, baja planeación de las tareas a implementar dentro del estudio y una limitación a la mera representación de la información obtenida; Son conceptos bastante alejados de la realidad. Dentro del desarrollo del trabajo de investigación, nuestro hallazgo fue todo lo contrario y esto generó un cambio en la forma en la que percibimos y nos involucramos en las investigaciones cualitativas.

Capítulo 7 Estrategia de recolección de datos

Dentro de las herramientas generales para la realización de los trabajos de investigación cualitativos, podemos mencionar principalmente: Las entrevistas, los grupos focales y la observación en espacios culturales específicos (Bonilla, E. & Rodríguez, P.2005).

Las personas que participaron en la construcción “*Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”. Se consideran como un grupo heterogéneo, debido a que están compuesto por profesionales de diversa naturaleza. Entre los cuales predomina, aquellas profesiones fundamentadas en las ciencias de la salud, debido a la multiplicidad de horarios de estos profesionales y los diferentes lugares en los que realizan su labor diaria, el desarrollo de un grupo focal, sería de mayor complejidad. Razón por la cual el grupo investigador descarto esta herramienta para ser usada en la recolección de los datos.

En segundo lugar, debido a la naturaleza de la información que se deseaba obtener, no es posible el uso de la herramienta de observación. El objetivo del grupo investigador no es reconstruir una situación cotidiana o describir la dinámica de las relaciones de los participantes

en la construcción del plan territorial del distrito. Esta herramienta fue descartada para ser usada en la recolección de los datos.

Por la diversidad de los participantes en la elaboración del plan territorial de salud en materia profesional, las múltiples responsabilidades, horarios y disponibilidad. El grupo investigador consideró que el instrumento de recolección de datos apropiado sería la entrevista, en la medida que esta busca obtener información de aquellos individuos que pueden ofrecer datos representativos sobre un tema en específico, como se esperaría pasara con la muestra seleccionada.

El uso de la entrevista como instrumento, permitió al grupo investigador, tener la flexibilidad necesaria para ajustarse a los tiempos de las personas a entrevistas, evitar sesgos de los entrevistados por la presencia de otros participantes y una mayor flexibilidad en el momento de plantear los interrogantes por parte del grupo investigador.

La modalidad usada dentro del instrumento, fue la entrevista semiestructurada con guía. Esta permite establecer categorías fundamentales para abarcar la información que el grupo

investigador desea obtener, además admite la libertad al entrevistado de ofrecer respuestas más fluidas y flexibles.

Instrumento de recolección de la información:

Comentarios de Apertura: Buenas (Días-Tardes), nos gustaría comenzar agradeciendo su colaboración para la realización de la entrevista. Dentro de la misma vamos a tocar los temas de Atención Primaria, Medicina Familiar y Plan territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016. Vamos a Grabar la conversación, debido a que si lo hacemos por escrito, podría tardar más de 4 horas y no queremos abusar de su tiempo. Su opinión es muy importante para nuestro estudio que busca entender las percepciones que tiene los participantes en la construcción del plan Territorial de salud sobre el papel del médico familiar.

Duración 1 hora.

Tema 1: Roles de los Participantes

- ✓ ¿Quiénes participaron en la elaboración de este proyecto?

- ✓ ¿Cómo fue la convocatoria, para su participación?

- ✓ ¿Cuál fue su participación en la elaboración del Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016?

Tema 2: Percepción Sobre Medicina Familiar

- ✓ ¿Qué concepto tiene acerca de Medicina Familiar?

✓ ¿Conoce alguna función del Médico Familiar?

✓ ¿Si tomáramos en cuenta el plan territorial de salud, si un Médico Familiar estuviera participando en la ejecución, que funciones esperaría que desempeñara?

✓ ¿Qué opinión tiene usted acerca del papel que ha desempeñado el Médico Familiar en el país/ciudad?

✓ Cree usted que el médico familiar podría tener algún rol en la ejecución del plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016.

Tema 3: Experiencias con Medicina Familiar

✓ ¿Ha tenido experiencias con médicos familiares? En caso afirmativo; ¿cuéntenos en que ha consistido?

Tema 4: Discusión sobre Medicina Familiar durante Elaboración del Plan

Territorial.

✓ Durante el proceso de elaboración del plan territorial de salud ¿se contó con la participación de algún médico familiar?

✓ Al revisar el plan territorial de salud se encuentra orientación hacia la atención primaria y sus principios, esos son compartidos por la Medicina Familiar. ¿Al realizar el plan territorial se dio alguna discusión alrededor del papel del médico familiar?

✓ Al revisar el texto, nos llamó la atención que no hay un papel explícito para el médico familiar, cuáles cree usted que son las razones (que cree usted que influyo en eso) (¿Que factores considera usted que influyen en la usencia del Médico Familiar en las políticas de plan territorial de salud, del Distrito Capital?).

Comentarios Finales: Agradecemos nuevamente su tiempo y participación en nuestro trabajo de investigación. Una vez finalizada estaremos en enviándole una copia con los resultados obtenidos.

Criterios de validez del instrumento:

Se considera válido el instrumento de investigación, refleja coherencia con la hipótesis propuesta; a través de la herramienta se puede obtener información para dar respuesta al problema de investigación. De igual forma a medida que se desarrollan las entrevistas se pueden encontrar datos con tendencia a confluir en puntos comunes.

Criterios de selección:

Los criterios de selección incluyen a todas las personas que participaron en la elaboración del “*Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”. La muestra usada fue seleccionada a conveniencia.

