

El concepto de bienestar: una construcción desde la revisión de la literatura y la perspectiva de actores institucionales y comunitarios de la ciudad de Bogotá (Colombia)

The Concept of Well-Being: A Construction from the Review of the Literature and the Perspective of Institutional and Community Actors in the city of Bogotá – Colombia

Recibido: 28 julio 2022 | Aceptado: 22 marzo 2023

LINA MARÍA VALDERRAMA LUNA

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4087-6085>

MARÍA FERNANDA PARRA MURILLO

Asistente de investigación del Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9453-653X>

FRANCISCO PALENCIA SÁNCHEZ

Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8126-7748>

WILLIAM ALBERTO ROBLES FONNEGRA

Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2071-2534>

ANDRÉS DUARTE OSORIO

Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de
Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1982-6799>

YAZMÍN CADENA CAMARGO^a

Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de
Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5016-6119>

^a Autora de correspondencia:
yazmin.cadena@javeriana.edu.co

RESUMEN

Garantizar la mejor salud posible, mediante la atención centrada en las necesidades y el bienestar individual y colectivo, ha sido una de las prioridades en salud de múltiples gobiernos. Este artículo busca construir la definición de bienestar en el contexto de la atención en salud a través de una metodología mixta de recolección de información que incluyó una revisión descriptiva de literatura y una aproximación cualitativa por medio de entrevistas grupales tipo café mundial, con representantes de instituciones de la ciudad de Bogotá (Colombia) y miembros de la comunidad (97 participantes). A partir de ello, se consolidó una definición de bienestar según la estrategia de síntesis de conceptos, con énfasis en el cuidado para el bienestar. Este concepto muestra aproximaciones que pueden ser relevantes en las discusiones que giran alrededor de

Cómo citar: Valderrama Luna LM, Parra Murillo MF, Palencia Sánchez F, Robles Fonnegra WA, Duarte Osorio A, Cadena Camargo Y. El concepto de bienestar, una construcción desde la revisión de la literatura y la perspectiva de actores institucionales y comunitarios de la ciudad de Bogotá (Colombia). Univ. Med. 2022;64(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-2.bien>

la formulación de políticas públicas de salud y su implementación en modelos de atención en salud. La definición de bienestar es ambivalente, al estar presente tanto en el plano individual como en el colectivo. Si bien la mejora de la calidad de vida de las personas y la ausencia de enfermedad son algunos determinantes conceptuales, el bienestar también se define por un conjunto de factores que promueve un estado ideal en las personas y que implica nuevas formas de relacionamiento.

Palabras clave

bienestar; cuidado; bienestar comunitario; atención a comunidades; servicio de salud.

ABSTRACT

Ensuring the best possible health, through care focused on the individual and collective needs and well-being, has been one of the health priorities of multiple administrations. This article seeks to build the definition of well-being in the context of health care through a mixed methodology of data collection that included a descriptive review of the literature and a qualitative approach, through group interviews, world café style, with representatives of institutions, from the city of Bogotá and members of the community (97 participants were interviewed). From this, a definition of well-being was consolidated according to the concept synthesis strategy, with an emphasis on care for well-being. This concept shows approaches that may be relevant in the discussions that revolve around the formulation of public health policies and their implementation in health care models. The definition of well-being is ambivalent, as it is present both at the individual and the collective level. Although the improvement of people's quality of life and the absence of disease are some conceptual determinants, well-being is also defined by a set of factors that promote an ideal state in people and which implies new forms of relationships.

Keywords

well-being; care; community well-being; community care; healthcare service.

Introducción

El bienestar de las personas se ha convertido en una de las principales prioridades de los tomadores de decisión, especialmente en la creación de los modelos de atención primaria en salud (1). Para ello, reconocer el valor del término en la formulación de políticas públicas y programas, ha motivado a definirlo estrechamente en términos de salud para garantizar la mejor salud posible, mediante la atención centrada en las necesidades de las personas y su aseguramiento individual y colectivo.

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (1) y de La Placa y Knight (2), es necesario partir de una perspectiva biomédica individual, en la que se entiende la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no en exclusiva “la ausencia de enfermedad”. Dicho esto, el bienestar se define como un acto de cuidado a través del estado positivo de la mente y cuerpo, en el cual el individuo se siente seguro y capaz de hacer frente a un sentimiento de conexión con las personas, las comunidades y el entorno en general (2).

Además, la salud se define también de manera comprensiva para que contribuya como guía en la toma de decisiones de salud pública, a efectos de que refleje, en las discusiones de política pública, y en las de la sociedad en general, un distanciamiento de las “percepciones individuales”. Igualmente, se señala que el bienestar es garantizar los derechos para toda la población de manera universal (3), así como identificar el grado de satisfacción o insatisfacción de la población sobre su salud física, salud psicológica, rasgos de independencia, relaciones sociales, medios y espiritualidad, a la luz de indicadores de mortalidad, morbilidad y otras medidas de calidad de vida (4).

Estos nuevos enfoques, que amplían la perspectiva del plano individual al plano de lo comunitario, señalan que la promoción de la salud y la mejora del bienestar deben responder a un esfuerzo colectivo barrial, comunitario, local, distrital, regional o nacional. Se destaca el caso de Inglaterra, donde el bienestar se entiende como la *gran sociedad*, en la cual el núcleo son pequeños grupos de personas que rodean a una persona para formar una comunidad que apoya el bienestar del individuo, por ejemplo, a través de la práctica de la actividad física (2,5,6).

