

RECONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO COMO DEBER Y CORRESPONSABILIDAD
DE LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYE A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE
SALUD

TATIANA FERNÁNDEZ OTÁLVARO
SARA PINEDA MURIEL
VIVIANA ALEJANDRA ECHEVERRY ARIAS

Monografía

Asesor

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2020

CONTENIDO

CONTENIDO	2
RESUMEN	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL	9
Objetivos específicos	9
METODOLOGÍA	10
1. CAPITULO I	11
HISTORIA DEL AUTOCUIDADO	11
1.1. HISTORIA Y ORIGEN DEL AUTOCUIDADO	11
1.1.1. Origen del autocuidado en la cultura griega y el estoicismo	12
1.1.2. El cuidado de si y el cuidado de otros por Foucault	12
1.1.3. Origen del concepto actual del autocuidado	14
1.1.4. Concepto del autocuidado en la enfermería.	15
2. CAPITULO II	17
EL AUTOCUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL RIESGO	17
2.1. CONCEPTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	17
2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTOCUIDADO	17
2.3. FACTORES DE RIESGO	19
2.3.1. Factores socioeconómicos	21
2.3.2. Factores biológicos	21
2.3.3. Factores ecológicos	21
2.4. GRUPOS DE RIESGO	22
2.5. PREVENCIÓN DEL RIESGO Y EL AUTOCUIDADO	23
3. CAPITULO III	25

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y COSTOS EN SALUD	25
3.1. CONCEPTOS SOBRE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	25
3.2. INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO Y COSTOS ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS	26
3.3. INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO Y COSTOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	28
4. CAPITULO IV	32
EL AUTOCUIDADO Y LA CORRESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD	32
4.1. EL AUTOCUIDADO EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA.....	32
4.2. CONCEPTOS DEL PRINCIPIO DE CORRESPONSABILIDAD EN SALUD...	33
4.3. DERECHOS Y DEBERES EN SALUD	35
5. CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	39

RESUMEN

El autocuidado es una práctica cultural que implica el cuidado de la salud propia y de las demás personas y al ser la salud reconocida como un derecho universal y de carácter social hace que la falta de autocuidado se vea reflejada en el aumento de los **gastos en salud**, especialmente en el manejo de **enfermedades crónicas o no transmisibles** que generan grandes impactos en morbilidad y mortalidad, por tanto la solución de las problemáticas en salud requiere de la intervención de todos los actores y de la participación activa de los individuos a través del cumplimiento de sus deberes en salud y la adopción de **estilos de vida saludable**. Se hace indispensable que el sistema de salud no centre su modelo de atención solo en la enfermedad sino también en la **promoción de la salud**, la **prevención de la enfermedad** y la rehabilitación y considerarlos como una herramienta para volver los sistemas de salud más sostenibles. El objetivo de esta monografía es describir el autocuidado como un deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud, se llevará a cabo una monografía de tipo argumentativa exploratoria donde se analizará literatura científica y literatura gris, sin una temporalidad específica, la búsqueda de artículos se realizará en el google académico y las bases de datos de la biblioteca de la universidad CES (Scielo, Pubmed, Medline, Journals, Science Direct, Scopus, Vlex, Fuente académica premier).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El autocuidado es una construcción cultural relacionada con el cuidado propio, de sus familiares y personas más cercanas, que se hace viable a partir de factores como los conocimientos previos, el tiempo disponible, los recursos económicos, la edad, el género y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud(1).

A pesar de la gran difusión de información y recomendaciones que se entregan en los servicios de salud, y a través de los medios de comunicación masivos, aún persiste una baja adherencia a estilos de vida saludables en la población. Las enfermedades crónicas que dependen de los estilos de vida siguen constituyendo el principal problema de salud pública en las Américas(2).

Al tema de los costos en salud y particularmente a su crecimiento, se recurre frecuentemente en todos los estudios relacionados con la salud pública y sus limitantes. Para algunos, el lema "la salud no tiene precio" mantiene mucho interés político, sobre todo por su papel en las contiendas electorales cuando cada aspirante promete maravillas, pero en el fondo, la expresión "no tiene precio", se convierte en el camino más corto hacia la insostenibilidad de los sistemas de salud, cuando los razonamientos de tipo lógico y de base económica no se consideran(3).

Lo real y aceptado es que la solución de los problemas de salud no depende solo de aportes monetarios y de infraestructuras, como ocurre en la producción industrial o en el comercio. Es algo mucho más complejo, en primer lugar, por reconocerse como un bien público y un derecho universal, en segundo, dado que implica tanto el derecho de las personas y las poblaciones, como su obligación para cumplir deberes como el autocuidado y los hábitos de vida saludables y en tercer lugar y no menos importante, la producción de salud tiene un carácter social y en consecuencia desborda la capacidad y los recursos de los propios sistemas de salud. No se intenta tampoco convertir o querer convertir la salud en un negocio, pero nada impide que muchas de las excelentes tecnologías y habilidades que emplean los gerentes para hacer competitivos y eficientes sus negocios, puedan adaptarse para crear mejores sistemas y servicios de salud(3).

Durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública y son el nuevo rol del paciente, como agente activo, gestor y generador de su salud y el paradigma de la atención centrada en el paciente, algunos de los hitos más importantes en la mejora continua de la atención sanitaria. La participación de los

pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias(4).

La evidencia sugiere, que la participación de los pacientes puede llevar a mejores resultados en salud y satisfacción de las personas, a contribuir a la mejora de la calidad de la atención y seguridad de pacientes y a ayudar en la eficiencia y en el control del costo de la atención sanitaria. Por ello desde las instituciones sanitarias están promoviendo la participación y la corresponsabilización de pacientes y ciudadanos en el cuidado de su propia salud(5).

El cambio de un modelo paternalista de atención sanitaria a un modelo de atención más participativo va por un camino más lento ya que los profesionales necesitan aprender herramientas que les ayuden a estimular la participación de los pacientes y ser conscientes de las ventajas de un modelo centrado en la persona y la comunidad, frente al clásico modelo centrado en el profesional(5).

La falta de adherencia terapéutica es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos por lo cual se desarrollan consecuencias físicas y psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes y generan un alto costo en los servicios de salud(6).

Los programas y las acciones de información y formación sanitaria, que tradicionalmente excluían a los pacientes y la ciudadanía, hoy los toman como corresponsables. La formación de pacientes expertos y la formación entre iguales son estrategias que cada vez se incorporan más a las agendas políticas de salud pública(4).

La dinámica poblacional de Colombia muestra en la transición demográfica un aumento de la población adulta mayor, además de los fenómenos sociales como el conflicto armado, que han ocasionado cambios en la morbilidad, por ejemplo el aumento de enfermedades crónicas y psicológicas generan un gran impacto económico en los procesos de diagnóstico, atención y rehabilitación; el fortalecimiento del autocuidado y el reconocimiento de la importancia del mismo permite hacer un abordaje participativo de los individuos y así reducir el gasto consecuente de los múltiples ingresos a los servicios de salud, las complicaciones y secuelas, lo que requiere del fortalecimiento de la confianza con los sistemas sanitarios, las estrategias de educación y la medición de la adherencia a las prácticas de autocuidado.

En la actualidad se observa un insuficiente protagonismo del autocuidado como una práctica fundamental y herramienta que contribuye a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y por consiguiente a la sostenibilidad de los sistemas de salud, por lo tanto se plantea la hipótesis de una escasa literatura e investigación en relación a los costos en salud, como consecuencia de las inadecuadas prácticas de

autocuidado desde la perspectiva de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos específico.

JUSTIFICACIÓN

Esta revisión bibliográfica, facilita que se visualice el autocuidado como esa práctica histórica, social y personal indispensable que permite a los seres humanos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de manera más eficiente y considerarlo como una herramienta para volver los sistemas de salud más sostenibles; logrando poblaciones más saludables, adherentes y conscientes lo que conlleva a una menor demanda de los servicios; por lo tanto se hace necesario comenzar a hacer visible el autocuidado como parte esencial dentro del sistema.

