

Atención centrada en la persona

ORLANDO A. FORESTIERI

HORACIO PRACILIO

CÁTEDRA LIBRE DE SALUD DE LA MUJER (UNLP)

Resumen

El cambio de paradigma en medicina está representado por el modelo bio-psico-social, que ha intentado encontrar una respuesta a las anomalías señaladas en el modelo biomédico. Para ello, propone que la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona, ni ésta del entorno familiar, social y ambiental donde se desarrolla. Para este nuevo modelo, nada más acertado que el viejo concepto clínico de que «no hay enfermedades, sino enfermos».

Palabras clave

Modelo biomédico; modelo biopsicosocial; atención centrada en la persona; salud integral de la mujer.

Un cambio de paradigma

La evolución de la ciencia ha sido posible en la medida en que se han ido aceptando, no sin grandes debates, los cambios de paradigmas que marcaron siempre una ruptura epistemológica con el conocimiento científico vigente en un determinado momento histórico.

Aunque la medicina no es una ciencia en sí misma, sino una práctica basada en un conjunto de conocimientos de diversas disciplinas científicas, ha seguido el mismo camino de las ciencias que la sustentan, y además ha debido confrontar siempre con otros modelos médicos vigentes en todas las épocas y culturas. Las diversas formas de medicina, como respuesta social y cultural al problema de la salud y la enfermedad, han existido y competido entre ellas en toda la historia de la humanidad, y lo siguen haciendo en el siglo XXI, respondiendo a diversos paradigmas.⁽¹⁾

Los cambios de paradigmas en la medicina oficial del mundo occidental, desde Hipócrates a la actualidad, han sido lentos hasta el surgimiento de la medicina científica, que en menos de siglo y medio fue modificando sus postulados teóricos, aunque la práctica médica no siempre parece reconocerlos. Según **JOSÉ ALBERTO MAINETTI**, el estatuto epistemológico de la medicina moderna pasa por tres etapas bien definidas. La primera o «científico-natural» se inicia en el siglo XIX, cuando alcanza el estatuto científico en base al modelo fisicalista de la ciencia moderna y el nacimiento de la era bacteriológica con Koch y Pasteur; considera a la medicina como ciencia natural aplicada, y da lugar al modelo biomédico promovido por Flexner en 1910 para la formación y práctica médica. La segunda etapa o «científico-social», aunque tiene antecedentes del siglo XIX con Virchow y Villermé, se consolida con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que reconoce a las ciencias socio-médicas como la antropología, la sociología, la ética y otras

humanidades como indispensables para la transformación del modelo biomédico en modelo «bio-psico-social» o antropológico, propuesto por G. Engels en 1977.⁽²⁾ La tercera etapa surge con el cambio de modelo sanitario, pasando de la medicina curativa, centrada en el hospital, a la medicina preventiva orientada a la comunidad (modelo humanista), que da origen al movimiento de medicina familiar y comunitaria, rescata al viejo médico de familia o generalista, y promueve una pedagogía médica con base en las ciencias sociomédicas y humanísticas en la formación profesional.⁽³⁾

El cambio de paradigma desde el modelo biomédico al modelo bio-psico-social o antropológico, es el fundamento de la «atención centrada en la persona», que se basa en el reconocimiento integral de la persona como una unidad mente-cuerpo en su respectivo entorno social. Por lo tanto, resulta importante señalar las diferencias entre el modelo biomédico aún vigente en la mayor parte de los servicios de atención médica, y el modelo bio-psico-social, que no sólo debe ser patrimonio de la medicina familiar o general, también frecuente en la pediatría y la clínica médica, sino que debe aplicarse en todas las especialidades médicas. Este libro tiene el propósito de promover el cambio de paradigma para la atención integral de la mujer, limitada por el modelo biomédico a una visión centrada en el aparato reproductor, a partir de la propia definición de la especialidad.

Del modelo biomédico al modelo bio-psico-social

Teniendo como base el modelo cartesiano de la ciencia originado en el siglo XVII, la medicina científico-natural considera que el estudio de las ciencias básicas como la química, la física y la biología, resultan suficientes para comprender el fenómeno de la salud, la enfermedad y la muerte. Los

éxitos en el control de las enfermedades transmisibles, y de la medicina del siglo XX en el tratamiento del dolor y de muchas enfermedades, producto del fenomenal desarrollo científico y tecnológico moderno, parecen corroborar aún esta hipótesis.

