

Modelo de Atención de Salud basado en el Autocuidado: Inicios y evolución

Health care model based on self-care: beginnings and evolution

Mila Urrutia Bunster

Enfermera, Magíster en Salud de la Comunidad, Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Aixa Contreras Mejías

Enfermera-Matrona, Profesora Auxiliar, Directora Oficina Promoción y Autocuidado de la Salud (PROSA), Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Angelina Dois Castellón

Enfermera-Matrona, Profesora Auxiliar, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978), *definió la participación de la comunidad como el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.* Como respuesta a este llamado se desarrolló un modelo de atención en salud basado en el autocuidado, implementado en la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), a partir de los 80. Este artículo describe esta experiencia, a partir de un análisis del contexto que lo hizo posible hasta algunas estrategias que facilitaron su implementación y obstaculizaron su permanencia. Se enfatiza cómo el autocuidado constituye un proceso gradual y sostenido, que ha fortalecido a la Enfermería involucrando e integrando la asistencia, la docencia e investigación a nivel local, nacional e internacional.

Palabras clave: Modelo de atención, autocuidado, enfermería, cuidado enfermero.

Abstract

At the International Conference of Primary Health Care (Alma Ata, 1978), community participation was defined as the process through which individuals and their families attain the responsibility of their own and collective health and well being improving their own economic and communal development. As a way to answer to this call, was developed a model for care based on self-care at the Pontifical Catholic University of Chile, since the early's 1980, that strength Nursing. This article describes this experience from a context analysis, their strengthens as an integrative innovative model of the clinic and academia, and the strategies to implement it. Also is mentioned some weakness related to the maintenance as a component of medical ambulatory centers.

Key words: Health care model, selfcare, nursing care, nursing.

Introducción

El modelo predominante en los sistemas de prestación de servicios de salud que caracterizó el siglo XX fue el modelo biomédico, que se sustentaba en el desarrollo técnico y en los condicionantes científicos, socioeconómicos y políticos de la época. Este modelo confiere la responsabilidad del cuidado de la salud y la recuperación de la enfermedad al equipo médico, marcando un estilo vertical de relación donde el usuario se transforma en un objeto de cuidado profesional. Esta concepción determina no sólo un estilo de prestación particular, sino también dirige las prioridades de inversión en salud, asignando menores recursos a aquellas acciones de educación y promoción.

Bajo este paradigma, demostrar que las personas tienen la capacidad para cuidarse a sí mismas y a sus familias, y el derecho a participar en las decisiones referidas a su propia salud se transformó en una prioridad para las enfermeras (Campos, 1985). Así lo visualizó enfermería de la UC y lo asumió como un desafío. Es así como impulsó y lideró cambios en la forma de entregar cuidado de salud que existía en la institución, los que se oponían en gran medida al estilo imperante. El deseo de hacer mejor el trabajo, obtener resultados con sus esfuerzos y contribuir a dar una mejor atención, marcó el inicio de un proceso que sigue evolucionando y en el que se fueron comprometiendo las enfermeras del Centro de Diagnóstico de la UC (CEDIUC) y también de las otras instancias de la UC, la Escuela de Enfermería (EE) y el Hospital Clínico (HC) (Lange et al., 1989).

Las enfermeras invirtieron esfuerzos en implementar estrategias que les permitieran introducir cambios en el modelo imperante, a pesar de que no era posible asegurar que los resultados que se obtendrían fueran debidos específicamente al autocuidado, ya que los factores económicos, sociales, políticos y técnicos que intervienen en estos procesos son complejos, y contaminan cualquier intento de identificar causas únicas o consecuencias unívocas. A esto se agrega la lentitud propia de la mayoría de los cambios sociales, los que evolucionan en largos períodos de tiempo, y de los cuales es difícil tener un panorama acabado al estar inmerso en el proceso mismo.

Contexto en que se desarrolla el modelo

1. A partir de la Declaración de Alma Ata (1978), la Atención Primaria de Salud (APS) se consagra como la estrategia preferencial para lograr la Salud para Todos en el Año 2000, derivándose importantes consecuencias a todo nivel. Los países inician su implementación, interpretándola y adecuándola a sus respectivas realidades (Giacconi, 1991); las agencias financiadoras relacionadas con salud privilegian los proyectos que la incorporan y Enfermería se compromete ampliamente para lograr que la APS se transforme en una realidad concreta (Consejo Internacional de Enfermeras, 1988).

