

Formación ética centrada en la perspectiva de la persona: Un aporte metodológico.

Oscar Cluzet¹

I. LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN ÉTICA CENTRADA EN LA PERSONA (FECP)

Los lineamientos generales expuestos a continuación constituyen, en nuestra visión, una columna vertebral sobre la cual estructurar un programa de formación ética debidamente centrada en la persona, puesto que ha sido extrapolado a partir de los principios rectores de la Medicina Centrada en la Persona (MCP)⁽¹⁾. Dicho programa se postula como aplicable tanto a nivel de pregrado como de postgrado en cualquiera de las disciplinas integrantes de las Ciencias de la Salud.

Cada uno de estos pilares, expuestos a continuación, será luego desarrollado con la debida profundidad, la cual permitirá al lector formarse una cabal idea del núcleo de nuestra propuesta.

1. La FECP deberá actuar con pleno conocimiento de los valores del paciente: Historia Clínica Centrada en Valores (HCCV).

2. Realizando el análisis bioético por aplicación de una metodología casuística, desde situaciones reales, a punto de partida de la sistematización propugnada desde la Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile por Beca⁽²⁾.

3. Efectuando el proceso educativo con un fuerte y sostenido compromiso ético, tanto personal como institucional. Sobre esta vertiente ética en su proyección universitaria ha enfatizado Perales⁽³⁾, de manera suficiente.

4. Haciendo participar a la Persona del paciente en la toma de decisiones atinentes a su propio proceso de salud - enfermedad, así como a la Comunidad en la determinación de sus reales necesidades de salud⁽⁴⁾.

5. Aplicando una visión humanista al desarrollo de la propia relación clínica, donde se conjuguen la buena comunicación y la empatía⁽⁵⁾.

II. LINEAMIENTOS DE LA FECP: HISTORIA CLÍNICA CENTRADA EN VALORES

1. La FECP deberá actuar con pleno conocimiento de los valores del paciente: Historia Clínica Centrada en Valores (HCCV).

A. Respeto a la dignidad de la persona. Luego de alcanzar un alto nivel de comunicación efectiva y empatía en la relación clínica, la HCCV asume la tarea de reconstrucción y documentación del sistema de valores relevantes para la persona del paciente. Este aspecto resulta fundamental para que la persona del paciente se sienta individualizada y respetada en su dignidad y pueda así participar de una manera muy activa en la posterior toma de decisiones. Trataríamos así de hacer realidad el denominado Principio de Maraño, tantas veces enunciado, bajo diversas formulaciones, a lo largo de la historia de la Medicina: *“Buscar al ser humano en la enfermedad y no solo la enfermedad en el ser humano”*⁽⁶⁾.

B. Contribuciones esenciales de la HCCV. La orientación en valores expresada en la HCCV debe ser vista como un medio ó complemento, funcional a diversas orientaciones básicas.

a. *A la Medicina Basada en Valores (MBV), por proporcionarle los insumos sobre los cuales estructurar sus propuestas.*

b. *A la MCP, integrando el conocimiento de los valores pertinentes sobre sus componentes de evidencia: Medicina Basada en Evidencias (MBE), y experiencia. En particular, resulta esencial este aporte de la MCP en la formulación del Modelo de Diagnóstico Integral Centrado en la Persona (PID)*⁽⁷⁾.

c. *A su eventual contribución a la ya consolidada Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*⁽⁸⁾.

d. *A los órganos de discusión ético - clínica: Comités de Ética Asistencial (CEA). Porque: ¿Cómo podríamos*

¹Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay. Presidente de la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona. Magíster en Bioética.

definir la opción beneficente sin conocer los valores de la persona del paciente?

C. Exigencia de confidencialidad en la inclusión de la HCCV. A fin de facilitar el posterior análisis bioético, la Historia Clínica Informatizada de alcance nacional ya habitual en los países del área latinoamericana, requiere incorporar una HCCV, con las debidas y muy estrictas garantías de confidencialidad requeridas. Entendemos que esta opción constituye la adecuada respuesta de rectificación de la actual situación, donde tales valores de la persona del paciente se hallan ausentes en lo relativo a su registro clínico.

D. Propuesta de realización de una HCCV.

a. De la misma manera que existe una Medicina Basada en la Evidencia⁽⁹⁾, existiría una Medicina Basada en Valores.

b. En la Medicina Basada en Valores se trata de establecer la visión del paciente sobre la situación concreta por la cual está atravesando, en función de su propia escala de valores y de una serie de aspectos conocidos pero ausentes de exploración sistemática en nuestras historias clínicas habituales.

c. Ambos enfoques resultan necesarios y son totalmente compatibles, más aún, resultan complementarios.

d. Así, hay autores como Strauss⁽¹⁰⁾ que han definido a la MBE como: “La integración de la mejor evidencia investigacional con la pericia clínica, los valores del paciente y sus circunstancias”.

E. Los fundamentos de la MBV: metas y resolución de conflictos

a. La meta de la MBV es aceptar la diversidad de las cosas y los seres, a través de un entendimiento, consecuencia de potenciar al máximo las posibilidades comunicacionales.

b. Solo así podrán resolverse las diferencias entre valores, lo que Fulford denomina “disconsenso” (citado en⁽²⁾), proceso que apoya la acción efectiva a través del equilibrio y tolerancia de aquellos valores que poseen entre sí legítimas diferencias.

2. LINEAMIENTOS DE LA FECP: METODOLOGÍA CASUÍSTICA.

Realizando el análisis bioético por aplicación de una metodología casuística, desde situaciones reales, a punto de partida de la sistematización propugnada por Beca, desde la Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile⁽²⁾.