Sin embargo, la persistencia y la aparición de numerosas dolencias y patologías de difícil control como las enfermedades cardiovasculares, degenerativas, oncológicas, los problemas de salud mental y ciertas enfermedades sociales, demuestran que la medicina moderna es insuficiente para la prevención y la reducción de la morbi-mortalidad humana. Por otra parte, la insatisfacción cada vez mayor de los pacientes con el modelo de atención vigente en los servicios de salud, por diversas razones, vienen señalando desde hace mucho tiempo la necesidad de un cambio.

El postulado principal del paradigma expresado en el modelo biomédico es que existen entidades llamadas *enfermedades*, que por diversas causas, generalmente físicas, químicas o biológicas, internas o externas, en determinado momento alteran el equilibrio del organismo humano. En base a esto, sostiene que dichas enfermedades son categorizables como cualquier otro fenómeno natural, y que la enfermedad puede considerarse independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social. También que pueden separarse las enfermedades mentales de las físicas, existiendo un grupo intermedio de procesos psicosomáticos donde parece que la mente actúa sobre el cuerpo. A pesar de la evidencia científica de la teoría epidemiológica de la multicausalidad, la ciencia médica parece sostener aún la idea de que cada enfermedad tiene un agente causal específico, que la investigación biomédica trata de descubrir. En consecuencia, la tarea del médico es diagnosticar la «enfermedad» y prescribir un tratamiento específico, destinado a eliminar la causa o aliviar

los síntomas. El instrumento para ello es el método clínico, con el cual el médico es un observador indiferente, y el paciente un receptor pasivo de ese proceso.

A pesar del éxito de este paradigma en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y otras patologías agudas y crónicas por deficiencias nutricionales, intoxicaciones, traumatismos, etc., el modelo fue mostrando numerosas anomalías que en el ejercicio de la profesión médica, especialmente en la clínica y la medicina familiar, impedían comprender y tratar las dolencias de muchos pacientes. En gran parte de los pacientes atendidos en consultas médicas, no resulta posible asignarles una categoría nosológica basada en una alteración fisiológica o anatómica. En una población masivamente afectada por un factor específico, infeccioso, tóxico o ambiental, unas personas se enferman y otras no, como ocurrió recientemente con la pandemia de COVID-19.

El llamado «efecto placebo» como influencia simbólica sobre el paciente de una intervención, incluyendo la propia relación médico-paciente, resulta muy difícil de explicar desde el punto de vista biomédico.

El concepto actual de *resiliencia* muestra que ciertos factores personales fortalecen la resistencia o la inmunidad frente a la enfermedad. Los factores sociales aumentan o disminuyen la susceptibilidad a padecer enfermedad en general, y no enfermedades específicas, y el apoyo social amortigua los efectos de los factores ambientales estresantes. Por último, la moderna psico-neuro-endocrino-inmunología (PNIE), a la que por lo señalado anteriormente pronto habrá que agregarle el prefijo «socio», ha derrumbado para siempre la dicotomía mente-cuerpo que todavía suele usar la medicina para diagnosticar las dolencias de los pacientes.⁽⁴⁾

Modelo bio-psico-social

El cambio de paradigma está representado por el modelo bio-psico-social, que ha intentado encontrar una respuesta a las anomalías señaladas en el modelo biomédico.

Para ello propone que la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona, ni ésta de su entorno familiar, social y ambiental donde se desarrolla. Para este nuevo modelo, nada más acertado que el viejo concepto clínico de que «no hay enfermedades, sino enfermos».

Las categorías nosológicas convencionales se deben emplear como marco de referencia, pero siempre en el contexto del individuo y su circunstancia. Todas las enfermedades tienen componentes mentales como físicos, y las causas son siempre múltiples, aunque a veces sea útil centrar la terapia en un agente causal.

En el modelo bio-psico-social, los aportes de las ciencias sociales como la sociología, la psicología y la antropología son fundamentales, así como de otras humanidades médicas como la bioética. La diversidad cultural de las personas y las comunidades hace que más allá de sus bases biológicas, la enfermedad sea una construcción social cuya percepción, comprensión y capacidad de respuesta individual y comunitaria es dependiente de la cultura, y el médico no es ajeno a ese proceso cultural.

