

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA: EVOLUCIÓN DE CONCEPTOS HUMANIZADORES DE NUESTRAS PRÁCTICAS

PERSON CENTERED MODELS OF CARE: EVOLUTION AND TRANSFORMATION OF A HUMANIZING CONCEPTS IN OUR PRACTICE

Patricio J. Cacace^{1,2*} y Gustavo Giménez-Lascano^{3†}

¹Sección de Gestión y Políticas Sanitarias, Fundación AEQUUS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ²Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ³Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán. Argentina

RESUMEN: La medicina familiar ha adoptado desde sus orígenes un modelo de atención centrado en la persona sustentado desde el cambio de paradigma contrahegemónico al que responde, aplicando un enfoque biopsicosocial y contextualizado del paciente, proponiendo una atención longitudinal, integral, coordinada y personalizada como elemento constitutivo y diferencial de la especialidad. Este trabajo intenta describir la evolución y transformación histórica de los diferentes conceptos humanizadores de nuestras prácticas hasta llegar a los modelos de atención centrados en la persona más relevantes para nuestra especialidad en la actualidad.

Palabras clave: Medicina familiar. Medicina general. Atención dirigida al paciente. Modelos de atención en salud.

ABSTRACT: Family Medicine has adopted from its origins a person-centered care model supported by the counter-hegemonic paradigm shift to which it responds, applying a biopsychosocial and contextualized approach to the patient, proposing a longitudinal, comprehensive, coordinated and personalized care as a constitutive element and specialty differential. This work tries to describe the evolution and historical transformation of the different humanizing concepts of our practices until reaching the Models of Attention Centered in the Person most relevant for our specialty today.

Keywords: Family medicine. General practice. Patient centered care. Health care models.

Correspondencia:

*Patricio J. Cacace
E-mail: pcacace@gmail.com

Fecha de recepción: 16-07-2021
Fecha de aceptación: 09-10-2021

Disponible en internet: 26-05-2022
Rev Mex Med Fam. 2022;9:63-72
DOI: 10.24875/RMF.21000070

OBJETIVO

Analizar la evolución y transformación de algunos de los conceptos humanizadores de la práctica médica para comprender, y valorizar las diferentes opciones de modelos de atención centrados en la persona de los que disponemos en la actualidad.

INTRODUCCIÓN

Es frecuente en diferentes disciplinas hablar de «modelos» para referirse y conceptualizar la particularidad definida que caracteriza algo o con que alguien o algunos realizan determinados procesos o procedimientos. En nuestro caso, elegimos entender el concepto del término «modelo de atención» con la aproximación que proviene desde la corriente de la salud colectiva que lo define como «las combinaciones de tecnologías (materiales y no materiales) utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud»¹. A partir de esta definición repasaremos brevemente y comprenderemos los diferentes y más relevantes «modelos» adoptados por la medicina en los últimos siglos; cada uno de ellos contruidos y adaptados a los diferentes contextos históricos y sociales a los que fueron contemporáneos. Podremos identificar los diferentes aportes de cada uno para la construcción y evolución hacia otros modelos humanizadores de nuestras prácticas, hasta llegar a los cuidados centrados en la persona (CCP). Estos últimos se entienden como un modelo de cuidados de la salud caracterizado por comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) bajo una perspectiva biopsicosocial, integrando tanto los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, como las expectativas de los pacientes. Los CCP también enfatizan la importancia de la interacción médico-paciente durante el proceso clínico, promoviendo definir y establecer una agenda compartida entre médicos y pacientes a los fines de arribar juntos a una toma de decisiones compartida².

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la medicina encontramos la coexistencia, en tensión permanente y manifiesta, de dos diferentes escuelas de pensamiento sobre el desarrollo de los modelos clínicos y procesos diagnósticos para ejercer la profesión. Por un lado tenemos a la escuela natural (interesada en describir la dolencia); y por el otro la escuela convencional o académica (interesada en describir enfermedades). Ambas representan los diferentes modelos y corrientes de pensamiento presentes desde la antigua Grecia, por una parte los médicos de Cos, que no separaban la enfermedad de la persona ni la persona de su medio; y por la otra los de Cnido que buscaban clasificar el cuadro del paciente de acuerdo con una taxonomía de enfermedades exclusivamente³.