En este sentido, entender el término *bienestar* es un elemento central que puede ayudar a mejorar la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo construir y proponer la definición de bienestar en el contexto de la atención en salud, revisando la literatura sobre el tema y recogiendo información sobre la percepción individual de ciudadanos y la

perspectiva de los miembros de las instituciones que participan en el marco del Modelo Territorial de Salud de Bogotá (Colombia): Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda, a cargo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. De esta manera, busca aportar una aproximación del concepto para las discusiones que giran alrededor de la formulación de políticas públicas de salud y su implementación en modelos de atención en salud.

Metodología

Se desarrolló una estrategia multimétodo compuesta por dos fases: la primera, una revisión de literatura, con el fin de identificar las definiciones de bienestar en el contexto de los modelos de atención en salud, y la segunda, una fase cualitativa, en la cual se recolectó la opinión de las personas, a partir de entrevistas grupales tipo café mundial, con el fin de reconocer las perspectivas tanto de las personas dentro de las instituciones como de la comunidad. Esta estrategia se desarrolló en el marco del Convenio Especial de Cooperación 3028486 de 2021, entre el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá.

Revisión de literatura

Se adelantó una revisión descriptiva o de mapeo, cuyo fin fue identificar el concepto de bienestar, a través de un procedimiento sistemático que incluyó la búsqueda y la clasificación de la literatura (7). Para ello, se planteó una pregunta de investigación estructurada que permitiera incluir documentos que mencionaran bienestar como una definición o relacionaran aspectos del término en los modelos de atención en salud primaria y comunitaria. Adicional a esto, se incluyeron referencias con fecha de publicación posterior al año 2000, que estuvieran escritas en inglés, español o portugués. No se excluyeron documentos por su diseño metodológico, tipo de población o estado de publicación.

Se diseñó una estrategia de búsqueda, compuesta por vocabulario controlado (MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, siglas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. La sintaxis se complementó con la expansión de términos controlados, identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores booleanos. Los términos empleados se ubican en el material complementario de este artículo. La estrategia se adaptó según el tesoro de cada una de las bases de datos empleadas. Por medio de la herramienta Vosviewer se identificaron términos libres y de indexación adicionales (8).

La búsqueda se realizó el 23 de diciembre de 2021 en las bases de datos de PubMed, Embase, Biblioteca Virtual en Salud, Web of Science y ProQuest. Adicionalmente, se exploró literatura gris a través de buscadores web y páginas web de instituciones tanto gubernamentales como privadas. Finalmente, se incluyeron documentos remitidos por profesionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Después de eliminar los documentos duplicados, de manera independiente, dos evaluadores seleccionaron, a partir de títulos y resúmenes, aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, utilizando el *software* Rayyan©. (9). Los artículos seleccionados, los leyó en texto completo un único evaluador, quien procedió a extraer las definiciones pertinentes utilizando NVivo 12® (10).

Entrevistas tipo café mundiales

Luego, se adelantó la recolección de datos cualitativos a través de entrevistas semiestructuradas grupales tipo café mundial, con el fin de interpretar las perspectivas de los participantes frente al concepto de bienestar. Esta metodología tiene como objetivo “discutir un tema particular en pequeños grupos de conversación que van rotando a medida que se desarrolla el taller” (11), de manera tal que, durante las entrevistas, fue posible profundizar en las perspectivas que aportaron a la discusión de

la temática eje del debate y rastrear opiniones y registros de vida alrededor del concepto de interés.

Adicionalmente, se utilizó un muestreo teórico para recolectar los datos que demostraran relevancia con el estudio y la estrategia de muestreo fue de máxima variación, para analizar el mayor volumen de opiniones sobre el concepto de bienestar, a partir de diferentes contextos (12). En este sentido, la metodología no se limitó a procedimientos predeterminados dentro de cada café mundial y se utilizó la estrategia de micropúblicos o *micro targeting*, con la cual se permitió la participación de un número determinado de ciudadanos demográficamente diversos (13,14).

En cuanto a la estrategia de enrolamiento de los participantes, se empleó la técnica bola de nieve y se incluyeron sujetos potenciales en la población con las siguientes características: mujeres y hombres mayores de 18 años de edad; que hicieran parte de los siguientes grupos: mujeres y hombres en diferentes etapas de curso de vida, personas víctimas del conflicto armado, campesinos, personas LGBTIQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero y *queer*); personas con condición de discapacidad y sus cuidadores; migrantes; personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, y otras personas con vulnerabilidad (recicladores de oficio, trabajadores en actividades sexuales pagas y habitantes de calle). Para el caso de los representantes de las instituciones, los perfiles fueron diversos y no se limitaron al área de la salud, sino que incluyeron funcionarios de diferentes entidades distritales, empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, fundaciones y organizaciones.