Los antropólogos diferencian entre la *enfermedad percibida*, la *enfermedad existente* y la *enfermedad reconocida socialmente*, y en inglés se utilizan diferentes palabras para diferenciar la enfermedad (*disease* o *sickness*), de la dolencia o malestar del paciente (*illness*). Dado que alguien con una enfermedad puede no sentirse enfermo, y a la inversa otro sentirse mal sin tener una enfermedad demostrable, pero ambos pueden ser pacientes, los médicos de familia se han definido como

especialistas en «dolencias», para acompañar en todos los casos al paciente a lo largo de su ciclo vital.

La relación médico-paciente en el modelo bio-psico-social es un componente fundamental del proceso de cuidado o atención.

En primer lugar, la relación interpersonal tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El médico no es un simple observador de la realidad del paciente, su sola presencia ejerce una influencia simbólica sobre él, a la cual **BALINT** denominó la «droga médico», haciendo referencia al efecto placebo de la terapéutica medicamentosa.

El médico participa con sus conocimientos, ideas, creencias y expectativas acerca de la salud y enfermedad, y por lo tanto en ese trabajo relacional modifica lo que está observando. Por otra parte, resulta absolutamente necesario, y no sólo en la medicina familiar, incluir a la familia en el proceso de observación y cuidado. **DOHERTY** y **BAIRD**, al señalar a la relación médico-paciente como la «ilusión de la diada», han propuesto pensar la relación en términos triangulares: *médico-paciente-familia* y sus interacciones recíprocas.

La perspectiva triangular de la relación médico-paciente-familia enriquece el potencial clínico del médico para el diagnóstico, la adherencia al tratamiento, apoyo en la recuperación y en los cambios en el estilo de vida.

La aplicación práctica de este nuevo modelo médico debe ir acompañada de un cambio en la forma y los instrumentos clásicos del método clínico. Con este nuevo paradigma, la tarea del médico consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad, así como entender al paciente y al significado que tiene la dolencia para él. Para ello, **MCWHINNEY** propone el «método clínico centrado en el paciente», que se basa en la

escucha activa, a diferencia del «método clínico centrado en el médico», propio del modelo biomédico, cuyo principal instrumento es la anamnesis o interrogatorio con preguntas pre-definidas para poder identificar un determinado síndrome clínico. Cuando este aparece, el médico pasa directamente a indicar el tratamiento, restando importancia a cualquier otra cuestión manifestada por el paciente.⁽⁵⁾ Siendo el proceso salud-enfermedad un continuum en la vida de una persona, donde no es posible establecer un límite preciso, la función del médico no es sólo diagnosticar y curar las enfermedades, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

Para los médicos de atención primaria —generalistas, médicos de familia, pediatras, clínicos, gerontólogos o ginecólogos, entre otros—, el cambio de paradigma significa pasar:

De la atención anteriormente centrada en el paciente hospitalizado al paciente ambulatorio. De la asistencia de la enfermedad al cuidado de la salud, incluyendo la promoción y prevención además de la recuperación y la rehabilitación.

Pero el aspecto más importante al llevar a la práctica médica el nuevo paradigma es el cambio de un *modelo médico centrado en órganos, en sistemas o en enfermedades*, a un modelo centrado en la *persona humana integral*, es decir, un modelo de abordaje de la salud humanizado. Ello implica considerar todas las dimensiones de la condición humana cuando se trata de intervenir en la solución a los problemas de salud.

El desarrollo de la medicina basada en el modelo biomédico, siguiendo el enfoque analítico de la ciencia positiva, es decir, fragmentando la

realidad humana en diversas partes para su observación, fue dejando de lado al médico general o familiar, y fue dividiendo la práctica médica en múltiples especialidades, según distintos criterios biológicos:

- por etapas de la vida (Pediatría, Geriatría);
- por sistemas orgánicos (Cardiología, Ginecología);
- por patologías (Infectología, Oncología);
- y hasta metodologías de diagnóstico y tratamiento (Cirugía, Imagenología).

La medicina moderna fue extendiendo y profundizando esta fragmentación de la práctica, por lo que ha sido uno de las razones de las críticas frecuentes a la deshumanización de la medicina.

Es indudable que para que el cambio de paradigma se exprese en la práctica de los servicios de salud, es indispensable producir la necesaria transformación cultural en la educación médica, es decir, en el ámbito de formación de los profesionales de la salud. En tal sentido, los currículos innovados de las nuevas facultades de Medicina en nuestro país han incorporado el modelo bio-psico-social como eje de la formación médica, y se han eliminado las denominaciones de las asignaturas tradicionales por áreas temáticas integrales por ciclo de vida: *salud infanto-juvenil, salud de la mujer, salud del adulto y el anciano*, entre otras.