Luego, durante el Renacimiento, ambas escuelas fueron representadas mediante la controversia entre los seguidores de Hipócrates, con un sistema fundamentado en la experiencia, y los de Galeno fundamentado en el raciocinio, que dará lugar a un enfoque reduccionista de la persona.

A partir del siglo XVII se suceden diferentes aportes en el estudio del cuerpo humano y las enfermedades: el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689) implementa un modelo de observaciones clínicas objetivas («observación al costado de la cama») e independientes de prejuicios teóricos, describiendo los síntomas, el curso y desenlace de la enfermedad a lo largo del tiempo, correlacionándolos (como principal innovación) con la categoría de enfermedad, creando así una nueva nosografía y una nosotaxia. Este camino fue seguido por diferentes médicos y biólogos a lo largo de los años que continuaron desarrollando el trabajo de clasificar enfermedades por clases, órdenes y géneros. Pero fue recién 100 años después, en la atmósfera de la Revolución Francesa, que se avanzó con ideas fundacionales del método clínico moderno. Destacamos a los médicos franceses Marie-François Xavier Bichat

(1771-1802) y René Laënnec (1781-1826), quienes fueron responsables de una serie de importantes innovaciones: el primero contribuyendo a las bases de la anatomía patológica y el segundo continuando con el estudio de la alteración de los órganos en los cadáveres, planteando el estudio de los signos y síntomas de los pacientes e inventando el estetoscopio como instrumento diagnóstico, hasta llegar a la descripción de los primeros cuadros semiológicos⁴. Con estos avances de la escuela francesa se permitió el desarrollo y consolidación del método clínico centrado en la enfermedad, pasando a establecerse, en la medicina de la época, un sistema de exploración física, enlazar signos y síntomas, y correlacionar todo esto con los cambios hallados en órganos y tejidos cadavéricos. Años más tarde Luis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910) hicieron sus respectivos aportes dando entidad a varias enfermedades, estableciendo su causalidad por agentes específicos. Así, el método clínico desarrollado fue creciendo gradualmente durante el siglo XIX, y complementado con los aportes de Rudolf Virchow (1821-1902) y Claude Bernard (1813-1878), quienes sentaron las bases científicas de la fisiopatología al describir las alteraciones celulares en el funcionamiento del organismo que provocan la enfermedad⁴.

A principios del siglo XX el epidemiólogo inglés Francis G. Crookshank (1873-1933) introdujo los conceptos de dos métodos explicativos de la enfermedad: 1) el modelo ontológico (relacionado con el método académico o convencional), en el que la enfermedad es una entidad ubicada en órganos y conceptualmente independiente de la persona enferma; y 2) el modelo ecológico o fisiológico (relacionado con el método natural o descriptivo), en el que la enfermedad surge por un desequilibrio entre el organismo y el ambiente, siendo difícil separar a la enfermedad de la persona y a esta del ambiente, considerando por ende la dolencia y sus varias dimensiones⁵. Crookshank sostenía que los mejores

médicos a lo largo de la historia habían utilizado de forma equilibrada ambos métodos³, y en 1926 lo expresa en un artículo en *The British Medical Journal*, sosteniendo que el diagnóstico convencional proporciona esquemas excelentes para la exploración física, pero paradójicamente ignora casi por completo sus aspectos psíquicos.

A medida que transcurría el siglo XX se observaba un exponencial desarrollo científico y tecnológico que, siguiendo el modelo ontológico, fragmentaba el cuerpo humano y la medicina en el estudio de órganos y sistemas independientes, con una pérdida progresiva de la visión integral de la persona, ignorando las dimensiones psicosociales del padecimiento, y deteriorando la relación médico-paciente. Hasta el propio Abraham Flexner (1866-1959), autor del reconocido informe con su nombre publicado en 1910 referido a la reforma de la educación médica, advertía años después que «cultivar intensamente una medicina científica traía consigo el riesgo de perder el mejor juicio y la cultura amplia de las generaciones previas»². Surgen entonces diferentes voces para construir un nuevo modelo más centrado en el paciente con nuevos conceptos (modelos explicativos de dolencia, escucha activa, modelo biopsicosocial, relación médico paciente, etc.). Así, George L. Engel (1913-1999) forma la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad utilizando la teoría general de los sistemas (cuya teoría sistémica abordaba los problemas incluyendo todas sus relaciones significativas, donde cada nivel jerárquico se relaciona entre sí tanto vertical como horizontalmente, y donde el sistema tiene propiedades que las partes individualmente no poseen). Este modelo se caracterizaba por una visión sistémica en la que todas las enfermedades afectan a la persona en múltiples niveles, en oposición al modelo reduccionista que expresaba las limitaciones de la medicina. Por su parte, el psicoanalista británico Michael Balint (1896-1970) desarrolló a mediados del siglo pasado el concepto

