

Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona

Latin American bases and perspectives on Person-Centered Medicine and Health

Patrick Wagner¹, Alberto Perales², Rodolfo Armas³, Oscar Codas⁴,
Raúl de los Santos⁵, Daniel Elio-Calvo⁶, Juan Mendoza-Vega⁷,
Melitón Arce⁸, José Luis Calderón⁹, Lucia Llosa¹⁰, Javier Saavedra¹¹,
Oscar Ugarte¹², Herman Vildózola¹³, Juan Enrique Mezzich¹⁴

¹ Presidente, Academia Nacional de Medicina del Perú.

² Profesor de Psiquiatría, Instituto de Ética en Salud, Univ. Nac Mayor de San Marcos; Academia Nacional de Medicina del Perú.

³ Presidente, Academia Nacional de Medicina de Chile.

⁴ Presidente, Academia Nacional de Medicina de Paraguay.

⁵ Secretario General, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Argentina).

⁶ Presidente, Academia Boliviana de Medicina.

⁷ Presidente, Academia Nacional de Medicina de Colombia.

⁸ Ex-Vice-Ministro de Salud del Perú; Academia Nacional de Medicina del Perú.

⁹ Profesor de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

¹⁰ Decana, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

¹¹ Director de Investigaciones, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; Profesor de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Academia Nacional de Medicina del Perú.

¹² Ministerio de Salud del Perú.

¹³ Decano, Facultad de Medicina de San Fernando, Univ. Nac Mayor de San Marcos; Academia Nacional de Medicina del Perú.

¹⁴ Profesor de Psiquiatría, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York; Secretario General, International College of Person Centered Medicine.

Resumen

Antecedentes: Este artículo emerge como parte de un proceso liderado por la Academia Nacional de Medicina del Perú en estrecha colaboración con otras Academias de Medicina Latinoamericanas, e importantes instituciones universitarias y profesionales relacionadas con la salud. **Objetivo:** Describir y fundamentar la importancia de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) en el contexto latinoamericano. **Metodología:** Revisión de artículos y experiencias latinoamericanas sobre el tema, realización de reuniones académicas para deliberar sobre contenidos afines, dos preliminares en Lima en diciembre 2013 y enero 2014, una tercera en Buenos Aires, a propósito del 2° Congreso Internacional de Medicina Centrada en la Persona, con la presencia de las Academias de Medicina de Argentina, Bolivia, Chile y Perú (noviembre 2014) y una cuarta en Lima, Reunión de las Academias de Medicina de Bolivia, Colombia, Chile, Paraguay y Perú (diciembre 2014). **Resultados:** Se puntualizan los precedentes históricos y contemporáneos, universales y locales, pertinentes a la gestación y desarrollo de una re-priorización de la medicina en torno a la persona y su contexto, articulando para el efecto ciencia y humanismo. Se discute el nivel filosófico del concepto Persona en medicina, incluyendo bases terminológicas, históricas, y derechos humanos. Sobre estas bases se examina la evolución de los conceptos centrales de la MCP, resaltando su pertinencia tanto en la medicina clínica como en la salud pública, la atención, educación e investigación y las políticas en salud. Con respecto a la práctica y educación clínicas, se plantea la noción de MCP como principio estratégico fundamental, sus aplicaciones educacionales programáticas, y su posible institucionalización a nivel de facultades de medicina. Se resalta la importancia de la formación en ética y comunicación clínica y del apropiado uso de la tecnología y la evidencia científica al servicio de la persona. Se incluyen posibilidades institucionales disponibles para la educación inter-disciplinaria de los profesionales de la salud así como perspectivas educacionales latinoamericanas. Se destaca la importancia de la investigación científica sobre la MCP, abarcando estudios sobre conceptualización, medición y diagnóstico incluyendo la necesidad de elaborar instrumentos narrativos complementarios. Finalmente, se consideran perspectivas sobre políticas de salud centradas en la persona y la comunidad así como aportes y recomendaciones derivados de la experiencia latinoamericana en este tema. **Conclusiones:** La Medicina Centrada en la Persona valora los avances biológicos, psicológicos y socio-culturales y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona, articulando la ciencia como instrumento esencial y el humanismo como la esencia de la medicina. Frente a formulaciones epistemológicas reduccionistas, la MCP propone una medicina *informada* por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

Palabras clave: Medicina centrada en la persona, atención y políticas de salud, educación e investigación en salud.

