

## DE PACIENTES A CONSULTANTES. DESIGNACIONES PARA LA AUTOGESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD COMUNITARIA

doi: 10.5872/psiencia/6.1.22  
© 2014 · www.psiencia.org

FROM PATIENTS TO INQUIRERS. NAMING FOR SELF-MANAGEMENT IN  
PRIMARY CARE AND COMMUNITY HEALTH

Recibido/Received:  
25/11/2013

Aceptado/Accepted:  
3/3/2014

**María Paula Juárez**

Universidad Nacional de Río Cuarto, CONICET  
mpaulajuarez@gmail.com

**Resumen:** El artículo desarrolla una categoría relacionada a una dimensión axiológica y epistemológica de una investigación empírica basada en el estudio de casos instrumental y múltiple (Montero & León, 2007) de cuatro médicos pediatras del primer nivel de atención del subsistema público de servicios de salud de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) en su relación con los niños y madres consultantes de contextos pobres. La misma se vincula a la denominación de usuario (componente informal del subsistema público de atención de la salud) empleada por los médicos del estudio (componente formal del subsistema). Inicialmente se analizan las concepciones de los profesionales para referirse a sus usuarios, seguidamente se vincula la designación de “paciente” al empleo de un tipo de tratamiento pronominal asimétrico que confiere en un rol pasivo a los usuarios desde un ejercicio de poder en la práctica médica. Luego se propone la designación “consultante” como alternativa lingüística superadora para designar a los usuarios de los servicios médicos y finalmente se analiza su aporte para la autogestión en salud positiva en el primer nivel de atención de la salud.

**Palabras clave:** *Pacientes – Consultantes – Trato pronominal – Atención primaria – Salud comunitaria*

**Abstract:** This paper develops a related category to an axiological and epistemological dimension of an empirical research based on the study of instrumental and multiple cases (Montero & León, 2007) from four medical doctors and pediatricians primary care public health services subsystem city of Río Cuarto (Córdoba, Argentina) in relation to children and mothers in poor contexts consultants. It is linked to the user name (informal subsystem component of the public health care) used by physicians and medical study (formal component of the subsystem). Initially the views of professionals to refer their users are analyzed, then the designation of “patient” is linked to the use of an asymmetric type conferred pronominal address in a passive role to users from an exercise of power in medical practice. The designation “inquirer” as alternative language overcomes is then proposed to designate users of medical services and ultimately their contribution to positive health self-management in the first level of health care is analyzed.

**Keywords:** *Patients – Inquirers – Pronomial treatment – Primary care – Community health*

**Nota:** Este estudio se realizó con el subsidio otorgado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el marco de una Beca Interna Posdoctoral (Res. D.Nº 3789/11) dirigida por el Dr. Enrique Saforcada (UBA) y la Dra. Viviana Macchiarola (UNRC), a quienes se agradece su colaboración para la redacción del presente artículo.

Nota: A lo largo de todo este documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, como aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva. Tan solo cuando la oposición de sexos sea un factor relevante en el contexto se explicitarán ambos géneros

## INTRODUCCIÓN

Los cimientos de la actividad de los médicos, como bases, principios o pilares de sus prácticas profesionales de atención de la salud, se configuran a partir de las concepciones axiológicas y epistemológicas que ellos han construido en relación a la salud. El plano axiológico y operativo refiere a las acciones y prácticas que los pediatras desempeñan como atributos o comportamientos cotidianos en el contexto de consulta. Los elementos que conforman una dimensión axiológica refieren a la unidad de análisis y de acción y el foco de atención en la consulta.

El plano teórico o epistemológico implica las concepciones y representaciones que los pediatras han construido y mantienen como conocimientos en salud. Los elementos que conforman esta dimensión incluyen la denominación del usuario dada por el médico y la definición que ellos han construido de salud. Asimismo estas concepciones axiológicas y epistemológicas de los médicos y médicas suelen estar enlazados a aspectos contextuales del encuentro con usuarios, características intersubjetivas de la relación, tipos comunicativos predominantes, aspectos vinculados al género y la paternidad y/o maternidad del profesional, la cultura organizacional del Centro de Salud, condiciones del Subsistema Público de Servicios de Salud y realidad laboral del médico, concepciones en salud comunitaria, así como aspectos referidos a la formación universitaria del profesional.