de medicina centrada en el paciente trabajando junto a un grupo de médicos generales con el propósito de desarrollar un método de entrevista médica que les permitiera a los médicos hacer un «diagnóstico general» que contemplara no solo la enfermedad, sino además las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes que consultaban. Este modelo contrastaba con el otro predominante y arraigado tradicionalmente en gran parte de la comunidad médica, que era la medicina centrada en la enfermedad^{5,6}.

Es entonces que hacia fines del siglo pasado el sociólogo John Naisbitt (1929-2021), plantea la necesidad de volver al humanismo para sobrevivir a la nueva era de avances tecnológicos; y relacionando esta idea con la medicina moderna sostenía que la medicina familiar debía su aparición a que expresaba una megatendencia de la sociedad: la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la envuelve y evoluciona a ritmo exponencial. Coincidiendo también con una época de cambio de paradigma de la ciencia, que pasaba de un enfoque reduccionista a uno sistémico y, en medicina específicamente, de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial⁵.

Ian McWhinney (1926-2012), considerado el padre de la Medicina Familiar en nuestro continente, sostenía que la medicina moderna estaba basada en una metáfora mecanicista de la biología adoptando como ciencia un método reduccionista, en el que los problemas eran tratados partiéndolos en otros más pequeños, separándolos de su entorno, y reduciéndolos a causalidades lineales. A pesar de ello, él logra transformar e integrar las agendas de ambas escuelas en un mismo método, el método clínico centrado en el paciente (MCCP), operacionalizando el modelo biopsicosocial, y pudiendo ser interpretado como una restauración del balance hacia un método clínico que se había alejado demasiado hacia la dirección ontológica³.

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA DE LA ACTUALIDAD

Analizaremos en este punto algunos de los principales modelos de cuidados de la salud vinculados estrechamente con la medicina familiar, general y comunitaria, disciplina que precisamente vuelve a colocar en el centro de la escena la humanización de los cuidados de la salud a partir de los atributos propios de la atención primaria de la salud: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación^{6,7}. Los modelos centrados en la persona han evolucionado a lo largo de los años, sin perder su esencia los podemos redescubrir en varios modelos alternativos de abordaje del PSEAC, algunos con un desarrollo más reciente. Los ejemplos que se mencionan y se reseñan brevemente a continuación fueron elegidos de forma arbitraria por los autores por su trascendencia en el ámbito asistencial y académico de nuestra especialidad.

Método clínico centrado en el paciente

Para muchos médicos de familia tal vez sea este el modelo más importante debido a su desarrollo bajo la escuela canadiense de la medicina familiar, con la impronta del propio Ian McWhinney desde el *Center for Studies in Family Medicine* de la *University of Western Ontario* (UWO). El modelo centrado en el paciente es el marco de referencia, y la forma de implementarlo es el propio MCCP. Este logró difundirse e instalarse tanto en el ámbito académico de pregrado y posgrado, como en el área asistencial y de investigación dentro de la especialidad. Ha marcado una impronta, y ha definido un estilo de ejercer la medicina familiar para muchos de nosotros, ya que a diferencia del modelo de atención clínica centrada en la enfermedad, el MCCP toma en cuenta además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico-paciente, y fue pionero en introducir la participación activa del paciente en la toma de decisiones. Tiene como esencia el intento