Abstract

Antecedents: This paper emerges as part of a process lead by the National Academy of Medicine of Peru in close collaboration with other Latin American National Academies of Medicine and important university and professional institutions related to the area of health. **Objective:** To describe and substantiate the importance of Person Centered Medicine (PCM) in the Latin American context. **Methodology:** Review of Latin American papers and experiences on this issue, and organization of academic meetings to deliberate on related problems, two preliminary ones in Lima in December 2013 and January 2014, a third one in Buenos Aires at the Second International Congress of Person Centered Medicine with the participation of National Academies of Medicine of Argentina, Bolivia, Chile and Peru (November, 2014), and a fourth in Lima with the presence of the National Academies of Medicine of Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay and Peru (December, 2014). **Results:** Historical and contemporary, universal and local precedents to the gestation and development of a re-prioritization of medicine in relation to the Person and his context are pointed out, articulating for such purpose science and humanism. The concept of Person in medicine from a philosophical point of view, including terminological historical and human rights dimensions, is discussed. Upon these bases the central concepts of PCM are examined emphasizing its pertinence in clinical medicine as well as in public health, clinical care, education, research, and health policies. In regards to clinical education and practice, the PCM concept as a fundamental strategic principle, its programmatic educational applications and its possible institutionalization at medical school level are proposed. The importance of ethical training and clinical communication as well as the appropriate use of technology and scientific evidence on behalf of the Person are highlighted. Available institutional opportunities for health professional interdisciplinary education as well as Latin American educational perspectives are discussed. Scientific research on PCM is highlighted particularly concerning studies on conceptualization, measurement and diagnosis, including the need to construct narrative complementary instruments. Finally, perspectives on health policies centered on the person and the community as well as contributions and recommendations derived from Latin American experience on this topic are considered. **Conclusions:** Person Centered Medicine values biologic, psychological and socio-cultural scientific advances processing them within the comprehensive frame of the Person; it articulates science as an essential instrument and humanism as the essence of medicine. Facing reductionist epistemological formulations, PCM proposes a medicine informed by evidence and experience and oriented towards the totality of the person.

Keywords: Person centered medicine, health care, health policy, health education and research.

An Fac med. 2015;76(1):63-70 / doi:10.15381/anales.v76i1.11077

INTRODUCCIÓN

Enfrentamos críticas limitaciones en la medicina moderna, la cual por un lado ha facilitado bienvenidos avances científicos para la investigación de las enfermedades y sus útiles aplicaciones para el diagnóstico y el tratamiento, y por otro ha presentado una excesiva focalización en enfermedades y órganos, fragmentación de servicios, cosificación del paciente, debilitación de la relación clínica, y comercialización de la salud ⁽¹⁾. En respuesta a estas limitaciones está surgiendo un movimiento internacional en búsqueda de repriorizar a la persona como centro de la medicina y la salud en colaboración con la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras, y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, entre muchas

otras ⁽²⁾. Esta emergente respuesta es consistente con postulados peruanos como los de C. A. Segúin ⁽³⁾, proponiendo un cambio radical donde los médicos no sean "veterinarios de seres humanos" sino "hombres frente a hombres", y quien siempre reiteró en su docencia médica la importancia esencial del vínculo humano con el paciente ⁽⁴⁾; y los de Honorio Delgado proponiendo que "nuestra vocación y nuestra conducta cobran eficacia y realce en la medida que logramos dar a las personas lo mejor de nuestra persona" ⁽⁵⁾; así como las recientes actividades programáticas del Colegio Médico del Perú sobre los derechos, dignidad y seguridad del paciente, y la declaración "Personas que atendemos personas" en la fachada del Ministerio de Salud del Perú. Más aún, existen importantes desarrollos continentales latinoamericanos sobre determinantes de la salud bajo la égida

de la Organización Panamericana de la Salud ^(6,7) y proyectos investigativos para enfrentar críticos retos a la salud a través de la promoción de proyectos de vida ⁽⁸⁾.

Construyendo sobre estas perspectivas internacionales y nacionales, se organizó el 19 de diciembre de 2013 un *Simposio sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional*, con la participación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia y otros reconocidos expertos de la salud pública en el Perú. Este evento fue seguido de una reunión de planeamiento el 3 de enero de 2014, convocada por la Academia Nacional de Medicina, la que asumió la responsabilidad de coordinar en el Perú un programa de construcción de una Medicina Centrada en la Persona en co-

laboración con las universidades mencionadas, otras entidades participantes y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona. Otro hito fue el Segundo Congreso Internacional de Medicina Centrada en la Persona del 7 al 9 de noviembre 2014, en el curso del cual se llevaron a cabo sendos Simposios de Academias Latinoamericanas de Medicina (Argentina, Bolivia, Chile, y Perú) y de Facultades Latinoamericanas de Medicina. De tal Congreso surgió una *Declaración de Buenos Aires sobre Humanismo y Ciencia en Latinoamérica para una Medicina Centrada en la Persona*. Más recientemente, del 11 al 13 de diciembre de 2014, tuvo lugar una Reunión en Lima con la participación de las Academias Nacionales de Medicina de Bolivia, Colombia, Chile, Paraguay y Perú, en la cual se realizó una extensa sesión sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona, y de la cual emergió un *Acta de Lima*. En esta se asumió la Declaración de Buenos Aires y se propuso la formación de una Red Latinoamericana para el cultivo de una Medicina Centrada en la Persona auspiciada por las Academias Latinoamericanas de Medicina presentes y en colaboración con otras entidades latinoamericanas de salud.

