

Salutogénesis teoría y praxis

Salutogénesis theory and praxis

Adriana Litz Arango Córdoba¹, José Fernando Tovar Valle², Lilliana Villa Vélez³, Sara Espinal Arango⁴, Jaime Alberto Rodríguez Espinosa⁵

1. Médica pediatra CES. Profesora titular Universidad de Antioquia. CIDEPRO.
2. Médico, Especialista en Epidemiología y Magíster en Estudios Políticos e Internacionales. Profesor Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington.
3. Médica, magíster y doctora en salud pública. Profesora Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington y Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
4. Politóloga y magíster en Innovación Social para el Desarrollo Sostenible Profesora de Ciencias Jurídicas y Políticas de Uniremington. Grupo de investigación GISOR.
5. Médico Familiar Universidad del Valle. Profesor Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington.

Correspondencia:

Arango-Córdoba Adriana Litz:
sasarango2016@gmail.com

Cómo citar: Adriana Litz Arango Córdoba, José Fernando Tovar Valle, Lilliana Villa Vélez, Sara Espinal Arango, Jaime Alberto Rodríguez Espinosa (2024). Salutogénesis teoría y praxis [Salutogénesis theory and praxis]. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín) 20 (1): 72-84.

<https://doi.org/10.56684/ammd/2024.1.08>.

Resumen

La generación de salud —Salutogénesis— entiende la salud como: “la habilidad de las personas o las comunidades para adaptarse y manejar los desafíos físicos, mentales o sociales que se presenten en la vida”.

Por más de diez años en Colombia se han realizado proyectos con enfoque salutogénico. El proceso inició con reflexiones y teorías que conformaron los primeros modelos, implementados y evaluados en organizaciones, comunidades y sector de la salud de baja y alta complejidad. Las experiencias demuestran que es factible generar salud y bienestar creando capacidades que permitan a las personas y comunidades enfrentar los desafíos biológicos, psicosociales y culturales, entre otros, tan cotidianos en el país y sus regiones.

Este artículo corresponde a un ejercicio de apropiación social de conocimiento que pretende divulgar resultados parciales del proyecto titulado “Modelo de atención integral para pacientes con pluripatología en la Clínica Central Fundadores —Promedan—, en Medellín-Colombia, con énfasis en la gestión (clínica, salutogénica y de riesgo) entre 2021 y 2024: diseño, implementación y evaluación”.

Palabras clave: Enfermedad; bienestar; modelo; salud; salutogénesis.

Abstract

Health generation, known as Salutogenesis, understands health as “the ability of individuals or communities to adapt and manage the physical, mental, or social challenges that arise in life.” For over 10 years, salutogenic-focused projects have been carried out in Colombia. The process began with reflections and theories that shaped the initial models, implemented and evaluated in organizations, communities, and the healthcare sector, ranging from low to high complexity. Experiences demonstrate that it is feasible to generate health and well-being by creating capacities that enable individuals and communities to face biological, psychosocial, and cultural challenges, among others, common in the country and its regions. This article represents an exercise in social appropriation of knowledge aiming to disseminate partial results of the project titled “Comprehensive Care Model for Patients with Multimorbidity at Central Fundadores Clinic—Promedan—, in Medellín-Colombia, with emphasis on management (clinical, salutogenic, and risk) between 2021 and 2024: Design, Implementation, and Evaluation”.

Key words: Disease; wellbeing; model; health; salutogenesis.

Introducción

“Nunca asumas que lo que es obvio es cierto”.

William Safire

Para las personas y en especial para el llamado personal de salud, la vida, la salud y el bienestar deberían ser conceptos elementales. A partir del enunciado de William Safire “Nunca asumas que lo que es obvio es cierto”, la realidad es que, en la actualidad, definir estos conceptos sigue siendo confuso y complejo, y más aún entender cómo lograr alcanzarlos.

Son varias las orientaciones que a lo largo de la historia se le han dado a la salud. Los más antiguos

conceptos son los negativistas en los que se puede entender la salud como la ausencia de afecciones o enfermedades, estudia la patogénesis sin evidenciar cómo se genera la salud (salutogénesis) y sus indicadores vigentes en la actualidad son la disminución y/o erradicación de las enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como máximo organismo internacional en esta materia, establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social” (1); esta definición es relevante por su institucionalidad y porque supone el direccionamiento estratégico y el cumplimiento de las competencias de esta organización. Sin embargo, lograr este estado de completo bienestar físico, mental y social, hace que sea imposible alcanzar la salud; es decir, pasa de un concepto negativo a uno idealista. El requisito de una salud completa “nos dejaría a la mayoría de nosotros enfermos la mayor parte del tiempo y condenados a la medicalización” (2).

En 1960 el científico Aaron Antonovsky (EE.UU., New York 1923), viaja a Israel y en sus estudios sobre sociología médica, con mujeres supervivientes de los campos de concentración, observó que hasta el 29% de las antiguas prisioneras consideraban que, a pesar de sus experiencias traumáticas, su salud mental era relativamente buena y tenían una vida placentera (3).

El modelo y teoría ideados por Antonovsky hace énfasis en que el individuo encuentre el origen de la salud y el bienestar en sí mismo. La salud es una compleja interacción de diferentes factores, un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. El estado de equilibrio que buscan las teorías clásicas del dualismo salud/enfermedad, quedan cortas ante el caos y el estrés que forman parte de las condiciones naturales de la vida. Es un reto constante que obliga a que la salud debe ser “re-creada” de manera constante. Estos hallazgos ayudan a entender cómo se puede apoyar a las personas a avanzar hacia una mejor salud.

Antonovsky desarrolló dos conceptos esenciales para el estudio de la salud: los Recursos Generales de Resistencia (RGR) y el Sentido de Coherencia (SC). Los RGR son los recursos personales,

interpersonales o contextuales (dinero, conocimiento, experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y visión de la vida), a los que pueden recurrir los individuos en casos de necesidad y que las personas tienen para la adaptación al cambio. Sin embargo, más allá de poseer los recursos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, lo que Antonovsky llamó SC; es decir, “el grado de confianza generalizada que una persona tiene y que le permite enfrentar los retos y desafíos para generar salud y bienestar” (4).