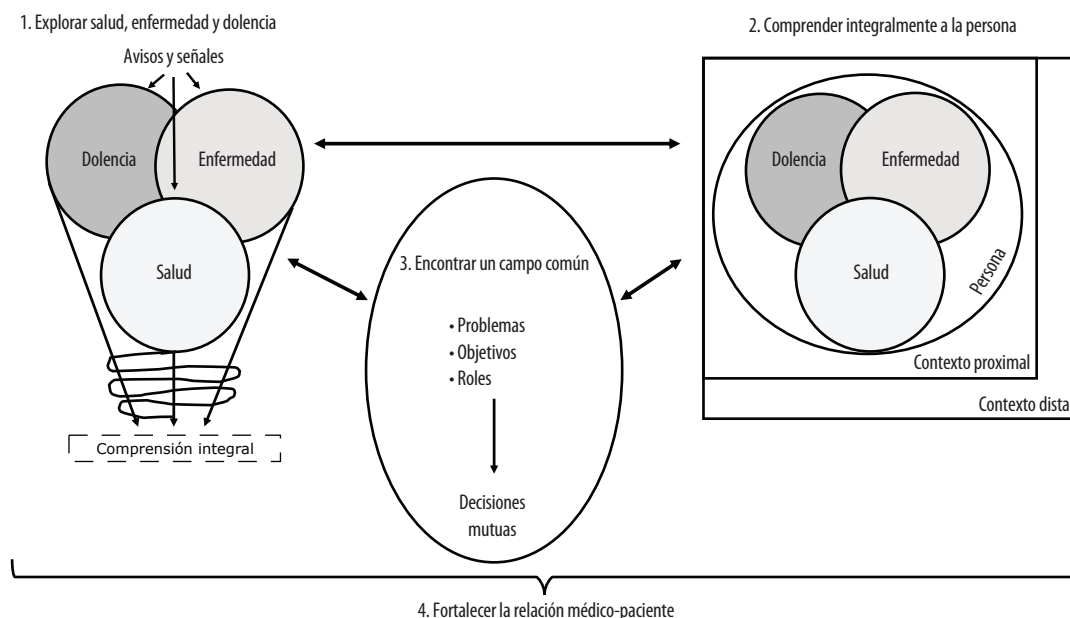


Figura 1. Guía del método clínico centrado en el paciente y sus componentes, desarrollada por el *Center for Studies in Family Medicine, University of Western Ontario* (adaptada de Stewart et al., 2013⁵).

del médico de desempeñar una doble tarea: comprender al paciente y comprender su enfermedad; de esa comprensión nace la capacidad de manejar al «paciente con su enfermedad» y lo que esta representa para él. Uno de sus objetivos es comprender la dolencia y de ser posible diagnosticar la enfermedad.

El MCCP comprende una serie de componentes interactivos, cualitativos y simultáneos que logran fortalecer la relación médico-paciente-familia, mejorando tanto los resultados clínicos como la calidad de atención. En sus inicios, y durante mucho tiempo, sus desarrolladores plantearon una guía de aplicación para el MCCP que constaba de seis componentes, los cuales con el transcurso del tiempo evolucionaron conceptualmente y se reagruparon en los cuatro componentes que disponemos en la actualidad:

- Explorar la salud, la enfermedad y la dolencia.
- Comprender integralmente a la persona.
- Encontrar un campo común en relación con el tratamiento.
- Reforzar la relación médico-paciente.

Cabe destacar que los dos componentes quitados de la versión previa (incorporar la promoción de la salud y la prevención y uso realista del tiempo y los recursos), no han sido eliminados, sino que en la propuesta actual se interpretan como parte constitutiva del contexto de implementación de todo el MCCP.

Podemos observar en la figura 1⁵ los cuatro componentes del MCCP y sus respectivas áreas de influencia en el PSEAC.

Debe destacarse que es el paciente quien transmite el mayor flujo de información posible, incluyendo la expresión de sus sentimientos, y en el que el médico las capta mediante habilidades cruciales: la escucha activa y la respuesta a indicios verbales y no verbales, que le permiten profundizar sus conocimientos sobre la dolencia^{3,6}.

Como observamos, el MCCP es un concepto ordenador, un modelo humanizador de las prácticas en salud que interrelaciona un conjunto de herramientas para la práctica asistencial en atención primaria. Sus componentes interactúan y se ensamblan unos con otros de forma única en cada uno de los encuentros médico-paciente, retroalimentándose con la longitudinalidad de los cuidados de la salud brindados.