El sistema de salud colombiano requiere que la sociedad y los profesionales de diversos sectores creen lazos y confianza con el sistema, eduquen en el autocuidado para cambiar de modelos de atención centrados en los profesionales y en la enfermedad a modelos donde los individuos y las familias sean protagonistas y parte activa de sus procesos de salud; donde la generación de responsabilidad y corresponsabilidad con el sistema de salud permitan una utilización más eficiente de los recursos.

La generación de corresponsabilidad a través de la educación y del reconocimiento que tenemos de los deberes con nosotros mismos y con los demás como seres sociales que somos, es parte fundamental en esa suma de factores que disminuyen los gastos de los sistemas de salud y evitan que se vuelvan frágiles e inequitativos, por tanto requiere que se dirija a través de un trabajo conjunto entre el personal sanitario, los individuos y la comunidad en general, reconociendo que los modelos de salud deben enfocarse en la promoción de la salud y no solo en el tratamiento de la enfermedad y que la educación en autocuidado debe responder a las características y necesidades individuales.

Se hace necesario reconocer el autocuidado como pieza fundamental en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas, contribuyendo a una reducción de la morbilidad por patologías crónicas que suponen elevados costos para los sistemas de salud, por lo tanto se requiere de la educación de los ciudadanos para que asuman la responsabilidad de su propia salud y perciban el autocuidado como una herramienta y no como una imposición para contribuir a la sostenibilidad del sistema, generando un cambio de paradigma en el cual se requiere que el paciente sea un agente activo que participe de forma directa en el cuidado de su propia salud.

Se pretende incentivar al personal sanitario en la realización de medición de adherencia a estilos de vida saludables, tratamientos y uso de los servicios de prevención en materia de investigación, facilitando el conocimiento acerca del empoderamiento que tienen los individuos sobre su salud y como el personal sanitario podría intervenir para dar herramientas en el mantenimiento de la salud y recuperación durante la enfermedad de manera más eficiente, donde todos los actores implicados en el proceso se beneficien y logren de esta manera un equilibrio entre el proceso salud enfermedad y los sistemas de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el autocuidado como un deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud.

Objetivos específicos

- Describir históricamente como ha sido reconocido el autocuidado dentro los sistemas sociales y sistemas de salud.
- Identificar como contribuye el autocuidado en la prevención del riesgo y la modificación de los estilos vida.
- Reconocer la influencia del autocuidado en el manejo de las enfermedades crónicas como las del sistema cardiovascular y la diabetes mellitus.
- Identificar cómo es percibido el autocuidado, como un factor que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud.

METODOLOGÍA

Se realizará una monografía de tipo argumentativa exploratoria donde se analizará literatura científica y literatura gris, sin una temporalidad específica dado que el autocuidado es una práctica social inherente al ser humano y no pueden ser enmarcada en un tiempo determinado de la historia para hacer su análisis

La búsqueda de artículos se realizará en el google académico, las bases de datos de la biblioteca de la universidad ces (Scielo, Pubmed, Medline, Journals, Science Direct, Scopus, Vlex, Fuente académica premier).

La búsqueda de la información estará orientada con las palabras claves y palabras compuestas: cuidado, autocuidado, cuidado de si, autoatención, responsabilidad social, corresponsabilidad en salud, estilos de vida saludable, gastos y autocuidado, promoción y prevención en salud, autocuidado y enfermedades no transmisibles, autocuidados y enfermedades crónicas, autocuidado costos y gastos en salud, historia y autocuidado.

Cada uno de los investigadores realizará la búsqueda de información con las palabras y combinaciones de palabras claves ya citadas en las bases de datos mencionadas anteriormente, en el procesamiento y análisis de la información se utilizará Microsoft Excel consolidando una base de datos con los artículos encontrados donde efectuará la trazabilidad con los objetivos y la información pertinente depurando los artículos duplicados o que no cumplan con los requisitos de calidad en cuanto a fuente de la información, redacción inclusión de palabras claves y se ejecutará una evaluación para cada artículo según pertinencia para la monografía, el informe final se realizará en Microsoft Word y se divulgará para ser entregado a la biblioteca de la universidad CES.

RESULTADOS

Reconocimiento del autocuidado como deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud.

1. CAPITULO I HISTORIA DEL AUTOCUIDADO

El siguiente capítulo busca describir que es el autocuidado su origen, como ha sido reconocido históricamente en los sistemas sociales y de salud, como al ser el autocuidado inherente al ser humano siempre ha estado inmerso en su desarrollo y como se acuña el concepto actual.

1.1. HISTORIA Y ORIGEN DEL AUTOCUIDADO.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle(7).

El propio cuidado de la salud ha sido indispensable para el mantenimiento y la preservación de la vida a lo largo de la historia y para ello los seres humanos han construido significados y prácticas socioculturales diversas que determinan formas particulares de cuidarse a sí mismos. Desde la cultura griega, en la que se tenía una concepción integral sobre el *cuidado de sí*, considerando que no solo debía cuidarse el cuerpo sino también el alma, hasta llegar a la tradición judeocristiana, en la que se da prevalencia al cuidado del espíritu, relegando a un segundo plano los cuidados del cuerpo, han existido determinantes sociales y culturales que influyen en la creación y adopción de diferentes representaciones sociales en relación con el propio cuidado de la salud(8).

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la

que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud(7).

1.1.1. Origen del autocuidado en la cultura griega y el estoicismo

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos, como lo dice Epicteto, uno de los principales representantes de los estoicos, el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para él la inquietud de sí era un privilegio deber, un don obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación(7).

Es así como los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor(7).

Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado(7).

1.1.2. El cuidado de si y el cuidado de otros por Foucault

Para abordar el cuidado de sí, Foucault acude a la tradición grecolatina, entre otros, se acerca a Séneca, Marco Aurelio y Epicteto, quienes desde el Estoicismo postularon algunas condiciones sobre el cuidado de sí. Estos pensadores asumieron el cuidado de sí como una práctica constante, “en toda la filosofía antigua, la inquietud de sí se

consideró a la vez como un deber y como una técnica, una obligación fundamental y un conjunto de procedimientos cuidadosamente elaborados”(9).

Desde la perspectiva genealógica de Foucault, el cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (10).

El decir de Foucault es que el cuidado de sí para Epicteto es “un privilegio-deber, un don obligación que nos asegura la libertad obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda nuestra aplicación”. En este sentido, podríamos afirmar con el autor que el hombre es libre y esta libertad le permite elegir ocuparse de sí mismo; sin embargo, como hombre es el único que tiene ese privilegio, y en cuanto tal es un deber ocuparse de sí. Así las cosas, es más libre quien se ocupa de sí mismo, puesto que ese conocimiento de sí le permite estar en posición de ventaja respecto a los otros, respecto de las decisiones que tome y respecto de la vida misma(9).

Es así como los sujetos que participan de estas prácticas de la libertad deben ocuparse de sí mismos para que de esta manera sus pensamientos y acciones, de acuerdo con sus vivencias, estén cargadas de valores morales que los han adquirido de su experiencia de vida para cuidar de los otros. Pagni afirma que “no es por el hecho de aprender a cuidar de los otros que estos sujetos establecerían sus conexiones con la ética, sino que es justamente porque ellos cuidan de sí mismos(10).

Preocuparse por uno mismo significa una forma de dirigir la mirada: desplazarla desde el exterior, desde el mundo, desde las cosas, desde los otros, hacia uno mismo. Es una mirada sobre la práctica de la subjetividad. La preocupación por uno mismo es la actividad que uno mismo ejerce sobre sí. Foucault nos dice en la *Hermenéutica del sujeto*: “uno se preocupa de sí para sí mismo, y es en esta preocupación por uno mismo en donde este cuidado encuentra su propia recompensa”(10).

Foucault promulgaba que el cuidado de sí permite a los hombres, a los individuos, efectuar, por cuenta propia o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo, su alma, pensamientos, conducta o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismo con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad(10).