El artículo que se presenta a continuación tiene por finalidad ahondar en el análisis de las designaciones que, sobre la figura del usuario emplean cuatro casos de médicos y médicas pediatras que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud de la Ciudad de Río Cuarto (Prov. de Córdoba, Argentina) en la relación con niños y madres consultantes de contextos pobres, vinculándolo a un tipo de tratamiento pronominal e intersubjetivo predominantemente asimétrico, desde el análisis de datos emergentes de un estudio realizado.

Atendiendo a lo planteado, se estructura el artículo en cuatro apartados: inicialmente se analizan las concepciones de los médicos para referirse a los usuarios. Seguidamente se vincula la designación de "paciente" al empleo de un tipo de trato pronominal que propicia la asimetría relegando a un rol pasivo a los usuarios del Subsistema Público de Atención de la Salud. Luego se propone

la designación consultante como alternativa lingüística superadora, para finalmente analizar su aporte a la promoción de la autogestión en salud positiva en el Primer Nivel de Atención.

## Contextualización

Se considera que desde contextos vinculados a espacios institucionales de centros periféricos de atención primaria de la salud, hospitales, clínicas, maternidades, psiquiátricos, así como demandas canalizadas a través de médicos, enfermeros, profesionales de la salud, entre otros preocupados por este escenario, el presente estudio encuentra su razón para promoverse y difundirse en contextos más amplios que el académico, poniendo en perspectiva de acción sus desarrollos en consonancia con las necesidades y problemáticas que se le plantean a la práctica psicológica en salud actual.

En esta línea debe reconocerse que distintas disciplinas han considerado la relación médico/médica-usuarios como objeto de estudio, la sociología de la salud, la sociología de la medicina, la antropología sociocultural, la medicina antropológica, la medicina social, la filosofía médica, la comunicación social, la comunicación en salud, entre otras. No obstante, la posibilidad de dinamizar un diálogo de saberes que contribuya a pensar esta problemática intersubjetiva, compleja, donde necesariamente median enseñanzas y aprendizajes en salud, está dada por la psicología social, comunitaria y sanitaria con la pedagogía dialógica y la psicología de la comunicación y los comportamientos prosociales, aportando desde la confluencia disciplinar a alternativas resolutivas y superadoras desde sus especificidades.

Asimismo otros escenarios en los cuales el conocimiento producido en este estudio podría contribuir, son (a) aquellos vinculados a procesos de formación humanista, de grado y postgrado, de estudiantes de profesiones vinculadas a la salud, ya sean médicos, enfermeros u otras, al facilitarles recursos para una mejor comprensión y acción en la relación que establecen con sus consultantes y (b) aquellos vinculados a instancias de gobierno municipales, provinciales y/o nacionales, donde se desempeñan las autoridades responsables de la gestión, administración y toma de decisiones de los Centros de Atención de la Salud del Subsistema Público, contribuyendo a incrementar su nivel de conocimiento de la situación relacional entre

efectores y usuarios en las comunidades barriales.

Las reflexiones que aquí se presentan se derivan de un estudio que partió de los objetivos de: 1) Analizar la relación médico-médica pediatra/niño-madre consultante mediante el estudio de cuatro casos; 2) Elaborar una propuesta de formación médica orientada a sensibilizar a los profesionales y humanizar la relación. Para realizar el estudio y cumplir con los objetivos se desarrolló una investigación de naturaleza exploratoria que permitió comprender, desde una perspectiva compleja, el fenómeno de la interacción y comunicación humana, así como los aspectos comportamentales y los contenidos subjetivos que se dan y que constituyen la relación médico-médica/niño -madre consultante.

## MÉTODO

**Diseño.** Se trató de un estudio empírico cualitativo que utilizó la estrategia metodológica basada en el estudio de casos, entendido como “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998, p. 11). Estrategia que se integró a otros métodos cualitativos y se orientó hacia la construcción conceptual (Neiman y Quaranta, 2006).

