8° CONGRESO INTERNACIONAL, 6ª JORNADA LATINOAMERICANA y 2° ENCUENTRO URUGUAYO DE MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Respondiendo a la Pandemia con Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible

Montevideo, 18, 19 y 20 diciembre 2020

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

PRESENTACIÓN

8o Congreso Internacional, 6a Jornada Latinoamericana y 2o Encuentro Uruguayo de Medicina Centrada en la Persona

Respondiendo a la Pandemia con Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas, Derechos Humanos y Desarrollo Sostenible

Evento Virtual desde Montevideo 18, 19 y 20 diciembre 2020

Presentación

La Declaración de Alma-Ata de 1978 proclamó la atención primaria como estrategia fundamental de los cuidados de salud, pero los progresos realizados desde entonces han sido limitados. Al menos la mitad de la población mundial aún carece de acceso a los servicios sanitarios básicos, incluida la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud materno-infantil, la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

Cabe recordar las palabras de la Dra. Carissa Etienne, directora general de la Organización Panamericana de la Salud, durante la Conferencia de Astana, 2018: "La atención primaria de salud debe formar parte central de la estrategia de transformación de los sistemas de salud a fin de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal".

La pandemia actual COVID-19 ha revelado múltiples desafíos a la salud pública y al bienestar social globales. Persistentes inequidades han producido inaceptables niveles de morbilidad y mortalidad prematura en los segmentos de poblaciones menos favorecidas.

Esta situación exige la exploración de nuevas estrategias, no solo metodológicamente promisoras sino puntualmente, dirigidas a potenciar los objetivos fundamentales de los sistemas de salud y los sociales en general, como la promoción del bienestar pleno de todos los seres humanos en sociedad. Esto explica el creciente interés por aproximaciones a la medicina, la salud y la educación que estén fundamentalmente centradas en las personas.

De aquí proviene también el proceso construido gradualmente a través de múltiples eventos que nos han traído al actual Octavo Congreso Internacional, Sexta Jornada Latinoamericana y Segundo Encuentro Uruguayo de Medicina Centrada en la Persona. Este evento virtual, emitido desde Uruguay, tendrá influencias en Latinoamérica y globalmente, explorará experiencias múltiples en respuesta a la pandemia y la generación de soluciones basadas en el paradigma del cuidado integral centrado en las personas con énfasis en los derechos humanos y el desarrollo sostenible.

Este cónclave asentado en Montevideo contará con la participación de distinguidos profesionales, científicos, académicos y líderes de importantes organismos internacionales, universidades y academias de medicina. En conjunción con una audiencia local y global sostendremos conversaciones cuyo impacto se proyectara a través de una Declaración de Montevideo 2020.

PROGRAMA

Primer día: viernes 18 de diciembre de 2020

10:15 – 12:00 - Sesión de Apertura
Presidentes: Alberto Perales (Perú), Horacio Toro Ocampo (Bolivia) Relator: María Ester García (Uruguay)

10:15 – 10:35 - Palabras de Bienvenida: Oscar Cluzet (presidente, RLMCP), Jon Snaedal (Presidente, ICPCM), Giovanni Escalante (OPS Uruguay), Álvaro Rodríguez (ALANAM), Luis Podestá (Decano, Facultad de Medicina, UNMSM), Miguel Martínez (Decano, Facultad de Medicina, UDELAR), Selva Lima, (Decana, Facultad de Medicina del CLAEH), Graciela Lago (Presidenta, ANM Uruguay), María Luján Giudici (Sub Directora General de la Salud, MSP, Uruguay)

10:35 – 11:35 - Presentaciones Inaugurales:
» Reformas sanitarias uruguayas frente a la pandemia: Daniel Salinas (Ministro de Salud, Uruguay)
» Perspectivas Panamericanas: Jarbas Barbosa (OPS, Washington D.C)
» El rol paradigmático de la salud centrada en la persona en respuesta a la pandemia: Juan Mezzich (ICPCM)
» Comentarios: H. Vildózola (APEMCP), O. Cluzet (RLMCP), S. Rawaf (Centro Colaborador OMS, Imperial College, Reino Unido)

11:35 – 12:00 - Colofón Musical: Guitarrista Álvaro Córdoba (Uruguay)

12:00 – 14:00 - Sesión sobre Nuevos Proyectos y Métodos de Atención Clínica y Educación en Salud Centradas en la Persona. Presidentes: Antonio de los Santos (Argentina), Augusto Müller (Uruguay) y Christine Leyns (Bélgica/Bolivia). Relatores: S. Martinez, C. Baldi, A.Touzet (Uruguay)

12:00 – 12:15 - Ponencia 1: Programa educacional ICPCM sobre atención clínica centrada en la persona: Jim Appleyard (Reino Unido)

12:15 – 12:30 - Ponencia 2: Enfrentando la pandemia a través de comunicación centrada en la persona entre líderes de sociedades médicas de Asia y Oceanía: K. K. Aggarwal (India)

12:30 – 12:45 - Ponencia 3: Diagnóstico Centrado en la Persona: Ihsan Salloum (USA)

12:45 – 13:00 - Ponencia 4: Comunicación y empatía: Michel Botbol (Francia)

13:00 – 13:15 - Ponencia 5: Atención Centrada en la Persona para adultos mayores: Jon Snaedal (Islandia)
13:15 – 13:30 - Ponencia 6: Mentoría y Desarrollo Humano: Alberto Perales y Juan Mezzich (Perú)
13:30 – 13:50 - Discusión general
13:50 – 14:00 - Conclusiones
14:00 – 14:30 - Pausa Cultural: Cantante Lindsay Martell (Perú); (Coordinador J. C. Ocampo, Perú]
14:30 – 16:30 - Sesión sobre Nuevos Proyectos y Métodos de Investigación y Salud Pública Centrados en las Personas. Presidentes: Enrique Pons (Uruguay), Ihsan Salloum (ICPCM, USA). Relator: E. Herman (Uruguay)

14:30 – 14:45 - Ponencia 1: Bienestar: Robert Cloninger (USA)
14:45 – 15:00 - Ponencia 2: Atención Primaria de la Salud: Christine Leyns (Bélgica/Bolivia)
15:00 – 15:15 - Ponencia 3: Epidemiología: Javier Saavedra (Perú)

15:15 – 15:30 - Ponencia 4: Proyecto de Vida y Pandemia: Manuel Izaguirre (Perú)
15:30 – 15:45 - Ponencia 5: Medicina Centrada en la Persona en las Academias Nacionales de Medicina: Augusto Müller (Uruguay), Álvaro Rodríguez (Colombia)
15:45 – 16:00 - Ponencia 6: Decisiones clínicas compartidas: Paul Glare (Australia)
16:00 – 16:20 - Discusión general
16:20 – 16:30 - Conclusiones

16:30 - Sesión Ejecutiva de Organizadores y preparación de la Declaración de Montevideo

Segundo día: sábado 19 de diciembre de 2020

11:00 - 16:00 - Foro Interdisciplinario y Multi-Escénico sobre Respuestas Centradas en las Personas a la COVID-19 en Latinoamérica y el Mundo. (Este Foro incluirá la participación integrada de profesionales de múltiples disciplinas, pacientes y agentes comunitarios, así como actores representando escenarios locales y globales pertinentes al entendimiento y manejo de la pandemia.)

11:00 - 13:15 -Primera Sesión: Aspectos Biológicos y Clínicos de la Pandemia Plenaria Inicial
Presidentes: Norberto Liñares (Uruguay), Ihsan Salloum (ICPCM, USA) Relatores: C. Contreras, A. Salazar (Perú)
11:00 – 11:25 - Ponencia 1: Estrategias y lecciones aprendidas en la respuesta a la Covid-19 en China: George F. Gao (China)
11:25 – 11:45 - Ponencia 2: Evaluación, tratamiento y cuidado de la persona con Covid-19: Eduardo Ticona (Perú)

11:45 – 12:15
Grupos de Trabajo:

Grupo 1: Presidentes: Rubén Mayorga (OPS, Perú) Relatores: Camila Apcho, Lesly Mendoza (Perú)
Colaboración interprofesional en pandemia: Tesfa Ghebrehiwet (Canadá)
Grupo 2: Presidentes: Horacio Toro (Bolivia). Relatores: William Barzola, Carmen Ríos (Perú) Atención a personas transgénero en pandemia: Olga Marega (Argentina)
Grupo 3: Presidentes: Daniel Elío-Calvo (Bolivia) [Alt. Gustavo Franco (Perú)). Relatores: Lisbeth Melgar, Gianella Arias (Perú)
Atención a personas con sindemias relacionadas con enfermedades crónicas: Iván Trostchansky y Oscar Cluzet (Uruguay)

Plenaria Complementaria:
(Presidentes y Relatores de la Plenaria Inicial)

12:15 – 12:30 - Informes de los Grupos de Trabajo
12:30 – 13:00 - Discusión General
13:00 – 13:15 – Conclusiones
13:15 -13:45 - Pausa Cultural: Decimista Rafaele Mejía (Perú); (Coordinador J.C. Ocampo, Perú)
13:45 - 16:00 - Segunda Sesión: Ética y Salud Mental en la Pandemia Plenaria Inicial

Presidentes: Manuel Izaguirre (Perú), Francisco León (Chile)
Relatores: Jasdaly Gonzales, Cecilia Casusol, José Estrella (Perú)
13:45 – 14:00 - Ponencia 1: Derechos Humanos y Pandemia: Carlos Arósquipa: (OPS, Perú);
14:00 – 14:15 - Ponencia 2: Aspectos éticos y médico-legales de la pandemia:
Guido Berro y Oscar Cluzet (Uruguay)

14:15 – 14:30 - Ponencia 3: Ética y Salud Mental en Pandemia:
Ángel Valmaggia (Uruguay) y Álvaro Rodríguez (Colombia)

14:30 – 15:00
Grupos de Trabajo:

Grupo 1: Presidentes: Juan Mezzich (USA/Perú). Relatores: Lourdes Corado (Guatemala)
Pandemia y Diagnóstico de Salud Mental Centrado en las Personas: J. Saavedra (Perú), E. Velásquez (Colombia), Y. Luna (Perú), V. Paz (Perú)
Grupo 2: Presidentes: Humberto Correa (Uruguay) Relatores: Camila Apcho, Lesly Mendoza (Perú) Humanización de la Medicina Intensiva en Pandemia: Carlos Salcedo (Perú)
Grupo 3: Presidentes: Guido Berro (Uruguay). Relatores: William Barzola, Carmen Ríos (Perú)
La Atención en Salud Mental en la Pandemia desde una Perspectiva Integral: Ricardo Bernardi (Uruguay)
Plenaria Complementaria:
(Presidentes y Relatores de la Plenaria Inicial)
15:00 – 15:15 -Informes de los Grupos de Trabajo

15:15 – 15:45 - Discusión General
15:45– 16:00 - Conclusiones
16:00 - Sesión Ejecutiva de Organizadores y preparación de la Declaración de Montevideo

Tercer día: domingo 20 de Diciembre de 2020

11:00 - 16:00 - Foro Interdisciplinario y Multi-escénico sobre Enfrentamiento Centrado en las Personas de la COVID-19 en Latinoamérica y el Mundo.

11:00 - 13:15 - Tercera Sesión: Objetivos de Desarrollo Sostenible y Determinantes Sociales de la Salud en tiempos de Pandemia

Plenaria Inicial:
Presidentes: Antonio Turnes (Uruguay), Herman Vildózola (APMCP, Perú);
Relatores: Carlos Contreras, Anthony Salazar (Perú)
11:00 – 11:12 - Ponencia 1: Perspectivas económicas y pandemia: Alicia Bárcena (CEPAL)
11:12 – 11:24 - Ponencia 2: Pandemia y desarrollo sostenible en Latinoamérica: Luis Felipe López Calva (PNUD, ONU)
11:24 – 11:35 - Ponencia 3: Determinantes sociales de la salud y pandemia: Michael Marmot (Reino Unido)
11:35 – 11:45 - Ponencia 4: Determinantes sociales de la salud y pandemia en Latinoamérica: Eugenio Villar (Perú)

11:45 – 12:15
Grupos de Trabajo:
Grupo 1: Presidentes: Miguel Cherro (Uruguay). Relatores: L. Melgar, G. Arias (Perú) Empoderamiento de pacientes: Aníbal Del Águila (Perú)
Grupo 2: Presidentes: Eugenio Villar (Perú). Relatores: C. Apcho, L. Mendoza (Perú) Empoderamiento de familiares y miembros de la comunidad: Luis Barrios (Uruguay)
Grupo 3: Presidentes: Ramón Cordero (Bolivia). Relatores: W. Barzola, C. Ríos (Perú)
Empoderamiento de Comunidades Campesinas Latinoamericanas en Pandemia: Luis Lumbreras (Perú), Representantes de Perú (E. Garrido y G. Barbarán, Rep. Comunitario), Bolivia (C. Leyns y V. Camacho, Rep. Comunitario), Colombia, Chile
Grupo 4: Presidentes: David Vásquez Awad (Colombia). Relatores: L. Melgar, G. Arias (Perú) Empoderamiento de profesionales de la salud: Helen Millar (ICPCM, Reino Unido)

Plenaria Complementaria:
(Presidentes y Relatores de la Plenaria Inicial)

12:15 – 12:30 - Informes de los Grupos de Trabajo
12:30 – 13:00 - Discusión General
13:00 – 13:15 - Conclusiones
13:15-13:45 - Pausa Cultural: Poesías por Eduardo Garrido (Perú); (Coordinador J. C. Ocampo, Perú) 13:45-**16:00:** Cuarta Sesión: Epidemiología de la Pandemia y Reforma de los Sistemas de Salud Plenaria Inicial
Presidentes: Germán Gamarra (Colombia); Néstor Campos (Uruguay). Relatores: C. Apcho, L. Mendoza (Perú)
13:45 – 14:00 - Ponencia 1: Metodología de trabajo del Grupo Asesor Científico Honorario: Henry Cohen (Uruguay)
14:00 – 14:15 -Ponencia 2: Auto-cuidado, cuidado mutuo e integración latinoamericana: Ricardo Fábrega (OPS, Perú)
14:15 – 14:30 - Ponencia 3: Transformación de los sistemas de salud y su contexto socio-económico y político: Fernando Carbone y Fredy Canchihuaman (Perú)

14:30 – 15:00
Grupos de Trabajo:
Grupo 1: Presidentes: Gustavo Franco (Perú). Relatores: W. Barzola, C. Ríos (Perú)
Seguridad sanitaria global y preparación para pandemias: Fredy Canchihuaman (Perú)
Grupo 2: Presidentes: Carlos Arósquipa (OPS, Perú). Relatores: L. Melgar, G. Arias (Perú)
Factores claves en la respuesta ante Covid-19 en Uruguay: Giovanni Escalante (OPS, Uruguay)
Grupo 3: Presidentes: Christine Leyns (Bolivia). Relatores: Jasdaly Gonzales, Cecilia Casusol, José Estrella (Perú)
Integración de servicios sociales y de salud en pandemia: Galileo Pérez (México)

Plenaria Complementaria:
(Presidentes y Relatores de la Plenaria Inicial)
15:00 – 15:15 - Informes de los Grupos de Trabajo
15:15 – 15:45 - Discusión General
15:45 – 16:00 - Conclusiones

16:00 - 16:30

Sesión de Clausura
Presidentes: G. Escalante (OPS, Uruguay), J. Snaedal (ICPCM, Islandia)
Relatores: Chiara Del Bene, Sofía Grajales, Juan López (Uruguay)
» Declaración de Montevideo 2020: Oscar Cluzet (Uruguay)
» Conclusiones del evento: Alberto Perales (Perú)
» Próximos pasos de MCP a niveles uruguayo, latinoamericano y mundial: O. Cluzet (RLMCP, Uruguay),
A. Rodríguez (ALANAM, Colombia), J. E. Mezzich (ICPCM, USA/Perú)

PARTICIPANTES

Dr. Alberto Perales

Profesor Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Director, Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM. Ex-Presidente, Academia Nacional de Medicina, Perú. Ex-Presidente, Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona

Ass. Prof. Dr. Álvaro Cordoba

Fellow Vascular Neurosurgery AKH Neurosurgical Clinic, Medical University of Vienna. Faculty of the European Workshops on Cerebral Revascularization. AKH Neurosurgical Clinic, Medical University of Vienna Austria. Neuroendoscopy. Neuroanatomy. Restorative Neurosurgery. Department of Neurosurgery Montevideo, Uruguay

Andrea Touzet Berro

Estudiante de la carrera De en Ciencias Jurídicas en Ude. Recientemente Procuradora. De profesión Docente en CEIP CODICEN ANEP. Posgrado en Matemáticas y Ciencias experimentales. Operadora en Psicología Social.

Andrés Mejía

Poeta, decimista, cantautor e investigador aficionado de la poesía popular en el Perú.

Dr. Ángel Valmaggia Mulattiere

Médico Psiquiatra. Ex Psiquiatra Forense del Poder Judicial, Uruguay. Ex Presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay Ex Presidente de APAL, Asociación de Psiquiatras de América Latina, 2004-2006. Ex Presidente del Tribunal de Ética Médica, del Colegio Médico, 2016-2018 Miembro de la Comisión Asesora en Bioética de FEMI

Dr. Anibal Del Aguila Escobedo

Médico Pediatra.Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro de la Sociedad Peruana de Pediatría. Miembro de la Iniciativa Construye Vida Saludable. Ex - Presidente de la Asociación Cristiana de Profesionales de Salud del Perú. Autor del libro “Dos carreras, una meta.....en la vida de un médico con cuadriplejía”

Anthony Jefferson Salazar Carranza

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú)

Dr. Antonio Turnes

Médico. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay.

Dr. Augusto J. Müller Gras

Cirujano general y Emergentólogo. Ex-Profesor Director del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas,(2003-2012). Ex-Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay (2010). Ex-Jefe del Servicio de Cirugía General y del Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FFAA (hasta 2015). Miembro titular de la ANM (desde 2013)

Camila Antonella Apcho Sánchez

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Univ. Nacional Mayor de San Marcos (Perú). National Public Health Officer Assistant de International Federation of Medical Students' Associations - PERÚ (IFMSA-PERÚ). Public Health Leadership Training Facilitator de International Federation of Medical Students' Associations - PERÚ (IFMSA-PERÚ).

Camila Baldi

Estudiante de 3º Año de Abogacía UDE Colonia

Dr. Carlos Arósquipa

El doctor Carlos Arósquipa se graduó como médico de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional Mayor de San Marcos el año 1994 e hizo la especialización en salud internacional por el Instituto de Salud Carlos III Madrid España el 2003 y la Organización Panamericana de la Salud el 2004.

Carlos Heber Contreras Pizarro

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú)

Dr. Carlos Gualberto Salcedo Espinoza

Especialidad Medicina Interna. Especialidad Medicina Intensiva. Magíster Educación. Doctorando en Educación. Profesor Asociado en Medicina Humana. Secretario de Ética y Humanización de la Sociedad <Peruana de Medicina Intensiva SOPEMI Presidente de la Especialidad de Medicina Intensiva Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Carmen de Los Ángeles Ríos Pereda

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú)

Cecilia Orilia Casusol Guzmán

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú)

Chiara Del Bene

Cursando 5to Año de Facultad de Medicina en UCLAEH
Punta del Este, Uruguay

Dra. Christine Leyns

Candidato doctoral con el tema de Atención primaria centrada en la persona y comunidad (People centered primary health care), Department of Public Health and Primary Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent University, Belgium. Consejo médico cientifico, Municipality of Sacaba, Cochabamba, Bolivia

Dr. David Vasquez Awad

Médico cirujano de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Perinatología y Desarrollo Humano. Especialista en Seguros y Seguridad Social. Especialista en Epidemiología. Especialista en Densitometría Clínica (International Society of Clinical Densitometry)

Dr. Eduardo Garrido

Médico-Cirujano. Especialista en Administración de Salud. Estudios de Maestría en Salud Pública. Ex Director del Hospital Regional de Abancay, Apurímac, Perú. Ex Director Ejecutivo del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), MINSA. Lima

Dr. Eduardo Ticona

Médico Infectólogo del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo. Investigador Principal responsable del estudio de la Vacuna con Virus Inactivados contra SARS Co.V-2 en la Unidad de Ensayos Clínicos de la UNMSM,. Profesor Principal de la UNMSM.

Escr. Elizabeth Herman

Escribana Pública de la República Oriental del Uruguay
Actualmente cursando la carrera de Abogacía en la Universidad de la Empresa (UDE)

Dra. Elvia Velasquez de Pabon

Médica, Psiquiátra, Epidemióloga. Profesora Títular de Psiquiatría Univ de Antioquia Coordinadora Sección Diagnóstico y Clasificación en Psiquiatría de la Asociación Latinomericana de Psiquiatría, APAL. Miembro de la IAWMH Asociación Internacional de Salud Mental de la Mujer. Miembro de la WADD World Asociation Dual Disorders.

Dr. Enrique Pons

Miembro titular y ex-presidente de la Academia Nacional de Medicina (Uruguay).
Profesor de Clínica Ginecotocológica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Co-responsable (honorario) del Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Dr. Eugenio Villar Montesinos

Médico cirujano peruano y suizo, especialista en salud pública, con estudios de especialización en Pediatría, Salud Internacional y Gobernabilidad y Desarrollo Humano. Ha trabajado en salud comunitaria en zonas rurales y urbano marginales en el Perú. Fue director de Cooperación Externa del ministerio de salud pública del Perú.