Planeación de la obtención de la información:

Se requirió una presentación formal de la entrevista semiestructurada, que el equipo desarrollo con el tutor, al director del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, Dr. Mauricio Rodríguez. Una vez autorizada, se solicitó a la secretaría administrativa del postgrado, la impresión de las cartas de invitación para participar en el proyecto de investigación, dirigidas a las personas que se eligieron en la nuestra a conveniencia. Con estas cartas, el proceso a seguir fue la entrega y radicación de las mismas, en la oficina de correspondencia de las entidades distritales. El correo interno de la Secretaria De Salud Distrital/Alcaldía Mayor de Bogotá, envió la petición a los diferentes individuos seleccionados. A partir de este punto en adelante, se debió esperar por la respuesta de las diferentes dependencias, en donde laboran los sujetos susceptibles de ser entrevistados.

Se concertaron las citas en su mayoría, vía mail o telefónica. Todas Las citas tomaron lugar en las instalaciones de la Secretaria de Salud Distrital, en el horario y disponibilidad establecido por el entrevistado.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores, usando como guía, la herramienta previamente descrita. Se grabaron en su totalidad, previo consentimiento informado y conocimiento del entrevistado con el sistema *Panasonic modelo RR-US300*. Se programó aproximadamente una hora de entrevista, sin embargo la media de tiempo de las mismas, oscilo entre treinta a cuarenta y cinco minutos.

Plan de Análisis de datos:

Las entrevistas realizadas se transcribieron a Word, para el posterior análisis de las mismas, en la unidad hermenéutica del *software Atlasti*.

Se utilizaron cuatro categorías o temas que engloban los objetivos establecidos dentro de la malla de trabajo propuesta por el grupo investigador:

1. Roles de los participantes.
2. Percepción sobre Medicina Familiar.
3. Experiencias con Medicina Familiar.
4. Discusión sobre Medicina Familiar durante la elaboración del plan territorial de salud del distrito.

La información obtenida y categorizada los cuatro temas, se confrontó con los conceptos obtenidos sobre la especialidad de medicina familiar , durante los tres años de residencia, y la teoría escrita, para poder delinear la realidad que rodea al especialista en medicina familiar, en el contexto de las necesidades en salud que tiene el distrito capital.

Consideración sobre los posibles problemas y las soluciones:

Uno de los principales problemas observados durante la realización del trabajo de investigación, fue obtener las entrevistas con los funcionarios públicos. Esto debido a que la solicitudes enviadas a las diferentes dependencias de las Secretaria de Salud Distrital/Alcaldía

Mayor de Bogotá, dependían de terceros, una vez radicada la solicitud en la oficina de correspondencia.

Los canales de comunicación estaban sujetos a los procesos de correspondencia interna de la Secretaría Distrital de Salud, lo cual impedía hacer un seguimiento al estado de las peticiones de entrevista. Por otro lado no se obtuvo una respuesta formal de todos individuos a los que se les envió carta de invitación para participar en el proyecto de investigación, al grupo investigador le queda la inquietud de si a todos aquellos que se les envió la invitación realmente la recibieron.

Dentro de las soluciones planteadas para resolver esta duda, se resolvió radicar en múltiples ocasiones las solicitudes de entrevista, estrategia gracias a la cual se obtuvieron respuestas de los participantes.

También, los investigadores encontraron gran dificultad por parte de los entrevistados para cumplir con las citas concertadas previamente, en los horarios establecidos por ellos mismos. Sin embargo el grupo investigado, anticipó esta dificultad, por lo cual se solicitó el

tiempo suficiente en nuestras rotaciones, para poder asistir y esperar a las personas que deseábamos entrevistar.

Finalmente, la experiencia obtenida con este trabajo de investigación, va a aportar a los integrantes del grupo investigador al mejor desarrollo y pericia, de los trabajos de investigación en los que participaran en el futuro.

Capítulo 8 Descripción y Categorización

El presente trabajo de investigación busca conocer las percepciones que tiene las personas que ayudaron a construir el plan territorial: Bogotá Distrito capital 2012-2016; La idea se desarrolló alrededor de cuatro temas o categorías deductivas, las cuales reflejan el problema de investigación. Durante el uso del programa Atlas Ti, se obtuvieron categorías inductivas, debido a temas que fueron recurrentes, entre los entrevistados.

Las categorías deductivas e inductivas se pueden observar en el siguiente cuadro:

Categoría Deductiva	Categoría Inductiva	Sub – categorías Inductivas
Roles de los Participantes	Asesoría Filosófica	
	Asesoría en la integración de urgencias.	
Percepciones sobre Medicina Familiar	Salud Familiar y Comunitaria	Multidisciplinario (Medico, psicólogo, antropólogo, odontólogo etc.)
	Biopsicosocial	
	Articulador	Servicio continuo, pertinente y racional
	Desintegrado	Visión Médica limitada vs Enfoque Holístico.
		Herramientas no son exclusivas del Médico Familiar.

	Baja exposición	
	Costoso	
Experiencias con Medicina Familiar	Siendo Observador	Académicos
		Experiencias de Terceros
		Visita a modelos basados en Medicina Familiar
	Siendo Paciente	
	Siendo Colega (Laboral)	
Discusiones sobre Medicina Familiar	No hubo discusión	No participaron en la discusión del plan
		Número de Médicos Familiares es bajo.