Se realizaron ocho entrevistas de este tipo cada una con un grupo poblacional diferente (personas LGBTIQ+, mujeres y nuevas masculinidades, personas víctimas del conflicto armado, migrantes, personas con discapacidad y sus cuidadores, personas pertenecientes a grupos étnicos y, otras personas en condición de vulnerabilidad: recicladores de oficio, trabajadores en actividades sexuales pagas y habitantes de calle) y una con personas en

diferentes cursos de vida, para garantizar la mayor heterogeneidad posible en las características sociodemográficas, así como diferentes opiniones respecto a la temática propuesta.

En cada entrevista se constituyeron dos grupos: uno con funcionarios de instituciones y otro con personas de la comunidad, para realizar un debate a partir de una pregunta, y dada la característica de flexibilidad de esta modalidad específica, se profundizó la construcción de la definición de bienestar a partir de nuevas conversaciones, al combinar los grupos de discusión luego de un tiempo determinado (13,15).

En el grupo conformado por participantes de la comunidad, las preguntas se orientaron alrededor de sus experiencias, percepciones y expectativas sobre bienestar en salud. En el grupo con representantes de las instituciones, las preguntas permitieron explorar las definiciones que se han adoptado para el término bienestar en el área de la salud y también en otros sectores. Dicho esto, la metodología permitió que los participantes abordaran la temática mediante diferentes preguntas, asegurando la asociación de sus percepciones y opiniones, y la construcción conjunta del concepto de bienestar entre los dos grupos. Los guiones de las entrevistas fueron distintos, en la medida en que se consideraron las particularidades que tenía cada grupo de participantes y se permitió profundizar en aspectos específicos que resultaran en la discusión.

Posteriormente, el equipo de investigación analizó la información recolectada en cada una de las entrevistas y la sistematizó con ayuda de una metodología cruzada para identificar la información relacionada con el concepto de bienestar de acuerdo con unas categorías preestablecidas. Luego de ello, se consolidó una definición de bienestar según la estrategia de síntesis de conceptos, propuesta por Walker y Avant (16), en la cual hay una revisión integrativa de los hallazgos de la literatura junto con las percepciones sobre el término, identificadas en las entrevistas grupales tipo café mundial.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité de Investigaciones y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio para el proceso de consentimiento informado verbal, pertinente al ser de riesgo mínimo —según la normatividad colombiana (14,17)—, para los participantes, el 28 de septiembre de 2021, con el número de acta 34/2021.

Para dar cumplimiento, antes de iniciar cada entrevista grupal tipo café mundial, se compartió con todos los participantes el objetivo, el alcance y la metodología de la reunión, asegurando la confidencialidad, el anonimato, la voluntariedad y demás consideraciones éticas acordes y definidas en los métodos de investigación cualitativa. Adicionalmente, se les permitió expresar de forma verbal su participación voluntaria en la entrevista y su consentimiento para grabar la sesión y adelantar la recolección del material producto del ejercicio investigativo.

Resultados

Revisión de literatura

Se consultaron un total de 6510 referencias, de acuerdo con la estrategia de búsqueda, de las cuales se eliminaron 2099 y en un primer momento, se revisaron los 4411 restantes bajo criterios de título y resumen. En un segundo momento, se adelantó la lectura en texto completo de 163 referencias, seleccionando 18 artículos relacionados con la temática de bienestar y cuidado para el bienestar. Tras el análisis, se concluyó que siete publicaciones hacían referencia justamente a definiciones o elementos conceptuales de bienestar en el marco de los modelos de atención en salud, las cuales se referencian en la tabla 1.

Tabla 1.
Definiciones del concepto de bienestar extraídos en la búsqueda de literatura

Autor(es)	Título	Año	Cita
Secretaría de Salud de Medellín	Anexo 2: Plan territorial de salud del municipio de Medellín	2020	Bienestar como el conjunto de elementos que requiere el individuo para mantener un balance con su entorno, que debe ser integrado a una serie de condiciones proporcionadas por la sociedad.
Ministerio de Salud y Protección Social	Enfoque diferencial. Origen y alcances	2021	Políticas de bienestar que se caracterizan por el reconocimiento de la garantía de derechos sociales y la oferta de bienes y servicios para todos/as los/las ciudadanos/as, es decir, de manera universal y a la vez, para grupos poblacionales específicos, promoviendo, en todo caso, la distribución de recursos con criterios de equidad. [...] El concepto de bienestar se convirtió en un modelo de acción estatal que caracterizó a los Estados europeos después de la Segunda Guerra Mundial, en los que combinó el sistema democrático, el libre mercado y la intervención estatal en función de liderar la generación de oportunidades vía educación, capacitación, empleo y salud, principalmente, acudiendo a la expansión de los derechos laborales y de los servicios sociales bajo la idea de integración social. Este modelo es conocido como <i>estado de bienestar</i> .
Castelli et al.	Health, policy and geography: insights from a multi-level modelling approach	2013	Dentro de los factores que pueden influir en la salud y el bienestar de las personas se encuentra las condiciones económicas, físicas, ambientales y culturales, así como el acceso a los recursos de atención sanitaria y capital social.
Vannier et al.	Pathways to urban health and well-being: measuring and modelling of community services in a medium size city	2020	El bienestar de la comunidad es la combinación de condiciones sociales, económicas, ambientales, culturales y políticas que los individuos identifican como esenciales para prosperar y desarrollar su potencial. Adicional a ello, se ha demostrado que el capital social y natural es fundamental para el bienestar. En este sentido, se ha demostrado que contemplar como parte fundamental del