Del mismo modo, así como la Pediatría se ocupa del cuidado integral de la salud del niño y el adolescente, la Clínica Médica ha sido siempre la especialidad para el abordaje integral de la salud del adulto, y la Geriatría del adulto mayor, la Ginecología debe superar un nombre que parece limitar la especialidad al estudio del aparato reproductor femenino. Tal como lo vienen haciendo en la práctica la mayoría de los ginecólogos, deben asumir el rol y la denominación de médicos especialistas en *Salud Integral de la Mujer*. La estructura y el contenido de este libro pretende

incorporar este enfoque en el desarrollo de toda la problemática de la salud integral de la mujer según el modelo bio-psico-social.

Importancia en la calidad de la atención

El concepto de la atención centrada en la persona, además de su sentido ético y filosófico en cuanto al cambio de paradigma que hemos señalado, ha tenido una aplicación en la búsqueda de la calidad de los servicios de salud, para lo cual se suele mencionar como «atención basada en el paciente».

En el año 2001, el informe Crossing the Quality Chasm («Cruzando el Abismo de la Calidad») del Instituto de Medicina de los Estados Unidos consagró a la atención centrada en el paciente como una de las seis dimensiones fundamentales de la calidad, junto con la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la oportunidad y la equidad. Esto significó un reconocimiento al trabajo de organizaciones como el Picker Institute y Planetree, que venían impulsando una atención que, sin dejar de ser técnicamente efectiva, fuera mucho más sensible a las preocupaciones y el bienestar de los pacientes.

PICKER definió en 1986 la atención centrada en el paciente como «un valor central de la organización, que guía su planificación, sus prestaciones y su evaluación de la atención, basada en alianzas mutuamente beneficiosas para los profesionales de la salud, los pacientes y las familias».

Aparece aquí la propuesta concreta del cambio de paradigma de un modelo de atención basado en el médico y la enfermedad, en el cual el paciente tiene un rol pasivo como receptor de un tratamiento, hacia un modelo en el cual el paciente ocupa un lugar protagónico, participando

activamente de su tratamiento y transformándose en un verdadero «socio» de su propia atención.

La atención centrada en la persona es una forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. Exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable.

La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

Para la OMS, «la atención centrada en la persona constituye el eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, la interdisciplinariedad y el ambiente».

Asimismo, la atención centrada en la persona también se puede interpretar como un modelo de atención para mejorar la calidad de vida, entendida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, las normas y sus inquietudes.

La atención centrada en la persona debe ser un valor central de las organizaciones sanitarias, que guíe sus planificaciones, prestaciones y evaluación de la atención que brinda. Ella se basa en la generación de alianzas mutuamente beneficiosas para los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias.

El Instituto Picker ha establecido los siguientes ocho principios:⁽⁶⁾

- 1. Respeto por los valores, las preferencias y las necesidades expresadas por los pacientes:** debemos involucrar a los pacientes en la toma de decisiones, reconociendo que son individuos con sus propios valores y preferencias. Se les debe brindar un trato digno, con respeto y con sensibilidad de sus valores culturales y autonomía. Las decisiones deben ser adecuadamente informadas y compartidas.
- 2. Coordinación e integración de la atención:** una atención coordinada puede reducir los sentimientos de vulnerabilidad del paciente. Incluye la coordinación del cuidado clínico, de los servicios de soporte o apoyo y el trabajo en equipo de quienes integran la institución de salud.
- 3. Información y capacitación:** sobre el estado clínico, el progreso y el pronóstico, sobre procesos de cuidado y de atención, sobre cómo facilitar la autonomía, el autocuidado y la promoción de salud.
- 4. Confort físico:** manejo del dolor; asistencia en las actividades y necesidades de la vida diaria. Respeto de la privacidad, la limpieza y la comodidad en el entorno del hospital.
- 5. Apoyo emocional y alivio de temores y ansiedad:** el miedo y la ansiedad asociados con la enfermedad pueden ser tan debilitantes como los efectos físicos. Se debe calmar la ansiedad sobre el estado clínico, el tratamiento y el pronóstico, la ansiedad sobre el impacto

de la enfermedad sobre sí mismo y su familia, y la ansiedad sobre el impacto económico de su dolencia en el paciente.