Capítulo 9 Análisis e Interpretación de la Información

Roles de los participantes en la construcción del plan territorial de salud:

Pregunta Directriz: ¿Cuáles fueron los roles cumplidos por los participantes en la construcción del Plan territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016?

Las primeras preguntas del instrumento de entrevista fueron diseñadas para conocer cuál fue la participación de los entrevistados, durante la construcción del plan territorial de salud. Inicialmente se describió que cada uno de ellos, participo como representante de su dependencia. De las dependencias actualmente representadas en este trabajo de grado, se resalta la dirección de salud pública y el centro regulador de urgencias de la secretaria de salud distrital. Otras dependencias convocadas, así como la Alcaldía mayor de Bogotá, no brindaron respuesta a la convocatoria.

Dentro de las personas que aceptaron la invitación a participar en el trabajo de investigación, se encontró que fue un grupo homogéneo, constituido por profesionales de la salud. Los papeles que desarrollaron fueron a la luz de una visión preventiva, cuyos aportes eran específicos del área que representaron durante la elaboración del plan territorial.

Para empezar se encontró una convergencia de información, que señaló a la dependencia de salud pública, como la responsable de generar la orientación filosófica del plan territorial de salud. Esto es congruente con las políticas nacionales establecidas, tanto en el plan decenal de salud pública como la ley 1438 del 2011, debido a que la meta del gobierno distrital actual, es pasar de un concepto de cuidado de la enfermedad a uno de autocuidado de la salud.

“...cambiar el modelo de atención en salud en un enfoque más preventivo y curativo eso hace que la secretaria tenga que sufrir un ajuste en el proceso de planeación [...] en donde más impacto se siente es en la Dirección de salud pública por que la Dirección de salud pública es la que orienta, lidera bandera...” (Ent 3.8 6:6)

En las entrevistas se rebeló que los roles interpretados por los actores fueron en calidad de asesores. Resaltando principalmente dos tipos de asesorías, la primera con la meta de guiar de forma ideológica y metodológica el desarrollo de los objetivos del plan territorial:

“... fue de direccionamiento del objetivo filosófico del plan de los objetivos estratégicos de la discusión de la plataforma programática y de aporte a la definición a las metas estratégicas, los objetivos estratégicos.” (Ent 1.14 17:17)

La anterior cita fue tomada de la entrevista realizada a uno de los integrantes de la dependencia de salud pública y se respalda con lo descrito por *López Giraldo* en el documento *Políticas Publicas en salud: aproximación a un análisis*, pág. 80, al referirse a la labor de los actores decisores, la cual debe tener un enfoque salubrista, de lo contrario, las políticas en salud estarían alejadas de la realidades locales, donde se configuran las necesidades en salud.

La segunda forma de asesoría identificada, realizo un aporte desde el contexto de su dependencia y se involucró en la construcción del plan territorial de salud, con el objetivo de establecer un protocolo de enlace con la dependencia responsable de la orientación ideológica.

Como se puede apreciar en la siguiente cita tomada de una entrevista realizada a un integrante de la dirección del centro regulador de urgencias/emergencias del distrito.

“...cuando nosotros vemos que el incidente va a prolongarse en el tiempo tenemos la obligación inmediata de activar la dirección de salud pública, [...] por eso tenemos que poner a trabajar articulados en ese proceso de planeación, ese proceso de participación de construcción fue inter-direcciones fue participación activa...” (Ent 3.10 12:12)

El grupo investigador pudo deducir que los dos tipos de asesoría se diferenciaron en aquellos con funciones de liderazgo, y aquellos con funciones delimitadas a la dirección que representaron.

Por último se identificó que la convocatoria que se realiza para la elaboración del plan territorial de salud distrital, está a cargo de la Dirección de planeación y sistemas:

“...la Dirección de planeación y sistemas, ellos ubican un grupo que están encargados de todo el tema de política; hicieron convocatoria a académicos, a hospitales, a funciones de la secretaria y a otros actores que identifican como clave, como actores sociales en la política...” (Ent 1.1 14:14).

De la dirección en mención, no se obtuvo respuesta a la convocatoria realizada por el grupo investigador.

Percepciones de los participantes en la construcción del plan territorial de salud sobre Medicina Familiar:

¿Las personas que participaron en la elaboración del Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016, tienen algún concepto sobre la medicina familiar?

Salud Familiar y comunitaria: la salud dentro de un contexto social:

Para el grupo investigador el componente social es prioritario para mejorar la atención en salud, basándose en la estrategia de atención primaria, esto se refleja claramente en el lineamiento político distrital observado en el “*Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”. Cuya misión reza:

“Asegurar el goce efectivo del Derecho fundamental a la salud de la población de Bogotá, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en Atención Primaria, la Gestión Social Integral y las redes integradas de servicios, el fortalecimiento de las red pública hospitalaria, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.”

Como es de esperar los participantes en la construcción “*Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, esta alineados con lo que escribieron en el texto. Sin embargo a pesar de la clara influencia de los elementos de la atención primaria en las políticas

nacionales y distritales, se encontró que los participantes en la elaboración del plan territorial desconocen el rol y las posibles funciones que puede desempeñar un médico familiar desde su orientación biopsicosocial:

“...Nosotros abordamos una perspectiva de salud familiar y comunitaria que para nosotros es un concepto más abarcante y más integral porque cuando tú hablas de la lógica de la medicina familiar estás hablando de una sola disciplina que es la disciplina médica y nosotros tenemos un concepto que es interdisciplinario muy permeado por las ciencias sociales también para que con las ciencias de la salud, las ciencias ambientales, las ciencias sociales, las ciencias económicas, administrativas se construya esa perspectiva de modelo de atención integral que aborde de manera mucho más compleja la situación de salud en los territorios...” (Ent 1.1 20:20).