Aparece con fuerza el concepto de autocuidado al plantearse en Alma Ata que... “los gobiernos fomenten la atención primaria de salud y otras actividades de desarrollo afines de manera que aumente la capacidad y la determinación de la población para resolver sus propios problemas” (Declaración de Alma Ata, 1978).

2. Chile hace suyos los planteamientos de Alma Ata, e impulsa a través del Ministerio de Salud diversas iniciativas que apoyan la descentralización, la participación y la equidad, ya que entiende la atención primaria como “el proceso participativo, descentralizado e intersectorial,

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país” (Ministerio de Salud, Chile, 1994). Reconoce así que la comunidad debe asumir responsabilidades en la búsqueda de su bienestar y su salud y que el modelo biomédico es limitado y no responde a los complejos problemas de salud actuales.

3. El advenimiento de las democracias en Latinoamérica, la caída del muro de Berlín, los cambios en los países comunistas, la globalización de todos los procesos, ha determinado una preocupación cada vez mayor por el derecho de las personas a ser informadas y a tomar sus propias decisiones. La sociedad exige de sus autoridades respuestas a sus demandas, transparencia en la gestión pública y resguardo de su seguridad. La Constitución Política del Estado de Chile de 1980, de manera similar a las de otros países, garantiza a todas las personas que viven en el territorio el derecho a la protección de la salud y a vivir en un ambiente libre de contaminación.¹
4. La Fundación W.K. Kellogg apoya en Latinoamérica y en Africa proyectos que consideran el desarrollo de la atención primaria o de algunos de sus componentes. Es así como Enfermería de la UC resulta beneficiada al recibir el apoyo económico de la Fundación, entre los años 1983 y 1989, para incorporar el autocuidado a la atención de salud que el grupo de profesionales otorgaba (Lange, 1986).
5. En 1981 se crea el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, CEDIUC, (actual Centro Médico San Joaquín) como centro docente de atención ambulatorio de alta resolutivez. En sus inicios, la atención de Enfermería se centraba principalmente en funciones dependientes (cumplimiento de indicaciones médicas) y manejo administrativo. La función educativa no se encontraba desarrollada. El aporte específico de enfermería a la atención de los consultantes no estaba claro, y la autovaloración y satisfacción de las enfermeras por su trabajo era bajo. Las enfermeras tomaron conciencia de su débil desempeño profesional y gracias al empuje de algunas de ellas, se cuestionaron su rol e identificaron la necesidad urgente de impulsar cambios en su quehacer con el fin de mejorar la atención que estaban otorgando, lograr una mayor visibilidad y desarrollar autonomía en su gestión de enfermería (Lange, Urrutia 1993).
6. Paralelamente, y a raíz de la Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE) en Chile del año 1981, las escuelas de Enfermería se preocuparon de fundamentar el cuidado profesional de la salud en modelos y teorías científicas para fortalecer la disciplina y mantener su carácter exclusivamente universitario, a pesar de que, según la ley mencionada, la formación de enfermeras puede ser ofrecida en Institutos Profesionales. La Escuela de Enfermería de la UC, por su orientación humanista y por el desarrollo que los aspectos psicosociales de la atención de enfermería tienen en su filosofía, encuentra en el modelo conceptual de autocuidado, un marco teórico para fundamentar la acción profesional.

¹ Art. 19 “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de salud y rehabilitación del individuo” 4.

La Ley 18469 de 1985 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestación de salud.

Primeros pasos: hacia el desarrollo de un modelo de atención de Enfermería

Las condiciones del contexto sociopolítico, el apoyo financiero que se empezaba a obtener para proyectos en enfermería, unido a la creciente insatisfacción de las enfermeras del CEDIUC respecto al débil desempeño profesional, la escasa autonomía y el deseo de aportar el máximo de su potencial a la atención de salud, se transforman para un grupo de enfermeras asistenciales y docentes de la UC, en el escenario propicio para generar un proceso de cambio hacia un modelo de atención en salud basado en el autocuidado, que se inicia en torno a la función educativa (Campos, Jaimovich, Lange, 1986; Urrutia, Aldunce, Carrasco, 1989) y que luego se amplía a todas las acciones de enfermería.