El presente artículo sigue la estructura programática de los eventos arriba mencionados. Sus secciones incluyen una discusión filosófica sobre la persona en medicina, analizando bases terminológicas, conceptos históricos y derechos humanos; reflexiones sobre práctica y educación médicas centradas en la persona; proyectos de investigación científica sobre salud centrada en la persona a ser organizados localmente en relación con estudios internacionales; y perspectivas sobre políticas de salud centradas en la persona y la comunidad.

BASES HISTÓRICAS Y FILOSÓFICAS

El término **persona** (del latín *personare*, vale decir, resonar), en griego *prosopón* (máscara de resonancia), alude a una

máscara o careta que los actores y las actrices debían colocarse en los teatros greco-romanos para hacer resonar sus voces. Al emerger el actor o la actriz, con la máscara, el público exclamaba: "viene la persona". El término *persona* ha evolucionado para absorber nociones de complejidad, autonomía, dignidad y derecho ⁽⁹⁾.

Raíces históricas de una medicina centrada en la persona pueden encontrarse en las más antiguas civilizaciones. Un marco teórico holístico y una aproximación personalizada en la atención a los problemas de salud eran prevalentes en tales civilizaciones. Entre las más antiguas se encuentran la medicina china y la ayurvédica, las cuales siguen practicándose actualmente como medicinas tradicionales ⁽¹⁰⁾. Lo mismo, *mutatis mutandis*, puede decirse de las antiguas culturas del África (por ejemplo, del Ubuntu: "Yo soy porque tú eres, y tú eres porque nosotros somos") ⁽¹¹⁾ y de las Américas ⁽¹²⁾. Con bases filosóficas, experienciales y experimentales, estas culturas se focalizan más en la salud total del paciente que solo en la enfermedad ⁽¹³⁾. Tienden a articular un marco comprensivo y armonioso de la salud y la vida y promover una aproximación altamente personalizada para el tratamiento de enfermedades específicas y la promoción de la calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

En la valoración general del mundo andino, si bien la enfermedad se pensaba ligada a impureza, castigo o pecado, también se pusieron en evidencia el conocimiento de las enfermedades como experiencia total (psíquica y somática) y el uso acertado de plantas con principios terapéuticos ⁽¹⁵⁾.

Apunta Ugarte ⁽¹⁶⁾ que las culturas prehispánicas incorporaron como componente de su medio a su mundo interior: creencias, temores, sueños. Por lo tanto, la salud era una resultante de la relación entre la persona y su mundo, tanto exterior como interior.

Examinando la cultura griega antigua como cuna de las civilizaciones occidentales, uno encuentra que lo

holístico en medicina había sido enfáticamente argumentado por filósofos y médicos helénicos. Sócrates y Platón disertaron que "si el todo no está bien, es imposible que una parte esté bien" ⁽¹⁷⁾. Esta postura fue enriquecida por Aristóteles, filósofo y naturalista por excelencia, quien analizó el método de la medicina y su relación con la ética y una atención centrada en la persona ⁽¹⁸⁾. Por su parte, Hipócrates articuló teoría, emoción e individualidad en la práctica de la medicina ⁽¹⁹⁾.

La filosofía cristiana patrística incide rotundamente en lo fundamental del ser humano como persona usando este término de manera explícita. Santo Tomás de Aquino en su *Summa Theologiae* puntualiza que lo que hace al ser humano persona, más allá de su esencia y existencia como ser natural, es el sentido de trascendencia (elevarse a un nivel superior permanente) ⁽²⁰⁾.

Immanuel Kant, filósofo alemán cumbre, constituye referente fundamental sobre la persona. En su *Crítica de la Razón Práctica* ⁽²¹⁾ arguye que la persona es siempre fin en sí misma y nunca medio. En su *Metafísica de las Costumbres* (o *Moral*), Kant propone que la moralidad, cuyo cultivo es responsabilidad tanto personal como de la sociedad, es base de la dignidad de la persona. De ambos postulados se desprende el respeto absoluto debido a la persona como imperativo categórico ⁽²²⁾.

Max Scheler, filósofo de Munich, es cultivador prominente de la axiología y de una antropología focalizada en la persona. Para él, la persona es la expresión resplandeciente, la cúspide del ser en cuanto representa sus valores. Solo el espíritu humano (la persona) es capaz de conocer y expresar valores: la persona es el ser axiológico por excelencia y antonomasia ⁽²³⁾.

Martin Heidegger es considerado como el máximo exponente de la filosofía del ser. Heidegger presenta a la persona como "pastor y cabaña del ser". La persona dirige, gobierna, orienta y cuida al ser y es, a la vez, refugio de él.

La persona es quien eleva lo óntico a la categoría de lo ontológico, es decir, a lo universal y trascendente. De aquí derivaría la verdadera importancia de la persona ⁽²⁴⁾.