Acogimiento

Este concepto tiene antecedentes dentro del campo de la salud de la región de las Américas, constituido como eje transversal en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) implementada hace algunos años en la República Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación; y fue una de las principales directrices éticas y políticas de la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud en Brasil, desde la pasada década de 1990^{1,8}.

Este modelo se sostiene bajo dos premisas: el escenario de prácticas de los servicios de salud es multidisciplinario; y los cuidados se construyen siempre en relación con otro, sea trabajador o paciente, necesitándose el establecimiento de vínculos entre integrantes de los equipos de salud y la población que demanda cuidados. De esta forma se involucra todo el PSEAC y a todos sus participantes, implicando relaciones horizontales, simétricas y participativas e intersectoriales.

Entre sus características se destaca que es imprescindible la responsabilización de trabajadores y los equipos de salud en relación con los pacientes, con longitudinalidad (desde su primer contacto hasta la resolución del problema). Implica, además, una escucha activa del padecimiento del paciente, considerando sus preocupaciones en cada instancia, buscando comprender la complejidad de la demanda, buscando además garantizar que los cuidados en salud sean integrales, resolutivos y continuos^{1,9}.

Son precisamente estas características las que hacen a la humanización y mejora de calidad del modelo de atención transformándose entonces en una estrategia que reorienta la demanda de atención, pudiendo además tener efectos significativos en la racionalización de recursos y en la mejora de las relaciones entre los equipos de salud y sus pacientes⁹.

Clínica ampliada

Desde la corriente de la salud colectiva también tenemos este aporte gracias a numerosos referentes de su historia y modelo de

pensamiento que marcaban la necesidad de reforma de la clínica moderna, planteando un cambio radical del énfasis puesto históricamente sobre la enfermedad para centrarlo sobre el sujeto, portador de alguna enfermedad, no de un caso. La propuesta busca ayudar a lidiar con la complejidad de los sujetos y la multiplicidad de problemas de salud de la actualidad en el abordaje del PSAEC¹.

Franco Bassaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, consolidó parte de las propuestas al definir que «la clínica pasa así a ser una clínica del sujeto, reformulada y ampliada, en la que esa reproducción social del paciente se carga de una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud»⁸. Esta clínica demanda trabajo en equipo (apoyándose en la transdisciplinariedad, en la articulación entre equipo clínico de referenciación, y con apoyo especializado matricial), y un hacer comunicativo (sabiendo escuchar e indagar en el caso particular).

Se pretende alcanzar una ampliación (no un cambio) del objeto del saber y de la intervención de clínica, incluyendo al sujeto y su contexto como objetos de estudio y de las prácticas asistenciales, incorporando la dimensión relacional en el trabajo en salud^{1,8}.

Todos sabemos que las mismas enfermedades (desde el punto de vista de su clasificación fisiopatológica) inciden de forma diferente conforme la historia, el contexto y los recursos subjetivos y materiales de cada sujeto (el «código postal» que termina definiendo sus condiciones de vida). Los servicios de salud y el abordaje del PSEAC deberían operar con la plasticidad suficiente para dar cuenta de estas variaciones y condiciones.

HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS A ESTOS MODELOS

En los últimos años fueron cobrando protagonismo algunas herramientas bastante desarrolladas desde la perspectiva de los modelos utilizados en la medicina familiar. Estas han tenido crecimiento y expansión con entidad propia, encontrando grupos de

trabajo dedicados exclusivamente a ellas. Creemos importante su protagonismo; pero, para no caer nuevamente en reduccionismos dentro de nuestra especialidad (así como sucedió oportunamente con la medicina basada en la evidencia), nos parece adecuado entenderlas no como un modelo en sí mismo, sino como herramientas que los complementan y enriquecen.

Toma de decisiones compartidas

Las decisiones médicas deberían tomarse en forma conjunta entre el paciente y el profesional, debiendo surgir idealmente de integrar la mejor y última evidencia clínica disponible (sobre riesgos y beneficios), la propia pericia o experticia clínica del profesional, las preferencias del paciente, y considerando además el contexto familiar, socioeconómico, cultural y científico-asistencial¹⁰.

