

Medicina centrada en la persona

Ponencia presentada el Congreso 50 Aniversario de ALANAM,
Bogotá, Colombia, 23 a 25 noviembre 2017

Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Individuo de Número Sillón XII

Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela

RESUMEN

La medicina centrada en la persona es la modalidad de ejercicio médico que se ha venido proponiendo en los últimos años como respuesta a los antiguos debates que desde tiempo inmemorial existen en materia de asistencia médica al enfermo. Está encauzada en la comprensión del paciente como ser humano y su atención médica enfocada a sus necesidades propias como persona dentro del contexto social en que habita. Contrasta con el enfoque centrado en la enfermedad y no en el enfermo como un todo; y con el enfoque centrado en el médico. El elemento más importante de este cambio de paradigma es el modelo biopsicosocial que toma en cuenta al paciente, el contexto social donde vive y los otros elementos complementarios utilizados por el entorno social para manejar los disruptivos efectos de la enfermedad.

Numeramos sus objetivos fundamentales:

- 1. Respetar la dignidad del ser humano.*
- 2. Reconocer la concepción holística de la persona y su ambiente.*
- 3. Ofrecer cuidados, soporte y/o tratamiento coordinadamente.*

4. Ofrecer estos servicios en forma individualizada y con la información necesaria para que la persona participe y se comprometa en su tratamiento.

5. Dar soporte y apoyo a la persona para que reconozca sus propias habilidades que le permitan vivir feliz y plenamente.

Hacemos hincapié en la necesidad de preparar estudiantes de medicina dentro de estos parámetros e implementar un sistema nacional de salud fundamentado en la atención primaria y atención centrada en la persona.

Palabras clave: *Atención centrada en la persona. Modelo biopsicosocial. Atención primaria*

SUMMARY

Person-Centered Medicine is the modality of medical practice that has been proposed in recent years as a response to the old debates that from time immemorial exist in terms of medical assistance to the sick. It is aimed at understanding the patient as a human being and his medical attention focused on his own needs as a person within the social context in which he lives. It contrasts with the focus on the disease and not on the sick as a whole; and with the focus on the doctor. The most important element of this paradigm shift is the biopsychosocial model that takes into account the patient, the social context where he lives and the other complementary elements used by the social

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina
ALANAM

Celebración Cincuentenario de la ALANAM (1967-2017)
Bogotá D.C., Colombia 23, 24 y 25 de noviembre de 2017

environment to manage the disruptive effects of the disease.

We number your main objectives:

- 1. Respect the dignity of the human being.*
- 2. Recognize the holistic conception of the person and his environment.*
- 3. Offer care, support and/or treatment in coordination.*
- 4. Offer these services individually and with the necessary information so that the person participates and commits to their treatment.*
- 5. Give support and support to the person so that they recognize their own abilities that allow them to live happily and fully.*

We emphasize the need to prepare medical students within these parameters and implement a national health system based on primary care and person-centered care.

Key words: *Person-centered care. Biopsychosocial model. Primary care*

La medicina centrada en la persona es la modalidad de ejercicio médico que se ha venido proponiendo en los últimos años como respuesta a los antiguos debates que desde tiempo inmemorial existen en materia de asistencia médica al enfermo. Está encauzada en la comprensión del paciente como ser humano y su atención médica enfocada a sus necesidades propias como persona dentro del contexto social en que habita. Contrasta con el enfoque centrado en la enfermedad y no en el enfermo como un todo. El elemento más importante de este cambio de paradigma es el modelo biopsicosocial que toma en cuenta el paciente, el contexto social donde vive y los otros elementos complementarios utilizados por el entorno social para manejar los disruptivos efectos de la enfermedad.

Las actitudes y la práctica de la medicina moderna han devenido en una profunda focalización de la enfermedad y sus órganos específicamente afectados, así como una creciente especialización y sub especialización que conlleva frecuentemente a una fragmentación y parcelación de la atención médica acompañada de la comercialización del área de la salud. La enfermedad desde el punto de vista del médico significa una alteración en la estructura o en el funcionamiento biológico. El problema para el paciente puede ser distinto, es la enfermedad pero la mayor parte de las veces se refiere a las dificultades principales que los síntomas crean en su vida y que llamamos dolencia. La manera como se vive la enfermedad es siempre

una construcción social, cultural, pero la manera como una persona experimenta una determinada enfermedad es única. Cada persona es un mundo y como tal requiere una atención que pudiéramos llamar individualizada.

El término Atención Centrada en la Persona (ACP) se refiere a muchos principios y actividades y no hay una única definición del concepto. Esto ocurre en parte porque la ACP es aún un área que está emergiendo y desarrollándose y porque si la atención médica tiene que estar centrada en la persona, dependerá de las circunstancias y preferencias de quien recibe dicha atención. Lo que es importante para una persona en cuanto a la atención de su salud puede ser innecesario o incluso indeseable para otra; inclusive puede cambiar en el tiempo a medida que cambian las necesidades individuales.

En la (ACP) los profesionales de los servicios sociales de salud trabajan en estrecha colaboración con las personas que utilizan dichos servicios; y su objetivo fundamental es ayudar a la gente a desarrollar los conocimientos, destrezas y confianza necesarios para que pueden ejercer mejor manejo y tomar decisiones bien sustentadas sobre su propia salud y todo asegurarle a la persona su trato con dignidad compasión y respeto.

El origen de la ACP se le atribuye en principio al psicoterapeuta Carl Rogers, enmarcado en la corriente de la psicología humanística, quien en 1961 formuló la Terapia Centrada en el cliente. Dicha modalidad terapéutica se fundamenta en a) el interés por centrarse en la persona y el significado que esta otorga a su propia experiencia, b) a la dignidad de la persona como valor primordial, c) la atención a las características específicamente humanas tales como la capacidad de decidir, la creatividad y la necesidad de autorrealización; d) el interés en desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona; y e) la persona tal como se descubre a sí misma como su interdependencia con la familia y la sociedad (1).