Es en la búsqueda que las enfermeras hacen para lograr una educación efectiva, que surge el concepto de autocuidado entendido como todas las acciones que las personas realizan para mantener y recuperar su salud, y aplican este concepto a toda la atención que otorgan las enfermeras (Díaz et al., 1989). Cada atención profesional otorgada debe ser configurada a partir de las capacidades de la persona para cuidar su salud, y planificada y llevada a cabo de manera conjunta entre el personal de salud y el usuario y su familia.

Al extenderse el concepto de autocuidado a las diferentes actividades que comprenden el cuidado de la salud, se conceptualizó la atención en salud, como todas las interacciones que se establecen entre las personas y familias y el personal de salud siendo éstas, siempre instancias potencialmente educativas, acuñándose el concepto de interacción educativa (Lange et al., 1989). Por otra parte, la experiencia desarrollada, demostró que la educación para el autocuidado en salud, no debía constituirse en una actividad aislada en los centros de salud y que por consiguiente la efectividad de este enfoque requería impregnar toda la atención, orientándose los esfuerzos a involucrar simultáneamente al equipo gerencial, el nivel administrativo, los equipos profesionales y los usuarios (Lange et al., 1989).

Las enfermeras analizaron el autocuidado en diferentes contextos (Rivera, 1990; Santelices, 1992; Camus, 1999); diseñaron e implementaron programas de atención para personas con enfermedades crónicas, salud de la mujer y cuidados del niño, entre otros (Pinto&García, 1989; González, 1999; Cantwell, 1999) y realizan estudios para evaluar la aplicación del autocuidado (Campos, Jaimovich, Campos, 1999; Uribe, Faúndez, 1999; Cantwell, 1999). Al considerarse la interacción personal/usuario una instancia de educación para el autocuidado, algunos estudios se centraron en el autocuidado del personal de salud (Aguayo, Chodowiecki, Ruiz, 1993; Campos, Jaimovich, 1994; Behn, 1990).

El concepto de autocuidado asumido fue, desde esta época, el propuesto por Dorothea Orem (2001): la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar.

Algunas de las características de este incipiente modelo de atención fueron: (Lange, Urrutia, 1993)

- cada contacto entre el usuario y el personal es considerado como una potencial instancia educativa y una oportunidad para reforzar o desarrollar capacidades de autocuidado en el consultante y su grupo familiar,
- los usuarios y sus familias son considerados parte del equipo de salud,
- los usuarios y sus familias son reconocidos no sólo como consumidores de salud sino que también como proveedores,

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

- la relación que se establece entre los diferentes actores de la atención de salud es participativa, constructiva, respetuosa y democrática.

Algunos de los logros más destacados de esta etapa son el desarrollo de metodologías educativas innovadoras y participativas dentro de las cuales se encuentran las escuelas para padres y las consultas EPAS (Educación para el autocuidado en salud), la elaboración de materiales de apoyo para usuarios, la revista EPAS para apoyar al equipo de salud en la implementación del autocuidado, la adaptación de las políticas de atención en el CEDIUC, el modelaje profesional centrado en la persona y basada principalmente en la interacción educativa, talleres de capacitación para profesionales y equipo de salud de todo el país del nivel privado y público, la inserción curricular para la formación de enfermeras, todo lo cual se traduce en una mayor visibilidad de las enfermeras de la UC, tanto al interior como en el exterior del ámbito universitario.

Conceptos y definiciones del modelo de salud basado en el autocuidado

A partir de los planteamientos de Alma Ata, se propone un modelo de atención de salud basado en la estrategia de atención primaria, que releva la participación informada de los usuarios, a través de la filosofía del autocuidado, como estrategia metodológica de la promoción de la salud.

En esta etapa del desarrollo del modelo de autocuidado, se incorporan los siguientes conceptos, a los ya definidos:

- autocuidado, conceptualizado como fenómeno activo, intencional, que requiere de las personas el uso de la razón, la voluntad y la autonomía, que le permite tomar decisiones en relación a un curso de acción en beneficio de su salud y su bienestar.
- persona: concebida como un ser integral, que valora la salud como un bien alcanzable; con capacidades y en proceso de permanente aprendizaje para cuidar de sí mismo y de su entorno; que sus capacidades de autocuidado son susceptibles a las influencias del entorno; con conocimientos y experiencias que aportan al análisis de su propia situación y a las de otros.
- participación, entendida como derecho de las personas a tomar decisiones respecto a su propia salud: derecho a la información de su situación, opciones de intervención, desarrollo de habilidades para el autocuidado, entre otras.