			capital social a familias, pequeños y grandes grupos favorece la salud física y el bienestar.
Secretaría de Salud	Documento marco Modelo Territorial de Salud	2021	<p>El cuidado para el bienestar toma elementos de la atención primaria en salud, orientados a dar respuesta a las prioridades en salud identificadas en el territorio en una cultura de cuidado que incluye la promoción de la salud, el fortalecimiento de modos de vida y hábitos cuidadores, la participación de la ciudadanía, las acciones intersectoriales y la atención individual y colectiva.</p> <p>El cuidado para el bienestar es tanto individual como colectivo, reconociendo la interdependencia entre estas dos dimensiones y está enfocado en prevenir procesos mal sanos, pero también tiene un componente resolutivo que da respuesta a problemas de salud encarnados.</p> <p>[...]</p> <p>El cuidado, en esencia, es una práctica empática, una relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad personal, social y ambiental. Parte de reconocer a un legítimo otro, de saberse frágil, para saber que requiere de cuidado, y que otros lo merecen también. Cuando el otro es consciente y reconoce su fragilidad, se da la vivencia entre ser cuidado y la voluntad de cuidar.</p>
Guilano-Ramos et al.	Capitalizing on missed opportunities for sexual health workforce development by adoption of a sexual health paradigm	2021	El reconocimiento de la salud sexual como un componente integral de la salud y el bienestar favorece el uso de otro tipo de recursos y redes más amplias con la educación, los servicios familiares y la salud comunitaria.
La Placa y Knight	Well-being: its influence and local impact on public health	2014	El bienestar como un concepto político va más allá de la visión tradicional de la salud como algo centrado en la enfermedad. De esta manera, pretende abarcar los determinantes más amplios de, por ejemplo, las familias, las comunidades y las sociedades, y la forma en que los individuos y las comunidades los interpretan.
			<p>Bienestar como la satisfacción de la necesidad "individual", dando un sentido de "propósito" en términos de "relaciones personales", "recompensa económica" y "entornos atractivos".</p> <p>Bienestar como un estado positivo de la mente y el cuerpo, sintiéndose en la capacidad de afrontamiento y conexión con las personas, las comunidades y el entorno.</p> <p>El desarrollo de conceptos comunitarios de bienestar mejora los procesos de gestión estratégica locales y comunitarios.</p>

Entrevistas tipo café mundiales

Se llevaron a cabo ocho entrevistas grupales tipo café mundial de aproximadamente cuatro horas cada una, entre enero y febrero de 2022, con el fin de saturar la temática propuesta. En estas sesiones participaron 97 personas, en las que un 52,6 % representaron a la comunidad y el 47,4 % fueron personas de las instituciones. A cada uno de los participantes se les solicitó diligenciar una encuesta que permitiera caracterizarlos, 93 participantes aceptaron diligenciarla (los resultados de la encuesta se observan en la tabla 2).

Tabla 2.
Resultados de la encuesta de caracterización en las
entrevistas grupales tipo café mundial

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Procedencia		
Comunidad	51	52,6
Institucionalidad	46	47,4
Género		
Masculino	31	33,3
Femenino	57	61,3
No binario o <i>queer</i>	4	4,3
Mujer transgénero	1	1,1
Edad		
≤30 años	26	28
30 años < x ≤60 años	56	60
Mayor a 60 años	11	12
Pertenencia o grupo étnico		
Indígena	6	6,4
Negro, mulato o afrocolombiano	9	9,7
Ninguno	78	83,9
Identidad		
LGBTIQ+	8	8,6
Víctima del conflicto armado	8	8,6
Persona en condición de discapacidad	6	6,5
Migrante	3	3,2
Reciclador de oficio	3	3,2
Trabajador sexual	2	2,1
Campesino	1	1,1
Ninguno	62	66,7
Escolaridad		
Educación secundaria	16	17,2
Educación universitaria, técnica o tecnológica	34	36,6
Educación posgradual	43	46,2
Ocupación		
Empleado o contratista	53	57
Profesional o independiente	19	20,4
Desempleado	10	10,8
Otro (estudiante, cuidador, ama de casa, etc.)	11	11,8

Nota: 93 de los 97 participantes asistentes a las entrevistas grupales tipo café mundial diligenciaron la encuesta de caracterización.

Propuesta del concepto de bienestar

Los hallazgos de la literatura en cuanto a la definición de bienestar estuvieron centrados en los elementos que garantizan un balance individual y la relación con el entorno. Uno de ellos es la aproximación al término por parte de entidades nacionales, donde bienestar se entiende como el conjunto de elementos que garantizan una relación de balance del ser humano con su entorno (18), concepto que se encontró asociado desde la política

pública en Colombia a través del modelo del estado de bienestar, el cual establece un vínculo entre el sistema democrático, el libre mercado y la intervención estatal, con el fin de liderar oportunidades en educación, capacitación, empleo y salud (19).

A su vez, el bienestar se reconoce como un concepto ligado a mejorar la salud no solo en el individuo, sino también en ámbitos donde la comunidad es el eje que guía las políticas y que está determinado por condiciones económicas, físicas, ambientales para acceder a recursos de atención médica (6,20). Bajo esta aproximación, los actores que tienen la capacidad de mejorar el bienestar de la comunidad son las personas dentro de cada jurisdicción, así como las organizaciones del sector público a través de una responsabilidad compartida; por lo tanto, el bienestar depende también de la identificación de las condiciones que resultan ser esenciales para el buen y próspero desarrollo, por parte del individuo y su comunidad (20).

