

El “empoderamiento”: una nueva dimensión en la relación médico-paciente

“Patient empowerment”: A new dimension in doctor-patient relationship”

Señor Editor:

El término “empoderamiento” tiene distintas acepciones de acuerdo al contexto social y político en que se define. Cobró especial fuerza en las décadas de 1960 y 1970 en los Estados Unidos de Norteamérica, con los movimientos sociales por la lucha de los derechos civiles de mujeres, homosexuales y discapacitados, basándose principalmente en el concepto de empoderamiento que Paulo Freire acuñó respecto a la educación de los grupos oprimidos¹. Posteriormente, el término ha tomado múltiples sentidos según la corriente ideológica que lo sostenga. Sin embargo, se puede asociar el empoderamiento como una confluencia de conceptos como el auto-fortalecimiento, control y poder propio, autoconfianza, capacidad de decisión propia, independencia y libertad del individuo, aunque es igualmente considerable en un nivel colectivo². Según esto, se podría definir el empoderamiento como “la expansión de la libertad, la autoridad y el poder de la persona sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida”.

En medicina, el término es introducido en busca de una visión que trascienda la salud en sí y que considere al individuo inmerso en una cultura y ambiente específicos, como parte de un todo. Es decir, una visión que se aproxime al paciente desde una perspectiva socioambiental. El ideario de esta concepción se resume en la “Carta de Ottawa”, elaborada en la conferencia internacional de promoción de la salud de 1986 y en la “Declaración de Alma Ata”, ambas bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud. Esta ideología considera que la justicia social, la equidad, la educación, un ecosistema saludable, la estabilidad social y un salario digno son antecedentes esenciales que comprometen la salud y la calidad de vida³. Si bien esta perspectiva de la salud se encuentra considerablemente extendida y aceptada en el discurso, en la práctica pasa por un período de transición. En el mundo de la rehabilitación, este paradigma se ha reflejado en la CIF (Clasificación Internacional de la Funcionalidad), promovida por la Organización

Mundial de la Salud, que aborda la problemática de la salud como una interacción de diferentes componentes de la funcionalidad, enlazándolos de manera tal que un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ellos⁴. En este paradigma el estado de salud del individuo es parte de su contexto social y quienes proveemos servicios de atención en salud somos parte de él. Lo anterior es rescatado por la CIF tanto en los factores ambientales como en el capítulo 3 *Apoyo y relaciones código e355 profesionales de la salud*.

Sin embargo, a pesar de que el enfoque socioambiental de la salud sea puesto en práctica en determinados casos, aún surgen múltiples interrogantes en cuanto a cómo impacta a la práctica de los profesionales de la salud. ¿Cómo debemos modelar la relación profesional con quien demanda nuestros servicios? ¿Cómo se debiera estructurar la relación interprofesional? ¿Cuáles son los elementos fundamentales para estructurar sistemas que respondan a esta concepción holística? Probablemente no existe una misma respuesta para cada caso. Sin embargo, intentaremos deslindar cuáles serían los parámetros que debiesen respetarse en esta relación, sobre la base de un principio básico como es el derecho a la independencia del paciente y a su plena participación en las decisiones respecto a los problemas que le atañen.

En este momento, el modelo imperante en la relación médico-paciente es el empírico, en el cual se tiende a “objetivar” a este último. Teniendo como base filosófica a Hegel, se establece un modo de conocer el mundo que en salud se traduce en constituir categorías según los síntomas y signos de quien demanda la atención. Esta esquematización ha resultado de gran utilidad para el desarrollo y aplicación del conocimiento. No obstante, su ejercicio tiene algunos riesgos al establecer una relación sujeto-objeto. Por un lado, quien demanda la atención espera recibir ya sea información, instrucción o procedimiento que cambiará su condición de salud. Por otro lado, el profesional ve en quien consulta un problema que categorizará de una manera determinada. Existe una línea delgada entre la clasificación y la caracterización de los problemas que afectan a los pacientes. De esta forma, la descontextualización de éste respecto a su entorno transforma una relación entre sujetos en una relación entre un sujeto y un objetivo exclusivo, trayendo consigo ciertos riesgos claramente reconocidos en el ejercicio de la