Se empleó la modalidad de estudio de casos instrumental y múltiple (Montero y León 2007, p. 856). La modalidad fue instrumental porque se realizó en situaciones en las que se debió investigar una situación paradójica, una necesidad de comprensión más amplia y el caso fue un instrumento para comprender algo ajeno y más general a él (Stake, 1998; Neiman y Quaranta, 2006; Simons, 2011). Asimismo la modalidad fue múltiple o colectiva porque se investigaron varios casos en un mismo proyecto e interesaron por lo que presentaban de único como por lo común. La unidad de estudio se definió como las entrevistas de consulta que mantienen médicos pediatras con las madres consultantes.

**Participantes.** Los casos fueron definidos atendiendo a los médicos por ser la figura de la relación que se mantiene constante, por el contrario los niños y madres varían y se renuevan entre consultas.

Para la selección de los casos se contactó a la autoridad responsable de la Subsecretaría de Salud del Municipio local quien autorizó a realizar la investigación en el Primer Nivel de Atención.

Luego se escogió de un amplio grupo de profesionales que allí se desempeñan a aquellos que estarían dispuestos a ser observados en su jornada de trabajo, quedando conformada la selección desde un criterio pragmático (Hammersley y Atkinson, 1994) o de conveniencia (Stake, 1998) que implicó el contacto con los profesionales que facilitaron el acceso al campo y disponibilidad a las indagaciones.

Fueron seleccionados cuatro casos: dos médicas y dos médicos pediatras del Primer Nivel de Atención, pertenecientes a cuatro Centros de Salud situados en las zonas este, sur-oeste, oeste y noroeste de la ciudad. Estos profesionales fueron estudiados por un período de tres meses en jornadas de observación con una frecuencia semanal a cada uno por el transcurso de dos horas.

Los interrogantes que orientaron el proceso de investigación fueron (a) qué ocurre en las entrevistas de consultas entre médicos, pediatras, niños y madres consultantes, y (b) cómo son las relaciones y comunicaciones que se dan entre ellos.

**Instrumentos y procedimiento.** Los instrumentos para la recolección de datos utilizados fueron la observación, las entrevistas individuales y la entrevista colectiva, asimismo se tomaron fotografías en el transcurso de todo el proceso investigativo, estrategias que se utilizaron conjunta y simultáneamente.

Las visitas al campo permitieron conocer el lugar, las personas y lo cotidiano que allí se vivía. La mayoría del tiempo en los Centros de Salud se dedicó a la observación discreta y no intervencionista, lo que permitió tomar contacto con la situación concreta de investigación y acceder a interacciones comunicativas, tipos relacionales, formas de trato, etc. asumidos entre médicos-niños y madres consultantes.

La escena típica observada se caracterizó por iniciarse con un encuentro entre un médico/médica, un niño/niña y la madre o cuidador (conocidos o no para los profesionales) que se acercaban por un motivo de consulta puntual vinculado a un cuadro patológico o bien a control de niño sano.

Las entrevistas individuales semi-estructuradas (Elliott, 1998) y la entrevista grupal (Flick, 2007) permitieron conocer las concepciones, ideas y creencias de los médicos en relación al objeto de estudio, accediendo a su universo de significaciones y focalizando en los ejes temáticos centrales del estudio.

Al finalizar el tercer mes se decidió el abandono del campo dado que comenzaba a producir-

se la saturación de la información. Su reiteración evidenció que los datos comenzaron a resultar poco beneficiosos para el proceso investigativo (Strauss y Corbin, 1998).

Los datos recabados para su análisis fueron: 32 jornadas de observación (8 con cada caso); 4 entrevistas individuales (1 por cada caso); 1 entrevista colectiva. Para su sistematización y análisis integral se utilizó programa Atlas-TI versión 2.4. Ello permitió desarrollar un proceso analítico en el cual los datos fueron fragmentados en componentes, examinados y comparados para discernir similitudes y diferencias. Se agruparon bajo categorías entendidas como conceptos abstractos que aluden a fenómenos que emergen de los datos, desarrollando una "codificación abierta" (Strauss y Corbin, 1998).