Dr. Fernando Carbone

Master en Gestión y Organización de Redes y Servicios de Salud, Universidad de Barcelona, España. 2004 - 2005. Diplomado en Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad de España. 2003. Diplomado en Administración de Servicios de Salud, Instituto Peruano de Administración de Empresas.

Dr. Francisco Javier León Correa

Dr. en Filosofía y Letras y Mag. en Bioética. Profesor Titular y Director del Centro de Bioética, del Instituto de Investigación e Innovación en Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Presidente desde 2009 a 2019 de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE).

Dr. Fredy Canchihuamán

Médico, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Magíster en Salud Pública y Doctor en Epidemiología, Universidad de Washington. Profesor de pre y post grado, coordinador del Programa en Buenas Prácticas, Bioética, Regulación y Gestión de la Investigación Clínica, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dr. Galileo Pérez-Hernández

Médico con experiencia tanto nacional como internacional en servicios integrales de salud. Es licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma Metropolitana (México), Máster en Salud Global por la Universidad de Barcelona (España) y tiene formación de posgrado en Gestión Sanitaria, Epidemiología y Medicina Integrada.

Dr. George F. Gao

Director General, Chinese Center for Disease Control and Prevention
Professor, Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences
President Chinese Society of Biotechnology
President Asian Federation of Biotechnology (AFOB)

Gianella Alejandra Arias Aroni

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú) Miembro de la Sociedad Científica de San Fernando, Lima, Perú

Dr. Giovanni Escalante Guzmán

Representante de OPS/OMS Uruguay. Médico cirujano en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (Perú). Se especializó en salud pública, epidemiología, gestión en salud y gerencia social. Es maestro de ciencias en salud pública.

Gregorio Barbarán

Especialista en tecnologías sostenibles para agricultura orgánica en comunidades campesinas. 30 años de trabajo como Técnico Especialista. en áreas rurales y comunidades campesinas, en importantes organismos de desarrollo no gubernamentales de Apurímac.

Ac. Prof. Dr. Guido Berro Rovira

Ex Médico Forense y Ex Director de Dpto. de Medicina Forense. Poder Judicial. Ex Profesor Titular Director de Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República (UdelaR). Profesor Titular de Medicina Legal y de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad-Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).

Dr. Gustavo Franco

Médico salubrista, docente del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro fundador y Secretario de Acción Científica de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona (APEMCP).

Dr. Hellen L. Millar

Consultant Psychiatrist, UK
Board Director, International College of Person-centered Medicine
Chair, WPA Section on Biological Psychiatry

Dr. Henry Cohen

Profesor de Gastroenterología. Ex Presidente de la Organización Mundial de Gastroenterología. Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Director Proyecto ECHO Uruguay. Coordinador del Área Salud del GACH

Ac. Dr. Horacio Toro Ocampo

Doctor en Medicina, Ginecólogo-obstetra; Maestro en Salud Pública; Maestro en Bienestar Social y Servicios Sociales. Diplomado en salud Sexual y Reproductiva. Ex funcionario de OPS/OMS: Asesor de País en Salud Materno-infantil; Asesor Regional para Latinoamérica. Representante de la OPS/OMS en El Salvador, y Brasil

Dr. Humberto Correa

Decano Emérito y Profesor de Humanismo Medico de la Facultad de Medicina de la Universidad CLAEH. Ex Profesor titular de Medicina Intensiva en la Facultad de Medicina de la Universidad dela República. Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Ihsan M. Salloum

M.D., M.P.H., DFAPA is the Joe R. and Teresa Lozano Long Distinguished Professor in Neuroscience, Founding Chair, Department of Neuroscience and Director, Institute for Neuroscience at the University of Texas Rio Grande Valley School of Medicine and Executive Board Director of the International College of Person-centered Medicine.

Dr. Iván Trostchansky

Grado 2 Titular de Cirugía General, Asistente de Clínica Quirúrgica ¨F¨ (Hospital de Clinicas , Montevideo – Uruguay) .Grado 2 Titular de Cirugía General, Asistente del Departamento de ¨ (Hospital de Clinicas , Montevideo – Uruguay). Cirujano Titular del Hospital de las Piedras (Uruguay)

Dr. James Appleyard Ma

President, International Association of Medical Colleges 2015- Past President International College of Person Centred medicine 2013-2017. Vice President, British Medical Association 2003- Past President, and current Associate Member of World Medical Association

Jasdaly Alexis Gonzales Medina

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú). Oficial Local del Comité Permanente de Derechos Humanos y Paz, International Federation of Medical Students Associations (IFMSA – UNMSM). Grupo estudiantil CEMpodérate, Centro de Estudiantes de Medicina, UNMSM, Lima, Perú.

Dr. Javier E. Saavedra

Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"
Profesor Principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Dr. Jon Snaedal

Professor emeritus in Geriatric Medicine with special focus on dementia, research, teaching and clinical work. Former head of the Memory Clinic at Landspitali University Hospital, Reykjavik, Iceland. Representative of the Icelandic Medical Association at the World Medical Association (WMA). President of WMA 2007-2008.

Jose Joan Milward Estrella Cueva.

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú)

Dr. Juan Mezzich

Profesor Principal de Psiquiatría, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Nueva York
Profesor Hipólito Unanue de Medicina Centrada en la Persona, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Editor, International Journal of Person Centered Medicine, Londres Presidente 2005-2008, Asociación Mundial de Psiquiatría, Ginebra.

Dr. K. K. Aggarwal

President, Confederation of Medical Associations of Asia and Oceania (CMAAO),
President, Heart Care Foundation of India and Group Editor in Chief IJCP Group
Past National President and Past Honorary Secretary General, Indian Medical Association

Lesly Ruth Mendoza Guillen

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú). Miembro de la Sociedad Científica de San Fernando, Lima, Perú. Miembro de la Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana

Dr. Lindsay Martell

Medico residente de la especialidad de Geriatria de la universidad peruana cayetano heredia, reconocida artista cajamarquina que empezó a manifestar sus actitudes en el canto desde la niñez, y lo ha mantenido hasta la actualidad.

Lisbeth Rosario Melgar Condorpocco

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú). Miembro de la Sociedad Científica de San Fernando, Lima, Perú.

Dra. Lourdes Corado de Herrera

Médica Psiquiatra. Directora del Departamento de Psicología de la Universidad Francisco Marroquín, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Secretaria de la Sección de Diagnóstico y Clasificación para Centroamérica y El Caribe de la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría. Miembro activo de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala

Prof. Magister Luis Barrios

Magister en Ciencias Sociales. Mención Teoría del Estado y Sociedad. Facultad Lati-noamericana de Ciencias Sociales. Diploma en "Development, Law and Social Justice". Institute of Social Studies (ISS), Holanda. Diploma en "Globalization, Decentralization and Local Development in Latin Ameri-ca", seminario de actualización para graduados de FLACSO

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano

Médico Cirujano. Especialista en Cirugía General. Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Principal de la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú Decano de la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor

Médico Pediatra. Profesor Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina. Miembro fundador de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona Miembro de la Sociedad Peruana de Pediatría.

María Esther García Flores

Estudiante de Medicina de la UdelaR, actualmente cursando el Ciclo Internado Rotatorio. (Generación 2014). Estudiante del curso electivo de Humanidades Médicas "Para pensar lo que hacemos" en el año 2018. Monografía sobre Humanidades Médicas "Valoración de actitudes humanistas en estudiantes de sexto año de Medicina, Montevideo 2019".

Dr. Michael Marmot

Professor Sir Michael G. Marmot MBBS, MPH, PhD, FRCP, FFPHM, FMedSci, FBA
Director of the Institute of Health Equity (UCL Department of Epidemiology & Public Health).

Pr. Michel Botbol

Profesor Emérito de Psiquiatría del Nino y del Adolescente desde 2019, secretario para las publicaciones científicas en la mesa directiva de la WPA, y Miembro de la mesa directiva del colegio internacional de Medicina centrada en la Persona.

Dr. Miguel Cherro

Pediatra, Profesor de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Psicoterapeuta Psicoanalítico, autor de publicaciones en revistas y libros nacionales e internacionales. Presidente en lo nacional por dos períodos de SUPIA y AUDEPP

Ac. Dr. Nestor Campos Pierri, FACS

Integrante de la Academia Nacional Medicina Uruguay. Presidente del Colegio Médico del Uruguay (2015-2018). Docente libre de la Escuela Graduados Faculta Medicina

Dr. Norberto Liñares

Médico Internista y médico Emergentólogo. Soy diplomado en Gestión de Servicios de Salud. En los tres casos por la Universidad de la República del Uruguay. Soy Ex-Profesor Adjunto de Clínica Médica, y hoy por hoy soy Profesor Agregado del Departamento de Emergencia de Facultad de Medicina.

Dra. Olga Marega

Médica especialista consultora en Obstetricia-Ginecología. Especialista en Sexología clínica. Máster en Sexualidad Humana. Co. coordinadora Filial La Costa de ASSES (Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual)

Dr. Oscar Cluzet

Miembro titular de la academia nacional de medicina del Uruguay. Presidente de la Comisión asesora de bioética de femi. Magister en bioética. Presidente de la red latinoamericana de medicina centrada en la persona.

Dr. Paul Glare MD

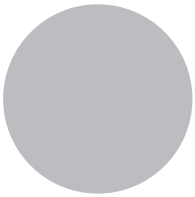
Specialist Physician in Pain Medicine, Professor, Sydney Medical School (Northern Clinical School) Head of Discipline Pain Medicine, Sydney Medical Program. Director, Pain Management Research Institute, Faculty of Medicine & Health, University of Sydney

Dr. Elías Ramón Cordero Cuevas

Viceministro de salud y promocion – ministerio de salud. Jefe de la unidad de planificacion estrategica – ministerio de salud. Medico planificador – hospital del niño "ovidio aliaga URIA". Director técnico Sedes la Paz.

Dra. Ricardo Bernardi

Medico psiquiatra. Psicoanalista (Uruguay). Doctor en Psicología (UBA). Profesor Emérito de la Facultad de Medicina (UdelaR), Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Vice-Chair del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional



Dr. Robert Cloninger

MD, PhD is Director, Anthropedia Institute of St. Louis, Professor Emeritus of Psychiatry at Washington University in St. Louis in USA, Honorary Doctor of Psychology at University of Gothenburg in Sweden, and Honorary Doctor of Genetics at Umea University in Sweden.

Dr. Rubén Mayorga

Médico y cirujano en mayo de 1984 de la Universidad Francisco Marroquín en la Ciudad de Guatemala. Se especializó en medicina interna y enfermedades infecciosas en las Facultades de Medicina de la Universidad de París y el Instituto Pasteur.

Prof. Salman Rawaf

Professor Rawaf is the chair of Public Health, Director of WHO Collaborating Centre in the Department of Primary Care and Public Health at Imperial College London and Honorary Consultant Physician in the NHS.

Dra. Selva Lima

Ginecotocologoga. Decana Facultad de Medicina de UCLAEH. ExProfesora Ajunta de Clínica Ginecotocológica de UDELAR. Past president y Miembro de Comité Científico de Sociedad Uruguaya de Ginecología de Infancia y Adolescencia. Miembro de Grupo de Investigación en Osteoporosis de Sociedad Uruguaya de Reumatología.

Sofía Grajales

Estudiante de Medicina de Universidad CLAEH, aprobé 4º año, tengo 22 años, vivo en Punta del Este, Maldonado, Uruguay. Mi inclinación hacia el bienestar humano y la calidad de vida en su mejor expresión, hizo que desde muy pequeña me interesara la Medicina.

Dr. Tesfamicael Ghebrhiwet

is an independent Consultant in international nursing and health policy. He is currently retired and prior to that he was a consultant, International Council of Nurses, Geneva for many years where he was responsible for programme areas in primary health care, HIV/AIDS, mental health, research and knowledge transfer

Dra. Vilma Paz

Médico psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima, Perú. Colaboradora de la GLADP.

Wiliam Alexander Barzola Farfán

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú). Miembro de la Sociedad Científica de San Fernando, Lima, Perú

Dra. Ybeth Luna

Maestra en Gerencia de Servicios de Salud y Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica. Médica Cirujano con Segunda Especialidad en Psiquiatría por la UNMSM con Diplomado en Auditoría para la Garantía de la Calidad en Salud.

MENTORÍA CENTRADA EN LA PERSONA Y EL DESARROLLO HUMANO

Alberto Perales, Juan Mezzich, José Josán y colb. (Perú)

Antecedentes. La educación médica ha seguido un periplo permanente de modificaciones y mejoras de acuerdo a los modelos científicos imperantes en la época (1). En pleno siglo XXI, el quehacer de la universidad propone que el alumno aprenda a aprender, adquiera conocimientos y competencias fundamentales, y alcance el nivel profesional adecuado para atender las necesidades poblacionales. En el Perú, estudios previos han demostrado que 1/3 a ¼ de los ingresantes a la UNMSM llegan afectados por problemas de salud mental y psicosociales que habrán de dificultar su rendimiento académico de no ser atendidos oportunamente (2). El Programa de Mentoría propone re-direccionar el quehacer universitario hacia la centralidad del estudiante como persona. considerando que cuanto mejor sea su desarrollo humano mejor profesional y ciudadano será. Objetivos: 1° Promover el desarrollo humano integral de los estudiantes, tanto como personas cabales cuanto como profesionales, científica y técnicamente competentes. 2° Contribuir al desarrollo humano, pedagógico y profesional del mentor docente. 3° Extender el enfoque centrado en la persona desde sus actuales aplicaciones a la medicina clínica y la salud pública hacia la optimización de la educación universitaria (3). 4° Medir el impacto del programa en el desarrollo humano de los mentorandos, evaluando, sistemáticamente, el Programa de Mentoría para optimizarlo secuencialmente Organización: Evaluación de línea base de los mentorandos. Selección y adiestramiento de Mentores. Distribución de Manuales del Mentor y Mentorando. Aplicación del Programa.

Contenido: Módulo 1: Conceptos Generales y Estructura del Programa; Módulo 2: Relación Interpersonal Mentor-Mentorando; Módulo 3: La Salud General del Mentorando; Módulo 4: La Formación Educativa del Mentorando; Módulo 5: Mentoría y Coaching. Módulo 6: Recursos y servicios de apoyo a la Mentoría. Módulo 7: El acompañamiento del Mentorando. Módulo 8: Evaluación Programática Longitudinal Ejecución: En los alumnos ingresantes a las cinco Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Tecnología Médica). Población total: 515 estudiantes. Conclusión: Sobre la base de investigaciones previas, la Facultad de Medicina de la UNMSM, iniciará la aplicación del Programa de Mentoría Centrada en la Persona y el Desarrollo Humano. Se trata de una estrategia educativa innovadora, basada en el concepto de que, en las carreras de salud, aparte, de buen profesional se requiere ser buena persona. Y eso se logra incluyendo en los objetivos de la universidad la responsabilidad de promover el desarrollo humano integral del estudiante como Persona.

REFERENCIAS.

1. Perales A. Ética y Humanismo en la formación médica. ACTA BIOETHICA, 2008, XIV (1): 30-38

2. Alberto Perales, Elard Sánchez, Lorenzo Barahona, Miguel Oliveros, Eric Bravo, William Aguilar, Juan Carlos Ocampo, Miguel Pinto, Ivón Orellana, Alberto Padilla. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. An Fac med.2019, 80 (1):28-33. DOI: https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865

3. Mezzich JE, Appleyard J: International Patterns on Medical Education for the Whole Person. International Journal of Person Centered Medicine, 8: 25-37, 2018.

MENTORSHIP CENTERED ON THE PERSON AND HUMAN DEVELOPMENT

Alberto Perales, Juan Mezzich, José Josán et al

Background. Medical education has followed a permanent journey of modifications and improvements according to the prevailing scientific models at the time (1). In the XXI century, the work of the university proposes that the student learn to learn, acquire fundamental knowledge and skills, and reach the appropriate professional level to meet the population's needs. In Peru, previous studies showed that 1/3 to ¼ of those admitted to the UNMSM arrive affected by mental health and psychosocial problems that will hinder their academic performance if they are not treated in a timely manner (2). The Mentoring Program proposes to redirect the university work towards the centrality of the student as a person. considering that the better their human development, the better professional and citizen they will be. Objectives: 1° To promote the integral human development of the students, both as sound people and as professionals, scientifically and technically competent. 2° To contribute to the human, pedagogical and professional development of the teacher mentor. 3° To extend the person-centered approach from its current applications to clinical medicine and public health towards the optimization of university education (3). 4° To measure the impact of the program on the human development of the mentors, systematically evaluating the Mentoring Program to optimize it sequentially. Organization: Baseline evaluation of the mentors. Selection and training of Mentors. Distribution of Mentor and Mentee Manuals. Student assignment. Program application.

Content: Module 1: General Concepts and Structure of the Program; Module 2: Interpersonal Mentor-Mentor Relationship; Module 3: The General Health of the Mentee; Module 4: The Educational Training of the Mentee; Module 5: Mentoring and Coaching; Module 6: Mentoring support services and resources; Module 7: The accompaniment of the Mentee; Module 8: Long-term program evaluation. Execution: In students entering the five Professional Schools of the Faculty of Medicine (Medicine, Nursing, Obstetrics, Nutrition and Medical Technology). Total population: 515 students. Conclusion: Based on previous research, the UNMSM Faculty of Medicine has started the application of the Mentoring Program Centered on the Person and Human Development. It is an innovative educational strategy, based on the concept that, in health careers, apart from being a good professional, it is necessary to be a good person. And that is achieved by including in the university's objectives the responsibility of promoting the integral human development of the student as a Person.

REFERENCES.

1. Perales A. Ética y Humanismo en la formación médica. ACTA BIOETHICA, 2008, XIV (1): 30-38
2. Alberto Perales, Elard Sánchez, Lorenzo Barahona, Miguel Oliveros, Eric Bravo, William Aguilar, Juan Carlos Ocampo, Miguel Pinto, Ivón Orellana, Alberto Padilla. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. An Fac med.2019, 80 (1):28-33. DOI: https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865
3. Mezzich JE, Appleyard J: International Patterns on Medical Education for the Whole Person. International Journal of Person Centered Medicine, 8: 25-37, 2018.

Álvaro Cordoba

Antecedentes: el sistema nervioso funciona como una gran orquesta. Especialmente la música de Mozart con su "efecto Mozart" es apropiada para su uso en neurocirugía1. El artículo investiga la relación entre música y neurocirugía, la música de Mozart en la práctica neuroquirúrgica [2.3.]

Material y métodos: Utilizamos catálogos digitales como "pubmed" así como las bibliotecas de universidades. Las palabras clave fueron "Wolfgang Amadeus Mozart", "neurocirugía y música". [4.5]

Resultados: En la primera mitad del siglo XX, el abordaje neuroquirúrgico de algunos músicos ha tenido un desenlace fatal como Maurice Ravel, Josef Hassid, George Gershwin. 6 . 7 Probablemente la causa de esto sea que la neurocirugía aún no se ha desarrollado en la primera mitad del siglo XX. En las últimas tres décadas, las operaciones neuroquirúrgicas muestran que los músicos tienen ricas asociaciones entre los sistemas auditivo, somático y sensorial.[8]

Conclusión: Está claro que tenemos mucho que aprender de los estudios sobre música y función cerebral que se derivan de nuestras experiencias quirúrgicas con pacientes. La plasticidad neuronal del cerebro de un músico puede ser diferente a la de los no músicos. Los músicos con habilidades motoras mejoradas tienen una mayor capacidad de plasticidad debido a las conexiones interhemisféricas enriquecidas. Escuchar música y el efecto de Mozart en la práctica neuroquirúrgica, cuidados intensivos o rehabilitación fue documentado en muchos trabajos. Podemos concluir que, en la práctica neuroquirúrgica actual, Mozart tiene un lugar. Se necesitan más investigaciones y estudios clínicos.

REFERENCIAS:

1. de Divitis E. The magical power of music. World Neurosurg. 2010;73:454-455.
2. Menuhin Y. Lebensschule. Mainz, Germany: Piper Schott Music; 1987.
3. Riva M, Casarotti A, Comi A, Pessina F, Bello L. Brain and music: an intraoperative stimulation mapping study of a professional opera singer. World Neurosurg. 2016;93:e13-e18.
4. Montinaro A. The musical brain: myth and science. World Neurosurg. 2010;73:442-453.
5. Jourdain R. Das wohltemperierte Gehirn. 1st ed. Heidelberg, Berlin: Spektrum Verlag; 2001.
6. Klöppel R. Die psychomotorik des instrumentalspiels. Die Kunst des Musizierens. 2nd ed. Mainz, Germany: Schott; 2003:24.
7. Jäncke L. Musik und hirnplastizität. In: Kreutz G, Bernatzky G, eds. Musik und Medizin. 1st ed. Heidelberg, Germany: Springer; 2015: 49-70.
8. Laws EJ. Music and the brain. World Neurosurg. 2010;73:458.
9. Kanat A, Epstein C. Challenges to neurosurgical professionalism. Clin Neurol Neurosurgery

LA LEY DE SALUD MENTAL No. 19.529, EN URUGUAY

Ángel Valmaggia Mulattiere (Uruguay)

La Ley de Salud Mental, aprobada en el mes de agosto de 2017, en Uruguay, marca un nuevo paradigma en la asistencia de las personas que presentan trastornos mentales. Una Ley que aborda a la Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Se muestran los cambios que propone, desde el abordaje interinstitucional, interdisciplinario, con internaciones exclusivamente para el tratamiento de los trastornos mentales, en hospitales generales y no por problemas sociales, familiares o carencia de vivienda.