Por la necesidad de generar un impacto dentro del contexto social de una población, que aporte a la resolución de problemáticas en salud, algunos de los entrevistados perciben que quienes cuentan con mayores habilidades para esto, son otras áreas del conocimiento, como las ciencias sociales, las ciencias humanas entre otras; relegando la ciencia médica, a cumplir con un papel estrictamente biológico y clínico.

“...poder hacer un abordaje integrado de la familia no necesariamente pasa porque una persona esté formada en salud familiar o esté formada en medicina familiar pasa por que se halló un ejercicio de comprensión del contexto de la vida cotidiana de estas poblaciones en el contexto familiar si y quienes más nos aportan en el abordaje familiar no son los profesionales de la medicina familiar son los sociólogos, antropólogos, son los politólogos, son los psicólogos por que el tema de lo familiar está determinado sobre todo por una producción social...” (Ent 1.25 38:38)

El Médico Familiar Desintegrado:

El grupo investigador observó que algunos de los entrevistados, no identifican las habilidades del médico familiar para abordar integralmente a las familias:

“...hay elementos que por la misma entrada disciplinar el medico no puede resolver por ejemplo los conflictos sociales de una familia...” (Ent 1.1 24:24).

“...no es un tema de protagonismo profesional sino es que primero se amplió el espectro del trabajo de salud a más de los escenarios de contextos de la vida cotidiana de las personas y en ese contexto [...] tener la capacidad de construir una comprensión de ese contexto y sobre esa medida aportar digamos al proceso de salud de los colectivos si es desde allí donde yo lo veo...” (Ent. 1.1.29:29)

“...lo que busca la salud familiar es digamos como atraer diferentes profesionales al trabajo de la familia no solo médicos” (Ent 5,18 8:8)

No obstante, dentro de los principios fundamentales que se describen para la Medicina Familiar, Rodríguez recuerda que uno de ellos es la habilidad para comprender el contexto en el que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad de un individuo (Rodríguez, M. 2012). Llama la atención que algunos de los entrevistados parecieran no percibir esa característica en la Medicina Familiar.

Como grupo investigador lo anteriormente descrito, se interpretó como una percepción de desintegración alrededor de las habilidades del médico familiar. Una de las posibles

explicaciones se debe a que los entrevistados usan de forma indiferente los términos de Salud Familiar y Medicina Familiar, generando una confusión de conceptos y por ende el desconocimiento del papel que desempeña el especialista en Medicina Familiar en su ámbito de trabajo.

Esto no solo se observa a nivel nacional, en otros países latinoamericanos donde existe la especialización en Medicina Familiar se pone de manifiesto este desconocimiento, ejemplo de esto se puede encontrar en la experiencia que se ha vivido en Venezuela, donde al Médico Familiar se le ha criticado por su poca participación comunitaria, a pesar de contar con postgrados de la especialidad que desarrollan rotaciones en el contexto del trabajo comunitario (*Ledesma, F. & Flores, O. 2008*).

Médico Familiar: Biopsicosocial

Algunos de los entrevistados brindaron un perfil del médico familiar, el cual es similar al perfil profesional con el cual egresa el especialista de la Universidad El Bosque.

“...soy una convencida de que el médico familiar es el articulador, es el pilar del proceso salud-enfermedad de una familia y que es el que definitivamente puede detectar en forma temprana algunas alteraciones en salud que ni la misma familia de pronto las ha captado..” (Ent 2,5 15:15)

“...es una persona articuladora de este proceso de salud en las familias.” (Ent 2,21 15:15).

“...importante dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, porque el médico familiar como te comentaba no solamente va a tener una óptica de lo biológico, sino también puede tener a nivel de lo administrativo, lo técnico y lo financiero, y esa visión que va a tener a la vez que va a articular lo que necesita cada uno de los integrantes de una familia y hacer una atención no solamente individual sino poderla llevar a nivel de un colectivo...” (Ent 4,4 26:26)

Muchas de las descripciones o adjetivos que se usaron para puntualizar al médico Familiar, hacen referencia a los principios de la medicina familiar, lo cuales están contenidos dentro de los elementos de la Atención Primaria en salud. Entre los más sobresalientes se resalta la capacidad de brindar una atención pertinente y racional debido a que está preparado para brindar un servicio continuo, integral, en el que uno de sus objetivos es el cuidado de la familia.

“...a la familia se le facilita más el acceso a los servicios de salud con el médico, ¿porque?, porque llega a tener cierta familiaridad el médico en esa familia, que ante cualquier indicio de cualquier enfermedad de pronto la consulta es más temprana, hay una mejora en el acceso a los servicios de salud, hay continuidad en los servicios de atención [...] hay una mejoría en su continuidad y de pronto hay una mejoría en la integralidad el servicio...” (Ent 2,25 19:19).

“..Sí, el médico familiar, la normatividad actual sugiere que se haga una atención primaria en salud y a la vez que tenga un enfoque familiar y desde ahí puede ser uno de los primeros pilares, la puerta de entrada a cada uno de los servicios y ser resolutivo...” (Ent 4,12 24:24)

Igualmente se admitió que la visión del médico familiar abarca aún más las necesidades en salud de un individuo, debido a su enfoque por riesgos y a su visión integral.