La toma de decisiones compartidas (TDC) es un proceso por el cual los médicos colaboran con los pacientes para ayudarlos a alcanzar esas decisiones médicas basadas en la evidencia y de forma congruente con sus propios valores y preferencias¹¹. El profesional médico (u otro integrante del equipo de salud) brinda información personalizada al paciente sobre la naturaleza de la situación en cuestión (condición clínica, estudio diagnóstico y/o alternativas terapéuticas), se plantean las diferentes alternativas posibles, explicando el espectro de resultados posibles para cada una de esas alternativas según la mejor evidencia disponible, así como la incertidumbre que pudiera existir en torno de dichas cuestiones; y donde el paciente, por su parte, comunica sus valores y preferencias (incluyendo creencias, temores y expectativas), para posteriormente realizar una elección conjunta junto a su médico, considerando el contexto particular del paciente y del sistema de salud (Fig. 2)¹⁰.

Este proceso resulta en una intervención compleja que requiere para su implementación de una estrategia multimodal para generar cambios culturales tanto en los profesionales médicos, los pacientes, y las propias organizaciones sanitarias^{10,11}. Su implementación en el consultorio requiere

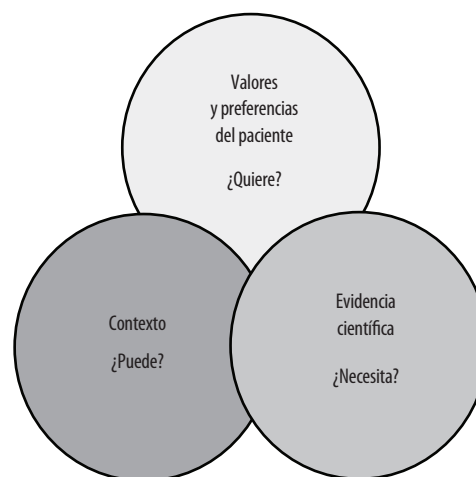


Figura 2. Esquema de toma de decisiones compartidas, con la integración de las diferentes dimensiones que se necesitan contemplar.

más de una visita para poder completar los pasos que implica el proceso :

- Identificar el punto de decisión claro.
- Brindar información acerca del problema y las diferentes opciones para abordarlo.
- Obtener la perspectiva del paciente.
- Guiar al paciente hacia la decisión.
- Evaluar si el paciente está cómodo con la decisión final.

Tengamos presente que existen dos elementos centrales en este proceso de la TDC: la comunicación de riesgos, y la clarificación de valores¹¹. La primera se discute a partir de la evidencia disponible sobre riesgos y beneficios de la intervención considerada, debiendo recordar que existen diferentes herramientas soporte (gráficas descriptivas, escucha activa, lenguaje claro, información dosificada y equilibrada) que facilitan este paso haciendo más eficaz la comunicación y comprensión por parte del paciente. La segunda plantea una charla abierta y franca sobre las preocupaciones (temores, inquietudes, creencias y expectativas) del paciente y su familia sobre dicha intervención, planteando un modelo de relación médico-paciente colaborativo (diferente al modelo paternalista).

Las estrategias que promueven la TDC benefician a los pacientes (incrementan su involucramiento, satisfacción y confianza), a los profesionales de la salud (comunicación

y fortalecimiento de vínculos), y también a los sistemas sanitarios (reducción de costos, de la variabilidad y de la litigiosidad).

Prevención cuaternaria

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) la ha definido como la «acción de identificar a los pacientes en riesgo de “sobremedicalización” para protegerlos de nuevas acciones médicas invasivas, y para sugerirles otras acciones éticamente aceptadas». Consiste en una serie de intervenciones que evitan o atenúan las consecuencias de realizar actividades innecesarias o excesivas del sistema sanitario (preventivas, curativas, diagnósticas o terapéuticas), que pretenden evitar la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definiciones de los términos: salud, factor de riesgo y enfermedad.

Este concepto ha tenido tanta difusión desde su reformulación en la medicina preventiva, que ha sido incorporado como término MeSH (*Medical Subject Headings* de la *U.S. National Library of Medicine*) desde mediados del año 2020.

