

Ciencia y Humanismo en la Medicina Latinoamericana Centrada en la Persona

Introducción

Dr. Alberto Perales
(ANM y RLMCP)

Emanada de las Segundas Jornadas Latinoamericanas de Medicina Centrada en la Persona realizadas en Lima el 16 y 17 de diciembre de 2016, con la participación de las Academias Nacionales de Medicina de Perú, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay y de otras instituciones de salud y universitarias, y editada para su publicación por la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona.

Preámbulo

Desde la antigüedad, la cosmovisión andina de los primeros pobladores de las Américas consideró al ser humano como totalidad, incluyendo su entorno ecológico y circunstancias vitales, en unidad simbiótica de mutua y recíprocas influencias. De tales observaciones se colige un humanismo contextualizado y ecológico en el latinoamericano ancestral asentado en un interés respetuoso por la naturaleza y en equilibrio con ella.

Con tales raíces históricas latinoamericanas y las de las culturas milenarias en Asia y Europa, y frente a críticas limitaciones en la medicina moderna (la cual por un lado ha facilitado importantes avances científicos para la investigación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y por otro ha conllevado fragmentación de servicios, debilitamiento de la relación clínica, cosificación del paciente, y comercialización y corrupción de la salud) ha emergido la perspectiva actual sobre Medicina Centrada en la Persona (MCP).

Ésta involucra la articulación de ciencia y humanismo en la práctica médica y los sistemas de atención de salud, integrándolos en un modelo holístico en cuyo centro la

persona y la comunidad constituyen su razón de ser y obrar. Sus conceptos nucleares incluyen compromiso ético, sensibilidad cultural, marco holístico, matriz relacional y comunicacional, atención individualizada, base compartida entre clínicos, paciente y familia para el diagnóstico y el tratamiento colaborativos, sistemas de atención de salud centrados en la persona y la comunidad y educación e investigación de salud centradas en la persona. Esta perspectiva cultiva una medicina informada por la evidencia, la experiencia y los valores, y orientada a la restauración y promoción de la salud y el bienestar de la totalidad de la persona.

En tal entendimiento, la práctica de la medicina en Latinoamérica, como profesión al servicio de la sociedad bajo un imperativo moral integral debe obligadamente considerar las prevalentes circunstancias sociales y culturales que influyen la generación y expresión de la enfermedad, la severidad de la dolencia y los niveles de salud, bienestar y productividad de su población. No es de extrañar, por ello, que la MCP aplicada a los pueblos latinoamericanos se engarce cercanamente con el devenir histórico de su medicina, con atención a las perspectivas de los protagonistas de las acciones de salud; así como, con esfuerzos por promover la formación académica y la investigación científica que otorguen solidez a sus planteamientos y efectividad a sus intervenciones.

Figuras previas en tal esfuerzo integrador de ciencia y humanismo, refulgen como ejemplos vivos a través de su enseñanza y actuación profesional. Destacan así: Daniel Alcides Carrión, Honorio Delgado y Carlos Alberto

Seguín en el Perú; Darío Curiel en Venezuela; José Ángel Bustamante y Ángel Otero en Cuba; Rodrigo Fierro en Ecuador; Hernán Alessandri en Chile; Luis Patiño Camargo en Colombia; Carlos Alberto de Barros Franco en Brasil; Manuel Ruiz de Chávez Guerrero en México; Luis Hurtado Gómez en Bolivia; Juan Ortiz Villalba en Paraguay; Mauricio Gajer en Uruguay y René Favalaro en Argentina, entre otros.