La Salutogénesis no es un modelo sustituto del modelo patogénico sino un complemento en el que se señala la atención que los profesionales de la salud deben prestar a las facetas descuidadas del patogénico (5). Acorde con estos y muchos otros avances en el concepto de salud y sobre cómo generarla (salutogénesis), Machteld Huber y sus colegas, establecieron un consenso y proponen cambiar el énfasis hacia la capacidad de adaptación y autogestión frente a los desafíos sociales, físicos y emocionales. “Salud es la habilidad de las personas o las comunidades para adaptarse y manejar los desafíos físicos, mentales o sociales que se presenten en la vida” (6).

Las diferencias que plantea este enfoque salutogénico se basan en desarrollar capacidades y no solo entender la salud como un estado; se centran en los individuos en relación con el contexto y se desarrolla en un continuo de la vida y del proceso salud-enfermedad.

Para la construcción de modelos salutogénicos que se adapten a las personas y comunidades, se deben tener en cuenta las instituciones, sistemas y organizaciones que tienen responsabilidad con la generación y disponibilidad de recursos o activos en salud. Esto hace que se amplíen los actores y por ende obliga a establecer procesos de gobernanza, acorde con las situaciones que a diario se presentan y la prospectiva que debemos esperar a corto y mediano plazo.

En tal sentido los modelos estructurados de manera rígida en forma de pirámides seccionan y obstaculizan el flujo de las capacidades o habilidades que las

personas desarrollan para tener salud y bienestar hasta el fin de sus vidas. Es decir que los nuevos modelos se construyen centrados en la persona, de manera sistémica e intersectorial y con resultados basados en la percepción y situación de salud, en la disponibilidad de activos y recursos y en el sentido de coherencia en esta búsqueda de la salud.

Coherente con lo anterior, en Colombia se inició desde el 2012 la construcción de modelos salutogénicos que permiten un continuo entre la teoría y la praxis; el recuento de estas experiencias son el objetivo primordial de este artículo, de forma que sirvan como ejemplos y puedan ser adaptadas y mejoradas en los diferentes contextos y las personas que lo implementen.

Este artículo hace énfasis en la propuesta de investigación titulada “Modelo de atención integral para pacientes con pluripatología en la Clínica Central Fundadores —Promedan—, en Medellín-Colombia, con énfasis en la gestión (clínica, salutogénica y de riesgo) entre 2021 y 2024: diseño, implementación y evaluación”, la cual es financiada por la Corporación Universitaria Remington y cuyo código es 4000000382.

Experiencia Salutogénica Colombia 2012 a 2023

El Programa Florester fue una iniciativa del Hospital Alma Mater de Antioquia (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, Colombia), que se implementó en Barranquilla en la red municipal de atención en salud del distrito, se ubicó en el barrio Las Flores, una población con carencias económicas, sociales y con gran carga de enfermedad. Se enfocó en desarrollar un programa de salud familiar que ampliara el enfoque de atención de la enfermedad, que caracterizara la población, sus recursos, activos en salud y sus necesidades para un mejor bienestar.

Alejandro Jadad, médico anestesiólogo y científico colombiano canadiense, se suma al proyecto y se inicia una serie de encuentros en Barranquilla y Medellín para introducir el enfoque salutogénico en este y otros proyectos con el Hospital Alma

Mater de Antioquia, la Universidad de Antioquia y otras instituciones de diferentes sectores; como resultado de estos encuentros se conformaron grupos de trabajo que iniciaron la adaptación de los modelos al sistema de salud en Colombia.

Desafortunadamente el programa Floreser, aunque tuvo resultados positivos interesantes, se debilitó y desapareció debido al cambio de gobierno en el distrito de Barranquilla que acabó con el apoyo gubernamental, fundamental en este tipo de propuestas.

Construcción teórica del Modelo Salutogénico adaptado al sistema de atención en salud en Colombia