Esto se puede ver como la visión más sensata de cualquier tipo de atención médica, pero lamentablemente no es lo que vemos en la práctica; generalmente la atención médica se hace “para” o “por” la persona, en lugar de “con” ella, dada la dificultad para incluir la persona en las decisiones y la visión personal que cada uno

tiene al respecto (2).

Inicialmente se hablaba de atención centrada en el paciente. El término paciente está bien aplicado a esa persona que debe esperar horas “pacientemente” en el consultorio del médico hasta que el galeno finalmente la atienda. Es lamentable el hecho de que muchos médicos no respetan la dignidad de la persona y muestran muy poco interés en ser más organizados y diligentes para evitar esta situación. Posteriormente se acuñó el término de atención médica centrada en la persona. El enfoque de la persona es diferente del enfoque del paciente; la figura del paciente es la de un ser dependiente, sujeto a la magnitud del médico. El interés por este “nuevo” enfoque es indudablemente más adecuado y está aumentando marcadamente en muchos países.

Las raíces más antiguas de la medicina centrada en la persona se pueden encontrar en antiguas civilizaciones Orientales tales como la China y la Ayurvédica así como Occidentales, particularmente la antigua Grecia, las cuales tienden a conceptualizar la salud amplia y holísticamente. Estas tradiciones se orientan hacia la totalidad de la salud del paciente más que a solo la enfermedad y procuran articular un comprensivo y armonioso entendimiento de la salud mientras promueven un acercamiento altamente personalizado para el tratamiento de enfermedades específicas y la relevancia de la calidad de vida. Estas nociones están reflejadas en la definición de salud inscrita en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1946) referentes a un estado dinámico de completo bienestar físico, emocional y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

En las últimas décadas surge en el mundo, un nuevo tipo de profesional, el “médico de la familia”. Es un especialista con conocimientos clínicos, epidemiológicos y sanitarios, que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a las personas, familias y comunidades. Aunque el médico familiar puede desempeñarse en diferentes escenarios y niveles de atención, es el personaje ideal para la Atención Primaria de Salud en los ambulatorios donde el paciente debe acudir para recibir su primera atención médica. En la práctica el médico de familia tropieza con dos dificultades: es una disciplina que requiere una enseñanza de posgrado de al

menos tres años que debe integrar un amplio panorama de conocimientos y destrezas y la otra es la escasa remuneración que reciben por sus servicios como empleados de un servicio comunitario gubernamental de salud. Pienso que estas dos circunstancias son responsables del escaso número existente de estos profesionales.

Desde que en mayo 2008 se reunió en Ginebra la primera Conferencia sobre Medicina Centrada en la Persona, se han sucedido tres conferencias similares en el mismo lugar; y la Cuarta Conferencia en 2011 se dedicó a engranar la ACP con la Salud Pública centrada en la gente. Como resultado de estas conferencias surgió la Red Internacional de la Medicina Centrada en la Persona (*International Network for Person-centered Medicine*, INPCM). Es una organización sin fines de lucro, con propósitos educacionales, de investigación científica, y promoción de principios éticos. Está dedicada al desarrollo de oportunidades para una re-examinación crítica de la medicina y la atención a la salud y del lugar central de la persona en ellas. Sus bases constitutivas incluyen a organizaciones internacionales médicas y de salud tales como la OMS y la Asociación Médica Mundial con una comunidad de académicos comprometidos (Mezzich, Snaedal, Van Weel and Heath, 2009). La medicina centrada en la persona sitúa a esta y su contexto al centro de la atención clínica y la salud pública (3).

Miles y Mezzich señalan que medicina no solo se ha vuelto con más fuerza científica, sino que también se ha ido despersonalizando, por lo que en algunas áreas de la práctica clínica la excesiva dependencia de la ciencia en el cuidado de los pacientes ha supuesto un colapso de los valores humanistas en la profesión. Avanzándose aun más en la perpetuación de un mito moderno de la medicina: “ahora que podemos curar nos desentendemos más de nuestra responsabilidad de atender”; lo que está llevando, a juicio de estos autores, a un caos ético y moral dentro de la práctica clínica y a la generación de resultados negativos tanto para los pacientes como para los médicos por igual. En este contexto, llama la atención como la aparición y el progreso de la medicina basada en la evidencia (MBE) se hace de forma separada a la atención centrada en la persona, observándose cómo éstas iniciativas, a pesar de haber enriquecido enormemente la

profesión y la medicina, se han desarrollado en paralelo, sin intercambio ni diálogo entre ellas. Hay temor de que la ACP que se enfoca en las necesidades individuales podría contraponerse con la MBE que se enfoca más en la población general, sin embargo, los defensores de esta última comprenden que un buen resultado final debe estar definido por lo que es significativo y valioso para cada paciente. Los autores sostienen que ambos movimientos son esencialmente incompletos como una explicación coherente de la empresa única que es la medicina clínica y argumentan la necesidad de integración. Tal coalescencia permitiría que el personal (paciente y médico) participen en un proceso mutuo y de diálogo para tomar decisiones compartida dentro de una relación de igualdad, responsabilidad y confianza al tiempo que garantice que la práctica clínica se mantenga informada activamente por la “ciencia biomédica”. Para que esto pueda llevarse a cabo los autores recomiendan que esta evolución debe realizarse como parte de un cambio más amplio en los servicios de salud, un cambio de sistemas impersonales, fragmentados y descontextualizados de la asistencia en salud como los que actualmente tenemos, hacia modelos personalizados, integrados y contextualizados de la práctica clínica, para ofrecer a los pacientes una atención dentro de un marco humanista que suponga una aplicación de la ciencia de una manera respetuosa con el paciente como persona y que tenga plenamente en cuenta sus valores, preferencias, historia cultural, contexto, miedos, preocupaciones y esperanzas y que por lo tanto reconozca y responda a las necesidades emocionales, espirituales y sociales de la persona, además de sus necesidades físicas. Esto, sostienen sería “la medicina centrada en la persona” (4).