A partir de esta reconceptualización, se implementan una serie de estrategias orientadas a lograr que la filosofía de la atención primaria –y el autocuidado– impregnen los tres niveles de atención de salud, con el fin de mejorar su calidad, integralidad y costo efectividad. Las estrategias utilizadas se orientaron hacia tres líneas principales:

- Capacitación de los equipos de salud, para la incorporación de la filosofía del autocuidado y el desarrollo de tecnología apropiadas.
- La inserción curricular del modelo de autocuidado, en la formación básica del profesional de enfermería.

- El desarrollo de metodologías de intervención que permita fortalecer y desarrollar las capacidades de los usuarios, para asumir el autocuidado favoreciendo así la máxima expresión de sus potencialidades, denominadas en su mayoría consultas de educación para el autocuidado de la salud (EPAS).

Situación actual, proyecciones y desafíos

Actualmente las consultas EPAS, se han constituido en un referente nacional para la implementación del modelo vigente de APS propuesto por el Ministerio de Salud del país tanto a nivel público como privado. Prueba de ello es el programa de atención de Enfermería de apoyo a la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño, que funciona desde 1999 en el Centro Médico Nuestra Señora de la Paz (Red de salud UC). Este programa es un complemento al control de salud y tiene el fin de fortalecer y desarrollar las capacidades de los padres para asumir el autocuidado de sus hijos.

A partir de 1999 y como consecuencia de la transferencia tecnológica chileno-canadiense entre las Escuelas de Enfermería de la PUC y de la Universidad de Ottawa, se incorpora el modelo de apoyo a la toma de decisiones en salud, elemento que fortalece el autocuidado, pues permite apoyar a los usuarios en el proceso de toma de decisiones, a través de una metodología que permite tanto a la enfermera como al usuario, identificar el conflicto decisional, las alternativas que podría tomar el usuario frente a él, con sus ventajas y desventajas, posibles consecuencias y coherencia con los valores personales (O'Connor, Jacobsen, 1998). El proceso de toma de decisiones es una estrategia que empodera al usuario y le facilita su autocuidado.

Experiencias exitosas como éstas no sólo dejan la satisfacción de haber logrado los objetivos, sino que también grandes responsabilidades, tales como:

- recopilar y sistematizar el conocimiento adquirido a través de las experiencias en autocuidado.
- realizar estudios de aplicación del modelo que incorporen el factor costo beneficio, y en diferentes escenarios;
- compartir los aprendizajes, difundir los hallazgos y publicar las experiencias;
- mantener, ampliar y difundir las oportunidades de educación continua en autocuidado;
- mantener y difundir asesorías técnicas en la implementación y evaluación del modelo de atención en salud basado en el autocuidado y en la incorporación en la formación de personal de salud;
- reposicionar la Escuela de Enfermería de la UC como un referente en autocuidado tanto para la formulación de políticas públicas como para su incorporación en programas y actividades en salud;
- generar recursos que permitan continuar la consolidación del modelo de autocuidado.

Se debe considerar asimismo que la actitud de las personas y de la población en general hacia su salud y los sistemas de prestación de servicios ha variado sustancialmente. El nivel de conocimientos que la población tiene en temas de salud se incrementa paulatinamente, derivado de una larga intervención educativa y del acceso inmediato a los adelantos científicos.

Esta población más informada tiene un contacto más fluido con el sector salud, pero también más exigente. Las personas reconocen que cuentan con recursos personales y comunitarios para cuidar

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

su salud y que los utilizan; pero exigen una atención humanizada y de alta resolutivez. Enfermería enfrenta entonces el gran desafío de fortalecer el modelo de atención basado en el autocuidado en este nuevo escenario y responder a estos usuarios informados y que exigen su derecho a una atención de calidad.