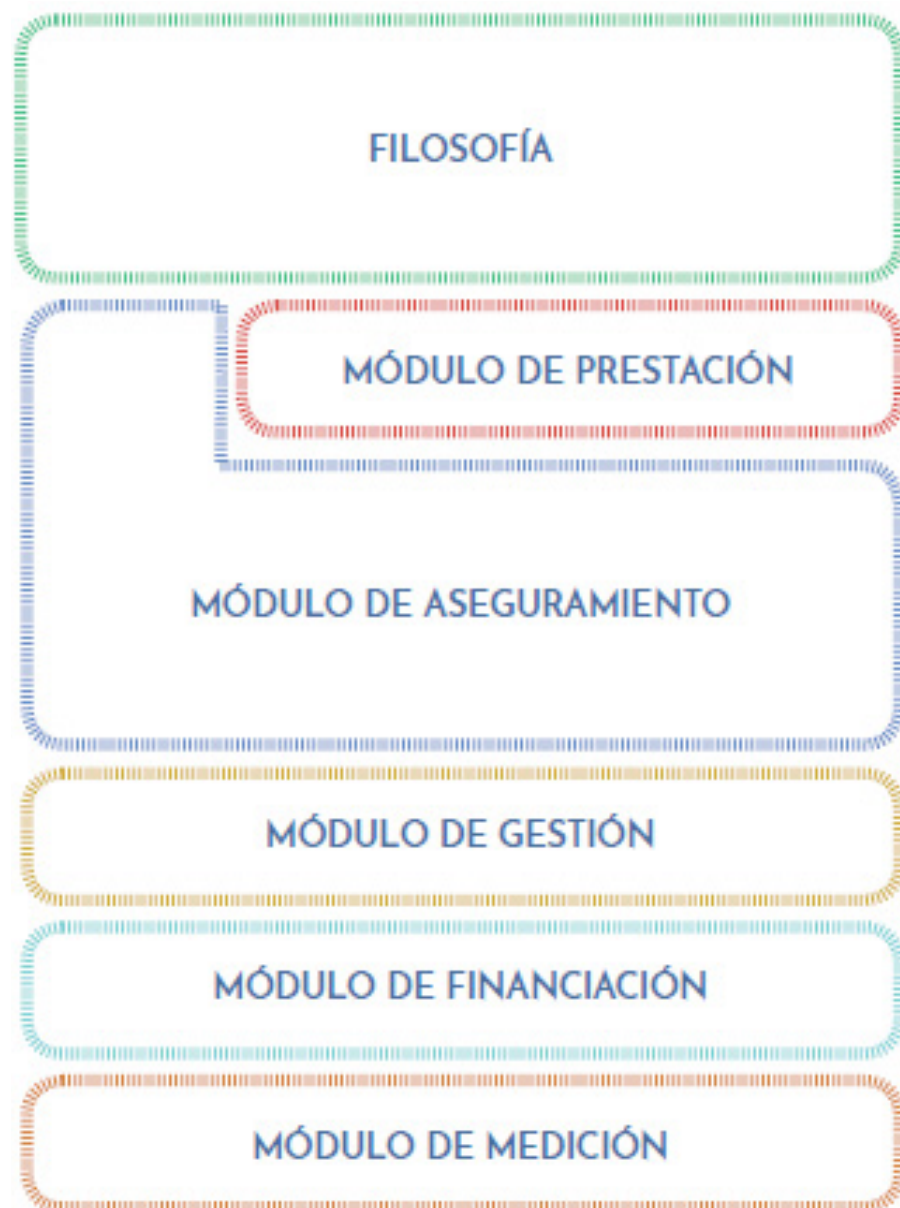
En 2014, tras la intervención de la Superintendencia de Salud a cuatro Entidades Promotoras de Salud EPS (Saludcoop, Cafesalud Contributivo y Subsidiado y Cruz Blanca) que abarcaban más de 7 millones de afiliados, y con el interés de que se creara un modelo de atención con mejores resultados en salud, el Ministerio de Salud apoyó la creación de un nuevo modelo de atención con enfoque salutogénico.

El agente interventor y su equipo directivo convocaron el grupo creado en 2012 que tenía al Dr. Jadad como líder y su red coordinada desde la Universidad de Toronto, en Canadá. La misión era crear un marco conceptual que permitiera integrar la evaluación de la salud autopercebida, especialmente dentro del nuevo contexto generado en el país por la

nueva Ley Estatutaria de Salud, impulsada por el Ministerio (2). Con la participación de la Organización de Excelencia en Salud (OES), se conformó un grupo que desarrolla el primer modelo de atención salutogénico adaptado al sistema de Colombia. Este modelo se presenta en diferentes instancias y eventos donde se enriquece su conceptualización y su difusión acorde con lo definido en los compromisos con las EPS y el Ministerio de Salud.

En la conformación de este modelo se evidenciaron los sectores y sistemas que se requerían convocar y articular desde lo individual, regional y nacional. El prototipo del modelo conceptual, como se ilustra en la figura 1, fue construido con base en una serie de elementos obligatorios o esenciales, incluyendo los siguientes módulos diseñados para cubrir todos los aspectos esenciales del modelo: filosófico, aseguramiento, prestación de servicios,

FIGURA 1. Elementos obligatorios del Modelo



FUENTE: Jadad AR, Arango A, Devia Sepúlveda JH, Espinal S, Rodríguez D, Wind KS. Desatando una pandemia de salud desde el lugar de trabajo: Hay que creer para ver. Bogotá: Beati Inc.; 2017. p. 437.

gestión, financiación y evaluación, enfocados en la creación y la propagación de la salud. Para maximizar su aplicabilidad en el país, como se puede ver en la figura 2, fue necesario tener en cuenta las limitaciones ofrecidas por el marco legal y regulatorio existente, reconociendo que esto podría restringir la extrapolación de algunos elementos del modelo a nivel internacional (2).

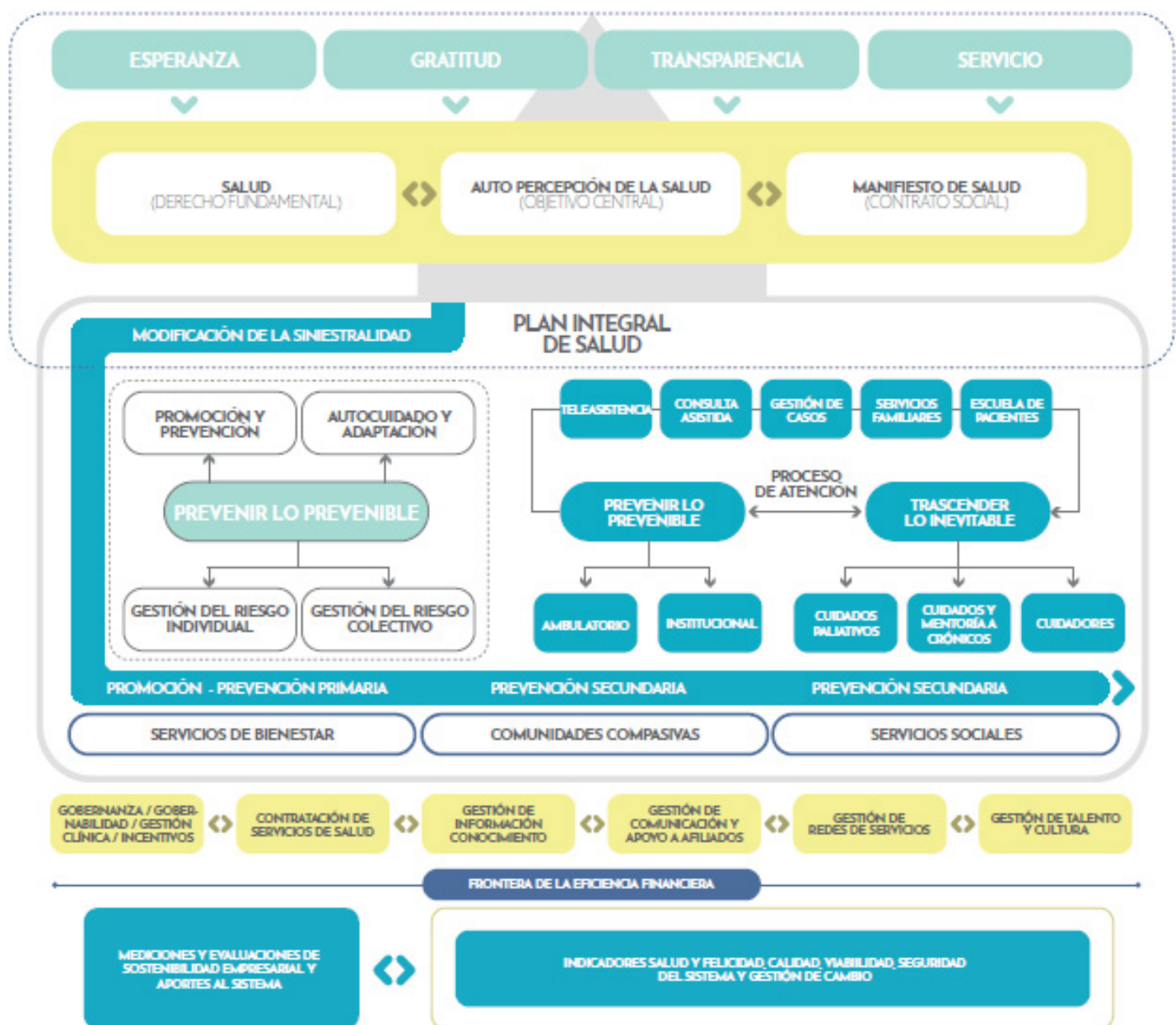
Dichos elementos guían entonces la prestación de servicios, dentro de un plan integral de salud que incluye componentes enfocados en la promoción de la salud, en la prevención (de primaria a cuaternaria), así como también en servicios