- 6. Participación de la familia y amigos:** se deben brindar comodidades para quienes brindan contención emocional al paciente, respetando y reconociendo el rol de familiares y amigos como «abogados» del paciente. Se debe apoyar a los miembros de la familia como socios en el cuidado y reconocer sus necesidades.
- 7. Continuidad de atención en las transiciones asistenciales:** brindar información detallada y comprensible de los medicamentos, limitaciones físicas, dieta, etc. Planificar y coordinar los servicios después del alta y asegurarse de que los pacientes y familiares comprenden esa información. Informar sobre el acceso al apoyo clínico, social, físico y financiero de manera continua.
- 8. Acceso a la atención:** fácil acceso a la ubicación de hospitales, clínicas y consultorios médicos; disponibilidad de transporte; facilidad en la programación de citas; accesibilidad a los especialistas o servicios especializados cuando se hace una derivación; instrucciones claras acerca de cuándo y cómo obtener referencias.

El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tiene el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular una mejora del acceso a la atención de la salud, de los resultados sanitarios y de la educación sanitaria, un aumento de la satisfacción de los usuarios, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los servicios.⁽⁷⁾

Si se analiza la propuesta de **DAWN BROOKER** (2004), podemos establecer ciertas estrategias básicas para cumplir con la atención centrada en la persona:

- 1.** Respetar y valorar al individuo como miembro de pleno derecho de la sociedad.
- 2.** Elaborar un plan de atención individualizado en sintonía con las necesidades cambiantes de las personas, con nuevos elementos de compensación y de reafirmación.
- 3.** Llegar a comprender la perspectiva de la persona.
- 4.** Ofrecer medidas de apoyo para mejorar su bienestar.

Según encuestas en algunos países, el 30 % de personas de la región todavía carecen de acceso a la atención, y de los que la reciben, menos del 40 % califica como buena la calidad.⁽⁷⁾

Los ministros de salud de las Américas han respaldado un conjunto de medidas para garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a servicios de salud oportunos, eficientes, seguros y de calidad que satisfagan las necesidades de salud.

El Dr. **HERNÁN MONTENEGRO** (OMS)⁽⁸⁾ propone cinco estrategias para impulsar unos servicios de salud integrados y centrados en las personas:

- 1.** Comprometer y empoderar a las personas y a las comunidades para que tomen un rol activo en su salud y en los sistemas de salud.
- 2.** Fortalecer la gobernanza, la responsabilidad y la rendición de cuentas para ganar en legitimidad, transparencia y confianza.
- 3.** Reorientar los servicios de salud para asegurar la provisión de los cuidados en el lugar más apropiado y maximizar los resultados en la salud.

4. Fortalecer la coordinación de la atención entre proveedores, organizaciones y dispositivos de atención más allá del sector sanitario, para incluir a los servicios sociales y otros.
5. Crear un entorno que facilite el cambio.

Consustanciados con las mencionadas recomendaciones y como responsables de la Salud Integral de la Mujer nos permitimos sugerir estos aspectos:

- Atención centrada en la mujer
- Respeto por los derechos humanos de la mujer
- Promoción de la igualdad de género

Atención integral de la salud de la mujer

La atención integral de la salud de la mujer representa un claro ejemplo del concepto de atención centrada en la persona. Por lo tanto, no sólo debe revestir el aspecto biológico de la mujer, sino abordar propuestas alternativas que analicen sus necesidades desde el punto de vista humano e integral, incluyendo la situación familiar, social y espiritual.

El cuidado primordial de la salud de la mujer implica la necesidad de un programa integral, vale decir con un enfoque participativo de actores de distintas disciplinas que, en conjunto, logren una resultante positiva: mejorar la salud de las mujeres.

Esta estrategia permitirá el abordaje de los problemas de salud prevalentes en los distintos ciclos vitales, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la adecuación de protocolos de

asistencia, investigación y desarrollo terapéutico orientados a las patologías prevalentes.