Propone el cierre de los hospitales para pacientes con enfermedad mental crónica, (manicomios o asilos,) para el año 2025, y la creación de servicios extrahospitalarios, casas de medio camino o residencias asistidas, defendiendo el derecho de los pacientes con patología psiquiátrica de vivir en la comunidad. Propone garantías para las internaciones involuntarias y judiciales, así como la instalación de una Comisión de Contralor de la Atención en Salud Mental.

En este trabajo se realizan propuestas sobre posibles fuentes de financiación de los cambios propuestos por la Ley tomando en cuenta experiencias anteriores en el País, que posibilitaron cambios en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

THE MENTAL HEALTH LAW No. 19.529, IN URUGUAY

The Mental Health Law, approved in August 2017, in Uruguay, marks a new paradigm in the care of people with mental disorders. A Law that addresses Mental Health from a Human Rights perspective within the framework of the National Health System.

The changes that he proposes are shown, from an inter-institutional, interdisciplinary approach, with hospitalizations exclusively for the treatment of mental disorders, in general hospitals and not for social, family or homelessness problems.

It proposes the closure of hospitals for patients with chronic mental illness, (asylums or asylums,) by the year 2025, and the creation of out-of-hospital services, halfway houses or assisted residences, defending the right of patients with psychiatric pathology to live in the community. It proposes guarantees for involuntary and judicial admissions, as well as the installation of a Commission for the Comptroller of Mental Health Care. In this work,

"REFLEXIONES DE UN MÉDICO COMO PACIENTE"

Dr. Aníbal del Águila Escobedo (xxxx)

En agosto de 1998, poco después de terminar la residencia de pediatría, fui atropellado por una combi con fractura completa de la 6ta. vértebra de la columna cervical. Debido al daño medular mi pronóstico era cuadriplejía completa el resto de mi vida. Luego se sucedieron absceso retrofaríngeo, fístula faringo-cutánea, sepsis, hemorragia digestiva alta, hepatitis viral C post transfusión sanguínea y dolor neuropático en todo el cuerpo. Luego de 4 meses de terapia física doy mis primeros pasos. A la angustia inicial siguió sufrimiento, depresión severa y el deseo de morir. Alta luego de 5 meses con 35 kg menos de peso. Luego fui internado en el Instituto de Rehabilitación donde con mucho esfuerzo pasé de silla de ruedas a andador y luego a bastones canadienses. Alta 5 meses después caminando con un bastón y ortésico para tobillo derecho. Inicié tratamiento para la hepatitis viral C con Interferón y Ribavirina por un año. Empecé a trabajar y terminé tesis con la cual obtuve título de especialista en Pediatría. Volví a asistir a cursos, congresos y conferencias de mi especialidad, y a publicar trabajos de investigación. Actualmente camino con un andador, padezco debilidad y espasticidad muscular generalizada, dolor neuropático crónico y vejiga neurogénica. Me desempeño como pediatra en el ámbito privado.

La pérdida severa de la salud y la discapacidad resultante hacen necesario que el proceso de rehabilitación sea acompañado de un proceso de restauración del sentido de la vida (1). El apoyo de la familia, la fe y la esperanza juegan un rol importante en la construcción de este nuevo sentido (2) (3) (4)

REFERENCIAS:

(1) Arvig T. Meaning in life for individuals with physical disabilities. Psychol Rep. 2006 Jun; 98 (3):683-688.
(2) WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mundial de la Salud 1996; 17(‽ 4)‽ : 385-387
(3) Schulz EK. The meaning of spirituality for individuals with disabilities. Disabil Rehabil. 2005 Nov 15; 27(21):1283-1295.
(4) Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled persons II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1997 Nov; 52(6):S306-16.

¿ES LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA UN ÁMBITO PROPICIO PARA EL FOMENTO DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA?

Ac. Augusto J. Müller Gras (Uruguay)

Se fundamenta una respuesta positiva. Se plantean requisitos y atributos para un ejercicio de lamedicina centrado en la persona, y condiciones del médico digno, señalando que actuar centrado enla persona implica un desempeño de dignidad que trasciende al conocimiento y experticia.Se señalan áreas de "alejamiento" de la persona, destacando las de docencia y asistencia. Comocambios adicionales desde la pandemia se mencionan la limitación de derechos de la persona frentea los de la sociedad y la necesidad del cuidado personal y del otro. Una constatación discordante esque ha acercado a la persona al ser lo humano lo más relevante, pero la ha alejado, al comprobarseactitudes pusilánimes y egoístas en el equipo asistencial.Se plantea que existen factores propicios en las Academias para fomentar el ejercicio centrado en lapersona. Se mencionan el mandato legal1 y estatutario2, la objetividad, la visión independiente yneutra, sin conflictos de interés, el abordaje temático conceptual general (no enfocado en laenfermedad), la red de contactos, el reconocimiento social y algunas características de losacadémicos. Se citan herramientas para ese objetivo en nuestra Academia, mencionando líneas depensamiento, comisiones y grupos de trabajo3 y varios ejemplos concretos de actividades.Se responde afirmativamente, debiéndose seguir impactando en la formación del médico, en elejercicio de la profesión y en la sociedad.

IS THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE A CONDUCIVE ENVIRONMENT TO PROMOTE THE PRACTICE OFPERSON-CENTERED MEDICINE?

Ac. Augusto J. Müller Gras

A positive response is founded. Requirements and attributes are set out for a person-centeredpractice of medicine, and conditions of a dignified doctor, noting that acting centered on the personimplies a performance of dignity that transcends knowledge and expertise.Areas of "remoteness" of the person are indicated, highlighting those of teaching and assistance. Asadditional changes since the pandemic, the limitation of the rights of the person compared to thoseof society and the need for personal and other care are mentioned. A discordant finding is that,being humanity the most relevant thing, has brought the person closer, but it has alienated him, asweak and selfish attitudes have been verified in the healthcare team.It is suggested that there are favorable factors in the Academies to promote person-centeredexercise. The legal mandate is mentioned[1] and the statutory[2], the objectivity, the independentand neutral vision, without conflicts of interest, the general conceptual thematic approach (notfocused on the disease), the network of contacts, the social recognition and some characteristics of the academics. Tools for this purpose are cited in our Academy, mentioning lines of thought,commissions and working groups[3] and several concrete examples of activities.The answer is affirmative, and must continue to impact the training of the doctor, in the exercise ofthe profession and in society.

---

1 https://legislativo.pardamientos.gub.uy/temporales/leytemp739801.html

2 https://www.anm.org.uy/estatuto.htm

3 https://www.anm.org.uy/comisiones%20y%20groups%20de%20trabajo.htm

DERECHOS HUMANOS Y PANDEMIA

Dr. Carlos Arósquipa Rodriguez (Perú)

1. Antecedentes: El derecho a la salud está enmarcado dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos establecida el 10 de diciembre de 1948 (Lawrence O Gostin, 2018) el cual definió los derechos humanos modernos que se han convertido en una piedra angular en salud global, políticas en salud públicas e investigación. No todos los países han logrado avanzar igual en el respeto de los derechos humanos en salud (Gunilla Backman, 2008)

2. Objetivos: Analizar la pertinencia de promover el enfoque de derechos humanos en contexto de pandemia

3. Métodos: Análisis y revisión de publicaciones y declaraciones gubernamentales que son marco de referencia para el desarrollo de la salud

4. Resultados: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en el año 2015, platean el desafío de lograr mejoras cualitativas en la vida y bienestar de las personas de todo el mundo, teniendo como ejes centrales sostenibilidad medio ambiental, equidad, universalidad, compromiso e integralidad. Esto se traduce en salud, en lograr la salud universal sin que quede nadie atrás, garantizando cuidados integrales en base a un modelo de cuidados centrados en las personas (Arulkumaran, 2017).

5. Discusión: Como logramos alcanzar la salud universal sin dejar a nadie atrás? Los ODS nos plantean claramente que debemos lograr, pero la gran pregunta aun no respondida es el cómo lograrlo, considerando que los mayores rezagos en salud se encuentran en poblaciones vulnerables, con diferentes patrones culturales, y cosmovisiones diferentes. La pandemia ha desnudado estas desigualdades golpeando mas a los mas vulnerables, y afectando su derecho a la salud.

6. Conclusiones: Se necesita reforzar la reducción de inequidades y desigualdades para enfrentar el periodo post pandemico para el logro de los ODS

REFERENCIAS:

• Arulkumaran, S. (2017). Health and Human Rights. Singapore Medical Journal, 58(1): 4-13.
• Gunilla Backman, P. H. (2008). Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. Lancet, 372: 2047–85.
• Lawrence O Gostin, B. M. (2018). 70 years of human rights in global health: drawing on a contentious past to secure a hopeful future. Lancet , 392: 2731–35.

HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA INTENSIVA EN PANDEMIA

Carlos G. Salcedo Espinoza

Introducción - Medicina Intensiva tiene actualmente una deshumanización marcada.
Caracterizan esta deshumanización:
MEDICALIZACIÓN "la medicina impone su autoridad sobre individuo"
INDIVIDUALIZACIÓN "labor sanitaria dedicada a solo un paciente"
DESPERSONALIZACIÓN " personal sanitario tecnificado "
COSIFICACIÓN "intensivista menos perturbado cuando cosifica al paciente"
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE "poco intercambio oral"
AUSENCIA DE EMPATÍA "sanitario no se pone en el lugar del paciente "
BINOMIO HOMBRE-MÁQUINA "se iguala la importancia de paciente con máquina".

Acciones correctivas:
ATENCIÓN CON ENFOQUE DE CALIDAD …mejora continua
RESPETO A LOS DERECHOS DEL PACIENTE…prevención de la vulneración
HUMANIZACIÓN…protección de la dignidad (Talbot Dean. 2018)
EDUCACIÓN EN SALUD CENTRADA EN LA PERSONA…

La pandemia ha agregado:
DISTANCIAMIENTO FÍSICO Y EMOCIONAL
AUSENCIA PROLONGADA DE SERES QUERIDOS
MORIR SOLO
DESGASTE PROFESIONAL O BURN OUT (MOSS, GOOD ET AL. 2016).

Humanización en Cuidados Intensivos HUCI
Unidades de Cuidados Intensivos de diversos países vienen participando en un proyecto de Humanización en UCI. (http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenasprácticas/)
Se trabaja con un Manual de Buenas Prácticas de Humanización con las siguientes líneas estratégicas:
1. UCI de puertas abiertas.
2. Comunicación
3. Bienestar del paciente en UCI
4. Cuidados al profesional de la salud
5. Sindrome post Cuidados Intensivos
6. Cuidados al final de la vida
7. Infraestructura humanizada

Que comprenden 140 ítems

Consideraciones Finales
1. Las circunstancias actuales de la pandemia han paralizado la humanización
2. La cosificación predomina fertilizado por los extraordinarios avances tecnológicos
3. Se requiere educación dirigida

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) PARA EL ABORDAJE DE COVID-19, EL CASO DE BOLIVIA

Christine Cécile Leyns (Bolivia)

Introducción: El papel esencial de la APS para lograr el derecho a la salud fue acertado desde 1978. Su paradigma cambió hacia un abordaje integral centrado en la persona. La articulación de la APS con la salud pública, para mitigar enfermedades transmisibles como COVID-19, es parte fundamental de este abordaje (1). La pandemia golpeó a Bolivia en medio de una crisis socio-político profunda y a pesar de un sistema de salud dirigido hacia la APS desde 2008, los servicios de salud pronto colapsaron llevando a una alta mortalidad.

Metodología: Se analizó lo sucedido desde marzo hasta septiembre en Bolivia, relacionando la situación política, las medidas de salud pública y la reacción del sistema de salud con la mortalidad oficial por COVID-19 y la mortalidad real en el país. Se contrastó este análisis con publicaciones describiendo el papel e impacto de la atención primaria de salud sobre la pandemia en otros países.

Resultados y conclusión: El gobierno de transición decidió de paralizar el país el 27 de Marzo, con 61 casos de COVID-19 confirmados (2) y replegó el personal de APS de la comunidad para apoyar al triaje hospitalario. La atenciòn en centros de salud se limitó a emergencias. La tensión política y la estigmatización de gente con COVID-19 aumentó la desconfianza, obstaculizando el oportuno aislamiento, tratamiento de casos y seguimiento de contactos. El papel crucial de la APS para prevenir contagios, identificar contactos de casos y manejar adecuadamente personas con covid-19 fue identificado (3). Es fundamental fortalecer la APS en Bolivia para estar preparado para una segunda ola de COVID-19.

REFERENCIAS:

1. Krist AH, DeVoe J, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. Ann Fam Med. 2020;18(4):349-354. doi: https://doi.org/10.1370/afm.2557
2. Peñafiel, M. L., Ramírez-Ávila, G. M. (2020). Epidemiological projections for COVID-19 considering lockdown policies and social behavior: the case of Bolivia. https://arxiv.org/pdf/2008.06345.pdf
3. Kumar, R., Nedungalaparambil, N. M., & Mohanan, N. (2020). Emergency and primary care collaboration during COVID-19 pandemic: A quick systematic review of reviews. Journal of family medicine and primary care, 9(8), 3856–3862. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_755_20 uj

PRIMARY HEALTH CARE (PHC) TO TACKLE COVID-19

Christine Cécile Leyns (Bolivia)

Introduction: The essential role of PHC to achieve the right to health is acknowledged since 1978. Su paradigm shifted towards an integrated person centered care approach. The articulation of PHC with public health, to mitigate communicable diseases such as COVID-19, is a fundamental part of this approach (1). The pandemic hit Bolivia in the midst of a profound socio-political crisis and despite a health system directed towards PHC since 2008, health services collapsed soon leading to a high mortality.

Methods: The political situation, the public health measures and the reaction of the health system from March to September 2020 in Bolivia were analyzed and related to the official data on COVID-19 mortality and general mortality during the same period. This analysis was contrasted with publications describing the role and impact of primary health care on the pandemic in other countries.

Results and conclusions: The transitional government decided to paralyze the country on March 27, with 61 confirmed COVID-19 cases (2) and withdrew APS staff from the communities to support hospital triage. The attention in health centers was limited to emergencies. Political tension and stigmatization of people with COVID-19 increased distrust, hampering timely isolation, case management, and contact tracing. The crucial role of PHC in preventing new infections, contact tracing and proper management of people with covid-19 was identified (3). Strengthening the role of PHC in managing the pandemic in Bolivia is needed to be prepared for the second COVID-19 wave.

REFERENCES:

1. Krist AH, DeVoe J, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. Ann Fam Med. 2020;18(4):349-354. doi: https://doi.org/10.1370/afm.2557
2. Peñafiel, M. L., Ramírez-Ávila, G. M. (2020). Epidemiological projections for COVID-19 considering lockdown policies and social behavior: the case of Bolivia. https://arxiv.org/pdf/2008.06345.pdf
3. Kumar, R., Nedungalaparambil, N. M., & Mohanan, N. (2020). Emergency and primary care collaboration during COVID-19 pandemic: A quick systematic review of reviews. Journal of family medicine and primary care, 9(8), 3856–3862. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_755_20 uj

POESÍA

Dr. Eduardo Garrido

La poesía motivo de esta presentación, fue obtenida en mi época de estudiante de medicina, allá por la década del 60, y fue hecha como un discurrir de momentos cotidianos y no necesariamente como objeto de una atención especial en el sentido de la creación poética.

Esta poesía estuvo enmarcada en dos procesos. Por un lado, la situación de una sociedad atrasada con injusticia social por efecto del latifundismo y la oligarquía imperantes; y por otro lado, en el campo de la cultura, el desarrollo de la que pasó a denominarse poesía social, donde descollaban poetas de meritorio reconocimiento como Washington Delgado, Carlos Germán Belli, Blanca Varela, Manuel Scorza, Juan Gonzalo Rose, Jorge Eduardo Eielson, Marco Martos, Antonio Cisneros, Arturo Corcuera, César Calvo, Javier Heraud, entre otros destacados representantes de esa gran promoción de vates.

En ese contexto, surgen lo que podría llamar mis primeras expresiones poéticas, y refiero al poema Historia de las canciones de cuna (1) como el que representa la ligazón de mi esfuerzo poético acicateado por la realidad del país y la influencia de los poetas mencionados, a quienes leía con fruición.

Hay otro aspecto que, andando el tiempo, observé en algunos de los poemas que escribía. Nuestros profesores Luis Jaime Cisneros y José Luis Rivarola, mencionaban la intuición poética como la posibilidad de traer al presente acontecimientos del futuro, como Vallejo y Heraud que vislumbran las circunstancias de su muerte. Cuando leí a Aleksandr Blok, me llamó mucho la atención este poeta simbolista que, en su poema Los escitas, prevé muchos años antes el drama inimaginable para la humanidad que significó el nazismo: "…Y no nos moveremos cuando el huno fiero/ saquee los bolsillos de los muertos/ queme ciudades, llene de rebaños las iglesias/ y ase la carne de los hermanos blancos". Así, mutatis mutandis, en el poema El estudiante Carlos Hencino (2), se perfila lo que en la lejanía del tiempo iba a constituir una dramática y cruenta realidad para el pueblo peruano, especialmente para las poblaciones quechuas del sur andino por efectos del terrorismo y la contraparte militar. Y tal vez el poema Charlotta (3) sea, al final de cuentas, el deseo de esperanza en el destino mejor que debemos construir en pos del bienestar y la felicidad de todas las personas.

EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LA PERSONA CON COVID-19

Dr. Eduardo Ticona Chávez

Revisando la patogenia de las enfermedades infecciosas la cual no es ajena a la COVID-19, podemos apreciar que son muchas las personas que se exponen en la comunidad, un poco menos los infectados y mucho menos los que hacen enfermedad. Así los casos de enfermedad en situaciones de endemia son aislados, sin embargo, en condición de pandemia se presentan en muy corto tiempo, y como todos somos susceptibles el número es inmenso, afectando a los servicios de salud y a la dinámica de la sociedad en su conjunto.

La persona saludable, es asintomática, emocionalmente estable, participa en su medio social y además es productiva para su bien, el de su familia y su entorno. Pero por diversas razones en una comunidad, no todas las personas se encuentran saludables en determinado momento, y peor si en este contexto llega una pandemia, como en esta oportunidad la ocasiona el SARS CoV-2.

Así debido a su rápida transmisión, se genera una importante afectación de todas las personas en la vida cotidiana, y considerando los principios de medicina centrada en la persona, podemos afirmar que todos hemos sido afectados por esta pandemia, habiendo el virus ingresado o no en las personas.

Por ello, distingo diferentes momentos en los cuales la persona ha sido afectada: i) la persona en cuarentena, quien ha trastornado su dinámica diaria al interior de un espacio reducido sin mayor interacción social, ii) la persona que ha estado en contacto con una persona con COVID-19, ante su riesgo de enfermar, iii) la persona con síntomas de sospecha o caso confirmado de COVID-19, iv) la persona asintomática con una prueba positiva, v) la persona que salió de alta de un cuadro de COVID-19, vi) la persona en duelo por COVID-19. Todas y cada una de ellas esta afectada por el COVID-19 en su esfera orgánica, psicológica, social e incluso espiritual, en todos los casos ha repercutido en la persona, en su familia y en la sociedad.

Se rescata que el manejo ha tenido consideraciones epidemiológicas, clínicas y laboratoriales; pero a pesar de presentarse los casos en serie, indudablemente el manejo individualizado de cada caso ha sido importante para una medicina humana o centrada en la persona. No se logró determinar medicación específica efectiva, salvo dexametasona en las personas que requerían hospitalización, sin embargo, el manejo personalizado utilizando diversos medicamentos (sea de manera presencial o remota) en cada caso, seguro que siempre funcionó. La terapia con oxígeno en la atención de casos severos es imprescindible, lamentando que no siempre estuvo a disposición.

Los cuidados de la atención de las personas que en un inicio se centraron en las unidades de cuidados intensivos (fueron rápidamente sobrepasadas), luego viraron a los cuidados en el primer nivel de atención, orientando al enfermo desde sus primeros síntomas y guiándolo de manera personal o por telemonitoreo hacia los niveles superiores cuando fuese requerido. Adicionalmente, comprendimos que la participación comunitaria es muy importante para la conservación y cuidado de la salud individual y colectiva, y en estas circunstancias es "vital", su organización permite que los esfuerzos solidarios puedan tener éxito hacia una o muchas personas, incluso fortaleciendo el sistema de salud en todos sus niveles.

Las medidas de control de infecciones quedaran en nuestra práctica diaria, tanto en los servicios de salud como en nuestros hogares generando un nuevo estilo de vida.

NOVEDAD EN EL CIE 11: CLASIFICACIÓN DEL COVID. MCP, SALUD MENTAL y COVID

Elvia Velásquez de P.

Este presentación pretende, dar una rápida visión de las perspectivas actuales del CIE11 y su relación con la Medicina Centrada en la Persona la Salud Mental y el Covid.

Las Clasificaciones actuales DSM5 y CIE11 han significado un gran avance para la humanidad sin embargo se les critica por ser principalmente categóricas y no haber incorporado en forma suficiente la dimensionalidad. Se les acusa de asignar al paciente y a su padecimiento, una etiqueta con detrimento de su particularidad y de carecer de marcadores y datos biológicos relacionado con la medicina personalizada o de precisión y los RDoC (Investigación basada en Criterios por dominios).

Entre tanto las Clasificaciones actuales DSM-ICD, siguen teniendo un lugar importante en la psiquiatría como puente / interfaz esencial entre los datos clínicos y los de investigación, como un lenguaje clínico común entre el paciente y el "big data" (1)

La Pandemia del Covid 19, por distanciamiento social y su afectación de la Salud Mental exige aún más, aplicar los principios de la MCP .