clínicos dedicados a curar lo curable y a trascender lo inevitable.

Federación Nacional de Cafeteros: la organización más saludable en Colombia 2016-2017

Para implementar el modelo se requería un escenario propicio. El país había reglamentado la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo por el Decreto 1072 de 2015, expedida por el Ministerio de Trabajo, que tenía por objeto mejorar las condiciones y el medio

FIGURA 2. Diagrama modelo de salud



FUENTE: Jadad AR, Arango A, Devia Sepúlveda JH, Espinal S, Rodríguez D, Wind KS. Desatando una pandemia de salud desde el lugar de trabajo: Hay que creer para ver. Bogotá: Beati Inc.; 2017. p. 440.

ambiente del mismo, así como la salud, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. Existía una gran oportunidad al articular un espacio que tenía por norma la salud y el bienestar y un modelo construido para generarla.

Basado en las experiencias anteriores y con el fin de llevar a la práctica el modelo, se propuso iniciar un proyecto con una empresa que permitiera implementar los lineamientos del mismo y aprovechar la obligatoriedad de la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo. Cafesalud EPS (una de las empresas intervenidas por la Superintendencia de Salud), había sido creada por la Federación de Cafeteros y tenía gran interés en que sus colaboradores y familias alcanzaran mejores niveles de salud y bienestar; su nombre (cafeteros) centra a sus afiliados como propósito de su misión y visión y con una gran historia y aprendizajes en salud y bienestar para sus colaboradores y familias cafeteras.

En el año 2016, con el apoyo de la misma aseguradora, la iniciativa involucró a la Federación Nacional de Cafeteros (FNC) de Colombia, que es tal vez la mayor organización rural no gubernamental del mundo, y puso en marcha el “Proyecto Cosechando Salud”, un esfuerzo para convertir a la Federación en un laboratorio viviente en el que se pudieran poner a prueba las hipótesis y los prototipos de los componentes de la pandemia de la salud (2).

El propósito superior de estas alianzas era Transformar la FNC en la organización más saludable en Colombia para el mundo, por lo cual se establecieron los siguientes objetivos:

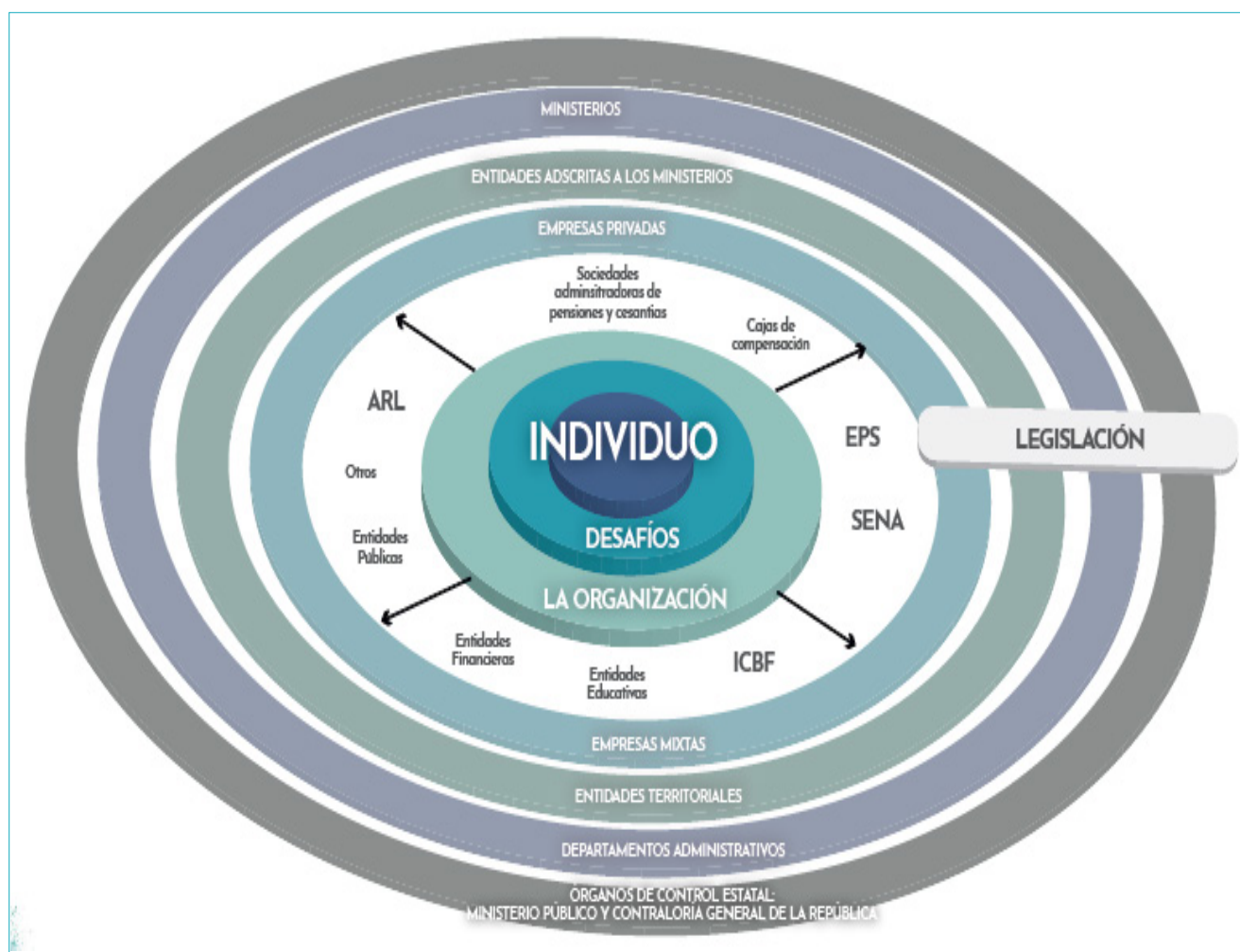
- Encuestar a todos los empleados de la FNC, estableciendo un nivel basal de autopercepción de salud y felicidad.
- Identificar los desafíos, los estresores y las tensiones que enfrentan los trabajadores a todos los niveles.
- Hacer visible la multitud de los activos internos y externos a disposición de la organización que permanecen invisibles.
- Crear “portafolios salutogénicos” individuales y colectivos (paquetes de soluciones que les permitan a las personas mantener o alcanzar niveles positivos de salud).
- Diseñar e implementar estrategias y mecanismos institucionales para difundir el conocimiento generado con los empleados a los caficultores y sus familias, y luego al resto del país.

Desatando una pandemia de salud 2017

De esta experiencia nacional con la FNC y la participación de diferentes grupos salutogénicos a nivel mundial, se publicó en el 2017, como aporte teórico llevado a la praxis, el libro *Desatando una Pandemia de Salud*. Etimológicamente, la palabra pandemia no tiene nada que ver con las enfermedades. Se trata de un término compuesto por “pan” y “demos”, que se refiere a todas y a las personas, respectivamente. Este libro se crea en un intento de hacer visible un hecho en gran medida invisible y obvio: que la salud es una pandemia y que hay abundantes recursos para permitir que cada ser humano tenga una vida sana hasta su último suspiro. También es una invitación a creer que esto es posible y unirse a un número creciente de personas dispuestas a que suceda, utilizando entornos laborales de todo tipo como sus epicentros (2).

Los dos proyectos realizados con la FNC Cosechando Salud y Sembradores de Salud, concluyeron que era esencial la creación de un sistema de gobernanza interorganizacional; es decir, dicho sistema deberá promover y sostener la participación activa de los agentes y áreas intrainstitucionales relacionadas con las necesidades de los trabajadores, involucrando muy activamente a las Cajas de Compensación Familiar, las empresas aseguradoras, las entidades administradoras de riesgo laboral, los programas de medicina prepagada o complementaria, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), la administración de pensiones y cesantías, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entre otros, como se puede ver en la figura 3.

FIGURA 3. Actores del Modelo



FUENTE: Jadad AR, Arango A, Devia Sepúlveda JH, Espinal S, Rodríguez D, Wind KS. Desafiando una pandemia de salud desde el lugar de trabajo: Hay que creer para ver. Bogotá: Beati Inc.; 2017. p. 450.

Una Compensar para el mundo 2018-2020

Coherentes con las conclusiones de la experiencia anterior, se realizan con la caja de compensación Compensar, dos proyectos; el primero 2018 y el segundo 2019, y de cada uno se publica un libro, *Redes de Confianza* y *Hacia el Bienestar Sostenible* respectivamente (7,8). Los aprendizajes y aportes permitieron aportar de la teoría a la praxis con la implementación de modelos salutogénicos en contextos que tienen el compromiso misional de promover el bienestar individual y familiar de sus afiliados.

Se percibió en Compensar la posibilidad de aliarse con una organización que tenía la idea de generar salud y bienestar desde una perspectiva diferente. El primer proyecto, *Redes de Confianza*, consistió en apoyar la consolidación y evaluación del impacto de la red integrada de servicios de salud de la EPS, la cual está basada en la confianza. Así mismo, se

evaluaron los niveles de salud y bienestar autopercebidos de los colaboradores de Compensar EPS, de todos los participantes en la evaluación de los niveles de integración de la red y de una muestra representativa de afiliados. Esta evaluación se hizo para apoyar el direccionamiento en la red hacia un modelo centrado realmente en la salud; para apoyar el proceso desarrollado por Compensar con el propósito de articular los servicios de salud de la EPS y los servicios de bienestar de la caja de compensación; y por último, dado que Compensar EPS contaba en ese entonces con más de 1.3 millones de afiliados, se utilizaron los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con el fin de comparar la red como un país frente a los demás países que hacen parte de esta organización y así entender, a nivel mundial, cómo estaba la red y qué fortalezas y desafíos tenía en comparación con otros (7).