Francia representa otra crucial base europea para el entendimiento de la importancia de la persona. Se deben reconocer aquí los fundamentales aportes conceptuales, antropológicos y sociales hechas por la Revolución Francesa en términos de los *Derechos Humanos*. Estos están consagrados en la Constitución de las Naciones Unidas. Desde allí, representan las bases legales para que los pacientes puedan exigir respeto por sus derechos humanos, independientemente de la severidad de su enfermedad o discapacidad, en consonancia con las proclamaciones éticas kantianas. También vale la pena mencionar las contribuciones del francés Emmanuel Mounier y su filosofía de la persona presentada en su obra cumbre *Personalisme*, desplegando un concepto solidario y comunitario de la persona. Define Mounier a la sociedad humana como “Persona compuesta por personas” desplegando el concepto aristotélico de comunidad “Hombre mayor que comprende seres humanos individuales” ⁽²⁵⁾.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Dentro del campo médico y de la salud, han surgido desde mediados del siglo XX iniciativas enderezadas a corregir las distorsiones en la medicina mencionadas en la Introducción. Un hito pionero es la obra del médico general ginebrino Paul Tournier, *Médecine de la Personne* ⁽²⁶⁾, en busca de la humanización de la profesión. Se focaliza Tournier en la promoción de las aspiraciones éticas del médico, acentuando sus aspectos espirituales. Otro precedente importante es el aporte de Carl Rogers, en California, con una fundamental aproximación a la persona para optimizar la educación y el consejo psicológico ⁽²⁷⁾. El desarrollo de la medicina de familia en Europa

y Norte América resaltó el valor de una atención centrada en el paciente y su contexto, con énfasis en la continuidad de la atención clínica ⁽²⁸⁾.

Una conceptualización más formal de la medicina centrada en la persona ha ido madurando a través de las Conferencias de Ginebra llevadas a cabo desde 2008 con la colaboración de las más importantes instituciones de la medicina y la salud ya mencionadas en la Introducción. De este proceso deriva la Red Internacional, ahora Colegio Internacional, de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM en sus siglas en inglés) ^(2,29).

El ICPCM define capsularmente esta nueva perspectiva como una medicina que tiene como centro y meta la totalidad de la persona en su contexto. Ilustra esta contextualización el *dictum* de Ortega y Gasset, “Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo” ⁽³⁰⁾, donde circunstancia incluye tanto al medio ambiente como al medio interno.

Un reciente estudio del ICPCM apoyado por la Organización Mundial de la Salud, dirigido a la conceptualización sistemática y medición de la atención centrada en la persona y la gente, ha identificado los siguientes como sus conceptos claves: compromiso ético, marco holístico, énfasis relacional, sensibilidad cultural, individualización de la atención, entendimiento diagnóstico y decisiones clínicas compartidas entre clínicos, paciente y familia, planeamiento de servicios de salud en colaboración con la comunidad y desarrollo de educación e investigación de salud centradas en la persona ⁽³¹⁾.

Como señalaba Shridhar Sharma, en comunicación personal, 2012: “Frente a la aproximación reduccionista prominente en la medicina moderna (emblematizada por la así llamada *medicina personalizada* focalizada exclusivamente en lo biológico y genético), la medicina centrada en la persona valora los avances biológicos y genéticos, y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona y su contexto. En esta perspec-

tiva, la ciencia es instrumento esencial y el humanismo es la esencia de la medicina.

Frente a la denominada *Medicina Basada en Evidencias* (EBM en inglés), focalizada en una estandarización del accionar clínico asentada exclusivamente en estudios con grupos de pacientes, la *Medicina Centrada en la Persona* (PCM en inglés) propone una medicina *informada* por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA

Como ha puntualizado Calderón, la medicina centrada en la persona es tanto un principio como una estrategia clínica fundamental ⁽³²⁾.

La atención clínica centrada en la persona formulada por el ICPCM ⁽²⁾ involucra una medicina *de* la persona (abarcando la totalidad de su salud, de la enfermedad a la salud positiva), *para* la persona (dirigida a promover el florecimiento del proyecto de vida de cada quien), *por* la persona (con los clínicos desplegándose como personas cabales, profesionalmente competentes y con altas aspiraciones éticas), y *con* la persona (en relación respetuosa de su dignidad y autonomía, empoderando a la persona que busca ayuda).

Y en opinión de Juan Mendoza-Vega, en una comunicación personal del 13 de enero de 2015: “Es fundamental conseguir que el profesional de la salud comprenda la importancia de la comunicación y adquiera las habilidades y destrezas que le permitan ejercerla con éxito en todas sus actividades. Esto debe incluir un dominio adecuado de su lengua materna, así como el conocimiento de lenguas ancestrales si ellas son usadas por personas a las cuales deba atender.