El cuidado de sí expresa una actitud consigo mismo, pero también con los otros, y con el mundo. Es, por un lado, una forma de vigilancia sobre lo que uno piensa, sobre el pensamiento y, a la vez, designa un determinado modo de actuar mediante el cual uno se transforma al hacerse cargo del otro. En este sentido, comprende tanto pensamiento como acción de sí, conocimiento y cuidado de sí, pero al mismo tiempo cuidado del otro(10).

1.1.3. Origen del concepto actual del autocuidado

En el siglo XX, la medicalización de la vida cotidiana, los altos costos y la deshumanización de la atención médica, fueron críticas surgidas en las décadas de los años sesenta y setenta a la biomedicina, las cuales fueron además el antecedente que originó la reaparición del autocuidado dentro de un movimiento vinculado a grupos feministas y de aquellas agrupaciones que defendían la autonomía promoviendo el bienestar y la autoayuda(11).

El concepto de autocuidado surgió entre los años 60 y 70 del pasado siglo, cuando se observó la importancia de que las personas adoptasen un rol activo sobre sus enfermedades frente al afrontamiento pasivo tradicional. Los pacientes que empezaban a tomar el control sobre sus vidas y su enfermedad demandaban menos cuidados profesionales y ganaban en calidad de vida. Durante estas décadas, el autocuidado se considera un movimiento social en contraposición a la hegemonía médica, pero también se interpretó como una estrategia para disminuir la utilización de los servicios de salud, cuyos costos iban en aumento vertiginoso. En estas acepciones, se percibe una postura filosófica más orientada al pragmatismo que a la consideración del autocuidado como una cualidad innata en el ser humano(12).

En la política de “Salud para todos en el siglo XXI”, la OMS concede una elevada importancia a la participación activa de los ciudadanos en el cuidado de la salud. En el objetivo 8°, reducir las enfermedades transmisibles, considera el fomento del autocuidado como uno de los principales ejes de la promoción de la salud, y los describe como las actividades que los individuos, familias y comunidades emprenden con la intención de mejorar, prevenir o controlar la enfermedad y restaurar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y habilidades técnicas y de la propia experiencia de la vida. Son emprendidas por las personas bien, por decisión propia o en colaboración con los profesionales(12).

La descripción más clásica de autocuidado se debe a Levin, quién lo definió como “el proceso por el que la propia persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y de la aplicación de los tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud”. Con esta concepción se pone el autocuidado fuera del dominio del sistema de cuidado de salud profesional(12).

Dean opina que el autocuidado puede emprenderse independientemente o junto a los profesionales de la salud, e incluye la dimensión de no hacer nada, como un aspecto importante del mismo. En este sentido, si consideramos el autocuidado de libre determinación, la decisión de consultar a un profesional podría ser considerada una dimensión del autocuidado, de forma que la relación complementaria entre el autocuidado y el cuidado profesional sugiere que este último sea una dimensión necesaria para la promoción del bienestar y la salud. El autocuidado también ha sido considerado por Dean

como parte del estilo de vida, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social(12).

1.1.4. Concepto del autocuidado en la enfermería.

Desde la enfermería, el autocuidado tiene una fuerte influencia del trabajo realizado por Orem, quien "justifica" la participación profesional de la enfermera en situaciones en que la persona no puede cuidar su salud por sí misma, o no está motivada para hacerlo. Para la autora, el autocuidado es el repertorio más básico del cuidado de la salud y define el término como:

“el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”(12).

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar(13).

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo(14).

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado(13).

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita(13).

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el

autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado(14).

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre(13).

2. CAPITULO II

EL AUTOCUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL RIESGO

En este capítulo se describe el autocuidado y su relación con la adopción de estilos de vida saludables y la prevención del riesgo como factores que están directamente relacionados con el cuidado de la salud, tanto individual como colectiva para garantizar una mayor calidad de vida.

2.1. CONCEPTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

El concepto de estilo de vida se relaciona con modo de vida, determina la forma cómo se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud - enfermedad. Son patrones de comportamiento de las personas que presentan una relativa permanencia en el tiempo, influenciado por factores internos: pensamientos, emociones, conocimientos, habilidad y actitudes; y externos: condiciones familiares, sociales, culturales y medioambientales. Manifiesta una determinada cultura en una comunidad, familia o individuo, que tiene una forma de vida en particular, de acuerdo con sus conocimientos, sus necesidades y sus posibilidades económicas(15).

Los estilos de vida están influenciados por factores tanto internos como externos al individuo en los que interactúan variables biomédicas, psicosociales y de vida cotidiana. Tradicionalmente este fenómeno se ha abordado desde un enfoque centrado en enfermedades específicas evaluando la prevalencia e interviniendo en conductas de riesgo, mayoritariamente en población vulnerable(16).

El estilo de vida, muy vinculado al autocuidado, es un concepto construido con aportación de las ciencias sociales que intenta destacar la forma en que la cultura se expresa en los comportamientos de los individuos, mostrando que las conductas relacionadas con la salud son el resultado de una compleja interacción de aspectos biográficos, sociales y culturales(12).

2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTOCUIDADO

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual. Tampoco es sorpresa el hecho, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con

estos temas. El tiempo de sueño, los hábitos alimentarios, el manejo de la alimentación y el peso corporal, la recreación, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el uso de cinturón de seguridad, el uso de casco cuando se utiliza bicicleta y motocicleta, el cumplimiento de las normas de tránsito, el sexo seguro y protegido, el cepillado de dientes, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud, por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud(17).

El desarrollo de la promoción de la salud es un eslabón de vital importancia en la construcción de un mundo humano y saludable, siendo de importancia establecer un efectivo proceso en los comportamientos organizacionales, incluyendo la promoción de la salud(18).

En base a la definición que se estableció en la Conferencia Internacional de Ottawa en 1986, la promoción de la salud es *"el proceso de capacitar a las personas y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, y, por lo tanto, mejoren su salud"*. De acuerdo con Tercedor, Jiménez, & López, la promoción de la salud implica por un lado la potenciación de estilos de vida saludables y por otro, la reducción de aquellos precursores de la enfermedad; en este sentido, la reducción de problemas favorecedores del desarrollo de enfermedades requiere necesariamente la adopción de perspectivas integradas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades(18).

Por otra parte, la promoción de la salud también ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas(19).

La promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son:

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo con la situación que estén viviendo.

3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez(19).

La promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud para el caso colombiano(19).

2.3. FACTORES DE RIESGO

La palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana. Podemos decir que con ella se describe, desde el sentido común, la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso. Aparece entonces el riesgo a enfermar como otra de las grandes preocupaciones en la sociedad actual, aunque las estrategias de enfrentamiento al mismo varían de acuerdo con el contexto socioeconómico y político, las condiciones de vida y el cuadro epidemiológico que caracterice a cada zona o región(20).

Por otra parte, el riesgo en salud es “La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”(21).

Los factores del riesgo se definen como "conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño"; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar(22). En sentido general, el conocimiento de los factores de riesgo es imprescindible para la proyección de estrategias y políticas de promoción de salud y prevención de diversas enfermedades. De hecho, en el campo de la salud pública se habla más de factores de riesgo que de peligros en los que se incluyen precisamente los psicosociales que, entre otros, abarcan los estilos y condiciones de vida de las personas y sus comportamientos de riesgo(20)

Entre otras cosas es necesario conocer la organización social de la familia, su filosofía, economía colectiva y sistemas políticos, incluyendo también el ambiente comunitario y nunca obviar los riesgos a los que puede estar sometida la persona, la familia y la comunidad(23).

Se puede entonces agrupar los factores de riesgo en tres grupos: factores biológicos, factores socioeconómicos, y factores ecológicos(23).