Referencias Bibliográficas:

- Aguayo, E., Chodowiecki, C., Ruiz, J. (1993). Estudio de Conductas de Autocuidado Cardiovascular, en Auxiliares de Enfermería en Formación. *Revista EPAS*. 10, (1), 21-22.
- Behn, V. (1990). El Síndrome de Burnout: Autocuidado y Cuidado de quienes enseñan Autocuidado. *Revista EPAS*. 7, (3), 12-14.
- Cantwell, M., Herrera, L.M., Véliz, L., y Campos, C. (1999). Impacto de un Modelo de Atención en Salud con énfasis en Autocuidado en un Servicio de Pediatría. *Revista EPAS*. 8, (3), 15-18.
- Cantwell, M., Herrera, L.M., Véliz, L. (1999). Implementación de una Modalidad de Atención Basada en el Autocuidado. Servicio de Pediatría Centro Médico San Joaquín. *Revista EPAS*. Número Especial, 58-65.
- Campos, C. (1985). Concepto de Autocuidado y el Profesional de la Salud en su Rol de Educador. *Revista EPAS*. 2 (8), 12-21.
- Campos, C., Jaimovich, S., Lange, I. (1986). Educación para el Autocuidado como Estrategia de Atención de Salud. *Revista EPAS*. 8, (5), 13-20.
- Campos, C., Jaimovich, S. (1994). Prácticas de Autocuidado en los Profesionales de la Salud. *Revista EPAS*. 11, (1), 39-41.
- Campos, C., Jaimovich, S., Campos, M.S. (1999). Modelo de Autocuidado en la Atención Prenatal. *Revista EPAS*, Número Especial, 44-49
- Camus, L. (1999). Autocuidado de la Salud en Personas con Problemas Crónicos de Salud. *Revista EPAS*. Número Especial, 94-108.
- Consejo Nacional de Enfermeras. (1988). *Enfermería y Atención Primaria de Salud: Una Fuerza Unida*. USA: CIE.
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*.
- Díaz, M., Miranda, M., Pugin, E., et al (1989). Aplicación del Modelo de Educación para el Autocuidado de la Salud en la Atención del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica de Chile. *Revista EPAS*, 6, (5), 12-19.
- Giaconi, J. (1991). Concepto de Atención Primaria de Salud. *Revista EPAS*, 8 (2), 36-38.
- Ministerio de Salud (1994). *Trabajo Comunitario en Salud. Guía Técnica Metodológica*. Santiago, Chile.
- González, R. (1999). Autocuidado en el Niño con Cáncer. *Revista EPAS*. Número Especial, 67-69.
- Lange, I., Campos, C., Urrutia, M. et al (1989). Atención de Salud con Énfasis en Autocuidado. *Revista EPAS*, 6, (4), 10-15.
- Lange, I. (1986). Impacto de Proyectos Educativos en el Autocuidado de Pacientes Ambulatorios. *Revista EPAS*, 3, (2), 6-18.
- Lange, I., Urrutia, M. (1993). *Desarrollo de un Modelo de Enfermería para el Autocuidado. La experiencia de la Universidad Católica*. Trabajo presentado en la XIV Reunión Nacional de Licenciados de Enfermería en Nueva León, Monterrey, México, 1 y 2 de noviembre.
- O'Connor, A., Jacobsen, M., Bunn, H., Tugwell, P. (1998). *Developing skills in shared decision making and decision support*. Educational Modules for Health Practitioners. University of Ottawa, WHO Collaborating Centre for Health Technology Assessment, Ottawa Health Decision Centre, Loeb Research Institute. Canada.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts in Practice*. St. Louis, Missouri. EEUU: Mosby. Inc.
- Pinto, C., García, A. (1989). El Niño con Trasplante Renal y su Autocuidado. *Revista EPAS*, 6, (4), 34-37.
- Rivera, M.S. (1990) Autocuidado en Salud Sexual. *Revista EPAS*, 7, (3), 21-24.
- Santelices, L. (1992). El Problema Ambiental, Historia, Raíces, Relación con la Salud y la Educación para el Autocuidado. *Revista EPAS*, 9, 6-10.
- Uribe, C., Faúndez, L. (1999). Protagonismo de la Mujer durante el Manejo de su Trabajo de Parto: una Modalidad Innovadora. *Revista EPAS*. Número Especial, 50-53.

Correspondencia a: Mila Urrutia Bunster.

Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Campus San Joaquín. Correo Postal: Vicuña Mackenna #4860, Macul, Santiago, Chile.

e-mail murrutia@puc.cl