Asimismo, el bienestar es un componente de la salud que crea nuevas formas de relacionamiento y asociación, las cuales resultan ser una oportunidad para usar diferentes recursos, como el respaldo a la salud física y el desarrollo de las personas (21).

Ahora, el término *bienestar* está íntimamente relacionado con el concepto de cuidado para el bienestar, a través de la promoción de la salud, el fortalecimiento de modos de vida y hábitos cuidadores, la participación de la ciudadanía, las acciones intersectoriales y la atención individual y colectiva; en este sentido, el *cuidado* es una vía principal para generar bienestar en una sociedad, ya que se refiere a la actitud hacia las personas, la población en general o al entorno, y a la capacidad del individuo para transmitir amabilidad, compasión y respeto (22).

Con relación a los hallazgos de las entrevistas grupales tipo café mundial, los representantes de las instituciones consideran que el concepto de bienestar está relacionado con la capacidad de satisfacer necesidades vitales como: alimentar, garantizar la disponibilidad de espacios, la protección del estado físico y mental del cuerpo,

potenciar la vida en comunidad y restablecer la dignidad humana.

Otra aproximación de los representantes de las instituciones es el bienestar como un estado subjetivo individual de calidad de vida, el cual cambia según el curso de vida de la persona; además, se define a partir de derechos plenos y más allá de la capacidad de atención del sistema de salud. En palabras de un representante de las instituciones durante las entrevistas tipo café mundial:

[...] cada grupo [...] tiene sus particularidades y eso [...] influye en el bienestar porque [...] implica [...] como va a estar esa persona en términos [...] de calidad de vida [...] la sociedad [incide] en que una persona esté bien o no, a partir de esas experiencias que se dan en los diferentes ciclos de la vida. (Participante institucionalidad del café mundial curso de vida)

Lograr ese bienestar no es solo responsabilidad del sector salud, ese bienestar es responsabilidad de todos [...]. (Participante institucionalidad del café mundial curso de vida)

De igual forma, en este grupo vinculan el bienestar con vida digna, acceso a servicios básicos sin barreras y equitativos, así como acceso a servicios de recreación y deporte. Adicionalmente, este concepto fue relacionado con el cuidado y autocuidado, en la medida en que implica hacerse cargo del bienestar propio, del otro y mantener relaciones sanas con el medio ambiente. Acordaron que el bienestar es un concepto holístico de ser o hacer lo que se considere importante para la persona, reconociendo las dificultades, las posibilidades y los procesos de cada persona. Además, en términos de un representante de las instituciones:

...] bienestar sería [ayudarlo a entender al ser humano personas cuando] se está vulnerando sus derechos, qué puede hacer [...]. Las instituciones [están] para ser unos canales de información y [poder garantizar] ese bienestar con [...]. (Participante institucionalidad de café mundial, mujer y nuevas masculinidades)

Desde una aproximación territorial, los representantes de las instituciones entienden el bienestar como un concepto integral que incluye

la suficiencia de algunos elementos básicos, como la alimentación, la tierra y la familia:

El bienestar es la posibilidad de desarrollar todas las capacidades humanas mediante [...] un modelo de buen vivir que incluya un soporte social o familiar adecuado, unos hábitos saludables, una actividad física regular, unos entornos de vida [...] saludables y un elemento fundamental de la libertad de pensamiento. (Participante institucionalidad del café mundial, campesinos y víctimas del conflicto armado)

Por lo tanto, bienestar para este grupo es producto de la satisfacción de múltiples aspectos de la vida, del cuidado y, a su vez, de una atención oportuna. Otro de los elementos mencionados por el grupo de institucionalidad fue el rol del cuidador y su bienestar:

Cuando [se lee o habla] de bienestar [se hace referencia a la] integralidad. Son varios aspectos que lo conforman y [...] la suma de ellos como resultado [produce] bienestar total. [Este incluye a] la familia [o al] cuidador [por lo tanto] ver también las necesidades de ese cuidador hace parte también [del] bienestar [...]. (Participante institucionalidad del café mundial personas con discapacidad)

En cuanto a las entrevistas grupales tipo café mundial con población LGBTIQ+, desde la perspectiva de los representantes de las instituciones, el bienestar se concibió como la capacidad de estar bien de manera integral consigo mismo y con las demás personas. Sin embargo, los funcionarios señalaron que el sistema de salud no en todas las ocasiones puede brindar soluciones individuales que respondan a las necesidades o identidades de la población; por el contrario, ofrece una atención generalizada de acuerdo con el sexo registrado al nacer. Esto, además, lo reconocen como un problema, en la medida en que “si no se habita el cuerpo en el que se desea vivir, sino en el que el Estado puede atender”, el concepto de bienestar se vuelve insostenible.