Tabla 1. Principales riesgos

Tipos	Variantes
Riesgos biológicos	Grupos etáreos: <ul style="list-style-type: none"> • Niños • Ancianos • Adolescentes
Riesgos socioeconómicos	a) Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> • Hábito de fumar • Alcoholismo • Inadecuados hábitos alimentarios • Promiscuidad • Obesidad y sedentarismo • Dieta cargada en café, condimentos, sal, grasas saturadas y calorías b) Socioculturales: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel educacional • Pobre educación sexual. • Soledad, abandono y carencia de apoyo. c) Económicos: <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Nivel de ingreso bajo d) Organizacional: <ul style="list-style-type: none"> • Pobre accesibilidad • Baja calidad de atención
Riesgos ecológicos	Características del medio ambiente natural: <ul style="list-style-type: none"> • Clima • Zona geográfica • Contaminación • Fuentes nutricias

Rojas Teja J, Zubizarreta Estéve M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. marzo de 2007;23(1):0-0.

2.3.1. Factores socioeconómicos

Según la OMS (2002), los factores que hacen que una persona se enferme pueden tener varios años de duración y estar influenciados por determinantes socioeconómicos más generales. El nivel de ingresos y el nivel educativo pueden influir por ejemplo en los hábitos alimentarios y en el consumo de alcohol, los cuales “interactúan a su vez con causas fisiológicas y fisiopatológicas como la tensión arterial, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa, para dar lugar a enfermedades como los accidentes cerebrovasculares o la cardiopatía coronaria”. El conocimiento de la distribución y los determinantes de los riesgos tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones individuales y colectivas basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado(24).

Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello. La pobreza y la mala salud están interrelacionadas(25). Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional(26).

2.3.2. Factores biológicos

Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, como por ejemplo las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y costos altísimos para su tratamiento(25).

2.3.3. Factores ecológicos

Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, los cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación adecuada de

los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud(25).

En los diferentes grupos poblacionales existen creencias, costumbres, actividades, prácticas y prejuicios que influyen en la salud, estos pueden ser la sobrealimentación, hipoalimentación, alimentación insana (alta ingestión de grasas saturadas y calorías), composición y valor biológico de los alimentos, requerimientos nutricionales, horario y periodicidad de la alimentación, y la aglactación incorrecta(23).

Hábitos tóxicos

- Hábito de fumar (tabaquismo).
- Ingestión de alcohol.
- Drogas. (Psicoestimulantes, narcóticos).
- Cafeína.
- Automedicación.

Si el estilo de vida que lleva el paciente incluye las prácticas de hábitos tóxicos, entonces estamos frente a un factor de riesgo agravante y el desconocimiento de sus consecuencias y secuelas acarreará la aparición de cuadros patológicos que muy bien pudieran prevenirse(23).

Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicio de salud pública adecuados, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representan "Factores de Riesgo", que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el Proceso Salud Enfermedad y si su influencia negativa opositora, supera(es decir: vence, predomina) la acción de los requeridos elementos benefactores, tendremos como resultado nuevas calidades producidas por cambios o transformaciones que expresarán el deterioro progresivo del organismo humano y es por eso que se habla de cambiar o modificar Modos y Estilos de Vida(21).

2.4. GRUPOS DE RIESGO

Es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Los grupos de riesgo se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud

pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral(27).

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables y dicha vulnerabilidad se atribuye a características biológicas (sobre todo genéticas), psicológicas, sociales, económicas, etc. Se les llama Grupos de Riesgo por ejemplo a embarazadas, niños y ancianos; los desnutridos, hacinados, inmunodeprimidos, diabéticos entre otros, tienen mayor probabilidad de contraer la tuberculosis)(28).

Los Grupos de Riesgo constituyen la base para la gestión integral del riesgo en salud, y son definidos por el MSPS, quien conforma los grupos para la gestión integral del riesgo en salud, los cuales responden a los grupos poblacionales priorizados, y corresponden a un conjunto de eventos de interés en salud pública que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos, y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente establecida como proceso de atención integral, sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. Para la priorización de los grupos, el MSPS tiene en cuenta los siguientes criterios la magnitud y la severidad de los eventos, la generación de carga de enfermedad, la evitabilidad la cronicidad, los intolerables y el costo para las familias y el SGSSS(27).

2.5. PREVENCIÓN DEL RIESGO Y EL AUTOCUIDADO

El autocuidado de la salud es un camino a seguir por cualquier persona, familia, grupo social y centros laborales para que se preserve, se mantenga o se recupere la salud en forma integral, a un menor costo que bajo cualquier otro sistema. El autocuidado de la salud tiene su principal fuerza en cada uno de los habitantes del país, pero requiere para su aplicación de una educación sanitaria que todavía no se alcanza fácilmente. Cobrar conciencia de los problemas y sobre todo actuar antes de que se presenten, requiere que, desde etapas tempranas de nuestro desarrollo educativo, a nivel preescolar y escolar básico (primaria) se de una cultura de la conservación de la salud. El autocuidado de la salud significa hacer, en lo individual, un análisis de nuestra situación actual y catalogar las acciones en diferentes etapas: salud, riesgo, enfermedad aguda, enfermedad crónica o rehabilitación. En cada una de las anteriores situaciones debemos participar como individuos, familia, sociedad, ámbito laboral o profesionales. La suma de los factores dará un plan de trabajo integral con miras a obtener felicidad, salud, equilibrio psicológico y bienestar social, lo que repercutirá en productividad y riqueza(29).

Las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de testículo. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad(22).

3. CAPITULO III

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y COSTOS EN SALUD

En el siguiente capítulo se desarrolla la forma en la que se relaciona el autocuidado con las enfermedades crónicas, influencia, costos; se analiza específicamente desde las enfermedades crónicas de origen cardiovascular y la diabetes mellitus dado que estas enfermedades tienen un gran impacto en las personas y su calidad de vida así como en los sistemas de salud.

3.1. CONCEPTOS SOBRE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Por enfermedad crónica (EC) se entiende la afectación a la salud que persiste en el tiempo y requiere de cuidados continuos y permanentes, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, algunas enfermedades respiratorias, el sida y algunos tipos de depresión, entre otras(30).

Debido a la complejidad de las EC, se hace difícil poder controlarlas y reducir la mortalidad y la discapacidad asociadas con ellas. Entre los principales obstáculos se encuentran el limitado acceso a servicios de salud de buena calidad, la insuficiente coordinación del tratamiento debido a la frecuente comorbilidad asociada, la deficiente educación dirigida a promover un mejor autocuidado, la escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables y la inadecuada comunicación entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden(30).

La OMS, después de analizar que las enfermedades crónicas constituyen uno de los primeros motivos de consulta, atención de urgencias y primeras causas de muerte no solo en las naciones del primer mundo, sino que están emergiendo en los llamados países en vía de desarrollo, trata de sensibilizar a los sistemas sanitarios mundiales y, de que no se enfatiza lo suficiente en el papel del paciente en el autocuidado o manejo de su enfermedad, a pesar de la importancia de la salud conductual y la adherencia a los regímenes terapéuticos. Considera que no se les proporciona información esencial, ni habilidades para manejar su condición. Al cuestionarse como pueden los sistemas de salud enfrentar este desafío, plantea que algo de lo que pueden hacer, es educar a las personas para que adopten estilos de vida saludables y apoyar a los pacientes en el autocuidado o automanejo de los problemas de salud crónico(12).

En cada comunidad las personas adoptan estilos de vida, unos exponen más su salud y la de sus familias, que otros que promueven vidas más saludables. Para prevenir enfermedades crónicas degenerativas, como la DM2, los sistemas de salud que intentan

reducir los costos asociados con el tratamiento y disminuir la frecuencia de sus complicaciones, son considerados en la acción de política pública como promotores de seguridad social para poblaciones más amplias. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la estrategia denominada Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) para identificar factores de riesgo personales y contextuales que eviten la aparición de la enfermedad(31).

3.2. INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO Y COSTOS ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS

La DM2 es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en todo el mundo. Su rápido aumento se asocia a una combinación de factores demográficos, hereditarios y ambientales que afectan al nivel de urbanización, estilos de vida, alimentación, falta de ejercicio, aumento de obesidad, etc...y que ha llegado a calificarse de “epidemia”(12).