Las **Segundas Jornadas Latinoamericanas de Medicina Centrada en la Persona**, llevadas a cabo en Lima en diciembre de 2016 con *Ciencia y Humanismo* como tema central, han marcado un nuevo hito en el desarrollo de este movimiento en la Región. Fueron organizadas por la Academia Nacional de Medicina del Perú y la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona, con la participación de las Academias Nacionales de Medicina de Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y Uruguay, el Instituto Nacional de Salud, el Colegio Médico del Perú, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, la Asociación Médica Mundial, y la Organización Mundial de la Salud, y el co-auspicio del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona. Las Segundas Jornadas, construyendo sobre los logros de eventos precedentes en Buenos Aires y Lima, vienen gradualmente consolidando una corriente de pensamiento científico y humanista en medicina y salud, de promisor valor para el desarrollo y bienestar de la población latinoamericana.

Recomendaciones

Se organizan estas propuestas en términos de atención clínica, investigación en salud, educación médica y salud pública, reflejando la organización del programa de las Segundas Jornadas y la intención de cubrir adecuadamente la problemática, experiencia y requerimientos del campo de la salud. En cada caso, se busca articular ciencia con humanismo, desplegando los principios de medicina centrada en la persona a través de estrategias y actividades prácticas.

A. Atención Clínica Centrada en la Persona

1. En línea con imperativos éticos, es ineludible promover el respeto a la dignidad de la persona, reconocer su autonomía, empoderarla para el cumplimiento de su responsabilidad en el cuidado de su salud, asegurar consentimiento informado a intervenciones propuestas, y facilitar el delineamiento y realización del proyecto vital de cada quien. Para facilitar el cumplimiento de tales

imperativos, se deben establecer y fortalecer comités institucionales de ética asistencial.

2. Implementando un marco holístico, se debe prestar atención a los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos, culturales y espirituales de la enfermedad, así como de la salud positiva y el bienestar. Se debe, también, considerar el contexto familiar y social en el entendimiento del estado de salud de la persona y en acciones restaurativas y promocionales de la salud.
3. En relación con la diversidad cultural, se debe tener en cuenta el ancestro y contexto actual con los que el paciente se identifica, su lengua materna y sus preferencias lingüísticas, y sus explicaciones culturales sobre salud y enfermedad. También es importante lidiar con el impacto de posibles diferencias culturales entre clínicos y pacientes.
4. Dado el valor crucial de la comunicación y las relaciones humanas en la atención clínica, es necesario escuchar al paciente atenta y respetuosamente, sintonizando con su subjetividad y su narrativa, establecer empatía como sustento comunicacional clave, y cultivar interacciones horizontales efectivas con la familia y el equipo de profesionales involucrados.
5. Para asegurar una atención clínica individualizada, se hace imprescindible conocer y tratar en profundidad a la persona; es decir, considerar su particular perfil biológico, psicológico, social y espiritual, los factores contribuyentes a su salud, su experiencia y necesidades específicas, así como delinear un programa individualizado para su atención.
6. Para promover una atención clínica colaborativa con el paciente y la familia, es importante crear en cada caso una matriz común entre todos los involucrados y así obtener un diagnóstico que signifique entendimiento compartido de la situación y decisiones terapéuticas que representen compromiso mancomunado.
7. Ejemplo recomendable de procedimiento diagnóstico centrado en la persona, articulado con planeamiento terapéutico, es la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico publicada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Este procedimiento está dirigido a cubrir tanto salud enferma como salud positiva a través de la evaluación del estado de salud, factores de riesgo y protectores, y la experiencia, valores y preferencias del paciente. Para este efecto utiliza códigos diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud complementados con consideraciones culturales latinoamericanas.

8. En suma, se postula una atención clínica informada por la evidencia científica, la experiencia del profesional de la salud, los valores y preferencias del paciente, y dirigida a la restauración y promoción de la salud y el bienestar de la persona total.