En el más antiguo modelo de atención médica el médico acudía a la casa del enfermo; allí podía examinarlo detalladamente y apreciar su entorno familiar y social. Si bien era cierto que disponía solo de sus conocimientos, la anamnesis, la clínica y escasos equipos técnicos no era menos cierto que podía tener una visión holística de la persona y su familia, su ambiente social y cómo estos elementos afectaban su salud y comportamiento. La medicina personalizada va más allá que el solo uso de la clínica; se basa en las características individuales de cada persona y incluye la moleculares, genómicas, farmacogenómicas, inmunológicas,

antropológicas y socioeconómicas. La ACP sitúa la persona como el centro mismo de la atención, promueve una medicina de la persona en la totalidad de su salud incluyendo la enfermedad y los aspectos saludables, para la persona promoviendo el proyecto de vida de cada quien, por la persona con los proveedores de salud cultivándose, enriqueciéndose ética y científicamente, con la persona empoderada que trabaja colaborativa y responsablemente; es la persona concebida de modo contextualizado como un todo que integra su yo y el ambiente que le rodea; como bien dijo Ortega y Gasset, “Yo soy yo y mi circunstancia” (5).

El rápido crecimiento de los conocimientos médicos se opone en cierto modo a la Atención Personalizada del paciente porque la especialización y sub especialización es lo que priva actualmente en el ejercicio médico. Muchos pacientes no acuden primariamente a un médico general o internista sino que van donde quien creen puede solucionarle su dolencia. Charles Bardes refiere un ejemplo típico: Un paciente consulta a un traumatólogo por dolor en la rodilla, lo examina y determina que no hay nada quirúrgico y lo envía a un reumatólogo, este no encuentra ningún proceso inflamatorio y lo remite a un fisiatra, quien a su vez lo manda a un fisioterapeuta quien finalmente le administra el tratamiento adecuado. Cada especialista realizó su trabajo en forma impecable, pero el paciente se convirtió en una pelota de ping pong; probablemente perturbado, frustrado y muy posiblemente arruinado. ACP es el hito moderno en respuesta este antiguo debate; es el tipo de atención médica que se enfoca en las necesidades del paciente y no en las del médico (6).

La medicina centrada en el paciente es una metáfora. Centrado en el paciente contrasta con centrado en el médico. La clave en esta metáfora es que el paciente y el médico coexistan en un ambiente de prerrogativas terapéuticas, sociales y económicas intercambiables en las que cada uno participe y decida. Es el cambio entre una medicina paternalista y autoritaria en la que el médico decidía y podríamos decir, imponía al paciente el tratamiento a seguir; era el modelo de paciente pasivo e incluso desconocedor de su propia enfermedad. En este nuevo modelo el médico debe desempeñar una doble tarea: relacionarse y comprender al paciente,

empoderarlo y compartir con él las decisiones sobre el manejo de su enfermedad. Numerosas experiencias existen hoy en muchos países en esta modalidad de atención médica; y encontramos diversas definiciones de ACP. Aunque la mayoría coinciden en sus enunciados, podríamos resumirlos como el cuidado médico respetuoso que responde a las necesidades individuales de la persona, sus preferencias y valores y que permite que las decisiones sean tomadas conjuntamente por el médico y el paciente debidamente informado (7). La finalidad de la ACP es que el médico logre comprender a la persona como un todo único en su integridad y ambiente y le proporcione los medios para que conjuntamente tomen decisiones sobre los medicamentos a tomar, su adhesión al tratamiento y el manejo del mismo a fin de lograr su curación y prevenir enfermedades conjunta y coordinadamente de acuerdo a estos principios.

Cuando yo estudié medicina me enseñaron que primero que todo tenía que desarrollar un proceso de empatía con el paciente, hablarle, oírle, tomarle una detallada historia clínica, luego examinarle clínicamente, aplicar la semiología y solo después de tener una impresión diagnóstica presuntiva y haber compartido esta con el paciente, ordenar exámenes complementarios; sin olvidar evaluar no solamente lo biológico sino también lo psicosocial para llegar a un diagnóstico certero y poder aplicar un adecuado tratamiento.

La relación médico-paciente sigue siendo el pilar fundamental del ejercicio médico. En los últimos 25 años la relación médico-paciente ha presentado un tremendo cambio, mucho mayor que el de los 25 siglos anteriores. Antiguamente, desde Hipócrates, el paciente tenía una absoluta confianza en el médico y al mismo tiempo este se consideraba responsable de su paciente al estilo de un padre con su hijo. Se establecía una especie de entrega del paciente a su médico y este último se responsabilizaba por su paciente. De allí surge el “paternalismo” del médico. Desde los años 60 del siglo pasado la situación ha cambiado, se toma en cuenta la participación y responsabilidad del paciente en el proceso de su enfermedad. Se inició con la convicción de que la persona enferma debía tener conocimiento pleno de su enfermedad, incluyendo los riesgos que esta significaba para su vida, así como las posibles variables existentes para su adecuado tratamiento;

se instituyó el consentimiento informado como documento requerido para conformar la relación adecuada entre el médico y el paciente (8).