La salud Mental se ha visto afectada a nivel mundial, una revisiónsistemáticas de Xionga J. et al 2020 (2) en población general mostró altas tasas de síntomas de ansiedad (6.33% to 50.9%), depresión (14.6% to 48.3%), trastorno postraumático etc. y afectaban más a las mujeres y jóvenes.

Por otra parte, la CIE11 publicó en 2020 una clasificación del Covid 19 en el Cap 25 de las categorías mayores del CIE11 (3)

Conclusión Para la OMS/OPS disponer de recursos como el CIE 11 y el Movimiento de la Medicina Centrada en la Persona es fundamental

REFERENCIAS:

1.Mitropoulos GB. The DSM-ICD diagnostic approach as an essential bridge between the patient and the "big data". Psychiatriki. 2018 Jul-Sep;29(3):249-256. doi: 10.22365/jpsych.2018.293.249. PMID: 30605429. DOI: 10.22365 / jpsych.2018.293.249

2. Jiaqi Xionga et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. Journal of Affective Disorders 277 (2020) 55–64

3. Who ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 09/2020). Capítulo 25 Codes for special purposes, International provisional assignment of new diseases of uncertain aetiology and emergency use . RA01 COVID-19 https://icd.who.int/browse11/l-m/en Citado nov 27 2020

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y PANDEMIA DEL COVID-19

Dr. Eugenio Villar

Aunque el SARS-CoV-2 es una partícula viral, sin vida como tal, la pandemia del Covid19 es el resultado de complejos procesos de índole más social que médicos. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) nos ayudan a entender el origen, el curso y impacto de la pandemia, particularmente en la equidad en salud; como nos ayudan también a definir las estrategias para su control y reducción de impactos en la sociedad. El origen de la pandemia esta centrado en el modo de producción económico intensivo, sin respeto del medio ambiente que favorece nuevas zoonosis. La globalización y el debilitamiento de la gobernanza y colaboración internacional han favorecido la amplia difusión del virus. La pobreza, hacinamiento, el transporte y la poza educación en salud, así como el deterioro de los niveles primarios y la medicalización curativa de los servicios de salud han contribuido al contagio y a la letalidad observada. Mientras no se disponga equitativamente de una vacuna eficaz y segura, la prevención los servicios del 1er nivel con una adecuada vigilancia epidemiológica con las principales armas que tenemos para enfrentar el reto. Es imperativo, al futuro, actuar sobre los DSS, incluyendo sistemas de salud y protección social equitativos y de calidad, incluyendo inteligencia sanitaria que nos prepare para eventos futuros que de todas maneras vendrán. Estos enfoques pueden servir de marco para el desarrollo de la MCP, habiendo coincidencias de fondo en la centralidad de la persona y su dignidad.

TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SU CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO Y POLÍTICO.

Fernando Carbone Campoverde y Freddy Canchihuaman (Perú).

El contexto mundial en torno a la pandemia por COVID-19 ha hecho evidente la necesidad, hoy más que nunca, de lograr la universalidad de la salud a través del fortalecimiento de la APS y del cuidado integral de la salud a todo nivel, mediante el uso de estrategias innovadoras, de políticas de salud equitativas e inclusivas donde el compromiso de todos los actores sociales logre potenciar el trabajo territorial, con financiamiento adecuado y en el que el ciudadano desarrolle sus potencialidades y sea feliz. Sin salud, otros aspectos de la vida cotidian se ven afectados significativamente.

El Cambio y Transformación de la Salud apunta a la Universalización de la salud, e implica fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS). Al respecto resalta lo señalado en el documento de la Comisión de Alto Nivel de la OPS (2018) recogido en la Declaración de Astaná (OMS, 2018): los diversos países se comprometen a fortalecer sus sistemas de APS como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal (CUS), para lo cual es necesario el incremento de la inversión a fin de lograr que esta sea sostenible. Los cuatro compromisos que se gestaron fueron: a) tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; b) establecer una APS que sea sostenible; c) empoderar a las personas y las comunidades, y d) alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. El Ministerio de Salud del Perú, apuesta por este proceso.

AYUDA DESDE LA BIOÉTICA A UNA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Francisco Javier León Correa

Como hemos comprobado en esta pandemia, no basta o nos conformamos con que los profesionales de la salud sean solo ciudadanos empoderados en una democracia participativa1, que ya es un ideal lejos de la realidad cotidiana. Debemos ser ciudadanos solidarios: es necesaria una ética cívica que lleve al reconocimiento cordial, en palabras de Adela Cortina2, complementando la ética de mínimos con las diferentes propuestas de felicidad en la sociedad.

En el plano individual es precisa una buena formación en valores. En el plano social, debemos construir comunidades e instituciones de solidaridad. Es lo que ha llamado "la razón humanitaria"3. No bastan los sentimientos morales. La compasión debe generar acciones y una "política de la compasión de gobiernos humanitarios", para favorecer la existencia cotidiana de los seres humanos. Y no solo los gobiernos y el Estado, sino las colectividades territoriales, los organismos internacionales y las instituciones sociales de solidaridad.

No solo tolerancia, llegar a la inclusión. No solo derechos y deberes, llegar a la solidaridad y a la fraternidad. La esperanza en un mundo mejor es, en frase de Ricoeur, "la pasión por lo posible". Y es posible e ideal práctico construir una sociedad solidaria y comunicativa, basada en el diálogo.

SEGURIDAD SANITARIA GLOBAL Y PREPARACIÓN PARA PANDEMIAS

Freddy Canchihuaman

El coronavirus COVID-19 viene afectado de forma directa o indirecta a las personas en cada rincón del planeta. Vivimos una época que se impregnará en la historia de la humanidad por las dimensiones de los perjuicios —poco conocidos hasta hoy— que pueden producir las pandemias. Una época de múltiples crisis en algunos países (sanitaría, económica, social y política), de impactos considerables en las poblaciones más vulnerables y de remezones en las estructuras de los diferentes modelos de salud existentes. Las pandemias sin embargo no son las únicas amenazas a la salud pública mundial y es posible que a futuro surjan estas u otras, aún de mayor magnitud. Brotes de inicios del presente siglo, impulsaron la adopción del nuevo Reglamento Sanitario Internacional a nivel mundial; uno de los dos tratados internacionales únicos por su naturaleza vinculante, que entre otros, exige a los estados la coordinación y la preparación para enfrentar eventos que amenacen la salud pública de nivel internacional. Brotes recientes como el SARS y ébola y una limitada respuesta internacional, fueron determinantes en el desarrollo de iniciativas en seguridad sanitaria a nivel global y de instrumentos para lograr la implementación del referido reglamento. Bajo este marco, los países avanzaron en el desarrollo de sus capacidades alcanzando diversos niveles de preparación. No obstante, la COVID-19 ha desencadenado una respuesta aislada sobrepasando incluso a los países más preparados. En esta presentación, se realiza una revisión de la evolución y retos de la seguridad sanitaria, se describe la aplicación local de este enfoque para enfrentar la COVID-19, y se aboga por un cambio de paradigma del sistema de seguridad sanitaria global desde una perspectiva centrada en las personas.

REFERENCIAS:

Gozzer E, Canchihuamán F, Espinoza R. Covid-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020; 37 (2):371-3.
Canchihuaman F, Appleyard J, Mezzich J. Concepts and strategies of people-centered public health. Int J Pers Cent Med. 2018; 8 (2):43-57.
Gozzer E, Canchihuamán F, Piazza M, Vásquez H, Hijar G, Velásquez A. Contribución del Perú en las Iniciativas para promover la seguridad sanitaria mundial. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(3):1-6.

GLOBAL HEALTH SECURITY AND PANDEMIC PREPAREDNESS

Fredy Canchihuamán (Perú)

The coronavirus COVID-19 is directly or indirectly affecting people in every corner of the planet. We live an era that will leave their trace in the history of humanity as a result of the devastating proportions —little known until today— pandemics might produce. An era characterized by multiple crises in some countries (health, economic, social and political), by significant impacts on more vulnerable populations, and an era that struck the structures of health care existing models. Pandemics, however, are not the only threats to global public health; and it is likely that these or others of even greater magnitude will emerge in the future. Outbreaks at the beginning of this century boosted the worldwide adoption of the new International Health Regulations; one of the two unique international treaties by its binding nature, which, among others, requires states to coordinate and prepare for events that threaten the international public health. Recent outbreaks such as SARS and Ebola and the limited international response were decisive in the development of global health security initiatives and instruments to achieve the implementation of the referred regulation. Under this framework, countries advanced in the development of their capabilities, achieving different levels of preparation. However, COVID-19 has generated an isolated response, surpassing even the most prepared countries. In this presentation, we review the evolution and challenges of health security, describe a local application of this approach for addressing the COVID-19, and advocate for a change of paradigm in the global health security system from a people-centered perspective.

REFERENCES:

Gozzer E, Canchihuamán F, Espinoza R. Covid-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020; 37 (2):371-3.
Canchihuaman F, Appleyard J, Mezzich J. Concepts and strategies of people-centered public health. Int J Pers Cent Med. 2018; 8 (2):43-57.
Gozzer E, Canchihuamán F, Piazza M, Vásquez H, Hijar G, Velásquez A. Contribución del Perú en las Iniciativas para promover la seguridad sanitaria mundial. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(3):1-6.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PANDEMIA Y REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD. INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD EN LA PANDEMIA.

Galileo Pérez-Hernández

La idea de que "el ciudadano debe estar en el centro del sistema", ha dominado el discurso de las políticas públicas durante los últimos años. Se ha dado un debate (no agotado) sobre el significado del "enfoque centrado en la persona" (ECP) en el cuidado de la salud, así como las estrategias disponibles efectivas para implementarlo, incluyendo su dimensión sociosanitaria (1). La crisis por COVID-19 ha evidenciado sistemas con bajo gasto, déficit de recursos humanos y proveedores fragmentados que condiciona la prestación de la atención en la pandemia (2). En países como Argentina, Brasil y Colombia, se han observado esfuerzos sustanciales en el ECP por ejemplo mediante la extensión de servicios hacia modalidades virtuales. En casos otros casos como Costa Rica y México, se identifican iniciativas para reorientar las agendas políticas hacia enfoques sociosanitarios integrados que incluyen reformas de la prestación, la seguridad social y el cuidado de largo plazo. Mas allá de la pandemia en varios países persisten pendientes como la incorporación de múltiples disciplinas del cuidado, el involucramiento de personas y cuidadores en la gestión del cuidado, la consolidación del ejercicio de la elección personal y una métrica robusta de los resultados de salud del ECP (3). El análisis crítico conceptual y metodológico desde una perspectiva latinoamericana, el fortalecimiento de capacidades de producción de conocimiento, un espíritu renovado de diplomacia en salud, cooperación para el desarrollo y abogacía desde la academia y sociedad civil son indispensables para acelerar la transformación hacia servicios sociosanitarios latinoamericanos centrados en personas (4).

1. European Observatory on Health Systems. Achieving Person-Centred Health Systems. Evidence, Strategies and Challenges. Cambridge University Press, 2020. https://www.cambridge.org/core/books/achieving-personcentred-health-systems/357F6CAB2DA34CC6C57D5416F05E9483
2. OECD/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, 2020. https://doi.org/10.1787/740f9640-es.
3. World Health Organization. Service Delivery and Safety. Framework on integrated people-centred health services 2016. https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/
4. International Foundation for Integrated Care. Realising the true value of integrated care: Beyond COVID-19. 2020.https://integratedcarefoundation.org/covid-19-knowledge/realising-the-true-value-of-integrated-care-beyond-covid-19

CHINA'S FIGHTING AGAINST COVID-19, FROM THE PERSPECTIVE OF BIOLOGY AND ECOLOGY

George Fu. Gao

As the first country to detect and report the COVID-19, China has been insisting proactive strategy to control the epidemic. As of December 5th 2020, there were 86619 confirmed cases and 4634 deaths, resulting a CFR of 5.3%. As the first anniversary of COVID-19 is coming, in retrospect, China has kept adhering to the principle of patient-centered and life first during fighting against COVID-19. Based on the fully multidisciplinary alliance of virology, epidemiology, clinical medicine, social medicine, psychology and other science and technology, China identified and isolated the COVID-19 virus 7 days after outbreak detection and developed the diagnostic test kit 2 days later, shared the whole gene sequence quickly, decisively closed the market and even locked down the whole city, relied on the core NPI measure such as 4 lines, 4 levels and 4 earlies, and timely updated technical guidelines and protocols.

Finally, the first wave of COVID-19 in China has been successfully controlled in March, 2020. During the subsequent COVID-19 outbreak control and response, China has persevered in science-based and precise principle, timely updated the national COVID-19 control strategy from containment to the combination of preventing importation and domestic transmission. During the second to the seventh wave of COVID-19 outbreaks responses, by using the 4 earlies measures, large-scale RT-PCR nucleic acid screening, and close contacts tracking and management, China has successfully interrupted the chain of virus transmission and prevented the possible wider spread in community, which provided valuable time for vaccine research and development.

ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Dres. Oscar Cluzet y Guido Berro (Uruguay)

Dos días después de la declaración de pandemia por COVID-19 por la OMS, se declaró en Uruguay la emergencia sanitaria, luego de la detección de los primeros dos casos en territorio nacional. La Comisión de Asesoramiento en Bioética de la Federación Médica del Interior, que los autores integran, programó una Teleconferencia Virtual sobre los aspectos éticos y médico-legales de la pandemia, tema de una publicación posterior1 y base de esta presentación.

Los objetivos generales consisten en establecer los lineamientos éticos2 y médico-legales que permitan enmarcar el accionar de los equipos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud (SNS), traducidas en directivas prácticas de actuación.

Así, en el plano ético y, entre otros, se establece que el SNS es una única Unidad Asistencial en cuanto a la asignación de recursos; la protección del personal de salud debe ser prioritaria y sistemática; el acceso a Cuidados Paliativos debe ser equitativo y permanente y se establece la provisión de equipos de apoyo psicológicos. Se remarca el papel de las organizaciones bioéticas en las recomendaciones decisionales las cuales, luego de la situación de Desastre Asistencial, deben guiarse por el principio de justicia distributiva.

En la parte médico-legal se establece la normativa vinculante, que enfatiza tanto el papel rector del Ministerio de Salud como los principios del accionar del Sistema Nacional de Emergencias. Se establecen las recomendaciones para el adecuado y seguro manejo de los fallecidos por COVID-19, a efectos de impedir su contagiosidad. El destino final del fallecido será inhumación en tierra o cremación.

REFERENCIAS:

1. La pandemia de COVID-19: Consideraciones éticas y médico-legales. FEMI, abril 2020. Accesible en: https://c6c493a3-18e5-4bd1-92b4-dc602742389c.filesusr.com/ugd/222cdb_a6ab0c8820d9480c9fbf0e857e35ced3.pdf

2. OMS/OPS: Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Washington, 16 de marzo 2020. Accesible el 10 de abril 2020 en: https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19.

ETHICAL AND MEDICAL-LEGAL ASPECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Oscar Cluzet and Guido Berro MD (Uruguay)

Two days after the declaration of a COVID-19 pandemic by the WHO, a health emergency was declared in Uruguay, after the detection of the first two cases in the national territory. The Bioethics Advisory Commission of the Interior Medical Federation, which the authors are members of, scheduled a Virtual Teleconference on the ethical and medical-legal aspects of the pandemic, the subject of a later publication and the basis for this presentation.

The general objectives are to establish the ethical and medical-legal guidelines that allow framing the actions of the healthcare teams in the National Health System (NHS), translated into practical guidelines for action.

Thus, on the ethical plane, among others, it is established that the SNS is a single Healthcare Unit in terms of the allocation of resources; the protection of health personnel must be a priority and systematic; Access to Palliative Care must be equitable and permanent and the provision of psychological support teams is established. The role of bioethical organizations is highlighted in decision-making recommendations which, after the situation of Assistance Disaster, must be guided by the principle of distributive justice.

In the medical-legal part, binding regulations are established, which emphasize both the guiding role of the Ministry of Health and the principles of action of the National Emergency System. Recommendations are established for the proper and safe handling of those killed by COVID-19, in order to prevent their contagion. The final destination of the deceased will be burial on the ground or cremation.

REFERENCES:

1. La pandemia de COVID-19: Consideraciones éticas y médico-legales. FEMI, abril 2020. Accesible el 10 de abril 2020 en: https://c6c493a3-18e5-4bd1-92b4-dc602742389c.filesusr.com/ugd/222cdb_a6ab0c-8820d9480c9fbf0e857e35ced3.pdf

1. OMS/OPS: Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Washington, 16 de marzo 2020. Accesible el 10 de abril 2020 en: https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19.

EMPODERAMIENTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: LOGRAR UN MODELO DE FUERZA LABORAL SOSTENIBLE PARA BRINDAR ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN UN SERVICIO PSIQUIÁTRICO DURANTE LA PANDEMIA

Dr. Hellen L. Millar (UK)

Introducción: Con Covid-19, las especialidades de los profesionales sanitarios, incluida la psiquiatría, han tenido que adaptarse a esta situación sin precedentes. La pandemia ha empoderado a los profesionales de la salud para que se movilicen y consideren nuevas formas de trabajar para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal y ha avanzado el uso de tecnología innovadora de formas que simplemente no estaban disponibles hace una década. [1]

Método: Este taller describe las adaptaciones prácticas de los profesionales de la salud para organizar rápidamente un modelo de atención "virtual" centrada en la persona con el fin de brindar un servicio psiquiátrico mientras se mantiene el bienestar físico y mental del personal. Se discutirán ejemplos de autoeducación/formación en línea, que han permitido al personal navegar por nuevas aplicaciones en línea y han acelerado el acceso y uso de registros electrónicos [2].

Resultados: Los profesionales de la salud mental se han enfrentado al desafío de Covid-19 avanzando el uso de la tecnología para comunicarse de forma remota y proporcionando un modelo híbrido de atención al paciente. El cribado, el distanciamiento social y el uso de EPP han minimizado la infección y maximizado la sostenibilidad de la fuerza laboral [3]. Los pacientes, las familias y los cuidadores han proporcionado comentarios informales positivos que sugieren que estos desarrollos ofrecen un enfoque aceptable y sostenible para la atención psiquiátrica.

Conclusiones: Covid-19 es el mayor desafío de salud pública del siglo XXI. Los profesionales de la salud ya han demostrado la capacidad de adaptarse rápidamente para proporcionar un modelo de atención innovador y flexible. Con las consecuencias a largo plazo de Covid-19 aún poco claras, nunca ha sido más importante garantizar la sostenibilidad de la fuerza laboral para brindar un enfoque centrado en la persona a algunas de las personas más vulnerables de nuestra sociedad.

Referencias

1. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, et al. Impactos tempranos de la pandemia COVID-19 en la atención de la salud mental y en las personas con afecciones de salud mental: síntesis del marco de experiencias y respuestas internacionales [publicado en línea antes de la impresión, 17 de agosto de 2020]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020; 1-12. doi: 10.1007 / s00127-020-01924-7
2. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 y telepsiquiatría: desarrollo de una guía basada en evidencia para médicos. JMIR Ment Health. 2020; 7 (8): e21108. Publicado el 28 de agosto de 2020. doi: 10.2196 / 211
3. Johnson S, Dalton-Locke C, Vera San Juan N, et al. Impacto en la atención de salud mental y en los usuarios de servicios de salud mental de la pandemia COVID-19: una encuesta de métodos mixtos del personal de atención de salud mental del Reino Unido [publicada en línea antes de la impresión, 28 de agosto de 2020]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020; 1-13. doi: 10.1007 / s00127-020-01927-4

HEALTHCARE PROFESSIONAL EMPOWERMENT: ACHIEVING A SUSTAINABLE WORK FORCE MODEL TO DELIVER PERSON-CENTERED CARE IN A PSYCHIATRIC SERVICE DURING THE PANDEMIC

Dr. Hellen L. Millar (UK)

Introduction: With Covid-19, healthcare professional specialties, including psychiatry have had to adapt to this unprecedented situation. The pandemic has empowered health care professionals to mobilise and consider new ways of working to ensure patient and staff safety and has advanced the use of innovative technology in ways that were simply not available a decade ago[1].

Method: This workshop outlines the practical adaptations by health care professionals to rapidly organise a "virtual" person-centered model of care in order to deliver a psychiatric service whilst maintaining staff mental and physical wellbeing. Examples of online self education/training will be discussed, which have enabled staff to navigate new online apps and has accelerated access and use of electronic records [2].

Results: Mental healthcare professionals have risen to the challenge of Covid 19 by advancing in the use of technology to communicate remotely and provide a hybrid model of patient care. Screening, social distancing and use of PPE have minimised infection and maximised workforce sustainability [3]. Patients, families and carers have provided positive informal feedback suggesting these developments offer an acceptable and sustainable approach to psychiatric care.

Conclusions: Covid-19 is the greatest public health challenge in the 21st century. Already health care professionals have demonstrated an ability to rapidly adapt to provide an innovative and flexible model of care. With the longer term consequences of Covid-19 yet unclear, it has never been more important to ensure workforce sustainability in order to provide a person-centered approach to some of the most vulnerable people in our society.

References:

1. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses [published online ahead of print, 2020 Aug 17]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;1-12. doi:10.1007/s00127-020-01924-7
2. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. JMIR Ment Health. 2020;7(8):e21108. Published 2020 Aug 28. doi:10.2196/211
3. Johnson S, Dalton-Locke C, Vera San Juan N, et al. Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic: a mixed methods survey of UK mental health care staff [published online ahead of print, 2020 Aug 28]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;1-13. doi:10.1007/s00127-020-01927-4

METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL GRUPO ASESOR CIENTÍFICO HONORARIO

Dr. Henry Cohen (Uruguay)

El autor, como Coordinador del Área de Salud del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) del Poder Ejecutivo (PE), edescribe en este trabajo las características y evolución de la Pandemia COVID-19 en Uruguay, la configuración del GACH y su relación comunicacional con los ciudadanos.