En el segundo proyecto, *Hacia el Bienestar Sostenible*, participaron todos los colaboradores

de Compensar en una encuesta, con el objetivo de determinar la autopercepción de salud, bienestar, amor y felicidad. Estos datos, más los que ya tenía la empresa sobre aspectos psicosociales, fueron el insumo para el diseño de unas “herramientas interactivas, únicas, con las que era posible generar *prescripciones de bienestar* masivamente individualizadas, a la carta, para cada colaborador” (8).

Además, en este proyecto se da un paso más adelante en la praxis y se implementa el modelo salutogénico en un entorno comunitario. *Hogares Soacha* es un proyecto de vivienda sostenible construido por Compensar en las afueras de Bogotá, pensado para 17.000 familias de bajos recursos. Con miras al desarrollo del proyecto, se hizo una alianza con la comunidad y se diseñó e implementó una metodología para medir la autopercepción de salud y bienestar, así como otros indicadores sociodemográficos de índices internacionales. Estos datos se usaron para enriquecer los proyectos de colaboración y emprendimiento que estaba haciendo la comunidad y orientar las acciones de bienestar que Compensar estaba desarrollando en este entorno (8).

Modelo Salutogénico en pacientes con pluripatología Uniremington -Promedan- 2021-2024

Desde los aprendizajes de los proyectos realizados entre el 2012 al 2020 se resaltan grandes avances en la implementación de modelos generadores de salud, en especial por los diferentes contextos en los que se realizaron. La evidencia científica plasmada en los tres libros y múltiples publicaciones expone retos para próximos modelos, y más aún dado que casi todos los participantes en los anteriores ejercicios tenían salud autopercebida mayor del 90%.

El incremento en el número de pacientes que sufren dos o más enfermedades crónicas no transmisibles de forma simultánea se ha convertido en un reto de atención para los sistemas de salud en el mundo. Este fenómeno ha recibido el nombre de

pluripatología y no existe una definición consensuada a nivel internacional, lo cual se convierte en una dificultad, dada la necesidad de modelos de atención que incluyan este tipo de pacientes, que planteen abordajes integrales y continuos y, además, que propendan por superar la fragmentación de la atención médica con un enfoque de salud positiva en su abordaje.

La medicina tradicional se enfoca en el estudio y tratamiento de las enfermedades, sus causas y sus consecuencias sobre el organismo humano. Esto implica una visión fragmentada y reduccionista de la salud, que ignora los factores que la favorecen o la deterioran. En cambio, la salutogénesis propone una visión integral y holística de la salud, que se ocupa de promoverla y fortalecerla en los individuos, así como de apoyarlos en su recuperación o en el manejo de una enfermedad crónica. Para ello se requiere un cambio en el modelo de atención, que pase de ser reactivo a preventivo y que involucre a las instituciones, los profesionales y los pacientes en la generación de entornos y prácticas saludables. Un modelo de atención basado solo en la enfermedad no puede resolver el problema de fondo: la aparición de la enfermedad (9).

El reto sería implementar el modelo en poblaciones con mayor carga de enfermedad y demostrar que las estructuras sistémicas complejas en espiral, que generan saldos de salud positiva, son posibles en estos grupos poblacionales; estructuras centradas en la gestión de caso, la gestión de la salud, la gestión del riesgo y la construcción de herramientas informáticas que permitan analizar, evaluar y proyectar desenlaces, acorde con la capacidad y habilidad de enfrentar estos desafíos que afectan la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

El programa de posgrado de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington, en colaboración con la empresa Promotora Médica de Antioquia, Promedan, están realizando el proyecto: modelo de atención integral para pacientes con pluripatología en la Clínica Central Fundadores —Promedan—, en Medellín-Colombia, con énfasis en la gestión (clínica, salutogénica y de riesgo)

entre 2021 y 2024; es decir, diseño, implementación y evaluación.

Este proyecto busca construir un modelo de atención integral basado en la salutogénesis, la cual es un enfoque que interpreta la salud como un proceso dinámico y positivo, que depende de las capacidades de las personas para afrontar los desafíos de la vida. La salutogénesis orienta la atención hacia la promoción de la salud y el empoderamiento de los pacientes, en los que las personas ejercen un rol de agentes de cambio para sus procesos de salud-enfermedad. Este modelo propuesto integra elementos de la atención primaria en salud con otros dos componentes fundamentales: la gestión del riesgo, que permite identificar las posibles situaciones que afectan la percepción y el mantenimiento de la salud; y la gestión clínica, que se centra en la persona y en su seguridad y que se basa en evidencias científicas.

Esta propuesta fue ganadora de la convocatoria interna para la financiación de los proyectos de investigación 2023 de esta Universidad. Adicionalmente se propuso analizar la adherencia del modelo implementado con respecto al diseñado, describir los niveles de autopercepción de salud y bienestar en pacientes con pluripatología, analizar costos generados por este tipo de atención y construir un aplicativo “web” para gestionar la información de los pacientes. Este proyecto se planteó como respuesta al reto establecido en los ejercicios de implementación para Colombia de modelos salutogénicos, donde se requería demostrar que en las poblaciones con mayor carga de enfermedad también puede ser posible fomentar la salud hasta el final de su vida.

El trabajo tiene un enfoque de investigación multimétodo, con la intención de vincular estrategias propias de la gestión de proyectos y procesos con diseños de la epidemiología como son los estudios descriptivos transversales. La primera metodología involucra el enfoque de marco lógico usado en la gestión de proyectos, para la construcción del modelo de atención además de su evaluación. La segunda metodología involucra un diseño descriptivo transversal para el análisis de las variables sociodemográficas, clínicas y de la gestión del riesgo.

Proceso de construcción del modelo de atención integral para pacientes con pluripatología

La construcción del modelo implicó seguir el enfoque de marco lógico utilizado en la gestión de proyectos administrativos. Este enfoque consiste en varios pasos; primero se identificará el problema y se analizará la situación actual de los pacientes que reciben atención, para lo cual se elaboró el árbol del problema, que muestra las causas y los efectos del mismo. Luego se realizó el análisis de los involucrados, en el que se clasificaron, describieron y priorizaron los agentes que participan en el problema. A partir de este análisis, se identificaron las posibles soluciones al problema y se construyó el árbol de objetivos. Después, se hizo un análisis de alternativas, que consistió en evaluar las diferentes formas de solucionar el problema. A continuación, se elaboró la estructura del modelo de atención mediante la matriz del marco lógico.