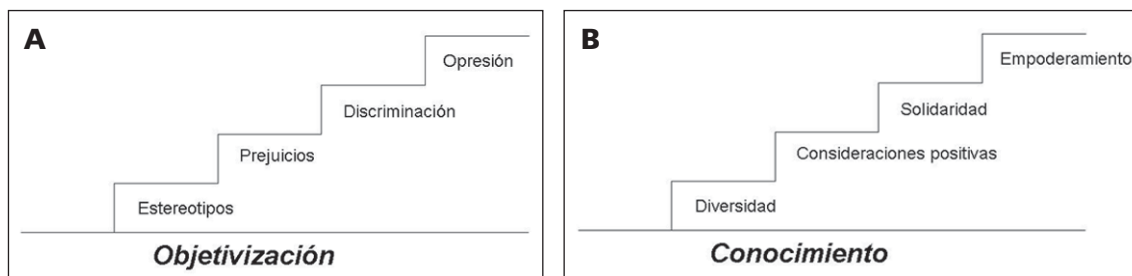


Figura 1. A: Objetivización. **B:** Empoderamiento.

medicina. Un proceso de diagnóstico o terapéutica adecuado debe ser evaluado constantemente, al igual que sus resultados, decisiones e indicaciones, evitando así conductas mecánicas o absolutistas que encuadren los comportamientos de los pacientes o no consideren el ambiente que lo rodea, implicando generalizaciones y la formación de estereotipos. Estos últimos conducen a prejuicios que en consecuencia conllevan discriminaciones que oprimen al afectado (Figura 1a).

En contraposición, un sistema basado en el empoderamiento requiere que se establezca una relación sujeto-sujeto entre médico y paciente, ya que para construir el conocimiento no basta con objetivar y clasificar sino que, además, es necesario comprender y reconocer la diversidad, establecer consideraciones positivas, solidarizar y promover la libertad y participación de éste en su proceso de sanación² (Figura 1b).

A pesar de que podamos reconocer muchas variaciones según el contexto cultural y socioeconómico de cada persona, que modifiquen individualmente el proceso terapéutico, dicho reconocimiento debe siempre solidarizar y considerar la diversidad y la información de las alternativas disponibles para poder tomar una decisión en conjunto con el enfermo (11). De este modo, se pueden recomendar ciertas claves útiles para lograr el empoderamiento del paciente: 1) Establecer una relación sujeto-sujeto; 2) Evitar el estereotipo y trabajo mecánico; 3) Entregar conocimiento responsable; 4) Discriminar positivamente y soli-

darizar; 5) Compartir las decisiones; 6) Considerar el entorno sociocultural.

Pedro Chaná

Universidad de Santiago de Chile (USACH)

Clínica Alemana de Santiago

Referencias

1. Thesen J. From oppression towards empowerment in clinical practice-offering doctors a model for reflection. *Scand J Public Health Suppl* 2005; 66: 47-52.
2. Hage AM, Lorensen M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nurs Philos* 2005; 6: 235-46.
3. Saxena S, Carlson D, Billington R. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research *Qual Life Res* 2001; 10: 711-21.
4. Chana-Cuevas P, Albuquerque D. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2006; 44: 89-97.
5. Albuquerque D, Chana-Cuevas P. The CETRAM community: building link for social change. In: Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou D, editors. *Occupational Therapies Without Borders - Volume 2: Towards an Ecology of Occupation-Based Practices*. 2 ed. Elsevier-Health Sciences Division; 2010. p. 163-70.

Correspondencia a: Dr. Pedro Chaná-Cuevas, Centro de Trastornos del Movimiento Universidad de Santiago de Chile-USACH, Belizario Prat 1597b, Independencia, Santiago de Chile.