El conocimiento del entorno familiar, socio cultural y ambiental donde se encuentra la persona (paciente) que estamos entrevistando es fundamental para que el médico esté en capacidad de comprender e interpretar el estudio integral de esa persona única física, psicológica y socio familiarmente, para ayudarlo en su proceso de curación. La empatía es la facultad indispensable para el médico para posicionarse en el lugar del paciente, entender sus problemas y tratar de resolverlos como si fueran propios. Por eso los pacientes se reconfortan al observar que su médico empático no se desconcierta frente al sufrimiento, simplemente porque lo comprende y es capaz de acompañarlo (9).

Hasta unas décadas, la atención médica se mantenía dentro de un modo personal y familiar. La práctica médica hoy día se aproxima más al ejercicio de la tecnología; la historia médica y la relación médico/paciente son subestimadas por las nuevas generaciones médicas, que priorizan la tecnología ante la clínica. No obstante, este tecnicismo trae consigo un nuevo reto porque el médico tiene que estar al día con el conocimiento exacto de estos recursos y por otro lado el paciente tiene la necesidad y el derecho a estar muy bien informado sobre como ellos serán utilizados en el proceso de su atención médica. Y lo que es mas aún, si el paciente no recibe de su médico la explicación que él considera exacta, lo buscará en internet y lo discutirá con su médico. Esta era informática que vivimos tiene también sus riesgos porque cuando el paciente en forma aislada y sin conocimiento médico busca información en las redes puede encontrar información confusa que puede eventualmente trastornar negativamente su tratamiento.

La tendencia contemporánea de reducir la medicina a una práctica interpretativa de las más sofisticadas tecnologías y a los médicos en meros “tecnólogos”, limitando y hasta tratando de eliminar su profundo sentido “humanístico”, ha creado un conflicto de incalculables proporciones, cuyas consecuencias negativas se observan ya en la crisis de la disminución en la autoestima y gratificación de los médicos recién graduados y del aprecio de la colectividad por nuestra profesión (10).

La historia médica electrónica ha revolucionado la atención centrada en la persona. Permite al médico o equipo médico acceder, guardar y organizar las citas, exámenes e laboratorio, imágenes diagnósticas, curso del tratamiento, etc. En una interface de fácil acceso. Incluso puede ser posible que el propio paciente —mediante una clave de acceso— pueda ver personalmente sus datos, citas, exámenes de laboratorio y otros desde su casa. Igualmente solicitar información sobre interacción entre drogas, equivalencia entre medicamentos patentados y genéricos y muchas otras informaciones de interés.

En los planes nacionales de ACP la Historia Electrónica es una herramienta indispensable ya que permite el seguimiento permanente de la persona en cualquier institución de salud a la cual consulte. Dentro del Plan General de Salud, que nuestra Academia está proponiendo, se contempla la adopción de una historia electrónica única para cada persona, de modo que donde quiera que asista para un servicio de salud, se pueden revisar y actualizar todos los datos personales que están registrados en ella.

El reto que enfrentamos hoy día —y que se agudizará aun más en el futuro— es doble: La disponibilidad de numerosos artefactos diagnósticos como el Ecosonograma de prácticamente cualquier órgano o segmento del cuerpo humano, la Imaginología con la Resonancia Magnética (MRI), la Tomografía Axial Computarizada (TAC) la Tomografía con Emisión de Positrones (PET) y las pruebas especializadas de laboratorio y otros. Con los adelantos científicos en la ingeniería biomédica, la biología molecular, la manipulación de la energía nuclear e incluso la manipulación del genoma humano. La era tecnológica ha ayudado notablemente al diagnóstico y al tratamiento del paciente, pero al mismo tiempo ha complicado marcadamente la atención médica; esta excesiva dependencia de la ciencia y tecnología en el cuidado de los pacientes ha supuesto un colapso de los valores humanistas de la profesión.

Y vamos hacia la súper tecnología donde la ingeniería biomédica se encargará de diagnosticar la enfermedad e indicar su tratamiento. Estamos olvidando que nos toca tratar aun “enfermo” no a una “enfermedad”.

La contrapartida que enfrenta a esta visión es la ACP. Mientras mejor informado esté la persona de su condición de salud y el médico sepa establecer una buena comunicación con ella para trabajar juntos, mejores y más económicos resultados se obtendrán en la prestación de salud. El grave problema de los exorbitantes costos de la atención médica en Estados Unidos de Norteamérica han llevado a considerar el cambio de la atención médica suministrada por los especialistas hacia la atención primaria como el foco primordial de la atención médica y conjuntamente la ATC. Los costes de salud parecieran que pudieran incrementarse con el uso de esta última, sin embargo, la experiencia apunta a lo contrario. El Dr. Charles Safran, Jefe de la División de Informática de la Universidad de Harvard, graduado cum laude en Matemáticas, con Master en matemática lógica y además Doctor en Medicina señala que “el objetivo de su División ha sido mejorar la calidad y reducir el costo de la atención médica, incrementar la calidad de la educación medica, para desarrollar una mejor relación entre el médico y el paciente y explorar los innovadores recursos que ofrece la computación”. Su programa “Liderar y Manejar el Cambio” persigue adiestrar líderes que logren transformar la atención médica mediante el uso creativo de la tecnología de la información y comunicación; sus alumnos, trabajando dentro de un sistema de computación clínica real, aprenden a refinar procesos clínicos y diseñar e implementar sistemas clínicos que ayudan —mediante historias médicas electrónicas— al mejor tratamiento a la persona. Igualmente ha desarrollado programas tecnológicos para la atención de enfermos con VIH (11).