El objetivo primario apunta a *mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad reproductiva, y extenderlo al climaterio y senescencia.*

La evolución biológica de la mujer, el creciente incremento de la expectativa de vida y los modelos sociales, culturales y económicos en los que se ve insertada, comprometen al equipo de salud a desarrollar acciones inmediatas en pos de mejorar la calidad de vida de las mujeres.⁽⁹⁾

La atención integral de la salud de la mujer implica un compromiso del equipo de salud en especial y de las autoridades sanitarias en general en lograr un modelo de atención humanizado. En este caso, la atención centrada en la persona implica las siguientes cuestiones más específicas:

- El respeto de los derechos humanos de las mujeres
- Una vida exenta de temores y de violencia
- El derecho a la autodeterminación, a tomar sus propias decisiones, incluidas las decisiones relacionadas con la vida sexual y reproductiva
- El grado máximo de salud que se pueda lograr, a través de:
 - Servicios de salud de buena calidad, disponibles, accesibles y aceptables para las mujeres.
 - No discriminación. No se niega un tratamiento por razones de raza, etnicidad, casta, religión, discapacidad, estado civil, ocupación ni convicciones políticas.
 - Privacidad y confidencialidad. Prestación de atención, tratamiento y orientación de manera privada y confidencial; la información se revela sólo con el consentimiento de la mujer.
 - Información. Derecho a conocer la información que se ha recogido acerca de su salud y tener acceso a esta información.

Finalmente, la sensibilidad a las cuestiones de género y la igualdad de género implica reconocer la diversidad de las personas, la manera cómo se tratan entre sí, su acceso a los recursos para proteger la salud y a menudo la manera cómo el sistema de salud las trata, teniendo en cuenta sus necesidades e inquietudes de salud específicas, de manera que sean igualmente capaces de comprender sus derechos y su potencial para estar sanos.

Atención durante los ciclos vitales

La salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales.

Las mujeres son más longevas que los hombres. En 2016, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74,2 años para las mujeres y de 69,8 años para los varones.⁽¹⁰⁾

Sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres, que utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo los de salud reproductiva.

Las enfermedades no transmisibles, que siguen siendo la principal causa de muerte en el sexo femenino, causaron 18,9 millones de defunciones de mujeres en 2015.

Las enfermedades cardiovasculares son las que provocan el mayor número de defunciones entre las mujeres. Por lo que respecta al cáncer, el de cuello uterino y el de mama son los más frecuentes, y el carcinoma pulmonar, es la principal causa de defunción.

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres (3,6 %). En el caso de la depresión unipolar, es dos veces más frecuente .

Las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, son actos que se pueden realizar en cualquier momento de la vida, y fueron la segunda causa de defunción entre las mujeres de 15 a 29 años de edad en 2015.

Una de cada tres mujeres puede sufrir agresiones físicas y sexuales en algún momento de su vida.

Las mujeres y las niñas de poblaciones desplazadas a la fuerza o que viven en zonas de conflicto se ven más afectadas por las perturbaciones de los sistemas de salud, las dificultades para acceder a la atención sanitaria, y las violaciones y demás formas de violencia en contextos bélicos.

Cada día, cerca de 830 mujeres fallecen por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

La mayoría de las personas infectadas por el VIH son también mujeres, especialmente las jóvenes de 15 a 24 años.

En los hogares y las comunidades, las mujeres son, sobre todo, quienes se ocupan de procurar cuidados a otras personas.

El 70 % del personal sociosanitario mundial es femenino. Sin embargo, la mitad de la contribución de las mujeres a la salud mundial, que equivale a 3 billones de dólares anuales, no se remunera.

Conclusiones

El cambio de paradigma que se propone desde la ACP (Atención Centrada en la Persona) debe sostenerse como principal recomendación en las políticas de salud de Cuidados Primordiales de la Salud de la Mujer.

Es impostergable el ejercicio del modelo bio-psico-social como herramienta de aplicación en lo asistencial, en lo docente, en la investigación y en la extensión universitaria.

La evolución sociocultural implica que la relación médico-paciente se sostenga como un vínculo indisoluble y que esa diada se fortalezca a través del tiempo.

Todas las intervenciones efectivas en pos de la salud de la mujer redundarán, sin duda, a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

- (1) KUHN TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1990.
- (2) ENGELS G. *La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina*. Science, 1977.
- (3) MAINETTI JA. *La transformación de la medicina*. Cap. II. La Plata: Quirón; 1992.
- (4) CEITLIN J, GÓMEZ GASCÓN T. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. SemFyc, 1997.
- (5) MCWHINNEY IR. *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
- (6) PIRKER INSTITUTE. *Patient-Centered Care Improvement Guide*. Planetree, in collaboration with Picker Institute, 2008.
- (7) OPS/OMS, 2019.
- (8) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana*, 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf
- (9) ARRIGHI A. *Biología del envejecimiento en la mujer*. Buenos Aires, 2001.
- (10) DW Akademie, 4-2019.