En la evolución de la Pandemia se caracterizan los principios involucrados en la determinación de la conducta ciudadana: Transparencia y Libertad con Responsabilidad, distanciamiento físico y estrategia TETRIS (Trazado, Testeado y Aislamiento)

Con relación al GACH se define su papel de órgano asesor del PE, con medio centenar de científicos actuando bajo los principios de Progresividad, Regulación, Monitoreo y Evidencia, con elaboración de recomendaciones de base científica sin intervención directa de su parte en la toma de decisiones, manteniéndose independiente del órgano político.

Se citan como ejemplos de otras contribuciones del sistema científico el desarrollo local y la manufactura de test PCR de excelente calidad, secuenciación de genomas virales y estudios en aguas residuales.
Por último, se analiza la comunicación con la ciudadana, bajo el principio de que, en las sociedades democráticas, la comunicación de las políticas públicas sanitarias es fundamental y la ciudadanía es libre de dudar. Esta situación ha obligado a la ciencia a comunicar de forma clara, directa, inequívoca y atractiva. Resulta primordial entonces la presencia de científicos independientes, sólidos y creíbles, dándose en el Uruguay un fenómeno de masificación de la ciencia, gracias a la buena comunicación de las políticas públicas en salud y la calidad de referentes sociales de sus científicos.

WORKING METHODOLOGY OF THE HONORARY SCIENTIFIC ADVISORY GROUP (HS-AG)

Dr. Henry Cohen (Uruguay)

The author, as Coordinator of the Health Area of the Honorary Scientific Advisory Group (GACH) of the Executive Power (PE) of the country, lists in this work the characteristics and evolution of the COVID-19 Pandemic in Uruguay, the configuration of the HS-AG and its communication relationship with citizens.
In the evolution of the Pandemic, the principles involved in the determination of citizen behavior are characterized: Transparency and Freedom with Responsibility, physical distancing and TETRIS strategy (Tracing, Testing and Isolation)

In relation to the GACH, its role as an advisory body of the EP is defined, with more than fifty scientists acting under the principles of Progressivity, Regulation, Monitoring and Evidence, with the elaboration of recommendations under scientific basis but independent of the political body and without direct intervention of its part in decision making.

Examples of contributions from the scientific system are the local development and manufacture of high-quality PCR tests, viral genome sequencing, and wastewater studies.
Finally, communication with citizens is analyzed, under the principle that, in democratic societies, communication of public health policies is essential, and citizens are free to doubt. This situation has forced science to communicate clearly, directly, unequivocally and attractively. The presence of independent, solid and credible scientists is therefore essential, and Uruguay is experiencing a phenomenon of massification of science, thanks to the good communication of public health policies and the quality of social referents of its scientists.

DIAGNÓSTICO CENTRADO EN LA PERSONA (THE PERSON-CENTERED INTEGRATIVE DIAGNOSIS (PID)

Ihsan M. Salloum (USA)

Abstract:

The Person-centered Integrative Diagnosis (PID) is an emerging model of conceptualizing the process and formulation of clinical diagnosis. It aims at implementing into regular clinical practice the principles and vision of Person-centered Medicine, which proposes the whole person in context, as the center and goal of clinical care and public health. The Person-centered Integrative Diagnosis entails a broader and deeper notion of diagnosis, beyond the restricted concept of nosological diagnoses. The PID multilevel schema intends to provide the informational basis for person-centered integration of health care. It involves a formulation of health status through interactive participation and engagement of clinicians, patients, and families using all relevant descriptive tools (categorization, dimensions, and narratives). The PID model is intended to be used in diverse settings across the world and to serve multiple needs in clinical care, education, research, and public health. References:

1. Salloum IM, Mezzich JE. Outlining the bases of person-centred integrative diagnosis. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011;17(2):354-356.
2. Salloum IM. A person-centered approach to diagnosis and care for Bipolar Disorder and Alcoholism. International Journal of Person Centered Medicine. 2014;3(3):198-204.
3. Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN, Cloninger CR, Salloum IM (eds): Person Centered Psychiatry. Springer Verlag, Heidelberg and New York, 2016

Iván Trostchansky (Uruguay)

Desde el inicio de la pandemia, la urgencia quirúrgica con todo su volumen y su repercusión asistencial debió continuarse considerando como prioridad.(1)

A mode de ejemplo los síntomas digestivos del SARS-CoV-2 rondan entre un 10-25%(2), lo que determina que tres circunstancias pueden influenciar la decisión terapéutica final: posibilidad de contagio del paciente y/o personal sanitario, existencia o no de infección por SARS-CoV2 e impacto en la estructura hospitalaria, especialmente en lo referente a la disponibilidad de camas en UCI.(3)
Objetivos: Valorar la existencia de un mayor porcentaje de complicaciones en la patología quirúrgica de urgencia en época de pandemia.
Metodología: Estudio retrospectivo que comparo dos poblaciones de pacientes operados de urgencia en el mismo intervalo de tiempo (meses) en los años 2019 y 2020 en el Hospital de Clinicas de Montevideo,Uruguay.

Resultados:
Grupo A: 118 pacientes, 43.2% (n=51) sexo femenino y 56.8% (n=67) masculino, edad promedio de 39 años.
Grupo B: 109 pacientes, 44.9% (n=49) sexo femenino y 56.8% (n=60) masculino, edad promedio de 39 años.

El grupo A mostro un total de 14.4% (n=17) casos con complicaciones evolutivas al momento de la consulta mientras que el grupo B un total de 32.1% (n=35)

Ambos grupos son comparables en lo que respecta a edades, sexo y patologías. El análisis de test de Chi cuadrado para complicaciones postoperatorias mostro una diferencia que fue estadísticamente significativa en el grupo B (p=0.0015).

Conclusiones: La situación de pandemia genera una presentación de patologías quirúrgicas de urgencia asociadas a mayor tasa de complicaciones evolutivas.

Palabras Clave: Pandemia, cirugía , complicaciones

Bibliografia:

1. Aranda-Narvaez J, Tallon-Aguilar L, Pareja-Ciur´o F, Martın-Martın G, Gonzalez-Sanchez A, Rey-Simo I, Tamayo-Medel G, Yanez-Benítez C, Costa-Navarro D, Monton-Cond´on S, Navarro-Soto S, Turegano-Fuentes F, Perez-Dıaz M, Ceballos-Esparragon J, Jover-Navalon J, Balibrea-Del Castillo J, Morales-Conde S. Atención de la Urgencia Quirúrgica durante la Pandemia COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española2020, doi: https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.04.031
2. Novel Coronavirus PneumoniaEmergency Response EpidemiologyTeam. Theepidemiologicalcharacteristics of anoutbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in Page 16 of 21 Journal Pre-proof China. Chin J Epidemiol 2020; 41(2): 145–151. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254- 6450.2020.02.003
3. Prachand V, Milner R, Angelos P, Posner MC, Fung JJ, Agrawal N, et al. Medically-Necessary, Time-SensitiveProcedures: A ScoringSystemtoEthically and EfficientlyManageResourceScarcity and ProviderRiskDuringthe COVID-19 Pandemic. J Am CollSurg. 2020. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011

INTRODUCTION TO THE ICPCM EDUCATIONAL PROGRAM ON PERSON CENTERED CARE

Dr. James Appleyard Ma (USA)

The International College of Person Centered Medicine's Educational program has been developed in collaboration with our colleagues from the Indian Medical Association. The purpose of the program is to spread understanding of the principles underlying person-centered medicine and to address strategies and procedures for person- centered care in terms of knowledge, skills, and attitudes [1]. The program emphasizes the centrality of the individual person in medical practice and the need for a person- and people-centered approach to health care [2]. To achieve this goal, medical professionalism within an interprofessional environment, which is based on values inherent in medical ethics and human rights forms the foundations of person-centered care. The skills and attitudes developed for the person-centered management of clinical problems and health promotion need to be renewed in everyday clinical practice for the promotion of well-being and the management of illness.

INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA EDUCATIVO DEL ICPCM SOBRE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA El programa educativo de la Facultad Internacional de Medicina Centrada en la Persona ha sido desarrollado en colaboración con nuestros colegas de la Asociación Médica De la India. El propósito del programa es difundir la comprensión de los principios subyacentes a la medicina centrada en la persona y abordar estrategias y procedimientos para la atención centrada en la persona en términos de conocimientos, habilidades y actitudes [1]. El programa hace hincapié en la centralidad de la persona individual en la práctica médica y la necesidad de un enfoque centrado en la persona y las personas para la atención de la salud [2]. Para lograr este objetivo, la profesionalidad médica dentro de un entorno interprofesional, que se basa en valores inherentes a la ética médica y los derechos humanos constituye los cimientos de la atención centrada en las personas. Las habilidades y actitudes desarrolladas para el manejo centrado en las personas de los problemas clínicos y la promoción de la salud deben renovarse en la práctica clínica cotidiana para la promoción del bienestar y el manejo de la enfermedad

Health systems have fragmented and depersonalized clinical care, subjecting it to heavy commercialization and bureaucratization, depending on the country. Increased specialization has given rise to narrower medical subspecialties. there is a major "scientistic" reduction in medical care, which tends to distance doctors from giving care rooted in genuinely human encounters and many doctors experience a loss of meaning in their work life. Such professional burnout, affecting the emotions, mentality, behavior, and sociability of doctors, has a proven negative impact on work teams and patient care. At the same time, the public health is being endangered by new infectious, environmental, and behavioral threats superimposed upon rapid demographic and epidemiological transitions. As health systems struggle to keep up with demand and are becoming more complex and costlier, additional stress is placed on health workers.

Los sistemas de salud han fragmentado y despersonalizado la atención clínica, sometiendo a una fuerte comercialización y burocratización, dependiendo del país. El aumento de la especialización ha dado lugar a subespecialidades médicas más estrechas. hay una gran reducción "científica" en la atención médica, que tiende a distanciar a los médicos de dar atención arraigada en encuentros genuinamente humanos y muchos médicos experimentan una pérdida de significado en su vida laboral. Este agotamiento profesional, que afecta las emociones, la mentalidad, el comportamiento y la sociabilidad de los médicos, tiene un impacto negativo demostrado en los equipos de trabajo y la atención al paciente. Al mismo tiempo, la salud pública está siendo amenazada por nuevas amenazas infecciosas, ambientales y conductuales superpuestas a las rápidas transiciones demográficas

y epidemiológicas. A medida que los sistemas de salud luchan por mantenerse al día con la demanda y se están volviendo más complejos y costosos, se pone más estrés a los trabajadores de la salud.

Person-centered medicine does not recognize an obligation to care for their "patient's" solely on their own terms – the clinician just being a provider of goods – but rather within the context of two people, the person as a patient and the physician as a person engage in a dialogical process of shared decision making focused on the patient as a person, and his or her best interests, in a caring atmosphere within a relationship of engagement, trust, and responsibility.

The two foundational components of medical practice, the science and the art of medicine, should be applied within an ethical and humanistic framework. There is therefore a need to move toward more personalized, integrated, and contextualized models of clinical practice with the active involvement of "patients" as persons, and with members of their families.

La medicina centrada en la persona no reconoce la obligación de cuidar a su "paciente" únicamente en sus propios términos - el médico sólo es un proveedor de bienes - sino más bien en el contexto de dos personas, la persona como paciente y el médico como persona participar en un proceso dialogado de toma de decisiones compartidas centrado en el paciente como persona, y sus mejores intereses , en un ambiente solidar dentro de una relación de compromiso, confianza y responsabilidad.

Los dos componentes fundamentales de la práctica médica, la ciencia y el arte de la medicina, deben aplicarse dentro de un marco ético y humanístico. Por lo tanto, es necesario avanzar hacia modelos de práctica clínica más personalizados, integrados y contextualizados con la participación activa de "pacientes" como personas y con los miembros de sus familias.

Current evidence-based medicine overemphasizes the value of scientific standardization, its compartmentalism of knowledge, fragmentation of services, and relative neglect of patients' personal concerns, needs, and values, while patient-centered medicine overemphasizes patient's choice. In contrast, person-centered medicine, with its biological, social, psychological, and spiritual model brings both science and art together. Person-centered medicine ensures that patients are known as persons in the context of their own social worlds, listened to, informed, respected, and involved in their care and having their wishes honored during their health care journey.

The structure of the ICPCM educational program on person-centered care involves three components. The first one corresponds to general concepts of person- centered medicine. The second component involves communication, interviewing, and comprehensive diagnosis. And the third component involves care planning and shared decision making in general and in health services organization.

La medicina actual basada en la evidencia enfatiza en exceso el valor de la estandarización científica, su compartimentismo del conocimiento, la fragmentación de los servicios y el descuido relativo de las preocupaciones personales, las necesidades y los valores de los pacientes, mientras que la medicina centrada en el paciente enfatiza demasiado la elección del paciente. Por el contrario, la medicina centrada en la persona, con su modelo biológico, social, psicológico y espiritual, une tanto la ciencia como el arte. La medicina centrada en la persona garantiza que los pacientes sean conocidos como personas en el contexto de sus propios mundos sociales, escuchados, informados, respetados e involucrados en su cuidado y que sus deseos sean honrados durante su viaje de atención médica.

La estructura del programa educativo del ICPCM sobre atención centrada en la persona implica tres componen-

tes. El primero corresponde a conceptos generales de medicina centrada en la persona. El segundo componente consiste en la comunicación, las entrevistas y el diagnóstico integral. Y el tercer componente consiste en la planificación de la atención y la toma de decisiones compartidas en general y en la organización de servicios de salud.

The programme is a living document and three further important components are planned related to Personality and genetics, culture and spirituality. We look forward to your involvement perhaps to prepare a programme particularly related to South America

El programa es un documento vivo y se planean otros tres componentes importantes relacionados con la personalidad y la genética, la cultura y la espiritualidad. Esperamos con interés su participación tal vez para preparar un programa particularmente relacionado con América del Sur

REFERENCES:

Appleyard J Mezzich J.E. (2018) ICPCM Education Programme on person centered care International Journal of Person centered Medicine 8(2) 1 - 8
Mezzich J E Snaedal J van Weel C Botbol M Salloum I (2011) Introduction to Person centred Medicine: from concepts to practice. Journal of the Evaluation in Clinical Practice 17 (2) 330-332

EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA: LA SALUD POSITIVA COMO OBJETO DE ESTUDIO

Javier E. Saavedra (Perú)

En las últimas décadas la epidemiología ha evolucionado desde el foco de atención en las enfermedades, hacia los determinantes sociales y a aspectos más dinámicos en torno a estas enfermedades i. Se plantea que a la par de considerar la importancia de los factores de riesgo conductuales y del contexto de la persona, esta perspectiva debe ampliar el concepto de salud a una aproximación más cercana a su concepción original que involucre la totalidad de la persona y donde el bienestar se convierta en centro de atención, tal como lo establece el 3er objetivo de Desarrollo Sostenible, Salud y Bienestar. Esto obliga a dirigir la atención al estudio no solo de las enfermedades, sino también de aspectos de salud positiva como calidad de vida, resiliencia o felicidad, utilizando las herramientas epidemiológicas en la búsqueda, no de factores de riesgo y protección, sino de factores promotores e inhibidores de la salud ii. En este sentido se ha planteado a la felicidad como una forma de medir el bienestar y progreso social y motivación de las políticas públicas iii, y por lo tanto, se propone que esta sea sujeta a un estudio riguroso sobre sus mecanismos y dinámica. A modo de ejemplo, se presenta los resultados de un estudio epidemiológico reciente realizado en la ciudad de Lima, Perú, que encuentra una asociación significativa entre felicidad, estado civil, nivel de instrucción, pobreza, lengua materna, analfabetismo y desocupación, así como algunos estilos de crianza y eventos adversos a temprana edad iv. Emerge la salud positiva como campo de estudio de una epidemiología centrada en la gente, en la que los valores y la búsqueda de bienestar de las personas son el centro de atención, y la que, asimismo, enriquecería el estudio de las propias enfermedades.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA PARA ADULTOS MAYORES

Jon Snaedal

El anciano. Cuando la gente envejece, las diferencias individuales aumentan. Los traumatismos y las enfermedades, así como los estilos de vida, marcan a la persona. Los adultos mayores sanos deben ser cuidados como los más jóvenes y se aplican los procesos clásicos de diagnóstico médico y terapéutico.

El anciano paciente. Sin embargo, este no es el caso del paciente geriátrico típico. Entre esos; las presentaciones de las enfermedades tienden a ser vagas o incluso inusuales; el paciente puede sufrir muchos trastornos al mismo tiempo dando lugar a tratamientos complicados y polifarmacia. Además de eso, el apoyo social de la familia tiende a debilitarse. Además, cuando se les pregunta, estos pacientes pueden tener otras expectativas de intervención sanitaria y de futuro que en los días más jóvenes.1)

El anciano paciente del hospital moderno. Hay varias amenazas de que un paciente anciano y frágil sea ingresado en un hospital. Los procesos de diagnóstico y terapéuticos tienden a ser específicos de órganos y muy técnicos. Existe la necesidad de tratar todas las dolencias, lo que puede conducir a una espiral descendente de efectos secundarios y al aumento de la hospitalización debido a la polifarmacia y diversas intervenciones mientras el paciente mismo no está siendo movilizado. La colocación en un hogar de ancianos puede ser la solución definitiva, que se puede prevenir si se utilizan soluciones geriátricas.

Soluciones. La Evaluación Geriátrica Integral (ACG) es el santo grial de la medicina geriátrica.2) Incluye tanto enfoques de diagnóstico como intervenciones terapéuticas. Es holístico y se basa en el trabajo en equipo profesional teniendo en cuenta las propias expectativas del paciente y su apoyo social. Se hace un plan muy pronto después de la admisión. Se sigue meticulosamente, pero se puede cambiar según la dirección de los trastornos. El CGA ha sido evaluado en comparación con los procesos clásicos y ha demostrado ser superior de manera sólida.3)

1. Grimley Evans, J. Medicina geriátrica; una breve historia. British Medical Journal 1997; 315: 1075-1077.
2. Isawy B. y Higgins K.E. La valoración geriátrica. Soy Fam Physician 2011; 83: 48. 3. Conroy, SP, Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D. y Shepperd, S. Evaluación geriátrica integral para adultos mayores admitidos en hospital. Cochrane 2017.

EL ROL PARADIGMÁTICO DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA EN RESPUESTA A LA PANDEMIA

Juan Mezzich (Perú)

Antecedentes

Las raíces históricas de la medicina centrada en la persona se pueden trazar al valor del cuidado social de la salud entre los Neandertales y a las nociones holísticas y personalizadas de la salud en las más antiguas civilizaciones orientales y occidentales. Esto fue incorporado por la Organización Mundial de la Salud (1946) en su definición de salud como completo bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad, acuñada por un propulsor del enfoque centrado en la persona.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 articuló la atención primaria como estrategia fundamental de salud basada en el cuidado integral por todos para todos [1]. Sus aspiraciones fueron ratificadas en la Declaración de Astana (2018) para lograr la cobertura y acceso universal a la salud. En línea con ello, los Objetivos de Desarrollo Sostenible proclamados por las Naciones Unidas en 2015 formularon el tercer Objetivo en términos de salud positiva y enfatizaron la interdependencia entre todos ellos en pos de bienestar general y justicia social.
Desde 2008 un movimiento programático global hacia una medicina centrada en la persona (MCP) bajo los auspicios de un colegio internacional (CIMCP) y en colaboración con instituciones como la Asociación Médica Mundial y la Organización Mundial de la Salud ha ido madurando conceptos y procedimientos a través de Conferencias de Ginebra y Congresos Internacionales celebrados anualmente en continentes diversos. Una de sus instancias regionales más activas es la Red Latinoamericana de MCP a través de Jornadas anuales desde 2015, progresivamente construyendo conceptualizaciones innovativas y evaluables hacia una medicina y salud centradas en la persona.
Objetivos

Delinear y fundamentar el rol paradigmático de la salud centrada en la persona y su pertinencia y potencial para responder a las exigencias y oportunidades relacionadas con la pandemia.

Método

Las aproximaciones para lidiar con estos objetivos han involucrado exámenes selectivos de la literatura, consultas internacionales y reflexión sobre los alcances e implicaciones de los postulados y propuestas elucidados.

Resultados

El rol paradigmático de la medicina y la salud centradas en la persona es delineado por las siguientes aproximaciones definicionales: 1. La persona contextualizada representa el centro conceptual de la salud y es el objetivo central de las acciones de salud; 2. La medicina centrada en la persona involucra una medicina de la persona (de la totalidad de su salud), para la persona (dirigida a promover su bienestar y florecimiento); por la persona (con personas como actores de las acciones de salud) y con la persona (colaborando respetuosa, formativa y empoderativamente con las personas que buscan cuidados de salud); y 3. La MCP es informada por la evidencia científica y por la experiencia y los valores de las personas involucradas.