Seguidamente se inició un nivel de análisis conceptual estableciendo relaciones entre los elementos categorizados, elaborando modelos relacionales mediante la representación gráfica en redes (networks) de los componentes. En esta instancia se realizó una "codificación axial y selectiva" (Strauss y Corbin, 1998) que permitió reordenar los datos en forma de proposiciones que explicitaron la naturaleza de las relaciones entre distintas categorías y sus subcategorías.

A través de estos análisis focalizados se construyó una estructura teórica que posibilitó describir, analizar, explicar y comprender la constitución de la dinámica relacional e interpersonal del encuentro médico/médica-niño -madre consultante, creando nuevos conceptos y teoría al tiempo que promoviendo el empleo y recreación de los planteos de la psicología sanitaria, la salud comunitaria y la pedagogía dialógica freireana.

Las dimensiones de análisis emergentes del estudio fueron 10, con sus correspondientes categorías y subcategorías. En lo que sigue este artículo presenta las reflexiones de la dimensión epistemológica y axiológica como una de las cuales permitió conocer la relación médico/médica-consultante en pediatría.

## RESULTADOS

### Designaciones empleadas para referirse a los usuarios en APS

Los calificativos que los profesionales médicos utilizan para referirse a las personas que atienden desde su profesión, ya sea para hacer mención a

ellos con colegas, personal de su equipo de salud o al registrar sus prácticas en la Historia Clínica, dan cuenta de las concepciones epistemológicas que poseen para designarlos. Es decir las bases teórico-conceptuales o los fundamentos sobre los cuales han construido un conocimiento para emplear tal o cual designación o calificativo sobre la persona del usuario de servicios de atención de la salud. En el estudio realizado los médicos y pediatras mencionaban:

C1: ehh.... me pasa si estoy con adultos que tengo el hábito de llamarlos mamá y papá y con los nenes trato de recordar y les digo por el nombre... (49:51. P1:4. Entrev. C1).

C1: ¿cuándo tengo que hablar de ellos con terceros?... eh.... pacientito... (58:59.P1:5. Entrev. C1).

Estas narrativas dan cuenta de un médico que intenta llamar por el nombre propio a los niños que atiende y a los progenitores los llama "papá" y/o "mamá", de acuerdo al caso. Menciona que, cuando tiene que referirse a ellos con otras personas, sean colegas o el resto del equipo, utiliza la denominación de "pacientitos".

C2: ehhhh ¿cómo denomino a las personas que atiendo? De diferentes formas, los médicos desde que empezamos la facultad los denominamos pacientes cuando están en el consultorio, sujeto cuando uno quiere hacer un informe, pero eso depende de la relación médico-paciente y más en pediatría que hay un vínculo más importante, lo denominamos niño, lo denominamos con nombre y apellido, con el apellido de la familia, todo depende del lugar de acción... (51:58. P10:2. Entrev. C2).

C2: cuando me refiero a estos niños con terceros los llamo niños, pacientes, o niños de familias del dispensario, o del consultorio privado...lo localizo en el lugar que yo atiendo... (61:71. P10:66. Entrev. C2).

Los fragmentos citados refieren a un médico que ofrece una clasificación acerca de la posibilidad de llamar a las personas que atiende desde su profesión considerando la diversidad de contextos en los que podría referirse a ellos. Expresa que en el marco de la atención de consultorio los llama pacientes, en caso de tener que redactar un informe emplea el calificativo sujeto, y en el contacto real y directo los llama por el nombre y apellido. En caso de referirse a ellos con terceros emplea el término paciente y la adjetivación que delimita el ámbito de atención al cual este pertenece, ya sea un niño, paciente o familia del dispensario o del

consultorio privado.

C3: yo les digo pacientitos, porque la gran mayoría son niños, pero habitualmente me gusta llamarlos por el nombre pero por ahí soy tan desmemoriada que por ahí le digo mamá, papá, pero por ejemplo si atiendo adultos siempre por el nombre, ya sea el abuelito, el tío, la madre, todo, trato de decirles por el nombre porque me parece una cuestión de respeto... (109:114. P19: 8. Entrev. C3).