Los programas de salud que se propongan al público, bien se apoyen por las entidades gubernamentales de salud, o por los grupos privados que desarrollen estos programas deben tener muy presente que la ACP implica tres requisitos básicos: 1.- Un paciente bien informado comprometido tanto él como su familia. 2.- Un profesional de salud comprensivo y receptivo que se enfoque en la enfermedad y conocimiento del paciente. 3.- Un coordinado y bien integrado equipo que sustente los esfuerzos del paciente, su familia y su médico. Estas ideas se aplican tanto para el ejercicio privado del médico como para los grupos que se dedican a la atención de personas

con determinadas enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermos de Alzheimer o casas de retiro para ancianos. Hay experiencias muy exitosas en varios países de América y Europa en este sentido. Es de suma importancia el seguimiento y evaluación continuada del curso de estos programas para asegurar su éxito y costo (12).

De hecho varias instituciones en países desarrollados realizan eventos periódicos para mantener al día al personal que trabaja en este enfoque terapéutico. El (13) celebra seminarios (*workshops*) como el efectuado recientemente con participación activa de numerosos profesionales, técnicos y personal de salud: (14)

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ACP

En la revisión de la abundante bibliografía existente sobre la ACP encontramos diversas Definiciones y Principios Fundamentales de la Atención Centrada en la Persona:

Quizás la más simple y comprehensiva definiciones: **La atención centrada en la persona es aquella en donde las personas participan activamente en su propio cuidado médico en estrecha colaboración con profesionales de la salud.**

Los programas de salud que se propongan al público, bien se apor las entidades gubernamentales de salud, o por los grupos privados que desarrollen estos programas deben tener muy presente que la ACP implica tres requisitos básicos: 1.- Un paciente bien informado comprometido tanto él como su familia. 2.- Un profesional de salud comprensivo y receptivo que se enfoque en la enfermedad y conocimiento del paciente. 3.- Un coordinado y bien integrado equipo que sustente los esfuerzos del paciente, su familia y su médico. Estas ideas se aplican tanto para el ejercicio privado del médico como para los grupos que se dedican a la atención de personas con determinadas enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermos de Alzheimer o casas de retiro para ancianos. Hay experiencias muy exitosas en varios países de América y Europa en este sentido. Es de suma importancia el seguimiento y evaluación continuada del curso de estos programas para asegurar su éxito y costo (15).

The United States Agency for International

Development (USAID) define la ACP en el campo de la salud como “un enfoque en la atención que conscientemente adopta la perspectiva del paciente”. Esta perspectiva se caracteriza por dimensiones como el respeto a los valores del paciente, a sus preferencias y necesidades expresadas, así como por la coordinación e integración de la atención, la información, la comunicación y educación, el confort físico, el apoyo emocional y el alivio del miedo y ansiedad, la implicación de la familia y amigos, o la transición y la continuidad” (citado en Harkness, 2005) (16).

La *Health Foundation* describe los principios que enmarcan la ACP:

- a.- Reconocer y respetar la dignidad del ser humano.
- b.- Ofrecer cuidados, soporte y/o tratamiento coordinadamente.
- c.- Ofrecer estos servicios en forma individualizada y con la participación de la persona.
- d.- Dar soporte y apoyo a la persona para que reconozca sus propias habilidades que le permitan vivir feliz y plenamente (17).

1. El cuidado de la salud debe basarse en las necesidades únicas de la persona y su derecho a la salud. Es decir, el cuidado se concentra en la persona.
2. La atención centrada en la persona se basa en un enfoque holístico de la salud que tiene en cuenta a la persona en su totalidad, en lugar de una perspectiva puntual centrada en el foco de la enfermedad o sus síntomas.
3. La atención debe ser coherente. Los profesionales de la salud siempre deben acercarse a los pacientes con dignidad, compasión y respeto. Deben trabajar dentro de una perspectiva ética.
4. Debe tomar en cuenta los deseos, capacidades y recursos de la persona para su salud y bienestar, así como los factores familiares y culturales.
5. La persona debe estar bien informada para que pueda entender su enfermedad y tomar decisiones conjuntamente con el médico.

La Facultad Médica de Harvard, de acuerdo a los principios de Pickering, define así las dimensiones de la ACP:

1. Respetar los valores, preferencia y deseos expresos del paciente.
2. Suministrar cuidados coordinados e integrados en la atención en salud.
3. Información y educación de la persona sobre su estado clínico, progreso y pronóstico.
4. Confort físico de la persona en cuanto a calmar el dolor, asistencia para sus actividades y necesidades del día a día y accesibilidad a los servicios médicos.
5. Soporte emocional y combatir el miedo y la ansiedad. La disfunción emocional puede perjudicar a la persona tanto como la física.
6. La familia y el entorno social de la persona deben estar incluidos en el proceso.
7. Continuidad de la atención cuando el paciente egresa del centro de salud, asegurando la persistencia del soporte del equipo de salud.
8. Acceso seguro a los servicios. Garantizar al paciente la facilidad de acceso a los centros de salud, confirmación de citas y la consulta a especialistas cuando sea el caso (18).

La ACP debe lograr estos objetivos:

- 1.-Enfatizar la comunicación médico-paciente.

En las Escuelas Médicas debe incorporarse la enseñanza de la comunicación del médico con el paciente mediante programas, tanto del currículo regular como en la educación continuada, que promuevan la empatía, habilidad de transmitir al paciente y la comprensión de las estrategias y cambios de comportamiento.

- 2.-Conocimiento de los aspectos de salud.

Los médicos deben estar bien familiarizados con el conocimiento de los medios y materiales educativos que sirvan de apoyo para informar a sus pacientes. Panfletos, programas y otras fuentes de información así como eventos comunitarios acordes a su nivel cultural y estatus socioeconómico. Todo esto encaminado a instruir al paciente para participar adecuadamente en el

proceso de atención médica.