La sustentación y despliegue estratégico del rol paradigmático de la medicina y la salud centradas en la persona

incluye los siguientes postulados y actividades elucidados a través de revisiones de la literatura, consultas internacionales, y reflexiones grupales [2]:

a. Compromiso ético (imperativo ético kantiano y derechos humanos proclamados),
b. Marco explicativo holístico biológico-psicológico-social-cultural-espiritual,
c. Foco relacional, comunicacional y colaborativo,
d. Programación personalizada de los cuidados de salud,
e. Consideración del individuo y de la comunidad como las dos caras fundamentales del enfoque centrado en las personas para la clínica y la salud pública,
f. Consideración de la persona, el desarrollo humano, y la responsabilidad social como fundamentales para la educación, la investigación científica y la promoción del bien común.

El rol paradigmático de la persona para responder efectivamente a las múltiples exigencias y a las significativas oportunidades presentadas por la pandemia del Covid19 es esbozado a continuación en relación con los principios y estrategias fundamentales de la MCP:

• El compromiso ético, primer principio de la MCP, es pertinente a los reclamos por respeto a la dignidad de los afectados, empoderamiento de los miembros de la comunidad para responder a exigencias sanitarias, y promoción de la equidad y justicia social planteados por la pandemia.
• El marco holístico de la MCP es propicio para el entendimiento de la compleja realidad de la pandemia en cuanto a su ecología y biología, asociada multi-morbilidad, y extenso impacto psicológico y social.
• El foco relacional, comunicacional y colaborativo de la MCP es relevante para las necesidades de cuidado mutuo entre todas las personas, atención clínica inter-disciplinaria, solidaridad general y cooperación global requeridas para enfrentar la pandemia.
• Los cuidados de salud centrados en la persona y la comunidad como principio de la MCP facilitan el lidiar con la pandemia con una efectiva atención primaria de salud que asegure consideración a la unicidad de cada persona, así como a la comunidad en la cual tal persona se realiza.
• La educación y la investigación científica como principios de la MCP son pertinentes para enfrentar la pandemia de una manera que asegure tanto la competencia técnica como el desarrollo humano de todas las personas involucradas y el empleo de una investigación científica atenta a las necesidades biopsicosociales de las personas en comunidad.

Discusión

La relación esbozada arriba entre los principios de la MCP y las exigencias de la pandemia involucran varias oportunidades para avances conceptuales e instrumentales creativos en la MCP y su validez para responder más potentemente a la pandemia. Entre tales oportunidades están las siguientes:

• La conceptualización de la contextualización de la persona tanto en sentido transversal como longitudinal. El primero involucrando ilustrativamente un equilibrio armónico entre el mundo interior, el social y el natural como postula la cosmovisión andina respecto a la salud de los seres humanos. El segundo, longitudinal, extendiéndose de la historia personal al crucial proyecto vital de cada quien.

• La extensión del marco holístico explicativo partiendo del convencional bio-psico-socio-cultural-espiritual a uno que incorpore una dimensión ecológica para así entender más cabalmente la salud humana, controlar el cambio climático como imperativo de la época y respetar a la madre tierra como la presente pandemia y las que se avizoran están reclamando.

• Replantear los sistemas y acciones de salud en el sentido de cuidado integral centrado en las personas, incorporando en las constituciones nacionales la promoción del bienestar de los ciudadanos como objetivo principal, acompañados de iniciativas y políticas que impulsen mayor equidad y bien común, integraciones regionales, solidaridad general y cooperación global [3, 4].

Conclusiones

Consideraciones éticas, epistemológicas y de desarrollo sostenible relievan el valor fundamental de la persona para orientar y efectivizar las acciones y sistemas de salud, e incluso aquellas relacionadas con otras actividades y sectores cardinales como la educación, la economía, el planeamiento y el gobierno social. La amplitud y el dinamismo del concepto mismo de persona se están enriqueciendo en Latinoamérica. En efecto, el delineamiento de la salud en la cosmovisión andina como equilibrio armónico entre el mundo interior, el social y el natural, encuentra coincidencia conceptual en propuestas recientes que incorporan una dimensión ecológica a la formulación convencional bio-psico-social.

Otra perspectiva latinoamericana de alto valor estratégico sobre salud es la que la entiende como derecho humano fundamental y como deber humano fundamental, formulaciones complementarias consistentes con el principio ético de respeto a la autonomía de la persona y con una atención primaria de salud entendida en Alma Ata como cuidado integral de salud por todos para todos [1]. En un siguiente paso conceptual, el tema principal del evento de MCP Montevideo 2020, busca articular el cuidado integral de salud como centrado en las personas.

Sobre esta base, se sustentan promisoramente respuestas centradas en las personas a los múltiples retos impuestos por la crisis pandémica, tal como construir un futuro que sea plenamente consciente de nuestro ancho mundo y promueva el desarrollo humano y el bienestar general. Como anotara recientemente Freedland [5], el virus ha iluminado inequidades y privaciones, recordándonos al mismo tiempo el poder y la hermosura de la naturaleza y la humanidad, y ha expuesto descarnadamente nuestra mayor debilidad y más entrañable fortaleza, la necesidad del uno por el otro.

Tales horizontes habrán de ser aún más realizables en regiones como la latinoamericana, donde superando traumas y limitaciones se activen cosmovisiones integradoras y armoniosas sobre la salud, que se logren implementar con la energía vital de su rica pluralidad cultural.

Referencias

1. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 30:283-287, 2013.
2. Mezzich JE, Kirisci L, Salloum IM, Trivedi JK, Kar SK, Adams N, Wallcraft J: Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-centered Care Index. International Journal of Person Centered Medicine, 6: 219-247, 2016.
3. Cash R, Patel V: Has COVID-19 subverted global health? The Lancet 395: 1687-1688, 2020.
4. Horton R: After COVID-19: Is an alternate society possible? The Lancet 395: 1682, 2020.
5. Freedland J: The magnifying glass: How Covid revealed the truth about our world. The Guardian 11 December 2020.

THE PARADIGMATIC ROLE OF PERSON-CENTERED HEALTH IN RESPONSE TO THE PANDEMIC

Juan Mezzich (Perú)

Background

The historical roots of person-centered medicine can be traced to the value of social health care among Neanderthals and to the holistic and personalized notions of health in the earliest Eastern and Western civilizations. This was incorporated by the World Health Organization (1946) into its definition of health as complete wellness and not merely the absence of disease, cradled by a proponent of the person-centered approach.

The Declaration of Alma-Ata of 1978 articulated primary care as a fundamental health strategy based on comprehensive care by all for all [1]. Their aspirations were ratified in the Astana Declaration (2018) to achieve universal access and coverage to health. In line with this, the Sustainable Development Goals proclaimed by the United Nations in 2015 formulated the third Goal in terms of positive health and emphasized the interdependence between all of them in pursuit of general well-being and social justice.

Since 2008, a global programmatic movement towards person-centered medicine (PCM) under the auspices of an international college (ICPCM) and in collaboration with institutions such as the World Medical Association and the World Health Organization has matured concepts and procedures through through Geneva Conferences and International Congresses held annually in different continents. One of its most active regional instances is the Latin American PCM Network through annual conferences since 2015, progressively building innovative and evaluable conceptualizations towards people-centered medicine and health.

Objectives

Delineate and substantiate the paradigmatic role of person-centered health and its relevance and potential to respond to the demands and opportunities related to the pandemic.

Method

Approaches to dealing with these objectives have involved selective examinations of the literature, international consultations, and reflection on the scope and implications of the elucidated postulates and proposals.

Results

The paradigmatic role of person-centered medicine and health is delineated by the following definitional approaches: 1. The contextualized person represents the conceptual center of health and is the central objective of health actions; 2. Person-centered medicine involves a medicine of the person (of their entire health), for the person (aimed at promoting their well-being and flourishing); by the person (with people as actors of health actions) and with the person (collaborating respectfully, formatively and empoweringly with people seeking health care); and 3. The PCM is informed by scientific evidence and by the experience and values of the people involved.

The strategic support and deployment of the paradigmatic role of person-centered medicine and health includes

the following postulates and activities elucidated through literature reviews, international consultations, and group reflections [2]:

a. Ethical commitment (Kantian ethical imperative and proclaimed human rights),
b. Holistic explanatory framework biological-psychological-social-cultural-spiritual,
c. Relational, communicational and collaborative focus,
d. Personalized health care programming,
e. Consideration of the individual and the community as the two fundamental faces of the people-centered approach to clinic and public health,
f. Consideration of the person, human development, and social responsibility as fundamental for education, scientific research and the promotion of the common good.

The paradigmatic role of the person in responding effectively to the multiple demands and significant opportunities presented by the Covid19 pandemic is outlined below in relation to the fundamental principles and strategies of the PCM:

• The ethical commitment, the first principle of the PCM, is relevant to the claims for respect for the dignity of those affected, empowerment of community members to respond to health demands, and promotion of equity and social justice raised by the pandemic .
• The holistic framework of the PCM is conducive to understanding the complex reality of the pandemic in terms of its ecology and biology, associated multi-morbidity, and extensive psychological and social impact.
• The relational, communicational and collaborative focus of the PCM is relevant to the needs of mutual care among all people, inter-disciplinary clinical care, general solidarity and global cooperation required to face the pandemic.
• Health care centered on the person and the community as a principle of PCM facilitates dealing with the pandemic with an effective primary health care that ensures consideration of the uniqueness of each person, as well as the community in which such person develops.
• Education and scientific research as principles of PCM are relevant to face the pandemic in a way that ensures both the technical competence and human development of all the people involved and the use of scientific research attentive to the biopsychosocial needs of the people in community.

Discussion

The relationship outlined above between the principles of PCM and the demands of the pandemic involve several opportunities for creative conceptual and instrumental advancements in PCM and its validity to respond more powerfully to the pandemic. Such opportunities include the following:

• The conceptualization of the contextualization of the person both in a transversal and longitudinal sense. The first illustratively involving a harmonious balance between the inner world, the social and the natural as postulated by the Andean worldview regarding the health of human beings. The second, longitudinal, extending from personal history to the crucial life project of each person.
• The extension of the holistic explanatory framework starting from the conventional bio-psycho-socio-cultural-spiritual to one that incorporates an ecological dimension in order to understand more fully human health, control climate change as an imperative of the time and respect mother earth as the present pandemic and those that are looming are claiming.
• Rethink health systems and actions in the sense of comprehensive care centered on people, incorporating into national constitutions the promotion of the well-being of citizens as the main objective, accompanied by initia-

tives and policies that promote greater equity and the common good, regional integrations, general solidarity and global cooperation [3, 4].

Conclusions

Ethical, epistemological and sustainable development considerations highlight the fundamental value of the person to guide and make effective health systems and actions, and even those related to other activities and cardinal sectors such as education, the economy, planning and social government. The breadth and dynamism of the very concept of person are being enriched in Latin America. Indeed, the delineation of health in the Andean worldview as a harmonious balance between the inner world, the social and the natural, finds conceptual coincidence in recent proposals that incorporate an ecological dimension to the conventional bio-psycho-social formulation.

Another Latin American perspective of high strategic value on health is the one that understands it as a fundamental human right and as a fundamental human duty, complementary formulations consistent with the ethical principle of respect for the autonomy of the person and with primary health care understood in Alma Ata. as comprehensive health care by all and for all [1]. In a next conceptual step, the main theme of the PCM Montevideo 2020 event, seeks to articulate comprehensive health care as persons-centered.

On this foundation, people-centered responses to the multiple challenges posed by the pandemic crisis are promisingly underpinned, such as building a future that is fully aware of our wider world and promotes human development and general well-being. As Freedland [5] recently noted, the virus has illuminated inequities and deprivations, reminding us at the same time of the power and beauty of nature and humanity, and starkly exposed our greatest weakness and most endearing strength, the need for one for the better. other.

Such horizons will have to be even more achievable in regions such as Latin America, where, overcoming traumas and limitations, integrative and harmonious worldviews on health are activated, which can be implemented with the vital energy of their rich cultural diversity.

References

1. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 30:283-287, 2013.
2. Mezzich JE, Kirisci L, Salloum IM, Trivedi JK, Kar SK, Adams N, Wallcraft J: Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-centered Care Index. International Journal of Person Centered Medicine, 6: 219-247, 2016.
3. Cash R, Patel V: ¿Has COVID-19 subverted global health? The Lancet 395: 1687-1688, 2020.
4. Horton R: After COVID-19: Is an alternate society possible? The Lancet 395: 1682, 2020.
5. Freedland J: The magnifying glass: How Covid revealed the truth about our world. The Guardian 11 December 2020.

|RESUMEN DE PONENCIA SOBRE EMPODERAMIENTO DE FAMILIARES Y MIEMBROS DE LA COMUNIDAD

Prof. Magister Luis Barrios (Uruguay)

Un concepto de "Empoderamiento" (1) adecuado al tiempo de pandemia en Uruguay y a la perspectiva post pandemia está sobredeterminado por la ausencia efectiva del Estado y sus políticas públicas. Esta situación de "Estado ausente o insuficiente" (2) no es nueva ni homogénea en nuestro país pero en presencia de una situación de emergencia social como la creada actualmente por la pandemia ha producido respuestas sociales de empoderamiento que cobran una visibilidad dramática.

La precariedad laboral, los asentamientos irregulares, el déficit de saneamiento, de seguridad, de transporte y de recursos formales de salud, han expuesto la frágil condición de supervivencia de un sector de población que podemos estimar en por lo menos 100 000 personas mayormente residentes en el área metropolitana de Montevideo y departamentos circundantes.

No obstante, esta emergencia ha encontrado como contraparte "resiliente" (3) la solidaridad de personas y organizaciones sociales comunitarias que rápidamente han generado redes de contención de la insuficiencia alimentaria y la precariedad laboral que tienen historia no siempre conocida en nuestro país. Sin embargo estos recursos de empoderamiento social transitorio y otros a los que me referiré tangencialmente también tienen su límite.

En esta escueta presentación intento bosquejar lo principal de la respuesta social que en estos días de progresión inesperada de contagios amenaza con desbordar el buen sistema de salud del Estado.

Cuando ya transcurren casi nueve meses de esfuerzo social sostenido y en la medida en que el virus afecta cada vez más a muchos de los que operan voluntariamente las redes de contención, la efectividad de las mismas declina y el Estado no parece encontrar respuestas capaces de prevenir la fatiga que invade gradualmente a familias, comunidades y profesionales que sostienen las ollas populares, los merenderos, los cuidados domiciliarios, los círculos de autoayuda y tantas otras formas de contención social.

REFERENCIAS:

1. Gudynas, Eduardo. "Un Estado ausente". En Blog de Eduardo Gudynas. 2013
2. World Health Organization. Community Empowernment. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes (varios autores citados)
"Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria" En: "Resiliencia", cap.3. Aldo Melillo y Suárez Ojeda (compiladores). Paidós. Buenos Aires, 2003.

PROYECTO DE VIDA Y LA PANDEMIA COVID.19

Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Perú)

Toda persona que tiene una clara visión de vida plasmada en su proyecto de vida, que le permitirá desarrollarse como persona íntegra con valores le llevará a tomar decisiones éticas para solucionar conflictos morales durante la pandemia, las mismas que serán racionales y no emocionales, circunscritas en el ámbito de lo social y de la justicia distributiva con la finalidad de salvar el mayor número de vidas.

Por tanto, la responsabilidad ética, debe conducir a tomar decisiones enmarcadas en el contexto del proyecto de vida de los responsables de tomarlas evaluando la vulnerabilidad y dignidad humana, la solidaridad con los más desamparados, los niveles de polución atmosférica, 1 teniendo presente las evidencias científicas de las pruebas diagnósticas, no propiciando aglomeraciones, planificando el suministro de insumos y recursos indispensables para el tratamiento, evaluando la importancia del primer nivel de atención, la dimensión de la informalidad, de la pobreza, del saneamiento básico, evitando ideologizar las decisiones, considerando la situación de vulnerabilidad de la población por su situación económica, social y cultural, sin excluir a las poblaciones más vulnerables de los servicios de salud, evitando discriminación e injusticia. 2, 3 Así mismo, no conculcar los derechos individuales con la cuarentena impuesta, la prohibición al libre tránsito y evitando militarizar el control de la epidemia, sin medir las consecuencias en la economía y en la salud física, mental y psicológica de las personas. 4

REFERENCIAS:

1. La Rosa E. La responsabilidad social en salud. Fondo de Cultura Económica. 2020.
2. Álvarez-Díaz J. Neuroética del trasplante de cuerpo. Rev Neurol 2018; 67 (12): 505-512. Recuperado desde https://www.neurologia.com/articulo/2018274
3.Volne i Garrafa, Jorge Cordón. Determinantes sociais da doença. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009
4. Sanches MA, Mannes M, Cunha TR. Vulnerabilidad moral: lectura de las exclusiones en el contexto de la bioética. Rev. bioét. (Impr.). 2018; 26 (1):39-46. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261224

SOCIAL JUSTICE, HEALTH EQUITY AND COVID-19

Dr. Michael Marmot

Taking action to reduce health inequalities is a matter of social justice. In developing strategies for tackling health inequalities we need to confront the social gradient in health not just the difference between the worst off and everybody else. There is clear evidence when we look across countries that national policies make a difference and that much can be done in cities, towns and local areas. But policies and interventions must not be confined to the health care system; they need to address the conditions in which people are born, grow, live, work and age. The evidence shows that economic circumstances are important but are not the only drivers of health inequalities. Tackling the health gap will take action, based on sound evidence, across the whole of society. The pandemic has exposed and amplified underlying inequalities in society that lead to inequalities in health.

COMUNICACIÓN Y EMPATÍA EN LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Pr. Michel Botbol

Construir una planta común entre el paciente y el profesional es uno de las metas esenciales de la medicina centrada en la persona. La comunicación es la herramienta principal para construir esta planta común. Sin embargo, esta bien documentada la idea que los efectos de la comunicación van mucho mas allá del intercambio cognitivo y afectivo. En relaciones altamente emocionales como es la relación entre un sufriendo paciente y el profesional de salud se desarrolla un intenso sentimiento de comprensión y de compartir que permite al profesional una valoración holística de la persona del paciente incluyendo sus dimensiones subjetivas.

Después de una breve evocación de estas bases conceptuales, esta presentación explorará más el proceso empático involucrado en este proceso de acceso a la subjetividad del paciente

ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

Dra. Olga Marega (Uruguay)

Las personas desarrollan una personalidad sexuada única e irrepetible con significados propios sobre la sexualidad, con necesidades diversas e individuales. El cuidado de su salud sexual se sustenta en el respeto de los derechos sexuales universales que protegen en toda su dimensión, la dignidad humana. (3)
En el marco de la ley de Identidad de género de Argentina (4) se hicieron las siguientes recomendaciones para la atención de las personas transgénero, en tiempos de pandemia (2):

• Respeto por medidas sociales y de salud pública (PHSM) para limitar la transmisión y reducir morbi-mortalidad por Covid 19 (1)
• Brindar trato digno y respetuoso a todas las personas trans.
• Promover aislamiento y restringir asistencia al sistema de salud.
• Respetar genero y nombre elegido.
• En caso de asistencia por COVID 19:
- Internación en sala correspondiente con su identidad de género.
- Evitar compresiones mamarias.
- Evitar inyecciones donde hay material siliconado.
• En caso de personas en tratamiento de hormonización
- Evitar asistencia presencial haciendo consultas online o telefónicas
- Realizar prescripciones online
- Entregar medicamentos para varios meses y en espacios alternativos.
• Personas con Inmunodeficiencia adquirida
- Extremar precauciones,
- Facilitar consultas y prescripciones por medios electrónicos
• Personas privadas de libertad, o presenten problemas de salud mental, tienen líneas telefónicas de asistencia.
• Infancias, adolescencias o personas gestantes se ofrecen "Recomendaciones para el primer nivel de atención de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes".
• Vacunación antigripal.
• Consultas sobre Salud Sexual, Anticoncepción, o Interrupción legal del embarazo, hay líneas telefónicas gratuitas de atención.

BIBLIOGRAFÍA:

1-. WHO. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 / Interim guidance - 4 November 2020
2-. Ministerio de Salud Argentina. COVID 19. Recomendaciones para garantizar el acceso a la salud de las personas trans, travestis, y no binarias en el contexto de la pandemia. Argentina. 06 de Abril 2020
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid19-recomendaciones-paragarantizar-acceso-a-la-salud-personas-trans-travestis-y-no-binarias.pdf
3- Dra Capandegui Claudia. Dra Amelia del Sueldo. Dra Olga Marega. Atención integral para personas lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales. Premio otorgado por FLLASES. Editorial Ascune. Septiembre 2018. Argentina.
4. Ministerio de Salud Argentina. Ley Identidad de género.26743. Septiembre 2014.
http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf

PERSON-CENTERED MEDICINE: SHARED DECISION MAKING

Paul Glare MD

Evidence based medicine (EBM) is necessary but not sufficient for practicing person-centered medicine. There is often more than one evidence-based treatment for a diagnosis. And there is often little difference between the treatments in terms of their effect size. Everyday examples include diuretics vs beta blockers for hypertension; surgery vs radiotherapy for prostate cancer; psychotherapy vs. antidepressants for depression. The best option for the individual patient depends on their goals, priorities and expectations for care. Choosing the best treatment is different to obtaining informed consent. It is about the clinical interaction that precedes consent, when the physician and patient collaborating to select the best treatment from among the options. This has been called "preference-based medicine", as opposed to EBM.1 Communication techniques may help physicians engage in shared decision making (SDM) with their patients, e.g. 'Choices-Options-Decision Talk' (CODT).2 But even with the aid of communication tools like CODT, SDM can still be challenging. For example, in patients with chronic disease, many evidence-based recommendations that physicians make are disliked by the patient, (e.g. lose weight; quit smoking; no antibiotics; no surgery). My research focuses on opioid discontinuation in patients with chronic pain. We have found that patients react negatively to being told their opioids will be reduced, but they have a more positive attitude when its framed as changing to a more effective treatment.3 Even when patients embrace a disliked new treatment, they need a lot of support to maintain adherence to it.