Una actividad clínica clave es el diagnóstico. Por tanto la implementación de la medicina centrada en la persona en un ambiente clínico requiere un modelo diagnóstico adecuado que el

ICPCM ha diseñado como Diagnóstico Integral Centrado en la Persona (PID en inglés) ⁽³³⁾, el cual está dirigido a obtener colaborativamente entre clínicos, paciente y familiares una formulación que describa el estado de salud (de la enfermedad al bienestar), factores contribuyentes y experiencias y expectativas de salud, utilizando categorías, dimensiones y narrativas. Este modelo diagnóstico ha sido aplicado en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR) publicada por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina ⁽³⁴⁾ para el uso de los profesionales de la salud en Latinoamérica. La GLADP-VR utiliza para la descripción de las enfermedades las categorías y códigos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ⁽³⁵⁾, complementados por Anotaciones Latinoamericanas para facilitar un mejor entendimiento culturalmente informado de la presentación clínica. Los dominios informativos de la GLADP-VR incluyen los siguientes niveles: a) Estado de Salud (desde los trastornos y la discapacidad al bienestar, todos evaluados con categorías y dimensiones estándar, modulando las categorías y códigos de enfermedad con Anotaciones Latinoamericanas); b) Factores Contribuyentes a la Salud (factores de riesgo y factores de protección formulados con categorías y narrativa); y, c) Experiencia y Expectativas de Salud (incluyendo los valores y deseos del paciente, con una formulación semi-estructurada y narrativa).

Respecto al abordaje terapéutico en la medicina centrada en la persona, conviene recordar el aforismo hipocrático indicando que el médico no siempre cura (muy del caso con las prevalentes enfermedades crónicas), frecuentemente mejora, y siempre puede consolar. Esto encaja muy bien con el papel del añorado médico de cabecera.

Debe notarse que ciertas actividades y tareas importantes para la aplicación idónea de una medicina centrada en la persona no han sido siempre conside-

radas adecuadamente en la clínica tradicional. Una de ellas es una efectiva comunicación clínica a todo nivel ⁽³⁶⁾, particularmente entre médico, paciente y familia ⁽³⁷⁾ y entre los miembros del equipo profesional ⁽³⁸⁾. Otra involucra el establecimiento de una matriz común entre clínicos, paciente y familia que permita que el diagnóstico devenga en entendimiento compartido y que las decisiones clínicas se tomen compartidamente ^(39,40).

También pertinente es considerar que la atención clínica completa debe incluir, aparte de la intención curativa, una intención preventiva y acciones dirigidas a la promoción de la salud, particularmente a la clarificación y facilitación del proyecto de vida del paciente. Estas últimas tareas implican una articulación de las vertientes clínica y de salud pública de la medicina centrada en la persona.

EDUCACIÓN MÉDICA CENTRADA EN LA PERSONA

Las áreas internacionales prominentes para desarrollar una educación médica centrada en la persona ⁽⁴¹⁾ incluyen las siguientes:

- Bases conceptuales: ética y persona, comunicación clínica (en lenguas pertinentes a la población involucrada), integración de salud general, mental y pública, ciencias sociales, y humanidades.
- Organización, cultura y salud institucionales.
- Selección y desarrollo profesional y personal de los estudiantes durante sus años formativos y a lo largo de sus vidas.
- Selección y desarrollo profesional, pedagógico y personal de los profesores y tutores.
- Interacciones entre estudiantes, profesionales, pacientes y familiares: equipos profesionales multidisciplinarios, pacientes y familiares como instructores, reuniones grupales.

- Diversificación de los ambientes clínicos y comunitarios para la educación médica.
- Desarrollos curriculares: principios guía centrados en la persona, experimentos curriculares, organización longitudinal y transversal de los programas.
- Temas especiales: Ilustrativamente se puede mencionar atención a personas particularmente vulnerables y que requieran cuidados especiales tales como aquellas de edad avanzada y a quienes entran en la etapa final de la vida (Juan Mendoza Vega, comunicación personal del 13 de enero, 2015).
- Métodos educacionales: Ejercicios comunicacionales, aprendizaje reflexivo, aprendizaje grupal con pacientes y otras personas, acompañando al instructor, video grabaciones retroalimentadoras, ejercicios en la comunidad, utilización de las narrativas y el arte, establecimiento de bases comunes de entendimiento y acción, entrevistas motivacionales, competencia y rendimiento.

Entre las iniciativas para una educación médica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia ^(32,42) están las siguientes: aplicaciones programáticas con énfasis en ética, fundamentos humanos y sociales, comunicación clínica, apropiado uso de la tecnología y la evidencia científica, consideración del perfil del ingresante y del egresado, currículo por competencias, trabajo comunitario, electivos en humanidades, evaluación y co-evaluación de desempeño. Se busca también que el médico oriente su relación con el paciente de una manera horizontal y simétrica para facilitar que el clínico escuche, entienda, respete y se comprometa ⁽⁴³⁾.

En la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, con pertinencia a educación médica centrada en el estudiante como persona, Perales y colaboradores han desarrollado estudios sobre la conducta suicida y salud

mental de los estudiantes de las Escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Tecnología Médica que integran dicha Facultad, con resultados preocupantes⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾, por lo cual se están llevando programas de formación ética, programas de tutoría para estudiantes con el involucramiento de profesores seleccionados y convenientemente capacitados^(48,49), a los que se suman estudios sobre el perfil de los estudiantes⁽⁵⁰⁾.

Asimismo, a través de su Instituto de Ética en Salud, se ha creado un Preventorio para el Desarrollo Humano que persigue formar al estudiante no solo en los aspectos técnico-científicos, sino en su maduración humana durante el curso de los siete años que dura la carrera universitaria⁽⁴⁴⁾. Por otro lado, aprovechando las múltiples escuelas de profesionales de salud bajo la égida de la Facultad de Medicina, se está contemplando programas de formación interdisciplinaria complementarios a los centrados en cada carrera⁽⁵⁰⁾.