C3: lo que pasa que pacientes, a mí la palabra pacientes no me gusta porque es como que espera y yo quiero que en realidad el paciente no espere sino que sea más promotor de su propia salud, entonces digo por costumbre, por jerga médica paciente pero en realidad la palabra paciente para mí no es el que espera, que era el que antes con el médico hegemónico impartido, el paciente que tiene que tener paciencia que tiene que esperar al médico ¡no! ¡Me parece terrible! (121:128.P19:9. Entrev. C3).

C3: usuario, nosotros usamos mucho usuario, desde la APS se usa mucho... nosotros para algunas cosas lo usamos en la medicina familiar, como es más filosófica se trata de usarlo... pero en medicina de eso ni se habla... ¡no es un tema en cuestión!, en la especialidad yo sí, es como que tratamos de llamarlos por el nombre siempre, "fulano de tal" porque ese "fulano de tal" tiene su particularidad, su historia y sus cosas y no es lo mismo el dolor de cabeza en ella que el dolor de cabeza en mí... (156:160. P19:12. Entrev. C3).

En las narrativas consignadas, la profesional emplea la denominación "pacientitos" al considerar el momento evolutivo de la infancia en el que ellos se encuentran vinculándolo a un calificativo diminutivo, no obstante prefiere llamarlos por el nombre propio, tanto para referirse a ellos como a los padres o madres, considerando que es una cuestión de respeto.

Luego reflexiona sobre el término paciente, hace una crítica al uso extendido de esta designación para la persona que recibe los servicios de atención médica y entiende que desde un modelo "médico hegemónico" se ha extendido esta denominación pasando a ser un término incuestionado y por costumbrismo empleado en la jerga médica. Analiza la expresión identificando a la persona que espera pacientemente ser atendido. Como contrapartida a esta imagen de pasividad, de ser depositario, la médica considera que el paciente debe ser una persona activa, resolutive, autoges-

tora y promotora de su propia salud.

Seguidamente menciona el término usuario como una alternativa propuesta por la Atención Primaria de la Salud (APS), expresión que utilizó en el contexto de su formación desde la Especialidad en Medicina Familiar atribuyéndola a un plano filosófico. Sin embargo, advierte cómo ese término no ha logrado un empleo más generalizado, sino por el contrario considera que en la carrera de medicina aún no se ha dado un debate acerca del uso de distintas designaciones para referirse a los usuarios.

La médica analiza la importancia de llamar por el nombre propio a los usuarios dado que ello implica un reconocimiento a su individualidad, su particularidad, a su historia, su vida, a su dignidad como persona, y en este sentido enuncia que no es lo mismo una enfermedad en una persona que en otra, de ahí la importancia de reconocer a cada usuario como sujeto en su individualidad.

C4: yo los llamo pacientes, pero bueno, los niños, viste que uno les aprende el nombre, a las mamás muchas veces el hecho de llamarlas mamá no me gusta entonces también trato de aprender el nombre de ellas pero bueno, son pacientes... (61:64. P28:5. Entrev. C4).

E: ¿y cuando hablas de ellos con otras personas?

C4: hablo de pacientes... (67:70. P28:6. Entrev. C4).

Las narrativas citadas dan cuenta de una profesional que también expresa su preferencia por aprender el nombre de los niños como de las madres y en caso de tener que referirse a ellos con terceros emplea la designación de pacientes.

Sintetizando: si bien se advierte por parte de los médicos atisbos en el empleo de designaciones alternativas como el nombre propio o el calificativo "usuario", se evidencia una clara preferencia, marcada en el ámbito de la jerga médica y que manifiesta una tendencia generalizada, por la designación "paciente" para referirse a las personas que requieren su atención.

En lo que sigue, se vinculará ésta extendida designación al habitual tratamiento pronominal asimétrico que ha imperado en la práctica médica en los últimos años.

### **Tratamiento pronominal asimétrico en la intersubjetividad médico - paciente**

La relación médico/usuarios implica una forma

pronominal de trato empleado por sus interlocutores que da cuenta de horizontalidad o asimetría de poder manifiesta en los pronombres utilizados.