En el caso de los participantes de la comunidad, el bienestar involucra la garantía de los derechos fundamentales y la calidad de vida de una persona, al tiempo que se reconocen

y atienden las necesidades particulares del ser humano. Por lo tanto, es tener acceso a la salud sin barreras y proveer cuidado. También se relaciona con democratizar el acceso a la información acerca de derechos y servicios a los que puede acceder una persona, formar a las personas para tener bienestar. En palabras de un miembro de la comunidad durante las entrevistas tipo café mundial:

El bienestar es una condición donde el individuo tiene [...] una satisfacción por la garantía de sus derechos fundamentales. [El modelo] busca [...] aportar al bienestar de los individuos y las comunidades desde la competencia del sector. (Participante comunidad del café mundial, migrantes)

[...] el sistema de salud [...] [forma] en salud para tener bienestar [...] [y transforma] esa concepción de salud como enfermedad [...]. (Participante comunidad del café mundial, mujer y nuevas masculinidades)

Este grupo, además, abordó el bienestar desde la perspectiva del cuidado y cómo el sistema de salud debe proveerlo, al brindar una atención humanizada y enfocada en los diferentes contextos territoriales. Respecto a la aproximación territorial, relacionan el término con el respeto a los individuos de manera física y espiritual, al igual que con convivir en equilibrio y armonía con el medio ambiente y los animales.

Por su parte, la percepción y experiencia de la comunidad frente al cuidado y bienestar que se les ofrece desde el sistema de salud se caracterizó por una sensación de vulnerabilidad a causa del trato recibido por parte de los profesionales de salud. Este, según perciben, se caracteriza por ser discriminatorio y hostil. Del mismo modo, manifiestan tener desconfianza en el sistema, porque afecta su acceso y lleva a que las personas eviten acercarse a los centros de salud y prefieran acudir a médicos ancestrales:

[...] el concepto de bienestar para los pueblos está relacionado de hecho con el mismo concepto, [...] el bienestar es el estar bien para los pueblos, tanto espiritual como corporalmente y territorialmente [...]. (Participante institucionalidad del café mundial etnias)

En este mismo sentido, en el grupo de comunidad, aquellas personas que desempeñaban un rol de cuidadores, al hablar sobre bienestar, resaltaron que su vida sería más llevadera si tuvieran acceso a una línea de atención especial para solicitar citas o acudir con prioridad al servicio de urgencias. Así, se señaló que ese mayor bienestar para ellos se traduciría, a su vez, en una mejor atención para el paciente:

No solamente la atención en salud de la persona con discapacidad, hablando de la realidad del sector salud como tal, sino cómo favorecemos a una persona que se sienta bien, que su salud se sienta bien, pero que también [...] ese bienestar vaya de la mano de unos programas de recreación, de deporte. Son esas iniciativas las que generan bienestar y] no son del sector salud. (Participante institucionalidad del café mundial personas con discapacidad)

En cuanto a las entrevistas grupales tipo café mundial con población LGBTIQ+, los miembros de la comunidad manifiestan que el bienestar se debe entender como un derecho, más no como un privilegio, pues consideran que el sistema de salud debe caracterizarse por brindar protección y no, según su percepción, por ser costoso y de difícil acceso, discriminatorio y deshumanizado.

Para los miembros de comunidad que pertenecen o representan a poblaciones vulnerables (recicladores de oficio, trabajadores en actividades sexuales pagas y habitantes de calle), el bienestar no es solo estar bien, sino tener unos mínimos básicos que garanticen la vida digna. Igualmente, desde este grupo, el bienestar implica que toda la comunidad tenga las mismas oportunidades y herramientas de trabajo; por ejemplo, que todos los recicladores tengan acceso a la formalidad y a vehículos que faciliten el transporte de los objetos reciclables.

Dicho esto, y considerando la síntesis de lo identificado en la literatura y los hallazgos de las entrevistas tipo café mundial, se propone una definición que relaciona el cuidado para el bienestar: *el cuidado es una práctica empática y protectora de la realidad personal, social y ambiental, que parte de reconocer la fragilidad de los humanos*

y su entorno. Genera desarrollo y bienestar tanto individual como colectivo.

Discusión

Tal como se mencionó, a efectos de garantizar la mejor salud posible para poblaciones e individuos mediante la atención centrada en las necesidades, es fundamental entender cómo se perciben las relaciones entre el Estado, las personas, las organizaciones y la sociedad en el marco del bienestar. Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se comprende el bienestar como un concepto con implicaciones en planos tanto individuales como colectivos, en vez de enfocarse en solo una de ellas, y esta definición ha venido integrándose con la de cuidado.

Dentro de las definiciones encontradas en la revisión de la literatura, autores como La Placa y Knight (2) y Chochinov (23) resaltan que el bienestar en los modelos de atención en salud se asocia frecuentemente con la satisfacción de la necesidad individual y actitud hacia los otros para transmitir confianza de que se tendrán en cuenta sus intereses y características individuales en el momento de recibir atención. Es una idea que también se encuentra en los hallazgos de las entrevistas grupales tipo café mundial, a partir de las cuales se demuestra que esa satisfacción individual también es comprendida por los miembros tanto de la institución como de la comunidad, quienes resaltan el bienestar como la unión de varios componentes mediante los cuales se satisfacen desde las necesidades básicas —como el acceso a la alimentación, un lugar para vivir, a tener ropa que brinde abrigo hasta llegar a elementos más complejos, a la recreación y el deporte— como la sana convivencia en los distintos entornos de la vida —hogar, laboral, educativo, comunitario, institucional, familia, trabajo, colegio—.