- 3.-Evaluar los resultados.

Las políticas de salud deben poder medir los resultados del proceso de ACP. Instrumentos que permitan evaluar el curso del estado de salud del paciente (síntomas, funcionalismo y calidad de vida), así como valorar la apreciación del paciente en cuanto a su satisfacción relativa a su atención y éxito de la ACP. De hecho existen “*softwares*” que permiten archivar los datos de salud del paciente y su propia historia clínica; con ella mantienen al día sus fichas y pueden compartirlas con las personas de su equipo de salud.

- 4.-Compartir la toma de decisiones.

Kaplan y col. “encontraron que los pacientes que hacen preguntas, estimulan opciones de tratamiento, expresan su opinión sobre los mismos y determinan sus preferencias tienen mejor opción de tener mejores resultados que los que no lo hacen.” La participación activa del paciente en el conocimiento y tratamiento de sus dolencias, compartidas y evaluadas con su médico es un factor importante en la obtención de buenos resultados.

- 5.-Empoderamiento del paciente para tomar responsabilidad.

Debe estimularse al paciente para aceptar su responsabilidad, tomar conciencia en el manejo de su salud y trabajar en estrecha colaboración con su equipo médico. El concepto de empoderamiento conlleva la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad, interpretar y reportar sus síntomas correctamente así como tomar la medicación apropiada (19).

El modelo de atención centrada en la persona permite la inclusión del paciente y sus familiares en la fabricación de un diseño conjunto y acuerdos mutuos de los planes médicos y tratamientos. El concepto de atención centrada en la persona implica una asociación entre los profesionales del cuidado médico, el paciente y los familiares con un punto de partida en la historia médica del paciente. La perspectiva global de la situación de la vida del paciente se considera a crear objetivos y estrategias tanto corto y a largo plazo de monitoreo.

Uno de los aspectos más importantes en la capacitación del personal de salud es aprender

a oír a la persona directamente expresar sus propias necesidades, sus valores y sus intereses. Aquí el contraste entre la atención personalizada, centrada en el paciente y no centrada en el médico. Mantener conversación en la que la persona se siente escuchada y tomada en cuenta: dadas esas condiciones el paciente está más propenso a aceptar la recomendación del médico. Amy Berman describe el movimiento “pop Gestalt” que busca propiciar cambios en el cuidado del paciente que se compadezcan con los valores y preferencias de la gente, “a la gente le importa su propia vida y quieren conocer y evaluar las opciones que ellos pueden tener para mejorar su calidad de vida” (20).

ACP enfocada a grupos determinados

Numerosas experiencias en varios países han centrado la atención médica en personas que comparten una misma enfermedad. Se les instala en ambientes que permiten la convivencia de los individuos y familias, los cuales son atendidos por un grupo de médicos y trabajadores de la salud. Me refiero a comunidades que sufren de cáncer, enfermedad de Alzheimer, enfermedades cardiovasculares, artritis, etc..

En un centro de tratamiento de cáncer en Canadá, estudian la comprensión y práctica de cuidados centrados en la persona por los profesionales de salud y el personal de apoyo para entender el progreso de los pacientes y los miembros de sus familias. Basándose en este estudio, los autores recomiendan promocionar el diálogo y la educación continua de los profesionales de la salud y miembros del equipo para comprender que es la atención centrada en la persona y la forma como debe administrarse el servicio.

Resumen su experiencia así: “Sobre la base de este estudio de investigación, recomendamos promover el diálogo y oportunidades de educación continua y desarrollo profesional para los profesionales de la salud y otro personal de primera línea que ayudarán al éxito de la atención centrada en la persona en estas comunidades” (21).

Dado el incremento de la longevidad en los últimos años, la atención de las personas de edad avanzada ha despertado el interés de la ACP en ellos convirtiéndose en un nuevo paradigma;

sin embargo, la medicina personalizada solo puede aplicarse en personas que tienen plena capacidad de entendimiento y claridad realista sobre las opciones de su tratamiento y costo del mismo. La evaluación de distintas estrategias de atención centrada en el paciente ha permitido observar que este enfoque mejora la información de los pacientes, que adquieren una percepción del riesgo más precisa y realista; se sienten más implicados en las decisiones; puede reducir las consultas al médico y, cuando se ofrece a los pacientes la posibilidad de escoger un tratamiento, tienen tendencia a tomar decisiones más conservadoras, con menos probabilidades de pedir tratamientos más caros. Se creía que este enfoque haría aumentar la demanda y los costes, pero ocurre lo contrario, cuando se dispone de una información precisa sobre los efectos probables de un tratamiento, el gasto es menor.

El *American College of Cardiology* tiene un equipo completo de cardiólogos y sub especialistas en el área cardiovascular para la ACP. Enfatizan la adecuada información al paciente para que pueda participar en las decisiones tomadas conjuntamente (médico/paciente); la comunicación, especialmente lo relativo a las complicaciones y efectos colaterales de los medicamentos son elementos que las personas exigen conocer. Al mismo tiempo la evaluación, hecha por la propia persona sobre el curso de su enfermedad, es medida rigurosamente para asegurar un mejor éxito. Hacen hincapié en que la enseñanza focalizada en la comunicación paciente/médico debe incorporarse en el currículo de los estudios de pregrado y los programas deben enfatizar la empatía, habilidad educacional y en cambios de conducta y estrategias. Igualmente recomiendan a los médicos familiarizarse con las fuentes de información tanto para ellos como para los pacientes, así como los materiales informativos (folletos, panfletos) que sean relevantes y ajustados al nivel educacional y cultural del paciente. El uso de la tecnología electrónica e internet es un instrumento valioso para el médico y para la persona (22).