Diferentes grupos de trabajo en diferentes países se focalizaron y especializaron en esta temática sobre el uso innecesario de intervenciones sanitarias, adoptando abordajes desde diferentes perspectivas. Algunos de estos se enfocaron en cuestiones más técnicas trabajando sobre las bases de la evidencia científica disponible para hacer recomendaciones del tipo «no hacer» considerando las implicancias y alcances de los errores en las pruebas diagnósticas (falsos positivos); los errores de pronóstico o hallazgos diagnósticos histológicos correctos pero que no tienen ni tendrán desarrollo clínico invasivo (sobrediagnósticos); y la baja o nula eficacia, efectividad y/o eficiencia de ciertas prácticas (evaluación de tecnologías sanitarias). Por su parte, otros grupos se concentraron agregando una perspectiva de la medicalización desde lo que consideran la mercantilización del sistema sanitario (con intereses que se contraponen con los de los pacientes), y analizando desde allí las intervenciones con un enfoque político, económico y social.

DISCUSIÓN

Para humanizar las prácticas en salud debemos considerar a toda persona como sujeto de derechos y en relación con todas las dimensiones que intervienen y afectan su vida, pensándola dentro del contexto histórico y social en el que se desenvuelve. Debemos recuperar la idea de que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad, que expresan tanto fenómenos epidemiológicos y clínicos, así como las condiciones sociales, económicas y culturales que definen y condicionan sus diferentes formas de enfermar, curar y morir¹².

Implementar alguno de estos modelos nos demanda afrontar un desafío importante y complejo como profesionales de la salud, un cambio de mentalidad, en el que debemos entender el empoderamiento de los pacientes, compartiendo las «relaciones de poder» implícitas en la relación médico paciente, y aceptando el nuevo rumbo que tomarán estas.

Los diferentes modelos de atención centrados en la persona, junto con las herramientas complementarias descritas, constituyen un posicionamiento frente al progresivo reduccionismo y despersonalización que enfrenta la medicina en sus diferentes especialidades. Estos se plantean como alternativas válidas para abordar el PSEAC con una perspectiva en las que se vuelva a destacar la importancia de la relación y comunicación médico-paciente, trabajando sobre la enfermedad y sobre la dolencia, y contextualizando además el proceso a la realidad de cada uno de los protagonistas.

No es menor el hecho de que estos modelos demandan por parte del profesional una firme convicción y autoconocimiento para saber hasta cuándo y dónde involucrarse más allá de las cuestiones estrictamente clínicas. Entonces, si bien la medicina familiar se define para muchos en los términos del MCCP, también es cierto que somos seres humanos, y que dependiendo nuestra propia realidad podemos necesitar regular nuestras fuerzas para afrontar la longitudinalidad e integralidad de nuestra práctica.

Tabla 1. Cuadro comparativo entre los nueve campos y/o áreas de acción propuestos para los diferentes modelos y herramientas descriptas

Campo de acción	MCCP	Acogimiento	Clínica ampliada	TDC	P4
Exploración enfermedad y dolencia	X	X	X	X	
Evaluación contexto	X	X	X	X	X
Establecimiento de campo común	X			X	X
Fortalecimiento de la relación MP	X		X	X	
Involucramiento transdisciplinario		X	X		
Fortalecimiento por longitudinalidad	X	X	X	X	X
Gestión de recursos	X	X	X	X	X
Escucha activa	X	X	X	X	X
Autoinvolucramiento	X	X		X	

MCCP: método clínico centrado en el paciente y sus componentes; TDC: toma de decisiones compartidas; P4: prevención cuaternaria.

Repasando los tres modelos de atención centrados en la persona mencionados junto con las dos herramientas complementarias descriptas, podemos identificar en ellos diferentes campos o áreas de acción para su implementación. Observamos similitudes y coincidencias en algunos de estos campos de acción, así como diferencias propias surgidas de los contextos sociales, culturales y académicos de los que surge cada uno. En la tabla 1 se identifican nueve campos o áreas de acción y se señala su presencia, o no, en los modelos y herramientas estudiados; pero no se analiza el grado de aproximación o profundidad de desarrollo/aplicación de estos campos en cada uno (p. ej., los desarrolladores canadienses del MCCP señalan que tanto el propio MCCP como la TDC están mayormente alineados en el componente de «encontrar un campo común», compartiendo también otros campos de acción pero con diferencias en la forma de aproximación)⁴.