Morin y Almeida (2000) consideran que en cualquier comunidad los hablantes se valen de diferentes recursos lingüísticos para marcar aspectos sociales referentes a la interacción y, eventualmente, las relaciones de poder. En este sentido, los pronombres de trato (tú/vos/usted) usados en la interacción son formas lingüísticas significativas que ponen en relación las propiedades abstractas del paradigma gramatical de una lengua con una matriz de componentes de naturaleza social, cultural y emocional. De ahí su papel fundamental en las interacciones cotidianas en tanto expresan significados no sólo lingüísticos, sino también socioculturales y emocionales.

Estos pronombres tienen un papel central en los intercambios comunicativos ya que son capaces de absorber una amplia gama de significados sociales como la deferencia, la cortesía, el respeto, la intimidad, la formalidad, la solidaridad, etc. (Almeida, Rodríguez, & Morín, 2006; Morín, 2002).

De acuerdo con Friedrich (citado en Almeida et al., 2006) puede afirmarse que es el significado lingüístico de estos pronombres lo que los hace más o menos apropiados en determinadas situaciones. Si tú (a lo que se agrega vos), pronombre de segunda persona, designa al individuo más próximo al emisor y usted, pronombre de tercera persona, designa al individuo más alejado del emisor, no es sorprendente que la primera sea la forma preferida en aquellos contextos en que los interlocutores no necesiten expresar una mayor o menor proximidad social y afectiva entre ellos y la segunda sea la forma que se emplee en los casos en que los hablantes tengan que manifestar una mayor distancia.

De ese modo, tú o vos suele ir asociado a las situaciones que expresan informalidad, familiaridad, afecto o intimidad, mientras que usted parece ligado a contextos en que domina la formalidad, la cortesía, la deferencia, el respeto, así como la distancia social y psicológica.

Solano Rojas (1995) comenta un estudio desarrollado por Agüero en la década del 80` en el que analiza el uso extendido del "voseo" en Costa Rica. En éste se expresa que así como el "vos" se emplea en relaciones entre amigos y familiares, lo mismo sucede entre médicos y "pacientes", con algunas salvedades que dejan la posibilidad de un trato asimétrico que denota un vos/usted.

Agüero consideraba un "mal hábito" que los médicos traten de "vos" a los pacientes, argumentando que éstos deben ser tratados con consideración y respeto desde el empleo de un tratamiento pronominal más formal entre ambos (usted-usted) como la forma indicada para esta relación. Se advierte como este autor pregona por un trato de mayor horizontalidad entre ambos interlocutores dado por la igualación en el tratamiento pronominal, desde el empleo de modismos más bien formales.

Así como se ha analizado la preeminencia en el empleo de la designación "pacientes" desde los médicos del estudio, en lo que sigue se analizará la prevalencia de un modo de tratamiento pronominal asimétrico observado en las relaciones intersubjetivas de consulta entre estos profesionales y sus pacientes.

### **Presencia de dinámica pronominal tradicional en la relación médico - paciente: Vos y usted**

Sobre un total de 283 consultas observadas en el estudio realizado se advirtió que los médicos pediatras emplearon en orden de preferencia el "vos" para referirse a la madre usuaria del sistema en un 84% de las consultas y en un 10% emplearon el "vos" y "nombre propio". Algunas narrativas que dan cuenta de ello expresan:

C1: ¿y yo te mande con...para que lo viera la neuromóloga? Y me dijiste que no le cambio nada... ¿puede ser o no? (238:239. P4:22. 3 Observ. C1).

C2: sí, ya vas a ver que con el remedio que te voy a dar ahora como mejora (531:532. P11:42. 1º Observ. C2).

C3: bueno, el examen físico está bien, está bien de peso ¿sabes? Para que te quedes tranquila... la leche está bien como se la das, cada 2 o 3 horas y bue, si vos notas que tiene fiebre le das el "paracetamol" 2 gotitas por kilo, o sea serian 8 gotas... (71:74. P20.7. 1º Observ. C3).

Ma3: si me voy con los chicos...

C3: che Julia... y ¿qué haces con la casita de ahí? (279:281. P29: 43. 1º Observ. C4).