B. Investigación en Salud Centrada en la Persona

1. Profundizar investigaciones sobre los conceptos y procedimientos de la medicina centrada en la persona, así como promover que la investigación médica, en general, preste adecuada atención a la persona del sujeto y su contexto y también a los del investigador.
2. Reconocer, que tal como propone la Organización Mundial de la Salud, para ser ética, además de su rigurosa textura metodológica, la investigación médica deber estar centrada en la persona y la comunidad. Exigencias éticas involucran atención a códigos como los de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, así como el establecimiento de vigilantes comités locales de ética y comités editoriales de las revistas científicas que fortalezcan la implementación de tales imperativos y su impacto sobre la sociedad.
3. Explorar la articulación de una medicina personalizada o de precisión (focalizada en lo genético y biológico) con la medicina centrada en la totalidad de la persona, para así extender el valor de ambas perspectivas y su contribución a la salud y el bienestar de todos.
4. Promover la creación de instrumentos de investigación que permitan evaluar el desarrollo de la MCP en Latinoamérica, particularmente a nivel de Atención Primaria de Salud así como para validar la aplicación de instrumentos internacionales tales como el Índice de Atención Centrada en la Persona (PCI) y nacionales como el Cuestionario sobre Deshumanización de la Atención en Salud (CDAS).
5. Apoyar como líneas prioritarias de investigación: a) Estudio de la multi-morbilidad y la complejidad de la salud, incluyendo especialmente a grupos marginados como las comunidades nativas ancestrales; b) Investigación en comunicación clínica; c) Exploración y validación de nuevos modelos, guías e instrumentos de evaluación diagnóstica; d) Investigación de principios y procedimientos de atención comprehensiva de salud centrada en la persona; e) Estudio de los principios y procedimientos de salud pública centrada en la persona y en la comunidad; f) Investigación sobre educación y adiestramiento profesional centrados en la persona; g) Desarrollo de plataformas y estructuras

informativas basadas en el internet para apoyar actividades de investigación y colaboración académica; y h) Estudio de la deshumanización de la medicina, sus elementos y factores contribuyentes, con atención al marco de una sociedad deshumanizada.

C. Educación Médica Centrada en la Persona

1. La educación médica debiera incluir el fortalecimiento de los contenidos humanísticos del currículo y el temprano, frecuente y profundo contacto del estudiante con personas y familias. Mejoras curriculares deben abarcar integraciones interdisciplinarias y énfasis en nuevas y cruciales áreas como la atención primaria de salud.
2. Dada la necesidad impostergable del trabajo en equipo para una atención clínica cabal, debe incluirse en la formación de los profesionales de la salud oportunidades amplias para el aprendizaje inter-profesional. Esto debe involucrar a las más importantes disciplinas como medicina, enfermería, obstetricia, psicología, salud pública, nutrición, rehabilitación, educación y trabajo social.
3. Es crítico el uso de promisoros métodos educacionales. Entre ellos está el modelaje vivo ejercido por el profesor, que es crucial e insustituible. En palabras de Albert Einstein, "Dar el ejemplo no es la principal manera de influir en los demás; es la única". Otro es la diversificación de los ambientes educacionales, para adiestrar al estudiante en las diversas realidades clínicas y comunitarias donde deberá ejercer profesionalmente.
4. El compromiso ético es la primera característica denotativa de la medicina centrada en la persona. En línea con ello, debe incrementarse la formación ética del estudiante a través de un eje de oportunidades educacionales a lo largo de la carrera. Deben incorporarse cursos pertinentes, privilegiando la discusión y reflexión sobre casos ilustrativos, y el irremplazable ejemplo de moralidad y respeto por la persona del paciente y del estudiante que deben ofrecer los profesores.
5. Otra área formativa fundamental es adiestramiento en comunicación clínica, dado el profundo valor humano del encuentro entre médico y paciente, y las oportunidades ofrecidas por la creciente experiencia latinoamericana con metodología pertinente. Particularmente clave aquí es la enseñanza sobre cómo establecer empatía.

6. Se deben crear programas de tutoría integral, a través de los cuales se promueva el desarrollo del estudiante como persona y profesional. Los tutores participantes deben estar debidamente entrenados y su desarrollo como profesionales de la salud, educadores universitarios y personas cabales debe ser promovido activamente por su institución académica.