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA SOBRE SALUD CENTRADA EN LA PERSONA

La Declaración de Ginebra 2013 sobre Investigación en Salud Centrada en la Persona⁽⁵¹⁾ puntualiza la necesidad de profundizar investigaciones en medicina centrada en la persona (MCP) (entendida más ampliamente como salud centrada en la persona), así como promover que la investigación general en salud considere su dimensión centrada en la persona. Más específicamente, se ha identificado las siguientes líneas de investigación prioritarias: a) Clarificación conceptual, terminológica y ontológica y el refinamiento de MCP y de su relación con otras relevantes perspectivas y campos; b) Estudio de la complejidad de la salud, incluyendo la enfermedad, discapacidad y funcionamiento, capacidad de recuperación, recursos y bienestar, experiencias de salud y factores que contribuyen a la salud; c) Investigación en comunicación clínica; d) Exploración y validación de nuevos

modelos, guías e instrumentos de evaluación diagnóstica; e) Investigación de principios y procedimientos de atención comprehensiva de salud centrada en la persona; f) Estudio de los principios y procedimientos de salud pública centrada en la persona y en la gente, incluyendo el diseño, evaluación, implementación, costos e impacto de los servicios y las políticas; g) Investigación sobre la educación y el entrenamiento centrados en la persona, incluyendo el desarrollo y evaluación de currículos y de actividades centradas en el estudiante; h) Desarrollo de una plataforma y subestructuras informativas basada en internet para apoyar las actividades y la investigación sobre MCP a través de grupos de trabajo y colaboración inter-institucional y académica.

Las propuestas para la investigación científica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi⁽⁵²⁾, incluyen las siguientes:

- a. Conceptualización y medición de atención centrada en la persona en colaboración con el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona.
- b. Desarrollo de procedimientos para el diagnóstico centrado en la persona (PID en inglés) en ambientes de medicina general.
- c. Evaluación de la aplicabilidad, confiabilidad, y validez del modelo de diagnóstico centrado en la persona, siguiendo una línea de investigación ya establecida⁽⁵³⁾.
- d. Investigación de salud positiva a través de estudios epidemiológicos.

POLÍTICAS DE SALUD CENTRADAS EN LAS PERSONAS

El desarrollo de políticas de salud centradas en la persona y la comunidad a nivel global incluyen la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2009⁽⁵⁴⁾ -donde por primera vez se identificó a las personas como objetivo

de la atención de salud-, el Programa de Trabajo 2014-2019 de la OMS⁽⁵⁵⁾ -cuyo pivote fundamental es acceso universal a una atención integrada y centrada en las personas-, y la Estrategia para Servicios Integrados y Centrados en las Personas⁽⁵⁶⁾ cuyo desarrollo está actualmente en curso. Otros documentos globales pertinentes son las Declaraciones de Ginebra sobre Atención Centrada en la Persona para las Enfermedades Crónicas⁽⁵⁷⁾ y sobre Atención Integrada y Centrada en las Personas^(58,59).

En reuniones en el curso de 2014 auspiciadas por la Academia Nacional de Medicina del Perú se presentaron y discutieron un conjunto de propuestas sobre políticas de salud centradas en la persona. Una de ellas postula que la persona debe ser centro fundamental tanto de las políticas de salud como de las de gobierno en general, arguyendo que todas estas deben tener como fin prioritario promover el bienestar de las personas⁽¹⁶⁾.

Se presentó también una propuesta para construir políticas de salud involucrando la promoción de proyectos de vida de las personas. Un ejemplo ilustrativo es el estudio colombiano del Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia (2012) sobre la prevención del embarazo adolescente a través de proyectos de vida⁽⁸⁾. La promoción del desarrollo humano y el proyecto de vida implica las siguientes líneas específicas: 1) Formación de agentes educadores de la sociedad; 2) Participación y empoderamiento efectivo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; 3) Desarrollo de oportunidades para personas en estos grupos etarios y sus familias; 4) Protección, garantía y restitución de sus derechos; y, 5) Fortalecimiento o transformación de prácticas sociales.

Se destacaron, también, en las reuniones en Lima mencionadas anteriormente, los siguientes puntos⁽⁶⁰⁾:

1. Privilegiar el trabajo en equipo de profesionales con criterio de unidad e integralidad.

2. Priorizar las acciones de prevención, promoción y detección temprana de enfermedades mediante la participación universal del médico general y el fortalecimiento de los primeros niveles de atención.
3. Organizar a nivel nacional redes territoriales funcionales e integrales, con la participación de todos los prestadores tanto públicos como privados.
4. Mantener permanente la coordinación entre los gobiernos nacional, regional y local, y promover el uso racional de la tecnología apropiada.
5. Educar a la población, desde temprana edad y optimizar los sistemas de crianza para desarrollar hábitos de higiene y estilos de vida saludables.
6. Sin descuidar la investigación biomédica, debe promoverse la de carácter social y epidemiológico que permita conocer mejor la realidad sanitaria del país y favorecer una acción más efectiva.
7. Establecer el suficiente grado de coordinación entre la Universidad y el Sistema de Salud, promoviendo la mayor excelencia profesional y ética del estudiante y privilegiando el desarrollo de médicos de familia y especialistas en las áreas que más se requieran.
8. Considerar los factores de riesgo, vulnerabilidad y resiliencia para la promoción de la salud.