Por su parte, las madres emplearon en orden de preferencia el "usted" para referirse al médico-médica en el 35% de las consultas observadas, en un 29% no utilizaron ningún tipo de trato pronominal para referirse al profesional, o bien, en un 17% utilizaron la designación "doctor" y "usted" para re-

ferirse al médico-médica. Algunos fragmentos de intercambios que dan cuenta de ello manifiestan:

Pa1: bueno, la última vez que lo, lo atendió usted, que fue antes de quebrarse (el médico) le había pedido unas radiografías por sinusitis... (1947:1949. P4:92. 3º Observ. C1).

Ma5: sí, sí, porque ya fui a la fonoaudióloga que me mando usted y me dio un turno... (1059:1060. P20:75. 1º Observ. C3).

Ma2: y, doctor, sabe que le quería preguntar yo, porque no, sabe que el padre de él está preso y yo quería ver si usted me podía hacer un certificado por el dedo... (604:606. P13:98. 3º Observ. C2).

Lo analizado da cuenta de un modo de tratamiento pronominal asimétrico que privilegia el uso del “vos” por parte del médico al “paciente” (84% de las consultas observadas) y del “usted” y “doctor y usted” por parte del “paciente” al profesional (35% y 17% correspondientemente en las consultas observadas).

Algunas narrativas que manifiestan estos intercambios pronominales asimétricos entre médicos y madres usuarias expresan:

M2: ¿cómo están?

Pa2: bien y ¿usted?

M2: bien che, ¿está descompuesto el Brian? (aun no entra al consultorio) (1530:1537. P11:113. 1º Observ. M2).

Ma14: ¿usted vio si el pechito o la gargantita está tomado...o algo?

M2: ¿vos me estas preguntando si qué?

Ma13: si el pecho está tomado...o algo (3241:3247. P12:226. 2º Observ. M2).

Brown y Gilman (citado en Morin & Almeida, 2000, p. 61) plantean una semántica del poder frente a una semántica de la solidaridad, entendiendo por semántica la “covariación entre el pronombre usado y la relación objetiva entre hablante y destinatario”.

La relación de poder supone atributos sociales como la riqueza, la edad, el sexo y la profesión, entre otros, conlleva una relación no recíproca entre dos personas, con un tratamiento pronominal asimétrico que implica el control de un individuo sobre el otro, lo que se traduce, en el nivel semántico, en un trato no recíproco donde un interlocutor superior emplea tú o vos y recibe del otro el usted.

Almeida et al. (2006) entienden que el poder

tiene que ver con la capacidad de los individuos para influir o controlar a otro. Sea cual sea la fuente de poder, el individuo de más poder tiende a recibir un tratamiento deferencial; el subordinado, en cambio, no atrae ningún tipo de deferencia, de ahí que el superior reciba usted y el inferior reciba tú o vos, como es posible considerar en los intercambios de las narrativas citadas.

Atendiendo a lo planteado, se advierte que la relación médico pediatra-madre usuaria del sistema expresa elementos vinculados al poder y al lenguaje hablado, sumado a los efectos del mismo, dados por los patrones de trato pronominal asimétrico.

### Tratamiento pronominal asimétrico y poder en la relación

Acompañando un tratamiento pronominal asimétrico en la relación médico-“paciente” es habitual advertir la dinamización de comportamientos y verbalizaciones vinculadas a lo que se denomina “extensión”, ésta se entiende como:

Toda situación en la que el profesional efectúa explicaciones (sea indagación, diagnóstico o tratamiento, indicaciones, prescripciones) mediante verbalizaciones ‘depositadas’ de manera breve, efímera, rápida, o compleja, en un acto de imposición que perjudica la comprensión del consultante, del que no se esperan respuestas de retroalimentación, así como aquellas instancias en que el profesional entrega prescripciones en papel sin acompañar de una explicación, o manifiesta indicaciones efectuando gestulaciones sin acompañarlas de la palabra.

La extensión puede manifestarse en sus modalidades de imposición de significado, cosificación de usuarios o “pacientes”, interrogatorios extensionistas, las que dan cuenta de un estilo personal e interactivo, una forma relacional desde la cual se desempeñan algunos médicos que propician una relación asimétrica en la que se manifiesta un ejercicio de poder.