Llama la atención o es de resaltar que La Placa y Knight (2) sugieran que esa satisfacción dentro del concepto de bienestar es particular; no obstante, esto no significa que sea exclusivamente individual. Por el contrario,

señala que debe tener en cuenta los intereses y las características particulares de cada población. Es compartida de manera transversal por los participantes a los cafés mundiales, cuando plantearon que la satisfacción generada por el sistema de salud no solamente debe ser individual, sino grupal.

Se encontró que, a pesar de los esfuerzos realizados por tener un sistema de salud en el que participen todas las personas, este en ocasiones no contempla la complejidad del conjunto de características que confluyen (género, etnia, cultura o actividad laboral). Lo anterior fue resaltado particularmente por los miembros de la comunidad y dejó la percepción de que el modelo de salud es limitante y excluye a ciertas comunidades de ese bienestar que pretenden garantizar, bajo un criterio de equidad que no reconoce las particularidades de los grupos poblacionales.

Ante estas respuestas, se considera fundamental entender el bienestar bajo criterios de universalidad y equidad, reconociendo las particularidades y necesidades de cada comunidad y grupo poblacional a lo largo de la vida. Allí la condición en la que se encuentran y las características que los definen y diferencian favorecen la construcción de las políticas en las cuales se brinde un enfoque desde el bienestar colectivo, sin dejar de tener en cuenta a los individuos.

Por otra parte, autores como Castelli et al. (6) y Vannier et al. (20) analizaron el concepto de bienestar y lo asociaron con diferentes consideraciones socioeconómicas, culturales, ambientales y políticas que influyen en la relación de la persona con su comunidad y entorno (18). De hecho, es visible el interés de asociar cada vez más estas condiciones para determinar el bienestar de una persona, así como la actitud que debe primar en todos los niveles de la sociedad para facilitar, respaldar y proteger ese bienestar, a través de diferentes formas de relacionamiento y asociación (20,21). Aquí entra a ejercer un rol fundamental la práctica de cuidado para el bienestar, como una habilidad empática y protectora de la realidad personal, social y ambiental, que parte de reconocer la

fragilidad de los humanos y su entorno, donde el cuidado es un generador de desarrollo y bienestar tanto individual como colectivo (23). Ese fue un hallazgo de la revisión de la literatura que también se validó, al encontrar dentro de los grupos del café mundial una conclusión similar que señala una conexión cuidado-bienestar.

De esta manera, la necesidad de enlazar el concepto de cuidado con el individuo y su entorno también se percibió en los relatos y resultados de las entrevistas grupales, por cuanto reflejan que el cuidado debe ser humanizado, oportuno e integral (participante institucionalidad del café mundial personas con discapacidad); es decir, debe ser capaz de reflejarse fuera de la infraestructura de salud, para atender las necesidades del individuo y su entorno en otros escenarios y contextos.

Durante las entrevistas grupales también fue notorio el interés de los participantes de la institucionalidad por resaltar el esfuerzo propio de las entidades del Distrito por hacer del cuidado una práctica sostenible y empática con el otro, que puede materializarse a través de acciones individuales y colectivas, lo que muestra la relación empírica encontrada a partir de las entrevistas entre el bienestar y el cuidado. En este contexto, según su narrativa, la provisión de servicios debe orientarse a promover el cuidado de forma integral y que no se limite a la actividad social o de trabajo, y que permita ver diferentes modos de relacionamiento en la comunidad, tal que se llegue a ese estado de bienestar que buscan garantizar.

Pese a esto, no se puede olvidar que el bienestar está influido por las necesidades del individuo, pero también por las de los entornos donde interactúan los grupos poblacionales. Esto quiere decir que la provisión de servicios para promover el bienestar, tal como se percibió en las vivencias de la comunidad en las entrevistas grupales, no se puede mediar de forma aislada en el espacio en el que vive y labora el individuo, sino que los planes de salud y las intervenciones deben estar unificadas en los diferentes espacios, a fin de que esas particularidades que condicionan al ciudadano no sean una barrera para gozar de ese bienestar buscado de modo constante.

A partir de lo anterior, el bienestar puede tener una connotación ambivalente, al estar en un plano individual, pero a la vez colectivo, según los hallazgos concordantes entre la fase teórica (revisión de la literatura) y la fase empírica (entrevistas). Por otra parte, queda claro que la idea de bienestar se acerca al concepto de cuidado, en la medida en que ambos procuran una mejora de la calidad de vida de las personas. Se encontró una coincidencia en el concepto de bienestar, a través de las dos fases metodológicas que se emplearon en esta investigación. Es importante destacar que los relatos de la comunidad dieron cuenta de que ciertos aspectos parecen distar de la salud, pero que forman parte de ese bienestar, como son los factores socioeconómicos, culturales y ambientales. Aquí lo interesante —y quizás uno de los retos de los modelos de salud— es entender esos factores, a fin de promover un bienestar que incluya una interacción con otros sectores para llegar a cumplir el ideal del ciudadano en todo cuanto lo define y condiciona, y que también actuaría independiente de la presencia o ausencia de enfermedad, promoviendo un bienestar equitativo en la sociedad.