Los datos publicados por la FID (Federación Internacional de Diabetes) en 2011 en la quinta edición del Atlas de Diabetes indican que el número estimado de adultos que viven con esta enfermedad se ha elevado a 366 millones de personas en todo el mundo, lo que representa el 8,3% de la población mundial adulta. Aparte de estas cifras impresionantes, estima que hay otros 183 millones de personas no diagnosticadas y, además, predice que si el actual ritmo continúa creciendo libremente, la prevalencia mundial alcanzará 552 millones en 2030, o lo que es lo mismo el 9,9% de los adultos, de los cuales alrededor del 90% de estos casos serán personas con DM2(12).

La DM, por su elevada prevalencia y tendencia al desarrollo de complicaciones tardías, consume importantes recursos. Se calcula que la población con DM puede consumir entre un 8 y un 14% del gasto sanitario global en los países occidentales(12).

El análisis del gasto se debería enfocar desde una perspectiva de evaluación económica costo/utilidad ya que, la DM tiene como resultado unos altos costos personales, familiares, laborales, sociales y sanitarios, cuyas repercusiones serán diferentes en función de la edad, el momento del diagnóstico, el apoyo del entorno familiar y la capacidad personal del sujeto para afrontar los acontecimientos adversos. Los costos sociales o indirectos son de difícil cuantificación e incluyen entre otros, la pérdida de productividad por las incapacidades laborales y las jubilaciones anticipadas, la mortalidad precoz, el tiempo de ausencia al trabajo por parte de los familiares o acompañantes y los transportes en ambulancia(12).

Sin embargo, con frecuencia se manejan exclusivamente los costos directos, mucho más fáciles de cuantificar en términos monetarios. Se incluyen los derivados de las hospitalizaciones, visitas ambulatorias, consumo de fármacos, tiras reactivas e instrumentos para el autocontrol(12).

El costo mundial supuso en 2011, 465 millones de dólares, lo que equivale al 11% del gasto sanitario total(12).

El costo de la DM está recogido durante las últimas décadas en diversos estudios. En 2004, Oliva et al, estimaron el consumo de recursos sanitarios empleados en prevención y tratamiento de todos los pacientes con DM en España con un método de costos desagregados entre:

- Costo de insulinas y antidiabéticos orales
- Costo de otros fármacos
- Costo de consumibles (tiras reactivas más agujas y jeringuillas)
- Costo de las hospitalizaciones
- Costos de las consultas de atención primaria y especializada

En este estudio se estima un costo directo entre 2.400 y 2.675 millones de euros, lo que supone alrededor de un 5% del gasto sanitario total(12).

En el estudio CODE 2 España 2002 se encuentra que el costo anual sanitario medio por paciente en el estudio fue de 1.305,15 euros, incluyendo los motivos relacionados tanto con el control de la diabetes como con sus complicaciones. Los pacientes sin complicaciones originaron sólo el 13,7% del gasto total, mientras que los que presentaban algún tipo de complicación (micro, macrovascular o ambas) supusieron el 64,5%(32).

El mayor consumo de los pacientes con DM2, en general, se debió al gasto farmacéutico con 554,28 euros anuales, seguido de la hospitalización y gastos ambulatorios, con 417,28 y 333,58 euros, respectivamente(32).

En el estudio SECCAID en España 2010 el costo directo total anual de la DM ascendió a 5.809 millones de euros, que representó el 8,2% del gasto sanitario total. Los costos farmacológicos fueron la categoría con mayor peso sobre el costo directo total (38%), seguido por los costos hospitalarios (33%). El costo farmacológico fue de 2.232 millones de euros, donde los fármacos antidiabéticos aportaron 861 millones de euros (15%). Las tiras reactivas de auto monitorización de glucemia capilar contribuyeron en 118 millones de euros (2%). El costo total de complicaciones en general fue de 2.143 millones de euros(33).

El impacto del alto costo relacionado con la diabetes mellitus en el sistema de salud en Colombia representa un valor de \$7.823.412.000.000 de pesos colombianos; el costo directo anual por paciente es de \$ 832.032 y el costo indirecto es de \$ 1.614.951, siendo mayor estos costos con respecto al valor de la Unidad de pago por capitación (UPC)(34).

Las complicaciones crónicas de la diabetes constituyen el principal problema en este grupo de pacientes, no solo desde el punto de vista médico sino también del económico. Se calcula que alrededor de 70% del total de los costos del tratamiento de la diabetes corresponde al tratamiento de sus complicaciones(34).

La diabetes mellitus es una enfermedad la cual debe ser intervenida en sus estadios tempranos algo que es imposible dado a que es una enfermedad silenciosa, pero una vez este diagnosticada se debe hacer un programa el cual concientice a los pacientes que sufren de esta para ayudar a mitigar los costos elevados(34).

En el estudio Variables Predictoras de las Conductas de Autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo II de Merchán los hallazgos obtenidos en este estudio confirmaron que las personas con DMT2 presentan déficits de autocuidado. Estos déficits se dan fundamentalmente en el tratamiento no farmacológico. Especialmente relevante es el déficit de autocuidado en el cuidado de los pies, ejercicio, control de la glucemia, y alimentación, y menos relevante en la asistencia a las consultas de revisión. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en otros estudios en los que se ha utilizado el modelo de Orem como estructura conceptual del autocuidado(12).

Martínez de D. et al., en un estudio cuasi experimental, aplicaron un modelo educativo de autocuidado a pacientes hospitalizados con diabetes mellitus II; los pacientes del grupo experimental tuvieron una media menor de días estancia en la institución y menores reingresos respecto al grupo control, incrementó el conocimiento relacionado con la enfermedad y el tratamiento, así como las acciones de autocuidado, lo cual se reflejó en un descenso significativo en los niveles de hemoglobina glicosilada. La aplicación del modelo educativo logró disminuir la proporción de pacientes con tratamiento de insulina, previa indicación médica y se cambió al tratamiento con hipoglucemiantes orales, junto con la adherencia a la dieta y al ejercicio. De los pacientes que continuaron con el tratamiento de insulina, todas se la autoadministraban al finalizar la intervención, y el resto que continuó con dicho tratamiento recibió apoyo de algún miembro de la familia(35).

3.3. INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO Y COSTOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La falla cardiaca se constituye en una entidad patológica con un gran impacto en la población general, se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con repercusiones económicas y sociales de gran magnitud. En Colombia, según el sistema de información RIPS 2005 (Ministerio de Protección Social), constituye aproximadamente el 6% de las hospitalizaciones en adultos, con un promedio de estancia hospitalaria de 5,8 días, un 7% de las consultas al servicio de urgencias, y aproximadamente un 2% de las causas de mortalidad global, teniendo en cuenta que

estas estadísticas son independientes de otros diagnósticos de enfermedad cardiovascular altamente relacionados, como la enfermedad coronaria y el cor pulmonale, que ubican a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte hoy en día en nuestro país . La pirámide de población de Colombia se encuentra en transición, con aumento del grupo de edad avanzada, y se enfrenta al fenómeno de polarización epidemiológica desencadenando que el envejecimiento, y por ende la enfermedad cardiovascular manifestada en muchas oportunidades como falla cardíaca, sea la primera causa de muerte para los años venideros(6).

Las enfermedades cardiovasculares son síntomas (marcas) propios de la actual sociedad (“moderna- postmoderna”), cuyos índices de morbimortalidad van cada día en incremento, y son reconocidas como entidades crónicas y de lento desarrollo, éstas son producidas cuando confluye un número suficiente de factores desencadenantes o “factores de riesgo”. Por lo tanto, cobra importancia la capacidad que tiene el individuo de ser agente de su propio cuidado, como forma de promoción y prevención tanto de los factores de riesgo como de las enfermedades cardiovasculares(35).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta entidad con el paso de los años tomará características de “epidemia” en todos los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando día a día no solo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y el consiguiente aumento de los costos para los sistemas de salud. Conociendo esta información, y la importancia que tiene para el paciente, su familia y el gremio de la salud, no podemos quedarnos solo en el conocimiento de estos datos sin buscar estrategias y realizar investigaciones que ayuden a reducir la morbimortalidad de esta importante población(6).

La adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implica cambios en el estilo de vida. Para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas(35).

Este comportamiento humano implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud. La adherencia es un factor importante susceptible de ser modificable y que compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida, conduce a un comportamiento contrario al autocuidado(35).

Un equipo de investigadores analizó la prevalencia de las ECV's en México, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Panamá y El Salvador, y se estima que las cuatro condiciones cardíacas más comunes son: ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular e hipertensión; las cuales afectan aproximadamente a 89.6 millones de personas en la región (o el 27.7% de la población adulta). Esto equivale a hasta 6.8 millones de DALYs2 (o años de vida saludable perdidos)

- En Brasil, las enfermedades cardíacas afectan a casi un tercio (32%) de la población con un costo total de \$ 17.3 mil millones de dólares; o el 5.5% de todo el gasto en salud.
- En Chile las enfermedades cardíacas afectan al 38% de la población con un costo total de \$ 1.4 mil millones de dólares. Eso es un 4.2% del gasto total en salud.
- En Colombia las enfermedades cardíacas afectan a 17% de la población con un costo total de \$ 2.4 mil millones de dólares y ocupa el 7% de todo el gasto en salud.
- En Ecuador las enfermedades cardíacas afectan al 14% de la población con un costo total de \$ 600 millones de dólares, lo que representa el 2,5% del gasto total en salud.
- En El Salvador las enfermedades del corazón afectan a 27% de la población a un costo total de \$ 0.2 mil millones de dólares, lo que representa el 9% de todo el gasto en salud.
- En México las enfermedades cardíacas afectan a 26% de la población a un costo total de \$ 6.1 mil millones de dólares y ocupan el 4% de todo el gasto en salud.
- En Panamá las enfermedades cardíacas afectan a 29% de la población a un costo de \$ 300 millones de dólares.
- En Perú las enfermedades del corazón afectan al 16% de la población con un costo total de \$ 900 millones; 2.1% de todo el gasto sanitario.
- En Venezuela las enfermedades cardíacas afectan a un tercio (33%) de la población con un costo total de US \$ 1.7 mil millones de dólares(36).

Otros estudios afirman que las tres enfermedades que más costos generan en el sistema (65% de los costos totales de las enfermedades catastróficas) son las cardiovasculares las neoplasias y la insuficiencia renal; de ese porcentaje, el 30% se ha gastado en pacientes que fallecieron durante el tratamiento(37).

Las enfermedades cardiovasculares hacen parte del llamado grupo de enfermedades de alto costo, y su mayor incidencia representa un gran riesgo para el equilibrio financiero de las empresas de salud y para su supervivencia en el mercado, un estudio realizado en una institución de salud de Medellín concluyó que las enfermedades de alta complejidad técnica consumían cerca del 36% de sus costos totales(37).

El costo promedio de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es aproximadamente de 12,8 millones de pesos colombianos y excede en cerca de 50% los costos generados por un paciente con enfermedad neoplásica. Si se acepta que el costo promedio de una persona con alguna de estas patologías es de 12,8 millones de pesos colombianos, el costo total de la atención a todos los pacientes de enfermedad de origen cardiovascular asciende a 13,2 billones de pesos colombianos; dinero que, si se utilizara en programas de educación con miras a la aplicación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fuera del contexto hospitalario, tendría mejores repercusiones sobre la salud y vida de las personas(37).

Las implicaciones de una hospitalización en materia de costos económicos y sociales están fuera de toda ponderación, y representan una proporción importante de todos los costos directos relacionados con la atención de la enfermedad, debido a la necesidad de contar con todos los avances tecnológicos para su diagnóstico y terapéutica, avances que suelen ser de alta sofisticación y alto costo en los esquemas de la atención moderna(37).

4. CAPITULO IV

EL AUTOCUIDADO Y LA CORRESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

En el siguiente capítulo se describe la relación del autocuidado con la sostenibilidad del sistema, partiendo del principio de corresponsabilidad, entendido como un deber que deben cumplir los ciudadanos que interactúan en una sociedad, haciéndose responsables de sus acciones y de las repercusiones que se puedan generar en la misma.

4.1. EL AUTOCUIDADO EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

La definición más clásica de autocuidado se debe a Levin, quien lo definió como «el proceso por el que una persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud». Se trata de programas interdisciplinarios, directamente asociados a los programas de educación sanitaria, que buscan potenciar en el paciente la capacidad de afrontamiento de la enfermedad combinando la búsqueda de efectividad y de eficiencia. El concepto de autocuidado surgió entre los años 60 y 70, cuando se observó que los pacientes que empezaban a tomar el control sobre sus vidas y su enfermedad demandaban menos cuidados médicos y ganaban en calidad de vida. Las ventajas del autocuidado incluyen la reducción de la intensidad de los síntomas, la disminución significativa del dolor, el mayor control del paciente sobre su propia vida, un aumento de la satisfacción del paciente, una reducción del número de ingresos hospitalarios, de demandas asistenciales en Atención Primaria y una clara mejora en su autoestima. Además, suman la ventaja de que permiten que unos pacientes (es decir, los iguales, con experiencias similares, preocupaciones comunes, miedos parecidos) ayuden a otros pacientes, potenciando estos efectos(39).

La salud es entendida en la actualidad como una responsabilidad compartida. Es uno de los fines esenciales del Estado y por lo tanto somos todos los responsables de que el derecho fundamental a la salud sea realmente protegido. Esto se logra mediante políticas de salud pública que contribuyan a lograr un trabajo adecuado en promoción y prevención, atención adecuada y rehabilitación. También implica un sistema que apunte a lograr reducir las desigualdades de los determinantes sociales en salud, que conlleva a un mayor control en los factores de riesgo de tipo económico, social, educativo,

ambiental, nutricional, entre otros(40).Dentro del proceso de atención en salud en las instituciones sanitarias, se debe trabajar en los pacientes y su familia, en el fomento del autocuidado, en la responsabilidad sobre su salud para que participen en el proceso de atención intrainstitucional. La importancia de este proceso es que el paciente se asume como partícipe de la atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Asimismo, la mayoría de estos eventos resultan de problemas creados por la complejidad del sistema de cuidado médico de hoy en día. Pero también ocurren errores cuando los pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación(41).

En pocas palabras, la importancia de abordar el autocuidado se fundamenta en que los pacientes que no están involucrados ni informados completamente tienen menores probabilidades de tomar decisiones consientes acerca de su tratamiento y las recomendaciones del personal asistencial, por lo tanto, tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para aprobar y alertar al personal asistencial en sus diferentes tratamientos(41).

El crecimiento de los costos en salud tiene un origen multicausal, como todo problema de salud, que se manifiesta de diferentes maneras y en diferentes combinaciones, según el país, el momento, la situación epidemiológica, las políticas sanitarias o el desarrollo económico(3).

Reducir el problema del crecimiento de los costos en salud a dos o tres indicadores o causas, es una forma errónea de simplificarlo, y además un riesgo cuando tales consideraciones están destinadas a fijar políticas sanitarias o a tomar decisiones de alguna envergadura(3).

Desde el ámbito de la salud y de los sanitaristas existe falta de capacidad para movilizar las instituciones y los recursos necesarios, tanto para transformar la salud como para contrarrestar o modificar de forma sustancial las fuerzas que impulsan al sector. Se debe acabar con la importancia desproporcionada que se le da a la atención de los hospitales, ya que estas tendencias alejan a los sistemas de salud de lo que la población espera(43).

El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad. Sin ella, el sistema sanitario se vería sobrepasado y se colapsaría(42).

