

Enseñanza de medicina centrada en la persona: hoy más que nunca, una oportunidad de mejorar

Person-centered medical education: an opportunity to improve now more than ever

José F. Parodi* ^{1,a,b}; Frank Lizaraso Caparó ^{2,c,d,e}

¿Cuántas veces en su práctica profesional o académica ha dicho o escuchado la frase “atendemos personas y no enfermedades”? Sin embargo, ¿cómo se concreta esto en la práctica diaria?, ¿qué capacidades necesita para eso?, ¿cómo las aprendió?, ¿cómo y dónde se enseñan? También habrá escuchado: “Soy el médico y el que sabe lo que es bueno para usted”, “después de Dios, usted, mi doctor” versus “el cliente tiene la razón” y “nada sobre mí, sin mí”. Tómese unos segundos para reflexionar un momento sobre la validez y pertinencia de cada una de estas expresiones en la relación médico-paciente en la actualidad.

El fin de la era de la enfermedad en la enseñanza de medicina: las prioridades de los pacientes como guía

En la medicina clínica, el abordaje centrado en la enfermedad puede causar un cuidado fragmentado y pobremente coordinado; y produce tratamientos que son ineficientes, inefectivos o incluso dañinos para las personas con multimorbilidad ^(1,2).

Centrar la medicina en la persona significa trabajar con ella para su desarrollo, para generar y optimizar su capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales) y, sobre todo, para contribuir a alcanzar sus prioridades de salud ⁽³⁾. Mediante el enfoque de curso de vida, podemos encaminarnos para construir la salud a lo largo de este ⁽⁴⁾. Además, los dominios de la capacidad intrínseca (cognitivo, vitalidad, sentidos, movilidad y psicológico) nos guían sobre las capacidades trazadoras de la habilidad funcional ^(5,6).

Este proceso requiere una acción transdisciplinaria donde la persona activada y “autoeficaz” en su autocuidado sea parte del equipo de salud. Sin embargo, aún encontramos diseños curriculares, congresos, sociedades científicas o leyes en torno a enfermedades o exámenes auxiliares (Ej.: *curso de cáncer*, *Sociedad del Examen de Orina*, *Ley del Alzheimer*, etc.). ¿Un curso centrado en una enfermedad o una sociedad científica centrada en un examen auxiliar contribuyen a la medicina centrada en la persona? Por ejemplo, un curso llamado *Diabetes o de enfermedades crónicas* debería plantearse como *La persona con diabetes* o *La persona con enfermedades crónicas*. Esta propuesta nos recuerda que el sentirse enfermo no es solo una etiqueta, sino una condición con la que se vive. Esto es particularmente importante en las alteraciones crónicas de la salud, con las cuales una persona puede sentirse saludable a pesar de vivir con ellas.

Es así como el concepto moderno de salud, el cual debemos aplicar a los diseños curriculares, está cada vez más alejado del hecho de tener o no una enfermedad. Desde luego, esto no implica que la enfermedad no se prevenga o se maneje. El médico contemporáneo debe saber que para lograr que una persona se sienta saludable tiene que prevenir la enfermedad, modularla, tanto en su fisiopatología como en los síntomas, así como reconocer los factores dependientes del entorno (sociales y físicos) que determinan la habilidad de funcionar.

Alineando la atención con lo que le importa a la persona

El enfoque de “cuidado centrado en las prioridades del paciente” interpreta las opciones de tratamiento a través de la lente de “lo que más le importa a cada persona” ⁽⁷⁾. Saber cómo obtener lo que es más importante para nuestros pacientes y cómo traducirlo en una atención médica que tenga sentido podría mejorar su vida y disminuir la complejidad y la

1 Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Instituto de Investigación del Envejecimiento. Lima, Perú.

2 Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

a Médico Geriatra, Doctor en Medicina, Máster en Salud Pública.

b Director del Centro de Investigación del Envejecimiento.

c Editor de Horizonte Médico (Lima).

d Decano.

e Doctor en Medicina, Máster con mención en Cirugía Plástica.

*Autor corresponsal.

frustración que a menudo aparecen al tratar de cuidar a enfermos con múltiples afecciones ⁽⁸⁾. Cuanto más sepan usted y su equipo de salud acerca de lo que más le importa al paciente, trabajarán mejor para alinear sus decisiones de atención médica con las “prioridades de salud” del enfermo. ¿Cómo ayuda el médico a los pacientes a identificar sus resultados de salud y preferencias de atención médica específicas, procesables y confiables?, ¿cómo cambia el médico el cuidado de una persona para alinearse mejor con sus prioridades? Responder a estas preguntas es clave para orientar el proceso de diseño curricular que siguen los profesionales de la salud ⁽⁹⁾.