D. Salud Pública Centrada en la Persona y la Comunidad

1. En línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud deben estar integrados y centrados en la persona y la comunidad. La humanización de los servicios de salud requiere respeto por la dignidad y autonomía de cada persona y reconocimiento que la salud es tanto un derecho como una responsabilidad de todos. Este imperativo ético constituye reserva y baluarte moral para contrarrestar el embate de la comercialización y la corrupción en salud.
2. La persona en referencia es la del paciente, la de su familiar, la del profesional de la salud, y, en general, la de cada miembro de la comunidad. Una aproximación contextualizada a cada persona (Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo, en palabras de José Ortega y Gasset) articula que persona y comunidad son las dos caras de la misma medalla.
3. Políticas de salud pública centradas en la persona y la comunidad contribuyen conceptual y estratégicamente a la consecución de las Metas de Desarrollo Sostenible promulgadas por las Naciones Unidas. De esta manera, tales políticas contribuyen al avance hacia sociedades más saludables, más equitativas, más solidarias, más abiertas y con cobertura universal de los servicios de salud.
4. El diseño y formulación de políticas de salud pública centradas en la persona y la comunidad requieren un consenso básico sobre la necesidad de estas políticas; es decir, una transformación cultural. Estas políticas requieren, también, la participación de expertos salubristas, representantes válidos de las varias profesiones de la salud, de grupos de pacientes y familiares, de instituciones académicas, y de la sociedad civil en general, con el respaldo y liderazgo de las autoridades gubernamentales. Entre los actores en el campo de la salud está la industria farmacéutica, cuyo rol debe ubicarse en el marco de una estrecha colaboración con la satisfacción de los problemas de salud de alta relevancia epidemiológica en cada país.

5. La investigación científica de conceptos, estrategias y modelos de salud pública centrada en la persona y la comunidad, incluyendo programas piloto evaluados, pueden contribuir decisivamente al desarrollo y selección de opciones pertinentes en conjunción con la maduración de consensos sociales y voluntades políticas.

6. Con cara a la implementación de políticas de salud pública centradas en la persona y la comunidad, se hace necesario un re-adiestramiento de los profesionales de la salud en torno a la persona. Esto debe incluir la optimización de la comunicación clínica y la colaboración inter-disciplinaria.
7. Para consolidar la implementación de políticas de salud trascendentes, sustentables y centradas en la persona y la comunidad, debe estimularse la participación activa e informada de los diferentes componentes de la comunidad general, a través de programas de educación pública en salud de inicio en las escuelas primarias, y programas de co-gestión en la organización de servicios de salud, en su evaluación y auditoria.
8. Como lo reconoce y recomienda la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de la salud debe tener un rol coordinador de las acciones de salud. Tales acciones deben enfatizar la prevención y la promoción de la salud y constituir elemento estructural fundamental para el avance hacia sociedades saludables y el bienestar de todos.
9. Se requiere el desarrollo de programas y procedimientos para monitorear el avance hacia una atención centrada en la persona y la comunidad. Instrumentos promisoros son el Índice de Atención-centrada en la Persona (PCI) desarrollado y validado por el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, y el Cuestionario sobre Deshumanización de la atención de Salud, desarrollado y validado por la academia Nacional de Medicina, que están siendo sujetos de estudios auspiciados por la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona. Tales indicadores representan instrumentos diagnósticos, guías de trabajo estratégico, y herramientas metodológicas de amplia aplicación.

Las Academias Nacionales de Medicina de Perú, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay participantes en las Segundas Jornadas de Medicina Centrada en la Persona expresan su compromiso con la implementación de estas recomendaciones, trabajando en forma colaborativa con la Red Latinoamericana y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona y con las instancias académicas, sanitarias, societarias y gubernamentales pertinentes.