La Salud en la Venezuela de hoy

Antes de que nuestro país cayera en la grave situación que se inició hace ya 18 años y que se ha ido agravando progresivamente, nuestro Sistema Nacional de Salud estaba medianamente

organizado; aunque debemos reconocer que los estratos socio económicos medio y bajo estaban bastante desatendidos. El régimen actual intentó una solución de salud para la población copiado y dirigido por el cubano. Se importaron de Cuba 45 000 “médicos” a los que se instalaron en módulos de atención de salud con la llamada Misión Barrio Adentro I y II. Estos médicos no calificados ni certificados por el Ministerio de Salud, como a todos nosotros nos exige la ley del ejercicio de la medicina, demostraron incapacidad para llevar a cabo su misión; al mismo tiempo el régimen puso en práctica la formación de Médicos Integrales Comunitarios (MICs) mediante “universidades” en las que en 3 años de enseñanza de los principios revolucionarios y una educación médica teórica carente de los más básicos conocimientos anatómicos, fisiológicos y patológicos, producían miles de MICs cada año.

El resultado era de esperarse; los MICs no estaban capacitados para ejercer la profesión médica, así como tampoco pudieron insertarse en los cuadros de atención hospitalaria. Los módulos de Barrio Adentro están hoy cerrados o desprovistos de los insumos básicos para funcionar. Miles de médicos recién graduados de nuestras Universidades Nacionales han emigrado, al igual que los profesores. Los posgrados están desiertos por falta de estudiantes y carencia de profesores. La salud está en ruina.

La nefasta situación político/económica nos ha llevado a padecer hoy una crisis humanitaria con 81,8 % de pobreza, a 93,3 % de los venezolanos no les alcanza el sueldo para comprar alimentos, que por lo demás cada vez son mas escasos; la escasez de medicamentos llega al 70 %, el 51 % de los quirófanos hospitalarios están inoperativos. Actualmente, año 2017, de un total de 16 238 camas (según la OMS debían haber 50 000), el 39 % de ellas están fuera de servicio. Los pobres han perdido 8 kg de peso y 86,3 % ingieren dos o menos comidas al día. Enfermedades hace años ya erradicadas como el paludismo, tuberculosis y difteria han reaparecido en forma impresionante. **Venezuela vive las peores condiciones de salud que desde principios del siglo XX (23).**

Nuestra Academia ha estado muy preocupada por la grave condición de la salud del pueblo de Venezuela en los últimos casi 20 años. Cada día se agrava más. Numerosos estudios hemos realizado

para tratar de mejorar la situación, como también hemos enviado múltiples comunicaciones a las autoridades sanitarias gubernamentales alertando sobre la situación y proponiendo medidas correctivas —tal como corresponde a nuestra Academia— pero el resultado ha sido totalmente negativo; incluso ni siquiera responden nuestros mensajes.

Que estamos haciendo en Venezuela en Atención Centrada en la Persona

No tenemos conocimiento de que existan en nuestro país programas que conformen la modalidad de ACP, tal como vemos en países europeos y americanos; sin embargo podemos considerar como tal algunos programas, que por su naturaleza, podrían encajar dentro de tal concepto.

Voy a referirme a dos de ellos, uno enfocado a la atención de personas indígenas ubicadas lejos de las grandes ciudades, quienes por lo demás no reciben atención médica adecuada; y el otro a profundizar un diagnóstico molecular para establecer terapias individualizadas que ofrezcan mayor efectividad.

1.- Programa Maniapure

Este surge por la extraordinaria iniciativa del Dr. Tomás Sanabria y un grupo de profesionales de la salud que llevan atención médica a grupos indígenas desprovistos hasta entonces de estos cuidados.

Se inicia en un pequeño modulo rural ubicado en la ribera del Río Maniapure en el Estado Bolívar, cuando en 1995 un grupo de profesionales de la salud se asociaron con una ONG para brindar salud a los pobladores indígenas de esa zona. La idea fue que un equipo multidisciplinario pudiera prestar atención medica de primera línea localmente y atender las necesidades de salud de los pobladores con al apoyo de las telecomunicaciones para conectarse con los especialistas ubicados en las grandes ciudades. Se inició mediante el uso de un radio de dos bandas y luego por telefonía satelital, fax, hasta que en 1999 se logró mediante internet satelital. Siguiendo este modelo se unieron entonces los ambulatorio de Urbana y Guarray creándose una red de atención que cubre 1 500 Km² con 10 000 habitantes.

El proyecto llamó la atención de estudiantes de áreas de la salud de varias universidades nacionales y se establecieron alianzas con escuelas de medicina a nivel internacional creándose la Fundación Proyecto Maniapure. En el año 2005 el sector privado aportó la tecnología requerida para establecer una red de telecomunicación. El personal recibió adiestramiento en el uso de estos sistemas y el equipo humano aprovechó la oportunidad para formar a médicos rurales de otras localidades aledañas en este tipo de procedimientos.

El Centro de Triage Virtual (CTV) es el corazón del sistema; está ubicado en centros de salud de áreas urbanas, asignado a personal médico especializado quienes reciben información de voz, data e imágenes a través de sistema de banda ancha local; analizan los casos y dan respuesta apropiada a los requerimientos de los médicos del ambulatorio. Cada centro de atención primaria rural tiene una cobertura entre 3 000 y 7 000 pobladores con un volumen de atención mensual de entre 200 y 400 pacientes. La consulta, por medio del CTV, permite resolver el 95 % de los casos y 5 % pueden requerir una segunda opinión o referencia.