PALABRAS FINALES

El presente artículo ha revisado concisamente consideraciones históricas, filosóficas, educacionales, de investigación y de salud pública hacia una medicina y salud centradas en la persona. En este empeño ha acentuado contribuciones históricas, culturales y científicas latinoamericanas.

En este contexto, se ha puntualizado que la *medicina centrada en la persona* (MCP) valora los avances biológicos y genéticos así como los psicológicos y so-

cio-culturales y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona, articulando la ciencia como instrumento esencial y el humanismo como la esencia de la medicina. Frente a formulaciones epistemológicas reduccionistas, la MCP propone una medicina *informada* por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

Se arguye que la relevancia de la persona se extiende más allá de la medicina y la salud para alcanzar a otros sectores y actividades sociales, incluyendo las políticas de gobierno, cuyo objetivo fundamental debiera ser el bienestar de las personas.

El trabajo sostenido latinoamericano para desarrollar una medicina y salud centradas en la persona se afirmará a través de una red colaborativa actualmente en construcción, con el auspicio de Academias Latinoamericanas de Medicina y la activa participación de otros organismos latinoamericanos (gubernamentales y no-gubernamentales, académicos y profesionales) relacionados con la salud. Tal organización latinoamericana engarzarán los esfuerzos en la región con otros similares a nivel global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1320-2.
2. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: background and first steps. *World Med J*. 2009;55:104-7.
3. Seguin CA. Tú y la Medicina. Lima: Editorial Poniente, 1993.
4. Seguin CA. La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Ediciones Pirámide S.A., 1982.
5. Delgado H. El Médico, la Medicina y el Alma. Lima: Ediciones Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1992.
6. Arroyo H et al. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2010.
7. Castellanos L. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez F, Castellanos P, Gili M, Marsset P, Navarro V (eds). *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1998.
8. Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia. Lineamientos para el Desarrollo de una Estrategia para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia y la Promoción de Proyectos

de Vida para los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes. Documento Conpes Social 147. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia, 2012.

9. Lalonde A. *Vocabulario Técnico y Crítico de la Filosofía*. Trad por L. Alfonso y V. Quintero. Sociedad Francesa de Filosofía. Buenos Aires: Librería El Ateneo, 1953.
10. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: A comparative overview. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. 2005;2:465-73.
11. Ramose MB. The philosophy of the Ubuntu and Ubuntu as a philosophy. En: Coetzee PH, Roux APJ (eds). *The African Philosophy Reader* (2nd ed.). New York/London: Routledge, 2003:230-8.
12. Montiel E. El humanismo americano. Filosofía de una comunidad de naciones. Asunción: Fondo de Cultura Económica, 2000.
13. Wolf E. *Pueblos y Culturas de Mesoamérica*. Mexico DF: Ediciones Era, 1967.
14. Anzures y Bolaños MC. Medicinas tradicionales y antropología. *Anales de Antropología I.I.A./U.N.A.M. (México)*. 1978;15:151.
15. Mariátegui J. La concepción del hombre y de la enfermedad en el antiguo Perú. *Rev Neuropsiq*. 1992;55:156-66.
16. Ugarte O. Políticas de salud centradas en las personas. Presentado en la Reunión sobre Medicina Centrada en la Persona, Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú, 3 de enero 2014.
17. Christodoulou GN (Editor). *Psychosomatic Medicine*. New York: Plenum Press, 1987.
18. Ierodiakonou CS). Medicine as a model for Aristotle's ethics and his person-centered approach. *Int J Person Centered Med*. 2014;4:31-4.
19. Jouanna J. *Hippocrates*. Translated by M.B. Debevoise. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
20. Santo Tomas de Aquino. *Suma Teológica*. Biblioteca Autores Cristianos. Editorial Católica, Lima, 1960.
21. Kant I. *Critique of Practical Reason*. Transl. Werner Pluhar. Indianapolis, Indiana: Hackett Publishing Company, 2002.
22. Guyer P. *Kant's Groundwork for the Metaphysics of Morals*. Ann Arbor: Continuum, U. Michigan, 2007.
23. Scheler M. *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires: Lozada, 2003.
24. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Trad José Gaos. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1951.
25. Mounier E. *El Personalismo*. Buenos Aires: Eudeba, 1949.
26. Tournier P. *Médecine de la Personne*. Delachaux et Niestlé, Neuchatel: 1940.
27. Rogers CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
28. McWhinney IR. *Family Medicine: A textbook*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
29. Mezzich JE. The construction of person-centered medicine and the launching of an International College. *Int J Person Centered Med*. 2011;2:6-10.
30. Ortega y Gasset J (1914). *Meditaciones del Quijote*. En: *Obras Completas de José Ortega y Gasset*. Vol 1. Madrid: Editorial Santillana, 2004:745-825.
31. Mezzich JE, Kirisici L, Salloum IM. *ICPCM Project on the Systematic Conceptualization and Measurement of Person- and People-centered Care*. Technical Report, New York: International College of Person Centered Medicine, 2014.