“...la medicina familiar es una medicina que no solamente se basa en lo biológico, sino también va más allá en la parte psicológica, social y ambiental, y tiene un impacto más grande para lo que se quiere de la atención primaria en salud, pues considero que es lo ideal porque no solamente los problemas se abordan desde lo biológico sino también hay que abordar otros campos.” (Ent 4,2 16:16)

“...El médico familiar tiene un enfoque mucho más integral que lo que puede tener el especialista de determinada A, B o C, el médico familiar permite compenetrarse mucho más con la morbilidad familiar de determinado agente y puede orientar en los procesos preventivos o de asistencia o plan comunidad...” (Ent 3,16 25:25).

Finalmente, en el grupo de entrevistados, el equipo investigador observó una división de conceptos sobre Medicina Familiar. En el constituido por los asesores filosóficos, se encontró que tenían menor claridad sobre la especialidad. Visión que se vio reflejada en el documento del

plan territorial de salud, a pesar de que aquellos que participaron como asesores con funciones limitadas a sus dependencias, si tenían un concepto estructurado sobre Medicina Familiar.

Exposición de Medicina Familiar en el sector público:

Una de las percepciones observadas entre los entrevistados es la baja exposición que ha tenido el médico familiar y consideran que su participación en el sector público no se ha dado.

“...considero que aún no se le ha dado la relevancia y de pronto los mismos médicos familiares no han tenido la visión ni la óptica de las bondades que tiene el ser médico familiar...” (Ent 4,14 26:26).

Lo que podría exhibir otra razón por la cual se desconoce de las habilidades que brinda el Médico Familiar a la atención de la familia y su comunidad.

Uno de los entrevistados, expuso el factor económico como un determinante en la restricción de la contratación de médicos familiares para realizar las actividades de atención primaria.

“... la primera yo no los llamaría factores sino procesos, lo primero es que digamos hay una distancia gigante entre las especialidades médicas y el trabajo en APS...” (Ent 5,16 8:8)

“...un especialista puede estar costando 8 o 10 millones mensuales que es uno o dos médicos, los especialistas digamos están más cercanos a la atención especializada en con instituciones desinstitucionalizarlos, llevarlos a extramuros es bastante difícil.” (Ent 5,19 9:9).

El factor económico es uno de los determinantes para la no contratación de un especialista, incluyendo al especialista en Medicina Familiar. Esto es entendible desde el marco

de la contratación de servicios de atención primaria por parte de instituciones de primer nivel que no tienen bajo su responsabilidad directa el costo de las complicaciones de los pacientes inadecuadamente gestionados en su riesgo.

Sin embargo para el sistema de manera global existen evidencias de que la participación de un médico de familia logra a expensa de un incremento inicial de los costos de atención, un ahorro significativo en términos de disminución de complicaciones y necesidad de rehabilitación. Como lo explico *Starfield* en el congreso de la WONCA de 2010, citando a *Philips et al.*

“Un estudio nacional representativo mostro que adultos y niños, con un médico familiar (más que con un internista, pediatra o un subespecialista) como fuente primordial de cuidado, tenían un costo anual más bajo, menos vistas y un 25% menos prescripciones; además de reportar menos dificultad en el acceso a la atención. Incluso después de controlar variables demográficas y desarrollar un case – mix, la mitad del exceso está dado por hospitalizaciones y gasto de urgencias, un tercio por medicamentos y solo un quinto por los pagos al médico”.

Experiencias de los participantes en la construcción del plan territorial de salud con Medicina Familiar:

¿Los participantes en la elaboración del plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016 han tenido experiencias con la medicina familiar?

El grupo investigador desarrolla la pregunta directriz enfocada a cualquier tipo de experiencia relacionada con medicina familiar, que haya influenciado la percepción personal que se tiene sobre la especialidad.

Se encontraron tres tipos principales de experiencias con la Medicina Familiar; aquellos que tuvieron un contacto académico, aquellos que tuvieron un contacto laboral con la especialidad y otro en calidad de paciente.

Las experiencias recogidas dentro del grupo de entrevistados, fueron satisfactorias, haciendo referencia al papel integral del médico familiar.

Experiencia como paciente:

Se observó una actitud positiva frente al contacto con un médico familiar. Describiendo satisfacción con la experiencia.

“...con el médico familiar Sí, cada vez que voy a la EPS, a mi consulta tanto a mí como mi familia, me atiende es el médico familiar, y el médico familiar no solamente me atiende a mi independientemente sino que ve al núcleo familiar...” (4,16 30:30).

“...usted podría describir esta experiencia como ¿buena, mala, satisfactoria, aceptable? Responde Dr...Como excelente y buenísima.” (Ent 4.18 32:32)

Experiencias como observador:

Se describieron algunos ejemplos del modelo de atención primaria y medicina familiar, como el que se brinda en algunas empresas del país, se destaca la participación de la especialidad en empresas promotoras de salud y el modelo de atención en una ciudad del país; Así como experiencias internacionales.

“...conocido personas del grupo de Cali, familias que han estado dentro del modelo de medicina familiar, también tuve oportunidad en un viaje que hicimos de conocer todo el modelo cubano...” (Ent 2,7 17:17).

“...si he tenido contacto con los temas de medicina familiar y el modelo de medicina familiar, por ejemplo en Ecopetrol hace unos años, no sé si en este momento lo tengan [...] en este momento puede que no tengan el modelo como medicina familiar, pero si hay médico articulador de las personas que se inscriben con ese médico, ósea, es como un modelo parecido....” (Ent 2,20 15:15)

“...Sí claro, he visto que ya están incluidos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y generalmente la mayoría de las empresas promotoras de salud hacen su atención con el médico familiar...” (Ent 4,11 18:18).