Con el éxito obtenido, gracias al continuo trabajo de estos abnegados profesionales de la salud, el proyecto se expandió no solo a otros ambulatorios del país sino también a otros 50 centros de atención ambulatoria de Colombia, Ecuador y Bolivia.

Podemos considerar que este proyecto encaja cabalmente dentro la atención centrada en la persona (ACP) por cuanto la atención, con todo el equipo profesional, conocimiento y tecnología va a la persona en su ambiente natural a prestar la ayuda requerida para disfrutar su salud.

2.- Proyecto Diagnóstico Molecular Integral

La Medicina Clínica ha iniciado una nueva etapa. El alcance actual del diagnóstico clínico exquisito ya no solo recae sobre las características estructurales, accesibles a la microscopía óptica, sino que se abre un espacio gigante hacia lo mínimo. En esta era, la medicina penetra los niveles moleculares y con ello ofrece la posibilidad de un futuro con diagnósticos más precisos, más personalizados y con optimismo, mucho más precoces. Bajo este concepto,

surge la novedosa **medicina personalizada** cuyo fundamento principal es la terapia dirigida como plan de tratamiento. El objetivo de las terapias dirigidas es la individualización de los tratamientos de acuerdo a la patología mientras que al mismo tiempo se toma en cuenta el paisaje genético y epigenético de cada paciente. Este es un enfoque más profundo de ACP por cuanto el universo de dicha atención se complementa con el estudio de las raíces de su propio ser.

Actualmente la Dra. María Andreina Bruni en sociedad con la Dra. Patricia Adreani, la Dra. Aida Falcón de Vargas, y un equipo humano altamente calificado de laboratorio, han desarrollado un novedoso concepto de laboratorio médico donde diferentes disciplinas se integran con el fin de emitir diagnósticos moleculares integrales. Así, el laboratorio médico consta de cuatro áreas fundamentales: Anatomía Patológica e Inmunohistoquímica, Citometría de Flujo, Citogenética y Biología Molecular que se conjugan para emitir diagnósticos integrales (24).

Esta es una iniciativa que recién comienza en Caracas en miras de una mejor atención centrada en la persona. Estamos seguros de que tendrá el éxito esperado y esperamos sea repicada por otros acuciosos investigadores.

Para terminar, recordemos quienes somos y que es lo que se supone debemos hacer. Tenemos que personalizar y expresar las virtudes de nuestra civilización occidental; nuestra misión es prevenir y curar la enfermedad, calmar el dolor y promocionar la salud para mejorar la calidad de vida, pero también respetar el derecho a morir dignamente. Nunca debemos olvidar cual es nuestra misión; obviamente no podemos internalizar los problemas y necesidades de los demás pero como profesionales de la salud tenemos que buscar un balance entre el altruismo y nuestro interés personal que permita mejorar y promover la salud de la población (25).

REFERENCIAS

1. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Ed Paidós; 1961
2. Person-centered care made simple, October 2014, Health Foundation . www.health.or.uk
3. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, and Heath

- I. The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Med J.* 2009;55:104-107.
4. Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: Person centered medicine as an emergent model of modern clinical practice; *International Journal of Person Centered Medicine.* 2011;1:207-222.
5. Mezzich J E. Repensando el Centro de la Medicina: De la Enfermedad a la Persona. *Acta Med Per.* 2010;27(2):148-150.
6. Definig "Patient-Centered Medicine", Charles L. Bardes. *N Engl J Med.* 2012;366:782-783.
7. Institute of Medicine. *Crossing the quatiy chasm: A new health system for the 21th century-Washington DC: National Academic Press, 2001.*
8. Celedon C. Relación Médico Paciente. *Rev ORL Cir. Cabeza y Cuello; Santiago de Chile.* 2016;76.
9. Marsiglia I. El arte en la comunicación con el paciente. *Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina Caracas: Ed Ateproca; 2014;Tomo XX:157-2017.*
10. Kerdel-Vegas. *Paradojas Médicas, www.cognitio books.com.*
11. <https://informaticstraining.hms.harvard.edu/content/charles-safran-md-presents-“leading-and-managing-change”-grand-rounds>.
12. WhyTheNationNeedsaPolicyPushonPatient-Centered Health Care. *HealthAffaires.* 2010;29(8):1489-1495.
13. The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine(www.nap.edu)
14. NASEM, 2017. Integrating the patient and caregiver voice into serious illness care: Proceeedings of a workshop. Washington,DC; The National Academies Press, doi: 10.226/24802.
15. WhyTheNationNeedsaPolicyPushonPatient-Centered Health Care. *Health Affaires.* 201029(8):1489-1495
16. [www.Harkness method](http://www.Harknessmethod)
17. <http://www.health.org.uk>
18. Pickering Institute and Harvard Medical School.
19. Holman HR, Lorig KR. Overcoming barriers to succesful aging: Self-management of osteorthritis. *West J Med.* 1997;167:265-268.
20. Integrating the patient and caregiver voice into serious illness care: Proceedings of a Workshop National Academies of Sciences Engineering and Medicine, Washington 2017.
21. Calisi R, Boyko S, Vendette A, Zagar A. What is Person-Centred Care? A Qualitative Inquiry into Oncology Staff and Patient and Family Experience of Person-Centred Care. *J Med Imag Rad Sciences.* 2016;4:309-314.
22. *JACC* 2012;(59)23;2125-43.
23. ENCOVI. 2016
24. Alocución a la Academia Nacional de Medicina. Dra. María Andreina Bruni. Caracas, 9 de Marzo 2017.
25. R. Scott Jones, M.D. *Annals of Surgery.* J.B.Lippincott Company; 1993;217(5)423-429.