Los campos o áreas de acción identificados presentan gran coincidencia entre los modelos descriptos. Estos «puntos de encuentros» manifiestos refuerzan la búsqueda y aportes que hace cada uno de ellos para la humanización de los cuidados de la salud de nuestros pacientes, a partir principalmente de: comprender integralmente el contexto de las consultas, desarrollar una escucha activa, gestionar recursos y fortalecerse con la longitudinalidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

Hoy en día nuestra práctica debe ser reformulada debido a la innegable necesidad de considerar una serie de factores que fueron progresivamente ganando lugar y peso específico propio dentro de la relación médico-paciente contemporánea: la exponencial velocidad de aparición de gran cantidad de información con la que cuentan y a la que acceden nuestros pacientes, sus preferencias y temores, la evidencia científica disponible, la factibilidad y adecuación de ciertas propuestas diagnósticas y/o terapéuticas, los aspectos legales de la responsabilidad médica, y la autodeterminación y autoconocimiento respecto al propio grado de involucramiento profesional y personal que estamos dispuestos a asumir para con nuestros pacientes. En la actualidad y ante este contexto del vertiginoso desarrollo científico de la medicina moderna, los modelos centrados en las personas, que en sus orígenes fueron considerados como «ciencia blanda», cobran vital importancia, dado que cumplen un rol esencial en la comunicación centrada en el paciente.

La medicina familiar ha adoptado, desde sus orígenes, un modelo de atención centrado en la persona sustentado desde el cambio de paradigma contrahegemónico al que responde, aplicando un enfoque biopsicosocial y contextualizado del paciente, proponiendo una atención longitudinal, integral,

coordinada y personalizada como elemento constitutivo y diferencial de la especialidad.

No debemos olvidar que nuestra especialidad se caracteriza precisamente por el abordaje de las personas que padecen una enfermedad, cada una de ellas con su propia dolencia y contexto, y no de la enfermedad en sí misma. Suma complejidad a esto nuestra realidad epidemiológica, en la que gran parte de la población adulta presenta simultáneamente múltiples afecciones crónicas.

Los diferentes modelos y herramientas complementarias enunciados han surgido en diferentes momentos cronológicos de la historia, contemplan una visión integral de la persona como contrapartida al modelo biologicista que fue incrementando su reduccionismo, la fragmentación y multiplicación de las subespecialidades médicas y su sesgada visión curativa de la medicina. Estos modelos y sus herramientas nos ofrecen un cambio de perspectiva del cuidado de la salud, nos brindan propuestas que replantean y fortalecen el vínculo entre profesionales y pacientes, y lejos están de negar el desarrollo progresivo de los nuevos saberes y tecnologías. Plantean reformular y mejorar la calidad de los procesos de trabajo en salud con los pacientes, construyendo espacios de interacción con intercambio de información y brindando apoyo para la toma de decisiones en salud, y evitando además nuestra alienación profesional. Por todo ello es recomendable que estos modelos sean asimilados por otras disciplinas médicas y por todos los integrantes de los equipos de salud.

Todos ellos enriquecen nuestra práctica centrada en pacientes y como especialistas en personas, aportando nuevos elementos, transformando otros ya conocidos. Incorporarlos en nuestra práctica cotidiana nos permitirá fortalecer nuestros vínculos con los pacientes y sus familias, haciéndonos mejores médicos de familia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gustavo, quien partió demasiado temprano, por su amistad e interminable alegría, y por su profundo compromiso

y amor por la medicina familiar; incansable buscador de la excelencia clínica y de la humanización de nuestras prácticas.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica; 2014.
2. Coppolillo FE. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Arch Med Fam y General. 2013;10(1):45-50.
3. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2016.
4. Sturmberg JP, Martin M. Handbook of systems and complexity in health. New York: Springer; 2012.
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine, transforming the clinical method. 3rd edition. Londres: CRC Press; 2013.
6. Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: Smithkline Beecham; 1997.
7. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
8. Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. Módulo 6: Acogimiento y prácticas humanizadas. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2018.
9. De Sousa Campos GW. Gestión en salud, en defensa de la vida. Lugar Editorial; 2004.
10. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. Rev Hosp Ital B Aires. 2013;33(21):60-4.
11. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, et al. Shared decision making in preventive health care: what it is; what it is not. Can Fam Physician. 2017;63(9):682-4.
12. Menendez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores: salud colectiva. Lugar Editorial; 2005.