Objetivos:

1. Personalizar al máximo posible las recomendaciones emanadas del análisis bioético.

2. Permitir una consideración profunda de las circunstancias del caso sometido a consideración.

3. LINEAMIENTOS DE LA FECP: COMPROMISO ÉTICO.

Efectuando el proceso educativo con un fuerte y sostenido compromiso ético, tanto personal como institucional.

El mencionado compromiso ético admite dos vertientes concordantes y complementarias:

A. El permanente ejemplo vivo de la conducta del docente en todos los planos de la enseñanza y de la vida.

B. El ejercicio práctico de los principios bioéticos centrado en los mejores intereses de la persona del paciente.

4. LINEAMIENTOS DE LA FECP: CARÁCTER PARTICIPATIVO.

Hacer participar a la Persona del paciente en la toma de decisiones atinentes a su propio proceso de salud-enfermedad, así como a la Comunidad en la determinación de sus reales necesidades de salud.

Sin esta participación efectiva y verificable, pueden ocurrir diversas consecuencias no deseadas:

A. El proceso de Consentimiento Informado se vicia de nulidad o mismo se vuelve impracticable, ya que, para la MCP, la participación de la persona desde el inicio del proceso que culminará con la toma de decisiones, constituye un componente absolutamente fundamental. Es decir que, para la MCP, resulta sustancial la base autónoma del fundamento de las decisiones sanitarias.

B. Si la persona del paciente no participó en la etapa de Consentimiento Informado, mal podrá hacerlo plenamente en el momento de elegir alguna de las opciones propuestas por el equipo tratante.

5. LINEAMIENTOS DE LA FECP: VISIÓN HUMANISTA.

Aplicando una visión humanista al desarrollo de la propia relación clínica, donde se conjuguen la buena comunicación y la empatía⁽¹¹⁾.

Para que esta visión humanista se consolide, son necesarias algunas condiciones mínimas:

A. *Ejercer una vigilancia y control activo de los factores de deshumanización de la Medicina*⁽¹²⁾.

B. *Incorporar en nuestros Sistemas de Salud a los componentes relacionales en calidad de indicadores meta de los procesos asistenciales, los que deberán acompañarse de los correspondientes estímulos*⁽¹³⁾.

III. EPÍLOGO

Esta visión altamente sistematizada que venimos de presentar en las páginas precedentes, pretende mantener dicho carácter solo en lo relativo a la estructuración de los

principios bioéticos y de la MCP que le dan sustento, en tanto valores referenciales. Es evidente que, manteniendo su adhesión a los referidos valores, su instrumentación operativa podrá seguir una diferente secuencia procedimental, mejor adaptada a los determinantes locales y que le permitan optimizar su eficacia y eficiencia de aplicación.

IV. CONCLUSIÓN PRIMARIA

De forma natural, la FECP debe basarse en el respeto profundo de los principios que dan sustento a la MCP, estructurando de manera operativa un programa educacional dirigido a la formación del personal de salud, necesario si se pretende consolidar la progresiva aplicación del paradigma propuesto.

Referencias bibliográficas

1. **Mezzich JE, Perales A.** Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. Rev. peru. med. exp. salud publica [online]. 2016, vol.33, n.4 [cited 2018-10-30], pp.794-800. Accesible el 30 de octubre desde: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2567>.
2. **Beca JP.** Método de decisión en ética clínica. En: bioética Clínica. Editores: Juan Pablo Beca I. & Carmen Astete A. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 2012;17(33):595.
3. **Perales Cabrera A.** La Ética y el Investigador. Recomendaciones prácticas para jóvenes investigadores. CIMEL: Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. 2005, 10 (2). Accesible el 30 de octubre 2018 desde: www.redalyc.org/articulo.oa?id=71710208
4. **Perales A, Mendoza J, Armas R, Cluzet O.** Perspectivas Latinoamericanas sobre Medicina Centrada en la Persona. Revista peruana medicina experimental y salud pública. 2016;33(4).
5. **Mezzich J, Snaedal J, van Weel C, Heath I.** Toward Person? Centered Medicine: From Disease to Patient to Person. First published 20 may. Accesible el 30 de octubre 2010 en: <https://doi.org/10.1002/msj.20187>
6. **López-Ibor JJ.** Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. Educ. méd. v. 11, supl. 1, p. 53-61, dic. 2008. Accesible el 30 oct. 2018 en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-1\[6\]:8132008000500011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-1[6]:8132008000500011&lng=es&nrm=iso)
7. **Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer LJ, Banzato CE, Wallcraft J, Botbol M:** Person-centred integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. Can J Psychiatry. 2010;55(11):701-708.
8. **Asociación Psiquiátrica de América Latina.** Sección de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Accesible en pdf el 30 de octubre 2018 en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladp.pdf
9. **Sackett DL.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71> (Published 13 January 1996) Cite this as: BMJ 1996;312:371.
10. **Strauss SE, Richardson W Scott, Galsziou P, Haynes RB.** Evidence Based Medicine. How to practice and teach EBM. 3rd. Ed. Philadelphia, PA. Elsevier-Churchill Livingstone 1-12 (2005).
11. **Perales Cabrera A.** Ética y humanismo en la formación médica. Acta bioeth. Santiago. 2008(14);1:30-38.
12. **Perales Cabrera A, et al.** Investigación de MCP en hospitales de Lima. Presentación inédita III Jornadas Internacionales de Medicina Centrada en la Persona. Lima, Perú 15-16 de diciembre 2017.
13. **Mezzich JE, Kirisici L, Salloum IM.** ICPCM Project on the Systematic Conceptualization and Measurement of Person- and People-centered Care. Technical Report, International College of Person Centered Medicine, New York, 2014.