Experiencia Laboral:

Por último se encontró que uno de los entrevistados valora la intervención del médico familiar en los servicios de urgencias. Haciendo énfasis en el componente de integralidad de la atención y especialmente en la prevención.

“...he trabajado con médicos familiares en papeles muy integrales entonces [...] son los referentes que uno tiene que son médicos familiares y que ellos le han dado cambio a la dinámica de los servicios de urgencias porque no solo es el papel trabajar en este sentido pero sino ver el papel del médico familiar integrado a las urgencias y como eso va trabajándose más preventivamente...” (Ent 3,21 20:20).

A pesar de que los participantes en las entrevistas comentan haber tenido experiencias con medicina familiar desde tres ópticas diferentes con respuestas positivas frente al contacto, esto no trascendió al plan territorial de salud del distrito. El fenómeno podría correlacionarse con el hecho de que las experiencias previamente descritas, se recogieron en su mayoría del grupo de asesores que participaron específicamente representado a su dependencia.

Discusiones sobre Medicina Familiar durante la elaboración del Plan Territorial de salud distrital:

¿En la elaboración del plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016, se tuvo en cuenta la medicina familiar?

Dentro de la investigación, se observó que la participación del médico familiar como actor en este tipo de planes está limitado por múltiples factores, dentro de estos se destacó un déficit de especialistas con capacidad de realizar intervenciones en campo social y comunitario.

“...los médicos familiares como te digo, faltan, no son muchos, se necesitan más y para que se hagan evidentes y su acción sea más evidente, considero que hasta el momento los que hay, de pronto no se ha divulgado y tampoco ellos no se han hecho ver dentro del Sistema...” (Ent 4,20 36:36)

“...puede ser bien una cosa no hay tantos médicos familiares en el país.” (Ent 3,7 28:28)

“...hay muy pocos médicos formados aquí en Colombia y la mayoría están en Bogotá...” (Ent 5.7 9:9)

No se encontró una participación explícita y directa del médico familiar dentro de la elaboración del *“Plan Territorial de Salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016”*. Se corrobora la percepción a priori del grupo investigador con las respuestas dadas por las personas que

participaron de la entrevista, quienes argumentaron que desconocen o presumen que no hubo una participación directa.

“... ¿usted sabe si se generó algún debate o se generó alguna discusión en el papel que podría desarrollar el médico familiar en el plan de ordenamiento territorial? Responde Dra.... no como tal no.” (Ent 1,24 35:36).

“...así como explicito que yo me acuerde no...” (Ent 3,6 26:26)

“...falta la presencia de un grupo de medicina familiar [...] que orientara...” (Ent 2,12 23:23)

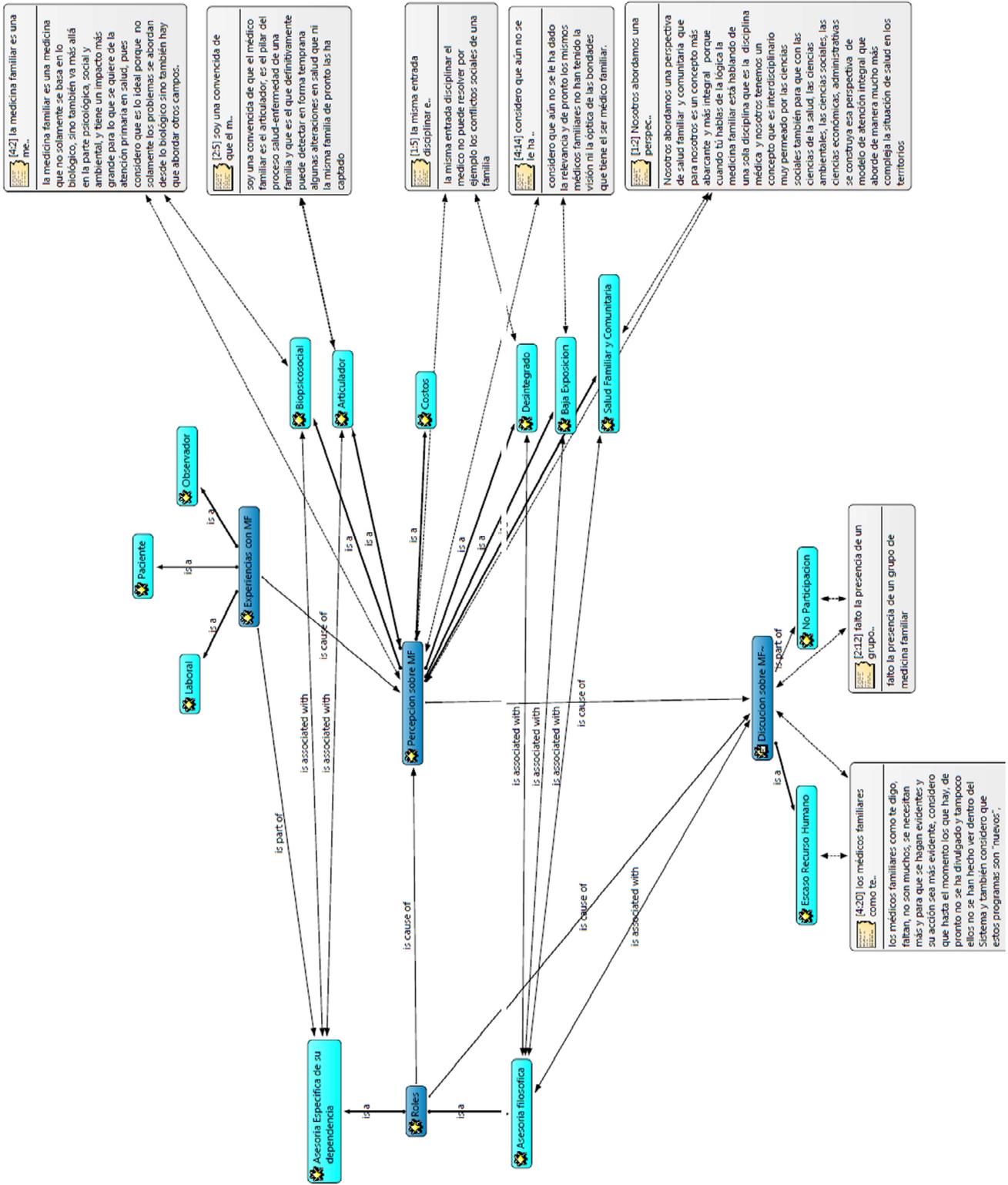
“... en la medida que no haya presencia, pienso yo, me puedo estar equivocando, pero si no hay presencia de quienes quieran defender su posición [...] la posición no va a aparecer...” (Ent 2,13 23:23)