Las prioridades de una persona incluyen las metas y actividades de salud y vida en las que desea ayuda médica, apoyadas en lo que puede y está dispuesta a hacer. Dichas prioridades estarían relacionadas con cuatro áreas: conexiones significativas con otras personas (familiares, amigos o parejas, comunidad y espiritualidad); disfrute de la vida (productividad, crecimiento/aprendizaje personal y recreación); gestión de la salud (molestias, síntomas y calidad de vida); y funcionamiento (dignidad e independencia para actividades de vida diaria) ⁽¹⁰⁾.

La pandemia por COVID-19: se rompió la inercia, aprovechemos para cambiar

Las crisis son parteras de la historia. La pandemia por COVID-19 es una oportunidad de mejorar los modelos de enseñanza y diseños curriculares. Nos vimos obligados a cambiar y aún nos estamos adecuando. Aprovechemos al máximo los errores y aciertos cometidos. El uso obligado de la virtualidad nos ha forzado al repensar las estrategias didácticas y los materiales necesarios para lograr los objetivos de aprendizaje, pero también es una excelente oportunidad para optimizar los perfiles del egresado y alinearlos a los perfiles profesionales que los servicios de salud necesitan para responder a los requerimientos y expectativas de los usuarios contemporáneos (externos e internos) ⁽¹¹⁾.

Los nuevos profesionales como agentes de cambio en el entorno

La habilidad de funcionar, además de las capacidades, depende del entorno en el que se desarrollan las personas. Un profesional de salud tiene que ser un promotor de ambientes y ciudades en los que se pueda vivir y envejecer de manera saludable; y debe colaborar con otros sectores para priorizar acciones que sean determinantes sociales de la salud y el funcionamiento de las personas ⁽³⁾. En los ámbitos para la acción propuestos por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, se alinean los Objetivos de Desarrollo Sostenible al Envejecimiento que proponen la creación de espacios saludables que permitan vivir y envejecer saludablemente ⁽¹²⁾.

Si no nos formamos en equipo, ¿será fácil trabajar en equipo?

Los modelos de formación interprofesional y transprofesional plantean un núcleo de competencias comunes y específicas que luego proponen prácticas e intervenciones basadas en problemas y casos que se resuelven en equipo. Respecto a la formación transprofesional, ella incluye, además, a los trabajadores sociales comunitarios. Por ello, al graduarse, los estudiantes ya saben trabajar en equipo de manera sistemática para abordar la salud individual y comunitaria.

Finalmente, nosotros pensamos que un buen médico está lejos de ser solamente un buen diagnosticador, o de saber mantener algunos biomarcadores en valores normales con la ayuda de los fármacos. Con la siguiente pregunta lo invitamos a que sea un líder en la gestión del cambio hacia la optimización de la atención y la docencia médica: en su práctica profesional, ¿qué tan esclavo es usted de restablecer la salud por medio de objetivos centrados en biomarcadores o diagnóstico de enfermedades, en lugar de enfocarse en optimizar el funcionamiento y contribuir con las prioridades de la vida diaria de sus pacientes?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abizanda P, Rodríguez-Mañas L. Function but not multimorbidity at the cornerstone of geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65(10): 2333-4.
2. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med.* 2004; 116(3): 179-85.
3. World Health Organization. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud [Internet]. Ginebra; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161> <http://www.scielo.cl/pdf/u>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Construir Salud a lo largo Curso de vida [Internet]. 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>
5. De Carvalho IA, Martin FC, Cesari M, Sumi Y, Thyagarajan JA, Beard J. Operationalising the concept of intrinsic capacity in clinical settings [Internet]. World Health Organization. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/health-systems/clinical-consortium/CCHA2017-backgroundpaper-1.pdf>
6. Cesari M, De Carvalho IA, Thyagarajan JA, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *J Gerontol.* 2018; 73(12): 1653-60.

Enseñanza de medicina centrada en la persona: hoy más que nunca, una oportunidad de mejorar

7. Tinetti M, Huang A, Molnar F. The Geriatrics 5M's: A New Way of Communicating What We Do. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65(9): 2115.
8. Bratzke LC, Muehrer RJ, Kehl KA, Lee KS, Ward EC, Kwekkeboom KL. Self-management priority setting and decision-making in adults with multimorbidity: a narrative review of literature. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(3): 744-55.
9. American College of Physicians. Patient priorities care: aligning care with what matters to patients [Internet]. 2019. Disponible en: https://ethosce.acponline.org/patient-priorities-care?_ga=2.100024542.1908620252.1559066249-172929199.1558443249
10. Tinetti ME, Naik A, Dindo L. Sus prioridades de salud Guía para el paciente asegurar que su atención médica se ajuste a [Internet]. 2017. Disponible en: <https://myhealthpriorities.org/>
11. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756): 1923-58.
12. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Correspondencia:

José F. Parodi

Dirección: Alameda del Corregidor cuadra 15, La Molina.

Teléfono: +51998139858

Correo electrónico: jparodig@usmp.pe

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Frank Lizaraso Caparó  <https://orcid.org/0000-0002-0866-5803>

José F. Parodi  <https://orcid.org/0000-0002-0336-0584>