Por último, las fortalezas de este estudio son como se construye el concepto de bienestar de manera particular para el contexto en el que se hace la investigación: actores que incluye sistema de salud de la ciudad de Bogotá. Para analizar y tomar su sentir en la construcción de este concepto. No obstante, se hizo una revisión de la literatura para tener en cuenta aspectos más objetivos en la construcción del concepto. Dentro de las limitaciones de este trabajo es no haber llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura y no haber contado con la opinión de algunos otros actores sociales de importancia en la fase cualitativa.

Conclusiones

En este artículo se planteó el proceso de construir la definición del concepto de bienestar que se considera da respuesta a las dinámicas que implica el contexto, así como la perspectiva

institucional y comunitaria, y la revisión de la literatura, desde la perspectiva individual y colectiva. Se propuso una definición de bienestar no solamente basada en lo referido en la literatura científica al respecto, sino también en el sentir de las personas de un contexto específico. Cabe aclarar que son la personas que trabajan en el sistema de salud y a quienes se dirigen las acciones en salud de este sistema de salud en la ciudad de Bogotá.

Se concibe el bienestar influenciado por las necesidades del individuo, en los entornos donde interactúan los grupos poblacionales. De la misma manera, se evidencia el bienestar cercano al concepto de cuidado, en la medida en que ambos procuran una mejora de la calidad de vida de las personas. Adicionalmente, a partir del análisis se incluyen en el bienestar los factores socioeconómicos, culturales y ambientales.

Financiación

Esta estrategia se desarrolló en el marco del Convenio Especial de Cooperación 3028486 de 2021, entre el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo desean declarar que no tienen ningún conflicto de intereses que pueda influir en la objetividad y la integridad de los hallazgos y conclusiones presentados en esta publicación académica.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [internet]. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
2. La Placa V, Knight A. Well-being: its influence and local impact on public health. *Public Health*.

2014;128(1):38-42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.09.017>

3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Enfoque diferencial: origen y alcances [internet]. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/P/S/enfoque-diferencial-origen-alcances.pdf>
4. Ossa JF. Los conceptos de bienestar y satisfacción: una revisión de tema. *Rev Guillermo Ockham*. 2005;3(1).
5. Decreto 327/2007 del 25 de julio, por el cual se adopta la Política Pública de Ruralidad del Distrito Capital [internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2007. Registro Distrital 3805 del 25 de julio de 2007. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25933&dt=S>
6. Castelli A, Jacobs R, Goddard M, Smith PC. Health, policy and geography: insights from a multi-level modelling approach. *Soc Sci Med*. 2013 Sep;92:61-73.
7. Paré G, Kitsiou S. Chapter 9: Methods for literature reviews [internet]. En: Lau F, Kuziemy C, editores. *Handbook of ehealth evaluation: an evidence-based approach* [internet]. Victoria (BC): University of Victoria; 2017 Feb 27 [citado 2023 feb 18]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481583/>
8. Eck N, Waltman L. *VOSViewer*. Netherlands; 2020.
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016 Dec 5;5(1):210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

10. QSR International Pty Ltd. NVivo (Version 12). 2018.
11. Löhr K, Weinhardt M, Sieber S. The “World Café” as a participatory method for collecting qualitative Data. *Int J Qual Methods*. 2020 Jan;19.
12. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1999.
13. Panozzo-Zenere G. Quiénes son los visitantes de los museos de arte: particularidades de los públicos del fin de semana en el Museo de Arte de Tigre (Argentina). *An do Mus Paul História e Cult Mater*. 2020;28. <https://doi.org/10.1590/1982-02672020v28e11>
14. Romero-Rodríguez LM, Mancinas Chávez R, coords. Comunicación institucional y cambio social: claves para la comprensión de los factores relacionales de la comunicación estratégica y el nuevo ecosistema comunicacional. Sevilla: Egregius; 2016.
15. Gómez Gutiérrez LF. Democracia deliberativa y salud pública. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
16. Stevens BJ, Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 2018.
17. Resolución 8430/1993 oct 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. Ministerio de Salud de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
18. Secretaría de Salud de Medellín. Anexo 2: Plan territorial de salud del municipio de Medellín. Medellín; 2020.
19. McGrail M, Humphreys J. Spatial access disparities to primary health care in rural and remote Australia. *Geospat Health*. 2015;10(2):358. <https://doi.org/10.4081/gh.2015.358>
20. Vannier C, Campbell M, Kingham S. Pathways to urban health and well-being: measuring and modelling of community services’ in a medium size city. *Geospat Health*. 2020 Jun;15(1). <https://doi.org/10.4081/gh.2020.808>
21. Guilamo-Ramos V, Benzekri A, Thimm-Kaiser M, Geller A, Mead A, Gaydos C, et al. Capitalizing on missed opportunities for sexual health workforce development by adoption of a sexual health paradigm. *Am J Public Health*. 2021 Nov;111(11):1916-9.
22. García AA, West Ohueri C, Garay R, Guzmán M, Hanson K, Vasquez M, et al. Community engagement as a foundation for improving neighborhood health. *Public Health Nurs*. 2021;38(2):223–31. <https://doi.org/10.1111/phn.12870>
23. Chochinov HM. Dignity in care: time to take action. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Nov;46(5):756-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.08.004>