REFERENCES:

1. Quill TE, Holloway RG. Evidence, preferences, recommendations--finding the right balance in patient care. N Engl J Med 2012;366:1653-5.
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.
3. Ashton-James CE, Chemke-Dreyfus A, Costa D, Glare P. Time for change: an experimental investigation of chronic pain patients' emotional and attitudinal responses to simulated opioid-tapering advice. Pain 2019;160:1586-93.

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL

Dr. Ricardo Bernardi

La atención en Salud Mental durante la pandemia de Covid-19 reafirma la necesidad de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) (1), del Humanismo médico y de un enfoque integral bio-psico-social. La MCP no sólo vale para la atención del paciente individual, sino también para el diseño de Servicios de Salud Centrados en las Personas (2).

Se exponen tres aspectos que destacan la vigencia de la MCP. En Uruguay, (3) la lucha contra la pandemia privilegió la "libertad responsable" de cada persona para cuidarse a sí mismo y a los demás. Los resultados fueron muy positivos durante los primeros 8 meses, aunque en el momento actual existe preocupación ante el aumento de casos y la probable disminución de los cuidados. Debe destacarse que la "libertad responsable" tiene el mismo fundamento que el empoderamiento del paciente al que aspira la MCP. En segundo lugar, la validez del enfoque bio-psico-social se confirma en la necesidad de atender no sólo la infección viral, sino también las repercusiones a nivel socio-económico, la afectación de los sistemas de cuidados y los efectos sobre la salud mental. Por último, la pandemia llevó a crear una línea telefónica oficial de apoyo psicológico. Las llamadas recibidas no estuvieron referidas sólo al Covid-19 sino a problemas personales de múltiple origen, mostrando la necesidad de que el sistema de atención en SM incluya en forma permanente la atención en crisis. Esta atención necesita ser personalizada, monitorizada y evaluada, de modo de garantizar que sean consideradas las necesidades y metas de cada persona.

COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL (IPC) EN UNA PANDEMIA

Dr. Tesfamicael Ghebrhiwet

- Definir elementos clave de la colaboración interprofesional (CIP)
- Identificar las principales barreras a la IPC
- Discutir los resultados deseados de IPC

Una pandemia mundial de COVID-19 representa una seria amenaza para la salud pública mundial. Al mismo tiempo, desafía a los sistemas de salud a encontrar enfoques mejores y más inteligentes de prestación de atención. Uno de ellos es i nterprofessional colaboración (IPC) . En este enfoque, varios trabajadores de la salud con diferentes conocimientos y habilidades brindan atención centrada en la persona trabajando con los pacientes y sus familias, ya que es imposible que un solo grupo de profesionales de la salud proporcione un continuo de atención centrada en la persona dentro del complejo entorno de un COVID. -19 pandemia . Esto significa que los diferentes profesionales de la salud unirán su experiencia para proporcionar una persona centrada en el trabajo en la práctica colaborativa . Para una colaboración eficaz, los diferentes profesionales de la salud deben abordar las barreras clave. La colaboración interprofesional en caso de pandemia se logra en gran medida a través de la educación interprofesional (EIP) durante ciertos períodos de su formación. Los beneficios clave de interprofess ional colaboración incluyen la reducción de los errores médicos; mejores resultados para los pacientes y mejor seguridad y satisfacción del paciente .

REFERENCIAS:

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010a). http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2010b). Marco de acción sobre educación interprofesional y práctica colaborativa. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Instituto de Medicina (1999). Instituto de Medicina. Errar es humano: construir un sistema de salud más seguro . Washington, DC: Prensa de la Academia Nacional
- Ghebrehiwet T. Educación interprofesional para la práctica colaborativa en el cuidado de la salud. Revista Internacional de Medicina Centrada en la Persona , l: 74-77, 2015

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD: FACTORES CONTRIBUTORIOS, EXPERIENCIAS Y VALORES

Dra. Vilma Paz (Perú)

La Psiquiatría Centrada en la Persona tiene un rol importante en la Medicina Centrada en la Persona (MCP)i. El consultante es evaluado de forma dinámica, integral y centrada en él, incluye diversos aspectos de su salud mental positiva y de su mala salud «ill health»; en el que participan, el clínico, el paciente y la familia de este último. Todos, en una especie de «triàlogo» constante, desarrollan descripciones de las categorías nosológicas, de las dimensiones de la salud y los recursos narrativos para explicar la situación de salud de ese consultante en particular y los afrontes de tratamiento recomendados.

Se estudian los factores que han influido en su salud, tanto los factores protectores/promotores de su saludii, como los factores de riesgo para enfermar2 .

La pandemia por el Coronavirus ha afectado a las personas de manera diversa, según hayan o no sufrido de trastornos mentales previamente, de las experiencias de cada uno frente al virus y, al efecto del acatamiento de las medidas de protección y de aislamiento social recomendadasiii. En el mediano y largo plazo podremos aquilatar sus consecuencias sobre la salud integral de las personas.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL
I. ESTADO DE SALUD

Ybeth Luna Solis

La Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP-VR), propone un modelo diagnóstico centrado en la persona, con un enfoque humanista. Es un aporte de Latinoamérica para la nosología de mundial pero principalmente a la región. (1)

El modelo de la GLADP-VR contiene un esquema matricial de diagnóstico centrado en la persona en la que ubica un diagnóstico de la salud que contiene tres niveles: Estado de Salud, Factores Influyentes sobre la Salud y Experiencias y Expectativas sobre la Salud (2).

El Estado de la Salud está compuesto por los Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados basándose en los criterios diagnósticos del CIE-10, incorporando, además, los problemas de salud que se encuentren relacionados, el Funcionamiento de la Persona y Grado de Bienestar. Sobre el Funcionamiento de la Persona, se mide a través de una escala del 0 al 10; mientras que, el Grado de Bienestar, componente que hace muy sensible a la Formulación Diagnóstica y va acorde a nuestros tiempos, es evaluada entre 0 a 10 puntos e indica el nivel percibido por la persona, de pésimo a excelente (1).

Intervenir de manera integral con un enfoque novedoso que respeta e incorpora la diversidad cultural, contribuirá a una experiencia grata para la persona que requiere de la atención, una base para continuar con el desarrollo de la nosología Latinoamericana y aporte al conocimiento de un mundo globalizado (3)

Se presentará un caso clínico aplicativo.

REFERENCIAS:

Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. (2012). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico-Versión Revisada. Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina.

Salloum IM, Mezzich JE. Person-centered diagnosis. International Journal of Integrated Care. 2010; 10: 75-78.

Saavedra JE, Otero A, Brítez J, Velásquez E, Salloum I, Zeballos S et al. Evaluation of the Applicability and Usefulness of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis, Revised Version, in Comparison with other International Systems among Latin American Psychiatrists. The International Journal of Person Centerd Medicine. 2017; 7 (4): 216-224.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma- Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, De todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente

Declaración:

I - La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, ademásdel de la salud.

II - La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III - El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV - El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V - Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

|VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte i n t e g r a n t e tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII - La atención primaria de salud: 1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas

y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública; 2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; 3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; 4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; 5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar; 6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados; 7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII - Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX - Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X - Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a

las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud
Declaración de Astana sobre Atención Primaria de Salud
Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible
Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018

Nosotros, los participantes de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, reconocemos la contribución de la salud a décadas de desarrollo social y económico mundial y afirmamos nuestro compromiso con la atención primaria de salud (APS) en pos de la salud y el bienestar para todos, sin dejar uno detrás. Nosotros imaginamos:

Sociedades y entornos que priorizan y protegen la salud de las personas;
Cuidado de salud disponible y asequible para todos, en todas partes;
Cuidado de la salud de buena calidad que trata a las personas con respeto y dignidad;
Las personas participan en su propia salud.

Alcanzar el nivel más alto posible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Hace cuarenta años, en 1978, los líderes mundiales asumieron el compromiso histórico de lograr la salud para todos a través de la APS en la Declaración de Alma-Ata. En 2015, los líderes firmaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que renovaron el compromiso con la salud y el bienestar para todos basados en la cobertura universal de salud (UHC). UHC significa que
todas las personas, incluidas las personas marginadas o vulnerables, deben tener acceso a servicios de salud de calidad que pongan sus necesidades en el centro, sin dificultades financieras. La APS es el enfoque más efectivo, eficiente y equitativo para mejorar la salud, lo que la convierte en una base necesaria para lograr la CUS.

Para abordar los desafíos de salud y desarrollo de la era moderna, necesitamos la APS que:
(1) empodera a las personas y las comunidades como dueños de su salud, como defensores de las políticas
(2) que la promueven y protegen, y como arquitectos de los servicios de salud y sociales que contribuyen a ella;
(3) aborda los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud a través de políticas y acciones basadas en la evidencia en todos los sectores; y
(4) garantiza una salud pública sólida y atención primaria a lo largo de la vida de las personas, como núcleo de la prestación de servicios integrados.

Al menos el 80% de las necesidades de salud se pueden abordar a través de esta visión de la APS y la UHC. Sin embargo, las sociedades no gravitan automáticamente hacia la equidad en salud y salud. Para tener éxito, debemos tomar medidas deliberadas para reforzar los tres componentes de la APS, enfatizando una mayor equidad, calidad y eficiencia.

Tenemos más probabilidades de tener éxito que nunca. Nuestro éxito será impulsado por:
Voluntad política: contamos con más socios y más partes interesadas, tanto públicas como privadas, que trabajan en pos de objetivos comunes en los ODS y en particular para garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos a todas las edades. Con más recursos humanos y financieros dedicados a la salud que nunca y un compromiso mundial renovado con la APS y la UHC, el objetivo de la salud para todos está finalmente al alcance.

Conocimiento: sabemos lo que funciona y lo que no funciona. Décadas de investigación en sistemas de salud han generado un conocimiento sólido de cómo abordar los determinantes de la salud, reducir las desigualdades, prevenir y tratar enfermedades y promover la salud para todas las personas. Estamos mejor equipados para me-

jorar los sistemas de salud, garantizar que las personas reciban la atención adecuada en el momento adecuado y en el lugar correcto, y para adaptarse a las condiciones cambiantes.

Tecnología: medicinas, diagnósticos y otras tecnologías más eficaces y asequibles están ampliando la gama de servicios de salud disponibles y asequibles, que deberían incluirse en la atención primaria. Las innovaciones en tecnología pueden mejorar el acceso a la atención médica, especialmente para las personas vulnerables y marginadas. Las tecnologías digitales, en particular, se pueden aprovechar para mejorar la alfabetización en salud, permitiendo que las personas y las comunidades tomen el control de su propia salud.

Los avances en los sistemas de información ofrecen nuevas vías para la transparencia y la rendición de cuentas. Gente: estamos más informados, más conectados y tenemos mayores expectativas. Las personas también tienen más voz en el gobierno, la planificación y la prestación de servicios de salud a través de elecciones generales y asambleas de salud. La alfabetización en materia de salud de la población está aumentando, impulsando a más personas a movilizarse y hacer valer su derecho a la salud y a la atención de la salud, creando responsabilidad social tanto del sector público como del privado. Los jóvenes, en particular, están elevando su perfil, utilizando nuevos medios para hacer valer sus derechos y expresar sus necesidades. Su contribución para lograr la APS será esencial.

Reflexionando sobre los últimos 40 años, reconocemos un progreso notable en los resultados de salud y nos alientan las nuevas oportunidades que nos impulsan hacia la meta de la salud y el bienestar para todos. Al mismo tiempo, reconocemos que mantenerse saludable en el mundo de hoy es un desafío. Los estilos de vida y ambientes insalubres han provocado que las enfermedades crónicas se conviertan en las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte. La violencia, las epidemias, los desastres ambientales y la desesperación han impulsado a las personas a moverse para mantenerse sanas y seguras, a menudo en ciudades abarrotadas. Más de la mitad de la población mundial, especialmente las comunidades marginadas, no puede acceder a la atención médica esencial. Donde
las comunidades tienen acceso a los servicios, la atención a menudo es inapropiada o insegura. En todo el mundo, 100 millones de personas caen en la pobreza cada año debido al gasto de bolsillo en servicios de salud. Estos desafíos amenazan los esfuerzos de cada país para lograr la cobertura universal de salud y el desarrollo sostenible.

Para enfrentar los desafíos de hoy y aprovechar las oportunidades para un futuro saludable, debemos:
Empoderar a las personas para que se hagan cargo de su salud y de su atención médica Nos comprometemos a permitir que las personas y las comunidades adquieran los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios para cuidar su propia salud, incluido el uso de tecnologías digitales. Crearemos condiciones en las que las personas participen en la promoción de la salud, la elección de estilos de vida saludables y en las decisiones sobre su atención médica, de acuerdo con sus metas y objetivos. Haremos que las personas y las comunidades participen en el diseño, la planificación y la gestión de sus sistemas de salud y les permitiremos responsabilizar a los responsables de la toma de decisiones por los resultados. Tomar decisiones políticas audaces para la salud
Abordaremos los determinantes de la salud en todos los sectores del gobierno, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, evitando conflictos de intereses políticos y financieros. Mejoraremos la gobernanza participativa de los sistemas de salud, incluida la participación y la regulación del sector privado. Direccionaremos recursos financieros más sostenibles a la salud pública y la atención primaria para lograr la cobertura universal de salud, asegurando las reformas necesarias para permitir la realización progresiva.

Poner la salud pública y la atención primaria en el centro de UHC Debemos mejorar la capacidad y la infraestructura para las funciones de salud pública y desarrollar una atención primaria de calidad que sea continua,

integral, coordinada, orientada a la comunidad y centrada en las personas. Priorizaremos apropiadamente la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Aseguraremos una fuerza de trabajo adecuada de salud pública y atención primaria (incluidas enfermeras de PHC, médicos de familia, parteras, profesionales de la salud aliados y trabajadores de salud comunitarios no profesionales) que trabajen en equipos con competencias para abordar las necesidades de salud modernas. Promoveremos prácticas de gestión que garanticen un trabajo decente, incluida una compensación adecuada, oportunidades significativas para el desarrollo profesional y la progresión profesional. Garantizaremos la disponibilidad de medicamentos, productos y tecnologías adecuados.

Asignaremos recursos suficientes para la investigación, la evaluación y la gestión del conocimiento, promoviendo la ampliación de estrategias efectivas para la acción multisectorial, la salud pública y la atención primaria.

Alinear el apoyo de los socios a las políticas, estrategias y planes nacionales Se asignarán más recursos humanos, técnicos y financieros para fortalecer la APS en todos los países. Los esfuerzos concertados de los socios internacionales sobre APS y UHC se alinearán con las políticas, estrategias y planes nacionales. Todo esto debe hacerse de acuerdo con los principios de la ayuda efectiva. Juntos, los países y los socios internacionales organizarán la revisión sistemática de la implementación de esta Declaración, incluido el monitoreo de la UHC como parte del proceso de revisión de los ODS de la ONU.

Fortaleceremos la amplitud y la profundidad de los datos relevantes para la APS a nivel nacional y subnacional para informar la formulación de políticas basadas en evidencia y para evaluar el progreso. Visualizamos un futuro en el que se asegure el bienestar físico, mental y social, donde todos tengan acceso a la atención médica que necesitan sin temor a dificultades financieras. Nos comprometemos a fortalecer a PHC a nivel mundial como parte de nuestro esfuerzo colectivo para lograr la salud y el bienestar para todos a todas las edades. Actuaremos inmediatamente sobre esta Declaración en coordinación con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, comprometiéndonos con los líderes; gobiernos; otros organismos de las Naciones Unidas; fondos, alianzas y donantes bilaterales y multilaterales; academia; organizaciones profesionales; organizaciones juveniles; sociedad civil y sector privado.

Continuaremos atrayendo a más personas, países y organizaciones para crecer y apoyar este movimiento.
Juntos lograremos la salud y el bienestar para todos, sin dejar a nadie atrás.

Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astana, Kazajstán, 25-26 de octubre de 2018. Comentarios de Clausura de la Directora de la OPS, Dra. Carissa Etienne Sesión VI. Sesión Plenaria y Clausura: PHC hacia UHC y SDG3

Notas clave
Dra. Carissa Etienne, Directora OPS
Ministro de Salud de Kazahstan, Director General de la OMS, Director Ejecutivo de UNICEF, amigos, colegas.

Señoras y señores, en la clausura de esta histórica Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, estoy aquí esperanzada. He renovado la esperanza y el compromiso. Durante 40 años, he sido creyente, implementador y activista de Atención Primaria de Salud. Tengo esperanza porque la juventud, nuestro futuro, está inspirada; porque la sociedad civil, los guardianes del bienestar, los pobres y los excluidos, están plenamente comprometidos.

He visto personas e instituciones que hace diez años no querían escuchar acerca de la APS, y aún hoy, están abrazando los valores y principios de la APS. Tengo esperanza por lo que he escuchado y presenciado en los últimos dos días. Contamos con el "saber hacer". Sabemos qué funciona y qué debemos hacer. Pero no debemos perder de vista el hecho de que hay millones de personas viviendo en nuestros países que aún no comparten esa esperanza.

Hoy, estamos aquí para reafirmar que la salud no es un privilegio, ni una mercancía. Es un derecho humano fundamental. Hemos venido hoy para reafirmar nuestro compromiso con los valores y principios de la APS en el espíritu de Alma-Ata. Permítanme ser damas y caballeros provocativa, en esta última sesión de nuestra conferencia. Si todos compartimos la visión de la salud para todos, ¿por qué es que todavía no estamos allí? ¿Qué se requiere para que esto suceda? ¿Y qué deberíamos estar haciendo diferente esta vez?
Primero, es importante tener claridad conceptual y una visión clara. Convengamos en que la atención primaria de salud es un enfoque y una estrategia para la salud y el bienestar, para el desarrollo humano y social que se centra en los individuos, sus familias y las comunidades. No es simplemente el primer nivel de atención, ni es la provisión de un paquete limitado de servicios para los pobres. La APS exige el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, no solo curativos sino también: para la promoción, prevención, rehabilitación, paliación y tratamiento de enfermedades comunes. Requiere abordar los determinantes sociales de la salud.

Requiere la eliminación de todo tipo de barreras de acceso, incluidas las financieras, geográficas, culturales y de género. Y requiere la acción del Estado. Sin la acción del Estado, no hay derecho a la salud, especialmente para aquellos que viven en situaciones de vulnerabilidad. Sin la acción del Estado no podemos avanzar en la cohesión social. ¡Señoras y señores, yo digo que el lenguaje importa!

Esto es lo que entendemos por Estrategia de atención primaria de salud, y esta debe ser nuestra visión común de la Atención Primaria de Salud. En segundo lugar, es importante aprender las lecciones de Alma-Ata, es decir, ¡que las barreras de acceso deben identificarse y romperse sistemáticamente! Y esa fragmentación y segmentación de los sistemas y servicios de salud es una receta para el fracaso. Los gobiernos nacionales deben liderar y poseer procesos nacionales hacia la salud universal, en coordinación con los socios. "Universal" significa universal, sin excusas o medidas a medias para brindar los servicios de salud necesarios para todas las personas. Y la salud universal no se puede lograr sin políticas, programas y acciones multisectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud ". En tercer lugar, la búsqueda de la equidad en la salud exige una mayor participación social y el compromiso de la comunidad. No dejar a nadie atrás significa hacer un esfuerzo especial para dar

voz a aquellos que no han sido escuchados. Aquellos en condiciones de exclusión y vulnerabilidad, incluyendo mujeres y niños, jóvenes, migrantes, LGBT, grupos étnicos y pobres, por mencionar algunos. El desarrollo de un modelo de atención centrado en las personas y en la comunidad permite la participación de las personas y la sociedad civil como partes interesadas clave en este proceso. Este es el momento para estrategias innovadoras y creativas para mejorar la participación comunitaria y social, y para permitir que las personas tomen decisiones óptimas para su propia salud. Un principio clave del enfoque de APS es la provisión de servicios de salud integrales y de calidad donde las personas viven y trabajan. Necesitamos un primer nivel de atención revolucionario, que haga un uso racional y eficiente de la tecnología y la innovación organizativa, incluidos los equipos de salud interdisciplinarios con un nuevo cuadro de personal y combinación de habilidades.

Un primer nivel de atención que está respaldado por una red integrada de servicios de salud, que incluye hospitales y servicios especializados.
Un primer nivel de atención que responde a las necesidades de las personas: factores de riesgo, violencia, problemas de salud mental, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas no transmisibles, emergencias y desastres de salud pública, y el impacto del cambio climático.

Señoras y señores, la atención primaria de salud (APS) debe formar una parte central de la estrategia para transformar los sistemas de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal.
Y así, colegas, hemos llegado a un momento importante en la historia de la Atención Primaria de Salud. Nos hemos tomado tiempo para mirar hacia atrás, para reconocer nuestros logros y para darnos cuenta de nuestros errores. Ahora es el momento de mirar hacia el futuro, hacia los próximos 40 años y más allá. Es un momento para llamarnos a la acción, asegurándonos de que aceleramos el movimiento para no dejar a nadie atrás.