4.2. CONCEPTOS DEL PRINCIPIO DE CORRESPONSABILIDAD EN SALUD

La corresponsabilidad es un valor social insustituible para lograr alcanzar los objetivos de un Estado Social de Derecho. Implica que la responsabilidad para alcanzar los fines del Estado no es exclusiva del ente estatal, sino de todos sus miembros. Entender que la responsabilidad es compartida, conlleva a tener una actitud proactiva, desde el cuidado conmigo mismo, con las personas más cercanas y con toda la comunidad. Es tomar

conciencia de que cada uno tiene un rol en la sociedad, y si deja de cumplirlo la sociedad se ve afectada. Todos estamos involucrados y debemos cumplir a cabalidad nuestras obligaciones para con los demás(40).

La corresponsabilidad es un término polisémico, que puede ser vista desde diferentes aproximaciones: como valor o como principio. La noción de corresponsabilidad se fundamenta en una concepción de democracia participativa, en la que la gestión pública no se limita a la gestión de las instituciones del Estado, sino que involucra a la sociedad civil en la gestión de lo público. Se entiende lo público como aquello que conviene a todos, o como lo expresan Garcés Lloreda y Buitriago, la corresponsabilidad es la suma de voluntades, de esfuerzos y de recursos que tienen como meta el diseño y el cumplimiento de reglas que son de interés general(44).

Es necesario repensar el autocuidado como una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas de acuerdo con sus características de género, etnia, clase social y etapa del proceso vital. Igualmente, es importante entender el significado del autocuidado como una construcción sociocultural que ha estado permeada por las concepciones, creencias, convicciones y representaciones sociales y prácticas de las personas en las diferentes sociedades. Desde los griegos se menciona la visión integral del cuidado de sí, tanto desde el cuidado del cuerpo como del alma, concepto asociado a regímenes de salud, ejercicio físico y a evitar excesos en los comportamientos cotidianos, además del cultivo del espíritu mediante prácticas de meditación, exaltación de la contemplación y la importancia del autocontrol. En Colombia, según la Constitución Política, "toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad", este es un enunciado que expresa el valor que debe tener el cuidado de la salud para los colombianos, como responsabilidad individual y colectiva frente a la vida, actitud que se debe propender en los contextos educativos(29).

A partir de la ley 1438 de 2011 en el artículo 3 se prescribe de manera expresa, el principio de corresponsabilidad en salud, definiéndolo como el deber que tiene toda persona de "propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad"(40).

La corresponsabilidad en el cuidado de la salud, la consideramos como un deber compartido entre los seres humanos en una sociedad saludable y un estado que garantice el cumplimiento de la calidad de vida para el logro de una finalidad colectiva, la transectoralidad y la inclusión como eje del cubrimiento de sus deberes y la ética disciplinar para el cumplimiento del deber como personas gestoras dentro del proceso de la atención y cumplimiento de las misiones institucionales(45).

Por parte de la comunidad implica solidaridad; un esfuerzo por tener un uso adecuado de los recursos que el Estado invierte en la salud de todos; y constituir estilos de vida saludables, que contribuyan a tener un estado integral de la salud. Se debe buscar

participar de manera activa en las políticas públicas en salud. Tener una actitud proactiva conllevará a mejorar la calidad de vida de los colombianos, pero es un trabajo conjunto. Cuantas veces ocurre que el Estado exige a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), destinar parte de los recursos que reciben para la promoción en salud y veces los usuarios no vamos a las capacitaciones que nos ayudarían a prevenir enfermedades. Una actitud así por más pequeña que parezca atenta contra el principio de corresponsabilidad en salud(40).

4.3. DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Distintiva de nuestra época resulta la tendencia a reclamar derechos que han sido presuntamente conculcados o inadvertidos por el avance de la civilización, por la sociedad misma o los individuos respecto, indistintamente, de las personas, grupos humanos específicos o el medio ambiente. Es de notar que derechos y deberes no surgen, por lo tanto, espontánea o automáticamente en la sociedad sino que presionados por motivaciones externas a quienes se reclaman los deberes o de quienes exigen sus derechos. En algún momento, fueron más bien las responsabilidades particulares o colectivas, las que se pretendía fuesen ejercidas, como forma de cumplir con obligaciones hacia terceros, la ciudad terrenal o la divinidad(46).

Reconocer la salud como un derecho humano, implica para los estados la obligación de garantizar mediante un conjunto de mecanismos sociales normas, instituciones, leyes y un entorno propicio el disfrute de este derecho, traducido para los gobiernos en tres tipos de obligaciones: a) obligación de respetar, b) obligación de proteger y c) obligación de cumplir(47).

Mientras la idea de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ha demostrado su valor ético y práctico al tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, aplicación, supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros), que guarden relación con la salud, en los últimos años varios autores han llamado la atención sobre cómo a fuerza de mencionar el derecho a la salud de modo reiterativo se olvida con frecuencia que, si bien todo individuo tiene derecho a que el estado adopte medidas que vayan en beneficio de su salud, al propio tiempo se le debe educar en el deber de actuar en su vida cotidiana de modo que su comportamiento no resulte nocivo para otros(47).

Generalmente las personas somos muy dadas a reclamar y protestar porque tenemos derechos, pero casi siempre nos olvidamos de los deberes que nos corresponde cumplir y que de igual forma deberíamos defender enfáticamente su cumplimiento. ¿Realmente cumplimos con nuestros deberes? ¿Qué tanto influye en nuestro estado de salud y bienestar que no los cumplamos?

La resolución 4343 del 2012, enumera en primer puesto el propender del autocuidado, el de la familia y el de la comunidad. Básicamente si me cuido yo, estoy también cuidando

de los que están a mi alrededor; si practico el autocuidado me regalo oportunidades y posibilidades cada día al encontrarme sano, de ser productivo, de ser menor carga para el sistema. ¿Será que? realmente podemos reclamar el derecho que alguien más vele por nuestra salud, si nosotros mismos no nos cuidamos. ¿Sera que? realmente nos podemos quejar de un sistema de salud, si nosotros mismos nos convertimos en sobrecargos innecesarios a este(48).

En la investigación descriptiva de enero a junio de 2009 en el Policlínico "Ángel Machaco Ameijeiras" Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud realizada por MSc. Isabel Pilar Luis González, Dra. C. Silvia Martínez Calvo los resultados obtenidos de la discusión concluyen que:

El Estado no es único con obligaciones en el cuidado de la salud. Los individuos son corresponsables del cuidado de su salud propia y de la salud de quienes le rodean, en tanto sus actuaciones impactan en la situación de salud de una población.

- Es justo exigir a los individuos que cumplan con ciertas normas de conducta para hacer efectiva esta responsabilidad, fundamentalmente en sus aspectos preventivos, aun cuando implique cierta pérdida de autonomía.
- La pérdida de ciertos grados de autonomía en beneficio del bien común se justifica éticamente al entender que en términos poblacionales todos tenemos la responsabilidad solidaria de cuidar la salud propia y la salud colectiva.
- El reconocimiento de la autorresponsabilidad y el autocuidado como deberes para el cuidado de la salud no puede ser analizado sin evaluar el grado en que el estado ha cumplido sus obligaciones con respecto al derecho a la salud en su más amplia concepción(49).

5. CONCLUSIONES

La anterior revisión bibliográfica permite concluir que a pesar de que el autocuidado existe desde tiempos remotos, y es inherente al ser humano en su instinto de supervivencia y por tanto se desarrolla en contextos culturales, sociales, políticos y económicos, es claro que no recibe la importancia suficiente, debido a que las personas adoptan una actitud pasiva frente a este tema, posiblemente porque no son conscientes que al asumir responsabilidades frente a sí mismos empoderándose de su cuidado y el de otros, podrían tener mejor control de sus vidas evitando diferentes situaciones que ponen en riesgo su salud y su existencia.

Se puede inferir que el autocuidado es una estrategia que cada individuo debe asumir desde el cuerpo, la mente y el espíritu, el cual requiere orientación, educación y desarrollarse en un ambiente favorable, con el fin de obtener una adecuada satisfacción de las necesidades que permiten su supervivencia. Para cuidarse a sí mismo se realizan diversas actividades o se adoptan estilos de vida saludables encaminados al mejoramiento de la salud, que conllevan a lograr un estado de completo bienestar.