En cuanto al procesamiento de la información, que es cuantitativa, se utiliza inicialmente una matriz construida en Microsoft Excel, con el fin de registrar las variables que miden las características de los pacientes con pluripatología. Luego, mediante el desarrollo de un aplicativo web, se sube la información para la articulación de la misma y la esquematización de lo que sería el modelo de atención.

En el marco de este estudio se han incorporado un conjunto de 429 registros correspondientes a pacientes adultos con edades superiores a 18 años, quienes cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Los hallazgos preliminares relativos a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, indican que del total de 242 individuos el 56,4% eran mujeres, presentando una mediana de edad de 78,5 años y un rango intercuartílico de 55,0 años. La edad más joven registrada en este grupo fue de 40,0 años, mientras que la de mayor edad fue de 94,9 años.

En relación con el grupo de hombres, que representó el 43,6% de la población total, se observó que

la mediana de edad fue de 78,3 años, con un rango intercuartílico de 46,4 años. La edad mínima registrada en este grupo fue de 51,2 años, y la máxima alcanzó los 97,5 años. En cuanto al estado civil de los participantes, se destacó que un total de 169 individuos, equivalente al 39,4%, eran viudos, mientras que 158 personas, lo que representa el 36,8%, se encontraban en estado civil de casados. En lo que respecta al nivel educativo de los encuestados, se observó que la educación primaria fue el nivel más frecuentemente reportado, con un total de 266 individuos, lo que corresponde al 62% de la población estudiada. Estos resultados constituyen una contribución significativa para la comprensión de las características sociodemográficas de la muestra, proporcionando una base sólida para el análisis posterior de los datos y la interpretación de los resultados.

Adicionalmente, al indagar sobre los niveles de autopercepción de salud y bienestar positiva, esta correspondió a un 73,2% y 75,8% respectivamente en nuestra muestra.

Articulación de modelos de atención y de formación en salud

El programa de Medicina Familiar de Uniremington inició su primera cohorte en agosto de 2021, y el proyecto de investigación arriba descrito es parte de una estrategia para seguir por varias cohortes de residentes a estos grupos poblacionales (pacientes con pluripatología), por dos razones primordiales; la primera es que se requiere continuidad para poder establecer estructuras causales y de impacto en la implementación de modelos de salud de personas con pluripatología; la segunda, es que por medio de estas estrategias pedagógicas se pueden evidenciar resultados de aprendizaje e identificar competencias del ser de los estudiantes del posgrado. Adicionalmente, el especialista en Medicina Familiar debe construir lazos estrechos con las familias y pacientes con los cuales se relaciona. De ahí que uno de los pilares de esta área del conocimiento sea la relación médico-paciente (10).

La especialidad de Medicina Familiar abarca diversos campos de la atención en salud, desde la

urgencia hasta la prevención, desde la comunidad hasta la informática, desde la enfermedad crónica hasta el autocuidado (11). Sin embargo, su rol e identidad han sido objeto de debate y controversia, al cuestionarse si se trata de una disciplina especializada o general (12). Esto plantea el reto de explorar nuevas perspectivas en su ejercicio profesional. La Medicina Familiar tiene la ventaja de superar las limitaciones del enfoque biomédico que fragmenta la atención en salud. Por eso, se presenta como un agente integrador que puede mejorar la calidad y la continuidad de la atención, tanto en la salud como en la enfermedad. Para ello, es importante recuperar el protagonismo de las personas (13) que son el centro de la atención clínica, y que tienen la capacidad de participar activamente en la gestión de su salud y en el cambio de sus procesos de enfermedad. Un modelo de atención en salud debe contemplar estas acciones.

La formación específica para el residente de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington, apunta a la implementación de un modelo de gestión de la salud para pacientes con pluripatología, considerado desde un enfoque salutogénico, desarrollado a través de los tres ejes de formación (saber, ser y hacer) y ejecutado a través de una metodología integradora.

La intencionalidad está marcada por el enfoque salutogénico, que además de constituir la impronta médica para la formación profesional, también constituye el enfoque del modelo de atención y de gestión de la salud, es decir, conecta con los mismos valores, capacidades y competencias al médico profesional y al paciente.

Para identificar estas competencias del ser se está implementando un Proyecto Formativo Integrador (PFI), una herramienta pedagógica y didáctica que plantea la necesidad de integrar la formación y el desempeño profesional desde una misma intencionalidad y desde una misma metodología para el abordaje de su objeto de formación y de intervención (14–16).

Asimismo, el aspecto más favorable de la metodología del PFI es su capacidad para integrar, tanto a los agentes de la formación (ejes, cursos y prácticas),

con los agentes del escenario médico profesional (pacientes, determinantes y activos en salud y procedimientos clínicos). En el esquema metodológico el enfoque salutogénico está conectado a la autogestión a través de la caracterización biopsicosocial, que parte de la identificación de los riesgos hasta la gestión de la salud propia. La metodología debe garantizar que ese proceso sea llevado a cabo tanto por el residente o profesional de la salud como por los pacientes, las familias y las comunidades.

En este sentido, la identificación de los riesgos, así como de las capacidades de gestión y mitigación, la capacidad de autocuidado y de hacerse cargo de la salud propia a través de la identificación y apropiación de los activos en salud, la promoción de la salud y la planificación y ejecución de acciones coherentes con la preservación del bienestar biopsicosocial, son constitutivas tanto de la formación del médico de familia como del modelo de atención que motiva estas prácticas salutogénicas en los pacientes.

Estos proyectos, en la actualidad, se encuentran en etapa de recolección de la información y a partir de agosto del año 2023 se inicia el análisis y evaluación del proyecto de investigación con pacientes pluripatológicos seguidos por la primera cohorte de residentes del programa de medicina familiar. También se pretende evidenciar, por parte de la comunidad educativa, si los estudiantes del posgrado lograron cumplir las competencias propuestas para este currículo.