A los gobiernos. Le pedimos que acepten plenamente los compromisos que asumió en la declaración de Alma Ata de 1978 y en la declaración de Astana 2018. La salud es un derecho del pueblo y es responsabilidad del gobierno. Entonces hagámoslo así. Asuma el liderazgo y su papel como administradores del sector de la salud. Haga realidad la visión de atención primaria de salud para sus pueblos, como la estrategia principal para mejorar la salud y el bienestar. Adopte políticas y regulaciones coherentes que fortalezcan y hagan que sus sistemas de salud sean equitativos y resilientes. ¡Educa y entrena a tus pueblos, para formar una fuerza laboral para la salud nunca antes realizada! Alcance a su gente a través de un sólido primer nivel de atención, apoyado con servicios de salud integrados, incluidos los hospitales. Invierte en tu gente y en tus sistemas; Invertir en salud, no en guerra. Y, por favor, por favor, no reduzca la salud simplemente al acceso a conjuntos mínimos de paquetes de servicios esenciales, cuando sus pueblos merecen mucho más. Dirigir, coordinar e impulsar el cambio dentro del sector de la salud y en otros sectores. Involucre a su gente en este proceso: reconocerán sus esfuerzos y se lo agradecerán.

A la juventud. ¡Ustedes son nuestro futuro! Ustedes son la energía que impulsará el cambio, y el futuro está en sus manos. ¡Participen, por lo tanto, en el proceso de toma de decisiones y hagan que se escuchen sus voces! Y si sienten que no les escuchan, vayan más alto y más lejos hasta que todos los que no están escuchando, presten atención. Aprovechen este momento, ya que las acciones que tomemos ahora tendrán un impacto duradero para su salud y bienestar, y el de sus comunidades. Les reto a que se involucren en sus comunidades. Les reto a involucrarse en acciones de salud.

A las mujeres. Sigamos luchando por lo que sabemos que es correcto. Realizar una visión de la APS que aborde nuestras necesidades como mujeres. Llamen a sus líderes para asegurarse de que el género sea fundamental para las decisiones que se toman en materia de salud. No es aceptable que en el siglo XXI las mujeres sigan muriendo durante el parto, porque no pudieron recibir atención prenatal, o el centro de atención primaria estaba dema-

siado lejos, o porque los servicios de transfusión no están disponibles. Y pidan a sus líderes que se aseguren de que el género sea fundamental para la política de salud, para garantizar sus derechos como mujer durante todo el curso de la vida o como trabajadora de salud.
A la academia. En esta la era de la información y comunicación masivas, donde la investigación de políticas a menudo se cuestiona y desaprueba, y la mejor evidencia se ignora, ahora más que nunca debe levantarse. Trabaje aún más, invierta en investigación operativa que sea específica para el contexto y que se centre en las necesidades de los países y en sus sistemas de salud. Aprenda a comunicar evidencia, a decir verdad, de una manera que pueda ser fácilmente captada, para guiar y apoyar a los responsables políticos para que tomen las decisiones correctas. Y modifique sus planes de estudio para priorizar la generación de una nueva fuerza laboral que responda al llamado de la Declaración de Astana.
Al sector privado. Tienen un papel importante. Como proveedores de servicios de salud, en la prestación de servicios, alojan las plataformas que son necesarias para generar y gestionar información crítica. Ustedes son líderes en innovación. Nos proporcionan medicamentos y tecnologías fundamentales que nos han permitido dar pasos agigantados en materia de salud. Y ustedes son un socio clave en el futuro de la atención primaria de salud. Con esto viene la responsabilidad. Manténganse comprometidos a trabajar con sus gobiernos y sociedades para avanzar en la atención primaria de salud. Ustedes tienen una responsabilidad con sus accionistas, pero tienen una responsabilidad social aún mayor para con los pueblos de este mundo, en las decisiones y acciones que toman. Innovar, pero en función de las necesidades de salud. Participar, participar e invertir en la atención primaria de salud. Y recuerden que una población sana impulsa el desarrollo económico.

A los socios del desarrollo. Este es un momento de oro para nosotros. No podemos salir de aquí y repetir los errores del pasado, al instigar procesos de reforma que debilitan la gobernabilidad y la administración, que reducen la atención primaria de salud a "conjuntos mínimos de servicios deficientes para los pobres".
Adopten la visión holística de la atención primaria de salud al asociarse con sus países. No fragmentemos, segmentemos y diluyamos nuestra acción colectiva en apoyo de este movimiento. Reafirmemos los principios de la

Declaración de París al trabajar en torno a una política, un plan y una visión hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, basada en la promesa de la atención primaria de salud. Honren su compromiso de alinear, acelerar y dar cuenta.

A los líderes comunitarios y pueblos de este mundo. Construyamos una comunidad global, un movimiento global. Pidamos un pacto social donde la salud universal es fundamental, y la atención primaria de salud es la estrategia. Estamos en un mundo donde la conexión y la conectividad impulsan la innovación y el cambio social. Permanecer conectados, participar y participar. Promuevan la salud y el bienestar, para ustedes, sus familias, su comunidad. Sean responsables y hagan responsables también a sus responsables políticos. A través de la participación social, el buen gobierno y la transparencia, podemos avanzar colectivamente en la salud y el desarrollo.
Colegas, que este sea el momento en el que nos reunimos, para lanzar e impulsar este movimiento global para garantizar que el derecho a la salud se convierta en una realidad en el siglo XXI. Reafirmemos nuestro compromiso con la acción, en la búsqueda de la equidad en salud y el logro de todos los ODS. Cambiemos el curso de la historia y pongámonos en una trayectoria en la que, dentro de 40 años, las generaciones futuras miren hacia atrás y digan, sí, la visión fue sólida y la resolución fue sólida.

Señoras y señores, no hay otro camino. La atención primaria de salud es inteligente. La Atención Primaria de Salud tiene razón. La atención primaria de salud es la base del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El principio básico incorporado en Alma Ata sigue siendo válido y relevante para nuestros tiempos. Estos son los mismos valores y principios que ahora deben ser el aceite que mantiene encendida la lámpara de Astana. Atención primaria de salud: ¡EL TIEMPO ES AHORA!

DECLARACIÓN DE LA PAZ 2018
Atención Primaria Centrada de la Persona:
Saberes Populares y cientificos, ecologia y participación comunitaria

Resultante de la Cuarta Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona realizada en La Paz, Bolivia el 7 y 8 de Setiembre de 2018, organizada por la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona y la Academia Nacional de Medicina de Bolivia con el auspicio de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona, la Representación en Bolivia de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, la Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia), la Universidad Franz Tamayo (Bolivia), la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona.

PREÁMBULO

En Latinoamérica las raíces más tempranas de la medicina centrada en la persona y la comunidad pueden ser encontradas en sus antiguas civilizaciones pre-colombinas, particularmente las andinas. Estas se dieron dentro del contexto de una cosmovisión holística e integradora donde todo lo que existe (mundo interno individual, comunidad social y medio ambiente) está entrelazado y en equilibrio armónico denotativo de salud en sus diferentes esferas. Similares raíces se sugieren para lo que se conoce como Atención Primaria de la Salud (APS) tanto respecto a equidad como a cobertura. Encontramos el eco vivo de tales propuestas originales en el decir Quechua "Una Sola Fuerza, Una Sola Idea, Un Solo Corazón", en el proverbio Aymara "Que Todos Vayamos Juntos, Que Nadie Se Quede Atrás, Que Todo Alcance Para Todos, Que A Nadie Le Falte Nada", y en el concepto de salud y bienestar, tanto en Aymara como en Quechua, como "Buen Vivir". El crecimiento poblacional y la complejidad progresiva de estructuras socioeconómicas han resquebrajado los equilibrios y las armonías primigenias, aunque sin afectar sustancialmente la esencia de su legado.

El desarrollo científico y tecnológico de la medicina contemporánea ha producido notables avances en el conocimiento de los órganos y las enfermedades, y la generación de valiosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Al mismo tiempo se ha observado lamentablemente un reduccionismo conceptual (por ejemplo, biologismo que desdeña lo psicológico y social y la medicina tradicional), desproporcionada súper-especialización profesional, fragmentación de la atención clínica, hospitalo-centrismo que medra a costa del primer nivel de atención e incomunicación entre servicios. Estas limitaciones y/o distorsiones se han acompañado frecuentemente de un debilitamiento de la vocación de servicio, del sentido de solidaridad y del respeto por la dignidad humana, así como de mercantilismo y corrupción en los sistemas de salud.

Frescos aires circularon desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma Ata, Kazajistán (ex URSS). Sus postulados sobre atención primaria promovieron Salud para Todos con justicia social, equidad y participación comunitaria. Uno de sus arquitectos fue el médico peruano David Tejada de Rivero, en ese entonces Sub-Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y epónimo de las contribuciones latinoamericanas a la salud pública, quien ha definido la propuesta aún vigente de Alma Ata como "el cuidado integral de la salud por todos y para todos". La implementación de los principios de la Declaración de Alma Ata se limitó en razón de un percibido descuido a la calidad de la atención de salud y a la restricción de su inicialmente postulada generalidad y universalidad a través de su aplicación selectiva a subgrupos de condiciones mórbidas. Esto condujo a frecuentes disparidades e inadecuada efectividad en los procesos y resultados de la atención de salud. Una respuesta comprehensiva e integradora a las contradicciones de la medicina contemporánea ha sido ofrecida por el movimiento programático construido por el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona en colaboración con la Asociación Médica Mundial, la Organización

Mundial de la Salud, la Organización Mundial de Médicos de Familia, la Asociación Mundial de Psiquiatría, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, entre otras. A través de sus Conferencias de Ginebra y Congresos Internacionales desde el 2008, está buscando dar respuesta a los desafíos arriba mencionados. Esto involucra colocar a la persona y la comunidad como centro de la salud y meta de las acciones de salud y proponer una atención clínica informada por la evidencia, la experiencia y los valores. También involucra un creciente empoderamiento (derechos y deberes) de las personas en el cuidado de su salud, todo dirigido a la restauración y promoción de la salud y al bienestar de la persona en su contexto total.

Por otro lado, y complementariamente, la Organización Mundial de la Salud en su Reporte de la Salud Mundial 2008 y su Asamblea Mundial de la Salud en 2009, sustentó que la atención primaria de la salud debe estar centrada en la comunidad y organizada en torno a las necesidades y expectativas de las personas. La OMS está redactando a través de grupos especializados de trabajo, una declaración que relance las propuestas de la Conferencia de 1978, esta vez con la expectativa de compromiso de los propios jefes de Estado para llevarlos adelante en todos los países.

El otro desarrollo mundial de la más alta importancia es la proclamación por las Naciones Unidas en 2015 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sus XVII objetivos principales, interactivos entre ellos, incluyen el Objetivo III focalizado sobre Salud con un contenido ricamente comprehensivo y formulado con énfasis en la salud positiva (promoción de la vida saludable y bienestar para todos). Se puede notar también que los Objetivos II (Hambre Cero) y VI (Agua Segura y Saneamiento), entre muchos otros, incluyen metas e indicadores inmediatos de salud y pueden considerarse como determinantes sociales de la misma.

En Latinoamérica se han dado contribuciones significativas en este campo provenientes de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM) (particularmente con su Declaración sobre Medicina Centrada en la Persona emitida en Bogotá en 2017), y de la emergente Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona organizadora de cuatro Jornadas Latinoamericanas anuales desde 2015 en colaboración con instituciones universitarias y profesionales, incluyendo las nacionales tales como la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona.

RECOMENDACIONES

1. Reafirmar nuestro compromiso con los principios de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible promulgados por las Naciones Unidas en el 2015, instando al desarrollo de estrategias sólidas para su implementación, compartiendo experiencias comunitarias multiculturales ejemplares, y promoviendo el dialogo entre gobiernos y comunidades, y las decisiones políticas vinculantes de ambos.

2. Promover en Latinoamérica el desarrollo de una medicina que considera a la persona y la comunidad como centro de la salud y como metas de las acciones de salud, consistente con saberes populares y científicos, la realidad ecológica diversa y la entrelazada etnicidad comunitaria, y siguiendo los lineamientos de la reciente Declaración de la ALANAM sobre Medicina Centrada en la Persona.

3. Promover en Latinoamérica la atención primaria y el acceso universal a la salud consistentes con sus tradiciones y saberes, aprovechando su desarrollo científico para la consecución de una salud de calidad donde las personas, la familia y la comunidad sean empoderadas para asumir sus responsabilidades en el cuidado de su salud y en su participación para el diseño e implementación de los servicios de salud. Esto denota oportunidades para la convergencia y colaboración entre las perspectivas de APS y MCP.

4. Promover una atención clínica centrada en la persona y que incluya el establecimiento de una matriz común entre profesionales de la salud, paciente y familia hacia un diagnóstico como entendimiento compartido de la condición clínica y su contexto biopsicosocial y la toma compartida de decisiones terapéuticas. En línea con esto sería deseable promover el uso extendido de procedimientos pioneros latinoamericanos en áreas de amplio valor general, tales como la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico.

5. Promover una formación profesional centrada en la persona. Esto debe desplegarse en los currículos de pre-grado, residencia / especialidad y educación médica continua. Deben diseñarse también programas de tutoría para promover no solo competencia técnica profesional sino también desarrollo humano pleno en estudiantes y profesores, formación interprofesional que asegure trabajo colaborativo entre los diferentes profesionales de la salud, apertura a la participación de pacientes en la formación de profesionales, y énfasis en los centros de salud del primer nivel, ambulatorios y comunitarios, como ambientes formativos.

6. Promover estudios de investigación científica sobre atención primaria de la salud dirigida a implementarla y a refinar los conceptos de salud y calidad de vida en la población general, el avance de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos centrados en la persona y la conducción de estudios epidemiológicos sobre la distribución de enfermedades y los determinantes biopsicosociales de la enfermedad y la salud positiva. Estos proyectos se pueden optimizar a través de la colaboración de investigadores de diversos países latinoamericanos y apertura a la participación de pacientes y comunidades en equipos investigadores.

7. Promover en Latinoamérica el desarrollo de una Salud Pública centrada en las personas, las familias y la comunidad. Esto debe incluir políticas de salud equitativas promoviendo el acceso universal a los servicios de salud integrados e integrales a todo nivel, con plena participación de las personas y la comunidad.

La Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona se compromete a trabajar por la consecución de estos objetivos en colaboración con las diferentes instancias de la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Latinoamérica de Academias Nacionales de Medicina, la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina, entidades nacionales y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales pertinentes.

DECLARACIÓN DE LIMA 2019

Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas y Objetivos de Desarrollo Sostenible

Como resultante de la Quinta Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona, realizada en Lima-Perú el 13 y 14 de Diciembre de 2019, organizada por la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona (APEMCP), la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona (RLMCP) y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM); y con el auspicio de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM):

Considerando

Que, el concepto de salud de la OMS (Estado de completo bienestar físico, emocional y social, y no meramente la ausencia de enfermedad), refleja las perspectivas sobre salud centrada en la persona de Andrija Stampar, presidente de la primera Asamblea Mundial de la Salud.

Que, el concepto central de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) promovido por el ICPCM involucra el reconocimiento de la persona como; centro de la salud, meta y protagonista de las acciones de salud, y no como simple portadora de enfermedades ni sujeto pasivo de atención médica.

Que, las raíces más tempranas de la MCP en Las Américas pueden ser encontradas en las antiguas civilizaciones precolombinas y; dentro de estas, en las de origen andino, como parte sustancial de una cosmovisión sustancialmente holística e integradora.

Que, en Latinoamérica; desde el 2014, existe un desarrollo y fortalecimiento continuo de una masa crítica sobre la MCP, a través de la implementación de un primer Congreso Internacional (Bs.As- Argentina), cuatro Jornadas latinoamericanas (Lima-Perú(3) y La Paz-Bolivia), un Primer Encuentro Nacional (Lima-Perú) y una teleconferencia internacional (Montevideo-Uruguay); todas las actividades lideradas por la RLMCP y otras importantes instituciones latinoamericanas.

Que, en el Primer Encuentro de MCP, realizado en Lima-Perú el 14 y 15 de diciembre de 2018, se destacó el reconocimiento que la Atención Primaria de la Salud (APS) viene recibiendo en Latinoamérica, como estrategia fundamental para el logro de la Salud Universal en coherente vinculación con los postulados de la Conferencia Internacional de Alma Ata (1978) y en conexión con las iniciativas mundiales sobre Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS).

Que, el Perú; el 27 de noviembre de 2019 ha declarado el Aseguramiento Universal en Salud en favor de su población, el mismo que será implementado a través del nuevo Modelo de Cuidado Integral (MCI) de la salud centrado en la persona, familia y comunidad.

Que, en la Quinta Jornada Latinoamericana de MCP se presentó importante información sobre: a) diagnóstico centrado en la persona tanto en salud mental como su extensión a la medicina general, b) nuevas perspectivas de educación centrada en las personas; tanto en aquella que explora el concepto de universidad centrada en la persona, como aquella otra, que busca el completamiento del perfil humano con áreas frecuentemente descuidadas como el de la salud sexual, c) la utilización centrada en la persona de las nuevas tecnologías informáticas, d) nuevos modelos investigativos sobre proyecto vital y desarrollo humano en adolescentes, e) información sobre

políticas basadas en el derecho humano a la salud, el aseguramiento universal de salud y modelos de cuidado integral de la salud por curso de vida para la persona, la familia y la comunidad.

Que, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobados en el 2015 por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas (NU); constituyen un llamamiento universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Que, en la Cumbre de las Naciones Unidas celebrada en New York septiembre de 2019 sobre los ODS; los líderes mundiales solicitaron una década de acción y resultados en favor del desarrollo sostenible, sin dejar a nadie atrás.

Que, el Secretario General de las Naciones Unidas como parte de su intervención en la referida Cumbre de las Naciones Unidas sobre los ODS hizo un llamamiento para que todos los sectores de la sociedad se movilicen en favor de un decenio de acción en tres niveles: acción a nivel mundial para garantizar un mayor liderazgo, más recursos y soluciones más inteligentes con respecto a los ODS; acción a nivel local que incluya las transiciones necesarias en las políticas, los presupuestos, las instituciones y los marcos reguladores de los gobiernos, las ciudades y las autoridades locales; y acción por parte de las personas, incluidos la juventud, la sociedad civil, los medios de comunicación, el sector privado, los sindicatos, los círculos académicos y otras partes interesadas, para generar un movimiento imparable que impulse las transformaciones necesarias.

Que, el siglo XXI está emergiendo como el siglo de la persona, particularmente con respecto al cuidado de salud; pero también esta visión ha comenzado a extenderse, a la educación, la planificación y gobierno social; y con el propósito de preservar la continuidad del esfuerzo en la dirección correcta para el bien de nuestra población, la Quinta Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona, con participación multidisciplinaria, ha analizado el tema de la confluencia sinérgica entre el Cuidado Integral de Salud, la Medicina Centrada en las Personas y los ODS; por lo que

Llamamos a todos los actores del sector salud; en todos los niveles, a incorporar estas iniciativas en su toma de decisiones y fervientemente RECOMENDAMOS:

1. Implementar los enfoques de Medicina Centrada en la Persona y el Cuidado Integral de la Salud, articulados en el concepto de "Cuidado Integral de Salud Centrado en la Persona, su familia y comunidad", y en estrecha vinculación con las iniciativas mundiales y regionales sobre Atención Primaria de Salud (APS), la Salud Universal (SU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Considerando en la implementación el enfoque de curso de vida: la gestante, el neonato, el niño, el adolescente, el joven, el adulto y el adulto mayor; y buscando al mismo tiempo, el más completo perfilamiento de la salud personal incluyendo aspectos frecuentemente ignorados tales como la sexualidad y espiritualidad.

2. Promover el adecuado desarrollo físico, mental, social y espiritual, a través de la implementación de prácticas concretas desde etapas tempranas de la vida como el "contacto precoz piel a piel, el apego, el vínculo afectivo madre-neonato, el alojamiento conjunto, el inicio temprano de la lactancia materna, la integración de padres, etc".

3. Promover la adopción, implementación, seguimiento y sostenibilidad de una política nacional de salud que integre en su núcleo el enfoque del Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas, familia y comunidad.

4. Revisar y adecuar el currículo de la formación del pregrado y posgrado a fin de lograr los recursos humanos suficientes en cantidad y calidad para implementar y sostener el nuevo modelo de cuidado integral de la salud

centrado en las personas, familia y comunidad.

5. Impulsar el trabajo en equipo multidisciplinario cercanos a la comunidad; y desarrollar herramientas operativas para que estos equipos en su quehacer cotidiano adopten el Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas, familia y comunidad, alineados con las iniciativas de la Atención Primaria de Salud, Salud Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

6. Promover la investigación sobre el Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas, familia y comunidad; a fin de generar evidencias y buenas prácticas sobre cuidados integrales, respeto a los derechos humanos, factores de riesgo, determinantes sociales de la salud y el impacto del trabajo intersectorial y multidisciplinario y políticas públicas en favor de las poblaciones más vulnerables.

7. Promover mayor investigación particularmente sobre; en favor de las poblaciones más vulnerables (adolescentes, migrantes, indígenas).

8. Priorizar en la Región el desarrollo de estrategias de medición del funcionamiento del sistema de salud que consideren las dimensiones particulares del cuidado integral de la salud centrado en las personas en estrecha vinculación con las incitativas de Atención Primaria de Salud, la Salud Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estas deben estar orientadas a la mejora, acción, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.

9. Promover la implementación del Cuidado integral de la salud basado en persona, familia y comunidad; incorporando estrategias específicas en planes orientados a brindar información y a promover el involucramiento de la comunidad y la movilización de todos los actores sociales en el ámbito local. Solo así, será posible no dejar a nadie atrás.

Las entidades organizadoras de la Quinta Jornada Latinoamericana se comprometen a trabajar por el cumplimiento de las recomendaciones listadas en colaboración con pertinentes organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.

3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.

4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.

5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.

6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.

7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.

8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.

9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.

10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.

11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenible.

13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).

14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.

15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.