El autocuidado debe nacer de los deseos del individuo en su compromiso ético consigo mismo y los demás, por lo tanto la adopción de estilos de vida saludable es una tarea compartida entre los profesionales y el estado encargados de brindar las pautas necesarias o requeridas para conservar la salud, y los individuos que deben estar dispuestos a asumir la responsabilidad de su propio cuidado y a aumentar el nivel de conciencia sobre la importancia de este.

La cultura está directamente relacionada con el autocuidado y define pautas de comportamiento en los individuos y las sociedades, por lo que educar en el autocuidado se debe realizar de manera focalizada de acuerdo con el entorno, costumbres, creencias y tradiciones, con el objetivo de que los individuos logren adoptar el autocuidado como parte de su desarrollo y no como una imposición externa a su forma de vida.

En la actualidad el mundo se encuentra en un proceso de transición demográfica; en países como Colombia se observa el envejecimiento de la población, lo que obliga al sistema de salud a su vez a realizar una transición sanitaria, transformando sus modelos y estrategias basadas en el autocuidado, enfocando esfuerzos en la intervención y prevención de enfermedades crónicas, donde se descentralice las acciones del individuo en la enfermedad y se garanticen mejores condiciones para evitar llegar a esta, con el fin de dar mejores respuestas a las necesidades actuales y prever consecuencias futuras asociadas a la carga de morbimortalidad de la población adulta, lo cual genera mayores

costos tanto sociales como económicos, dado que dichas enfermedades consumen gran parte de los recursos de los países.

Garantizar que el individuo adquiera competencias en su autocuidado es una estrategia exitosa para un mundo con recursos naturales, físicos y económicos finitos, donde se busca una sostenibilidad creando un equilibrio constante, entre los recursos demandados por los individuos y la oferta de los sistemas de salud que por naturaleza se encuentran desbordados en busca de la universalidad.

La corresponsabilidad debe considerarse como un principio que los individuos, las sociedades y el estado deben estar dispuestos a asumir como parte fundamental del proceso, que busca garantizar las responsabilidades compartidas con miras a lograr mejores resultados en la salud de las personas y la comunidad; el autocuidado por su parte es una forma de hacer visible la corresponsabilidad con el sistema de salud y los demás, dado que garantiza una mejor distribución y equidad de los recursos.

Los diferentes sectores de la sociedad tienen la responsabilidad ética de motivar a los individuos para que cuiden de sí mismos de manera voluntaria y no deleguen la responsabilidad del cuidado exclusivamente al sistema de salud o el estado, garantizando de esta manera la creación de una verdadera cultura de autocuidado reflejada en la conservación de la salud y el bienestar propio.

En el sector salud se necesita de investigación científica que proporcione evidencia de los efectos del autocuidado en el proceso salud enfermedad y en los costos para los sistemas de salud asociados a mayor carga de morbilidad consecuencia de las enfermedades no transmisibles; estos análisis podrían soportar la necesidad de invertir en las políticas de autocuidado, en realizar seguimiento y darle mayor relevancia a este. En la búsqueda realizada no se encuentran estudios que profundicen en la relación del autocuidado y los costos en salud de las enfermedades crónicas, solo se observa de manera global el impacto económico que tienen dichas enfermedades para los sistemas de salud y no permiten tener una aproximación detallada de cómo podrían reducirse a través del autocuidado o las consecuencias económicas que genera una población que no cuida de si misma y de otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Acosta A. Predictores psicológicos del autocuidado en salud. Hacia la Promoción de la Salud. junio de 2017;22(1):101-12.
2. Galdames-Cruz S, Jamet-Rivera P, Bonilla-Espinoza A, Quintero-Carvajal F, Rojas-Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. Hacia la Promoción de la Salud. junio de 2019;24(1):28-43.
3. Lauzán OC. El costo en salud y la corresponsabilidad clínica desde un enfoque gerencial. Revista Cubana de Salud Pública. 1 de julio de 2010;36(3):36-36-55.
4. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 1 de marzo de 2012;26(Supplement 1):158-158-61.
5. Carlos Arbonies J, Gamboa E, Ochoa de Retana L, Piñera K, Marina Maure N, Carlos Mendizabal J. La participación de los pacientes, reto y realidad en una atención integral. International Journal of Integrated Care (IJIC). 8 de agosto de 2019;19(S1):1-1-2.
6. Saldaña DMA. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichán. 2007;7:23.
7. Uribe J Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y educación en enfermería [Internet]. 1999;17. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
8. Muñoz Franco NE. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud / Reflections on self care as a category of analysis in health. Salud Colectiva. 1 de diciembre de 2009;5(3):391-391-401.
9. Sánchez BYH, Jaramillo IDT. Foucault y el cuidado de sí mismo: una posibilidad para la gestión humana. ESPACIOS. 2017;38:35.
10. Giraldo LFG, Zuluaga CG. El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. 31 de mayo de 2013;15.

11. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro y R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Glob Health Promot.* 1 de diciembre de 2011;18(4):42-8.
12. Felipe M, Nieves M de las. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014 [citado 21 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/40754>
13. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana.* diciembre de 2017;19(3):89-100.
14. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica.* diciembre de 2014;36(6):835-45.
15. Coral R del C, Vargas LD. STRATEGIES THAT PROMOTE HEALTHY LIFESTYLES. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica.* junio de 2014;17(1):35-43.
16. Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias Sobre Salud Y Prácticas De Autocuidado En Adultos Jóvenes: Estudio Biográfico De Estilos De Vida. *Hacia la Promoción de la Salud.* enero de 2019;24(1):28-43.
17. Sanabria-Ferrand PA. Estilos de vida Saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Rev Med.* 2007;15:11.
18. Rodríguez Torres ÁF, Páez Granja RE, Altamirano Vaca EJ, Paguay Chávez FW, Rodríguez Alvear JC, Calero Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior.* diciembre de 2017;31(4):1-11.
19. Osorio AG, Rosero MYT, Ladino AMM, Garcés CAV, Rodríguez SP. LA Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2010;17.
20. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.* diciembre de 2011;49(3):470-81.
21. Senado J. Los factores de riesgo en el proceso. *Rev Cubana Med Gen Intergr.* 1999;15:8.

22. Correa OT. El autocuidado. Una habilidad para vivir. 2016;2.
23. Rojas Teja J, Zubizarreta Estéve M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. marzo de 2007;23(1):0-0.
24. MINSALUD. Gestión integral del riesgo en salud [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
25. Kervorkian R, Grancelli H, Blanco P, Galli A, Pagés M, Swieszkowski G. Contenidos transversales: Factores determinantes de la salud. 2017;8.
26. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica. junio de 2002;11:316-26.
27. Uribe AG, Guerrero CED, Serna LFC. Gestión integral del riesgo en salud: Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
28. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. agosto de 1999;15(4):446-52.
29. Leonardo AMF. Autocuidado del paciente cardiovascular. marzo de 2001;71:3.
30. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica [Internet]. enero de 2010 [citado 3 de mayo de 2020];27(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Cruz-Bello P, Vizcarra-Bordi I, Benítez-Arci AD. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. 2014;(80):26.
32. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España: El estudio CODE-2. Gaceta Sanitaria. diciembre de 2002;16(6):511-20.
33. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Avances en Diabetología. noviembre de 2013;29(6):182-9.

34. Castillo MYJ, Bornachera MEQ, Díaz CS. Impacto del alto costo relacionado con la diabetes Mellitus en el sistema de salud en Colombia. REDIIS / Revista de Investigación e Innovación en Salud. 2018;2:82-91.
35. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev salud pública. agosto de 2009;11:538-48.
36. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. BMJ. 1 de abril de 2019;l688.
37. Gallardo-Solarte K. K, Benavides-Acosta F.P. FP, Rosales-Jiménez R. R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Rev Cienc Salud. 29 de febrero de 2016;14(1):103-14.