“...en ese momento tienen que estar presente los actores que quieren que involucren dentro del Plan su área, y muy seguramente si hubiera habido un grupo muy fortalecido, no sé si estuviera un médico familiar, no sé si de parte de la academia hubiera alguien que arrastrara o que jalonará el proceso, si hubiera estado muy seguramente hubieran aparecido...” (Ent 2,30 23:23)

“...si tiene que haber quien jalone el proceso en las construcciones cuando se reúnen un poco de actores con intereses diferentes.” (Ent 2,33 23:23)

El grupo de investigación encontró que el número limitado de especialistas en medicina familiar influye en su no participación durante la construcción de políticas públicas en salud. A razón de su ausencia, la construcción de la estrategia de atención primaria que propone el gobierno distrital, usando el recurso del Médico Familiar, no fue discutida.

El siguiente mapa conceptual, resume las relaciones más significativas sobre las categorías deductivas desarrolladas en las entrevistas realizadas:



Capítulo 10 Conclusiones

El grupo investigador propone las siguientes respuestas para las preguntas directrices planteadas.

¿Cuáles fueron los roles cumplidos por los participantes en la construcción del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”?

Se observaron dos tipos de roles, aquellos que tuvieron un papel de liderazgo, estableciendo los lineamientos filosóficos y metodológicos del plan territorial de salud. El segundo rol se corresponde, con quienes realizaron un papel más delimitado a la dirección que representaban específicamente en el momento de la elaboración del plan.

¿Las personas que participaron en la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, tienen algún concepto sobre la medicina familiar?

Se destacaron dos grupos de percepciones. La primera que reconoce al médico familiar en su componente biológico exclusivo y no lo identifica como un profesional integrador con capacidad de abordar aspectos sociales de la atención. El segundo grupo reconoce al especialista de medicina familiar como un profesional que enfoca desde la perspectiva biopsicosocial.

La primera percepción, predominó en los asesores con funciones de liderazgo durante la elaboración del plan territorial de salud y podría ser una razón por la cual el médico familiar no es tenido en cuenta para la construcción y ejecución de estas políticas públicas a nivel distrital. Adicionalmente se evidenció dentro de algunos de los entrevistados cierto grado de confusión entre los conceptos de Salud Familiar y Medicina Familiar como especialidades y el rol que pueden jugar dentro de un Modelo de Salud Familiar. Factor que pudo contribuir a las percepciones descritas.

Otra percepción encontrada, se refiere acerca de la baja exposición del médico familiar en espacios de política pública. Esto también es un factor que pudo haber influido en que este especialista no haya sido tomado en cuenta para participar en la construcción y ejecución del plan territorial de salud.

La labor del Médico Familiar y su impacto en los servicios de atención primaria desde una perspectiva económica dentro de las entrevistas, no es reconocida como una inversión.

Es responsabilidad de los especialistas en Medicina Familiar y el talento humano en formación, resaltar la costo efectividad que se obtiene a través del ejercicio de la especialidad desde la puerta de entrada del sistema. Es importante cambiar la percepción de que un especialista en la puerta de entrada es un gasto.

El Médico Familiar hace parte de la estrategia de Atención Primaria y de un equipo de trabajo, tiene la capacidad de aportar no solo desde la perspectiva biológica, sino también desde la perspectiva social, administrativa y económica. Aunque esto es reconocido por parte de los entrevistados en su momento, no fue suficiente para ser incluir al médico familiar como un recurso humano valioso para la implementación de la atención primaria en salud dentro del Plan territorial de salud del Distrito Capital.

¿Los participantes en la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*” han tenido experiencias con la medicina familiar?

Los participantes en la elaboración del plan territorial de salud tuvieron experiencias con medicina familiar, estas fueron descritas como positivas, sin embargo esto no parece haber trascendido en las discusiones que se llevaron a cabo durante la elaboración del plan territorial de salud del distrito.

¿En la elaboración del “*Plan territorial de salud: Bogotá Distrito Capital 2012-2016*”, se tuvo en cuenta la medicina familiar?