Por último, y de gran importancia, se quiere desarrollar un modelo de formación que permita entender si los residentes desarrollaron habilidades y capacidades para enfrentar los retos que este posgrado y sus entornos les presentaron para mantener su salud, bienestar y permanecer en su formación de manera exitosa.

Conclusiones

La creación e implementación de modelos salutogénicos en Colombia ha sido posible gracias a los avances a nivel mundial de la *pandemia de la salud*, y por el liderazgo y articulación de comunidades, entes gubernamentales y empresariales, que permitieron aunar esfuerzos para centrarlos en las personas, alineando su percepción de la salud con los recursos que el medio ofrece.

Como una premonición, el primer libro de salutogénesis en Colombia, *Desatando una Pandemia de Salud*, que cumple 10 años (2012-2023), aportó elementos para asumir la situación desencadenada por la COVID 19. El gran desequilibrio y estrés obligó a enfrentar, a nivel mundial, nacional y personal, los retos inimaginables que se presentaron, mostrando cómo a través de la sinergia de procesos macro y micro se puede lograr salud y bienestar en escenarios tan adversos.

La construcción e implementación de nuevos sistemas salutogénicos requiere una planificación extensa y proyectos complejos, usando idealmente una técnica conocida como modelización, la cual involucra procesos conceptuales y analíticos diseñados para guiar el desarrollo de un esquema que represente todo el sistema de salud bajo condiciones controladas y simuladas, con el fin de obtener conclusiones aplicables a la vida real (17).

Los retos para lograr salud y bienestar inician por cambiar las expectativas y las creencias. La forma de movernos de un equilibrio a otro no solo implica un cambio de mentalidad en médicos, ciudadanos y demás personas, sino que requiere, específicamente, combatir la excesiva medicalización y comercialización de la vida, la vejez y la muerte, unida a una reestructuración de los sistemas reales de generación de salud. ■

REFERENCIAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. 1946. Constitución de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. Jadad AR, Arango A, Devia Sepúlveda JH, Espinal S, Rodríguez D, Wind KS. Desatando una pandemia de salud desde el lugar de trabajo: Hay que creer para ver. Jadad AR, Espinal S, Rodriguez D, editores. Bogota: Beati Inc.; 2017.
3. Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijsenbeek H. Twenty-five Years Later: A Limited Study of the Sequelae of the Concentration Camp Experience. *Soc Psychiatry Epidemiol* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 1971;186–93. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00578367>
4. Pavlekovi G, Pluemer KD, Vaandrager L. Evolution of Salutogenic Training: The ETC'Healthy Learning'Process [Internet]. [cited 2023 Oct 8] [cited 2023 Oct 8]. Disponible en: https://etc-summer-school.files.wordpress.com/2014/11/etc_book_2011.pdf
5. Schmidt DRC, Dantas RAS. Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2011 Jan-Feb;19(1):42–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000100007>
6. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2011 Jul 26;343:d4163. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163>
7. Serra M, Palacio DO, Espinal S, Rodríguez DG, Jadad A (alex) R. Trusted Networks: The Key to Achieve World-class Health Outcomes on a Shoestring [Internet]. [cited 2023 Oct 8] Espinal S, Rodríguez DG, Jadad A (alex) R, editores. Bogota: Beati Incorporated; 2018. Disponible en: https://play.google.com/store/books/details?id=Rue_vgEACAAJ
8. Espinosa NG, Añez M, Serra M, Espinal S, Rodríguez DG, Jadad, A (Alex) R, editores. Hacia el bienestar sostenible para todas: Las personas, las familias, las organizaciones, las comunidades y las especies. Beati Inc; 2020.
9. Shorey S, Ng ED. Use of Salutogenic Approach Among Children and Adolescents with Chronic Illnesses: A Scoping Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2021 Jan-Feb;56:e7–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.017>
10. WONCA. Wonca Standards for Postgraduate Family Medicine Education [Internet]. [cited 2023 Oct 8] Vol. 27, Education for primary care: an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors. 2013 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Salud%20y%20Medicina%20Familiar/WONCA%20Standards%20for%20postgraduate%20family%20medicine%20education.pdf>
11. Brown D. Family medicine as a specialty. *Can Fam Physician* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2006 Jun;52(6):716, 718 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16812960>
12. Stein HF. Family medicine's identity: being generalists in a specialist culture? *Ann Fam Med* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2006 Sep-Oct;4(5):455–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.556>
13. Williamson L. Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *Am J Bioeth* [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2014;14(6):4–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2014.900139>
14. Montalván Suárez ME. Aprendizaje basado en proyectos formativos integradores como metodología de integración curricular [Internet] [Maestría en educación superior]. [cited 2023 Oct 8] Merchán M, Larco Camacho E, editores. Universidad Católica

- de Santiago de Guayaquil 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7236>
15. Galeano-Barrera CJ, Zamudio-Peña WH. El potencial pedagógico del proyecto integrador como estrategia de aula: estudio de caso en el programa de Tecnología Industrial de la Universidad de Santander UDES. Ingeniería [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2017;12(22):154–69. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323652686_El_potencial_pedagogico_del_proyecto_integrador_como_estrategia_de_aula_estudio_de_caso_en_el_programa_de_Tecnologia_Industrial_de_la_Universidad_de_Santander_UDES
16. Dirección General de Educación Superior Tecnológica. Proyectos Integradores para el Desarrollo de Competencias Profesionales del SNIT [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2014.: Disponible en: <https://docplayer.es/9129760-Proyectos-integradores-para-el-desarrollo-de-competencias-profesionales-del-snit.html>
17. Pitt M, Monks T, Crowe S, Vasilakis C. Systems modelling and simulation in health service design, delivery and decision making. BMJ Qual Saf [Internet]. [cited 2023 Oct 8] 2016 Jan;25(1):38–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004430>

Recibido: 23 de octubre de 2023

Aceptado: 3 de noviembre de 2023