32. Calderón JL. Medicina y educación médica centradas en la persona. Presentado en el Simposio sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional. Casa Honorio Delgado, UPCH, 19 diciembre 2013.
33. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, Botbol M. Person-centered integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. *Canadian J Psych*. 2010;55:701-8.
34. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR). Lima: Sección de Diagnóstico y Clasificación, Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2013.
35. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
36. Van Dulmen S. Towards a guideline for person-centered research in clinical communication; lessons learned from three countries. *Int J Person Centered Med*. 2012;2:58-63.
37. Amering M, Hofer H, Rath I. The First Vienna Triad - experiences with a new form of communication between users, relatives and mental health professionals. En: Lefley, HP, Johnson DL (eds): Family interventions in mental illness: International perspectives. Westport, CT: Praeger, 2012.
38. Ghebrehwet T. Effectiveness of team approach in health care: some research evidence. *Int J Person Centered Med*. 2013;3:137-9.
39. Adams N. Treatment planning as a strategy for promoting person-centered care. *Int J Person Centered Med*. 2011;1:440-5.
40. Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). Workbook to Support Implementation of the Mental Health Act 1983 as Amended by the Mental Health Act 2007. London: United Kingdom Department of Health, 2008.
41. Appleyard J, Mezzich JE, Ghebrehwet T. Development and implications of the Zagreb Declaration on Person-centered Health Professional Education. *Int J Person Centered Med*. 2014;4:8-13.
42. Llosa MPL. Perspectivas de educación médica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre 2014.
43. Maguiña-Vargas C, Gonzalez-Mendoza J. Latin American educational perspectives for medicine focused on the person. *Int J Person Centered Med*. 2012;2:159-60.
44. Perales A, Alarcón J, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Caballero J, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. En: Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas. En: Bustamante I, Rivera M, Matos L (Eds). Programa Trauma y Salud Global. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y McGill University. 2013:105-13.
45. Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Nutrición de una universidad pública peruana. *Rev Neuro Psiq*. 2013;76(4):231-5.
46. Perales A, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica de una universidad pública peruana. *El Antoniano*. 2014;126:11-5.
47. Perales A, Sánchez E, Rosas M, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Obstetricia de una universidad pública peruana. *Rev Peru Psiq*. 2014;4(1):5-9.
48. Perales A. Perspectivas sobre investigación de salud centrada en la persona. Presentada al Seminario de Medicina Centrada en la Persona, Casa Honorio Delgado, Lima, diciembre 19, 2013.
49. Perales A. Educación médica en latinoamérica centrada en la persona. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre, 2014.
50. Vildozola H. Perspectivas de educación médica centrada en la persona en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre, 2014.
51. Salvador-Carulla L, Cloninger CR, Thornicroft A, Mezzich JE. 2013 Geneva Declaration Consultation Group: Background, Structure and Priorities of the 2013 Geneva Declaration on Person-centered Health Research. *Int J Person Centered Med*. 2013;3:109-13.
52. Saavedra JE. Perspectivas sobre investigación en salud centrada en la persona. Presentada al Seminario de Medicina Centrada en la Persona, Casa Honorio Delgado, Lima, diciembre 19, 2013.
53. Saavedra JE. The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects. *Int J Person Centered Med*. 2012;2:214-21.
54. World Health Organization. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. En: Sixty-Second World Health Assembly, Geneva, 18-22 May 2009. Resolutions and decisions. Geneva, 2009 (WHA62/2009/REC/1), Page 16.
55. World Health Organization. Programa de Trabajo 2014-2019 de la OMS. Geneva: World Health Organization, 2013.
56. World Health Organization. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el Desarrollo de Servicios Integrados y Centrados en las Personas. Geneva: World Health Organization, 2014.
57. International College of Person Centered Medicine. Geneva Declaration on Person Centered Care for Chronic Diseases. *Int J Person Centered Med*. 2012;2:153-4.
58. International College of Person Centered Medicine. 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *Int J Person Centered Med*. 2014;4:67-8.
59. Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Schwartz M, Appleyard J, Goodwin N, Groves J, Hermans M, Mezzich JE, Van Staden CW, Rawaf S: A Time for Action on Health Inequities: Foundations of the 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *Int J Person Centered Med*. 2014;4:69-89.
60. Arce M. Servicios de salud centrados en la persona y la comunidad. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre 2014.

Artículo recibido el 30 de enero de 2015 y aceptado para publicación el 22 de febrero de 2015.

Conflictos de intereses: Los autores señalan que no existen conflictos de intereses.

Correspondencia:

Dr. Alberto Perales Cabrera

Correo electrónico: perales.alberto@gmail.com