No se presentó ninguna discusión sobre el papel del médico familiar. Los factores que influyeron sobre esta situación, incluyen el bajo número de recurso humano formado como especialista y la ausencia de participación de estos especialistas en las discusiones políticas que se dan al interior de las instituciones públicas del distrito.

Referencias

1. Amaya, J. Beltran, A. Chavarro, D. Romero, G. Matallana, M. Puerto, S. Ruiz, F. & Vasquez, M. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución, de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Enero 20, 2014, de Ministerio de Salud y Protección Social Sitio web: <http://www.minsalud.gov.co>
2. Arias J, Paredes N, Santos A & Duarte J. (2012). *Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones..* Bogota: ACEMI.
3. Congreso De La Republica. (2007, Enero 9). Ley 1122. *Diario Oficial* 46.506, pp.12-18.
4. Congreso De La Republica. (2011, Enero 19). Ley 1438. *Diario Oficial* 47.957, pp.2-9.
5. Congreso De La Republica. (1993, Diciembre 23). Ley 100. *Diario Oficial* 41.148, pp.15-20.
6. Constitución política de Colombia. 1991. *Título XII. De la reforma de la constitución. Capítulo Artículo 41.*
7. Congreso de la Republica. (2007, 10 Agosto). Decreto 3039. *Diario Oficial* 46.716.
8. Gómez, A.Eslava,J.&Camacho,S. (2012). *Marco legal de la promoción y prevención en Colombia*. En *Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia* (pp.63-66). Bogotá D.C.: Kimpress Ltda.
9. González, I. . (2000). Reflexiones Acerca de la Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 508-512.

10. Jang, C .De Maseseneer, J. Marcuns, J. Kidd, M. & Chan, M. (2013). *Meeting people health needs*. . En *The contribution of Family Medicine to improving Health systems* (p.5). London: World Organization of Family Doctors .WONCA.
11. Mayorga, F. Pecha, P. Florián, C. & Flórez, J. (2011). *La administración de Bogotá desde la dictadura de Rojas Pinilla a la elección popular de alcaldes*. En *Historia Institucional de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C* (pp-150-178). Bogotá D.C.: Universidad El Rosario.
12. Melgarejo L. (1994). *Sobre el Concepto de Percepción*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 4, pp.47-53.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan decenal de Salud Publica 2012-2021 “La salud en Colombia la construyes tu”*: Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
14. Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud* (pp.43-45). Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas: Organización Mundial de la Salud.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Construcción de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud*. En *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (p.12). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
16. Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016 “Bogotá Humana”. Bogotá D.C., Marzo 15 de 2012.
17. Ramírez A.et al. (2012). Desarrollo, crisis y soluciones. En *Dos Décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud* (p.62). Bogotá D.C: Digiprinteditores Eu.
18. Real Academia Española de la Lengua. (2001). *Definición de Rol*. Enero 5, 2014, de Real Academia Española de la Lengua Sitio web: www.rae.es

19. Real Academia Española de la Lengua. (2001). *Definición de Rol*. Enero 5, 2014, de Real Academia Española de la Lengua Sitio web: www.rae.es
20. Real Academia Española de la Lengua. (2001). *Definición elemento*. 2014, de Real academia española de la Lengua Sitio web: <http://www.rae.es/>.
21. Reyes, G. (1995). *El abecé de la pragmática*. Madrid (España): Arco Libros.
22. Rodríguez, M. (2009). *Programa Académico Especialización en Medicina Familiar*. Enero 5,2014, de Universidad el Bosque Sitio web: http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/especializaciones_medicina/medicina_familiar.
23. Rodríguez, M. Bonivento, V. & Villadiego, M. (2012). *Análisis de los espacios laborales del médico familiar egresado de la Universidad El Bosque dentro del sistema general de seguridad social en salud y la concordancia con el perfil laboral y profesional que desea formar la universidad*. En El programa de Formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque (pp.127-128). Bogotá D.C.: Scripto Ltda.
24. Rodríguez, M. Bonivento, V. & Villadiego, M. (2012). Contexto en el que se propuso y aprobó la creación del programa de medicina familiar en la Universidad El Bosque. En *El programa de Formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque* (pp.17-18). Bogotá D.C.: Scripto Ltda.
25. Secretaria de Planeación Distrital. (2013). *Reloj Poblacional*. Enero 21, 2014, de Secretaria de Planeación Distrital Sitio web: www.sdp.gov.co.
26. Secretaria distrital de planeación. (2012). *Plan de desarrollo 2012-2016*. Diciembre 5 de 2013, de Secretaria de Planeación Distrital Sitio web: <http://www.sdp.gov.co>.

27. Secretaria distrital de planeación. (2012). *Plan de desarrollo 2012-2016. Diciembre 5 de 2013, de Secretaria de Planeación Distrital* Sitio web: <http://www.sdp.gov.co>
28. Starfield, B.& kinder K.. (2010). *Primary Care/Specialty Care in the Era of Multimorbidity*. En 2010 ACG International User Conference (pp.2-28). Tucson, Arizona: WONCA.
29. Starfield, F. (2010). *Primary Care/Specialty Care in the Era of Multimorbidity, [Diapositivas de PowerPoint]*. Recuperado de http://www.acg.jhsph.edu/acgdocuments/Monday_Salon_Starfield_Kinder_OneSystem.pdf.
30. Universidad del Valle: Escuela de Medicina. (2007). *Perfil del Médico Familiar*. Febrero 9, 2014. Universidad del Valle Sitio web: <http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/>.