Izquierdo (1996) considera que todo encuentro interpersonal tiene una función intrapersonal (cómo me veo a través de ti) que queda reflejada en el comportamiento del interlocutor de acuerdo con el rol social que le cabe en el encuentro. De este modo, la faceta del “yo” exhibida por cada participante en la comunicación se apoya sobre la faceta del otro. El autor plantea que un nivel básico de reciprocidad implica el reconocimiento

sostenido del otro como interlocutor válido como papel indispensable del diálogo.

En un escenario como el analizado hasta aquí, vinculado a la consideración de un usuario como un sujeto "paciente", pasivo y padeciente, un tratamiento pronominal asimétrico y un encuentro donde lo que prima es la extensión, la asimetría emerge como característica obvia de la relación.

Cuánto más asimétricas son las características culturales de los interlocutores, médicos y "pacientes", más se diferencia la relación, la que se hace difícil y hasta incomprensible, evidenciándose una falta de reciprocidad entre los interlocutores y probablemente con ello una falta de reconocimiento del "paciente" como interlocutor válido.

De acuerdo a Haley (citado en Izquierdo 1996) cuando esta diferencia entre los interlocutores implica una relación de poder o autoridad o una cierta prevalencia culturalmente aceptada, la relación que debiera ser complementaria se transforma en una relación jerárquica. Entonces se distingue la llamada posición primaria o superior de un interlocutor (one-up) de la posición secundaria o inferior (one-down) que ocupa el miembro complementario que apela a la autoridad o acepta la prevalencia del interlocutor.

Atendiendo a lo planteado hasta aquí se considera que la cuestión del ejercicio del poder por parte del médico o médica en la relación, comunicación e interacción con los usuarios no es sólo un aspecto sobre el que hay que trabajar a fin de exigir la obligación de respetar a las personas y todo lo que ello implica, sino que ese ejercicio de poder menoscabante del otro tiene efectos muy negativos en la autoestima de los usuarios y por lo tanto en su salud o en la evolución de sus enfermedades. Básicamente se entiende que afecta dos cuestiones. La primera, el trato autoritario genera rechazo y esto redundaría en aspectos que probablemente no operan en el plano consciente de los usuarios y terminan generando comportamientos de no adhesión a los tratamientos promoviendo, por lo contrario, la concurrencia o consulta a referentes populares en salud no profesionales, la recurrencia a remedios caseros, etc. La segunda, efectos agravantes que pueden incidir en los usuarios generando problemas psiconeuroinmunoendocrinos (PNIE) que deprimen su sistema inmunológico, ponen en riesgo su salud y estado anímico.

En el encuentro, el médico-médica se presenta ejerciendo una autoridad que difícilmente está dis-

puesto a ceder, por su propia condición y extracción social. Por su parte, el usuario, en su circunstancia de enfermo, doliente, tiene asignada en la relación una situación de dependencia que ratifica el estado asimétrico del encuentro.

De acuerdo a Ferrara (1985) las condiciones sociales en las que se han desenvuelto las historias individuales y grupales de médicos, por un lado, y de "pacientes", por otro, forjan estas asimetrías como una forma de asignación de poder, como una exigencia para reafirmar la situación que se evidencia en la sociedad. A través de múltiples estrategias se han intentado modificar estas asimetrías, pero la situación sigue siendo igual e injusta ya que se encuentra enraizada y sometida por las realidades emergentes de las relaciones sociales, siendo la transformación de estas la única posibilidad de modificar las asimetrías.

Gwyn (2002) considera que en las interacciones médico- usuarios se da un conflicto de intereses atendiendo a la inequidad del poder presentada como un hecho social establecido, dado, de acuerdo a "un a priori en los participantes en la típica consulta" (Treichler et al. citado en Gwyn, 2002, p. 63).

La relación asimétrica médico-usuario es el componente principal del proceso de pérdida de la condición histórico-social del enfermo, donde el poder médico transforma al consultante en objeto de estudio y tratamiento, "cosificándolo".

El conglomerado de médicos, muchas veces apoyado en sus corporaciones y en el marketing del complejo industrial que usufructúa el mercado de la enfermedad, ejerce poder, expresa la hegemonía de su grupo, modela su influencia y marca la fuerza que, por un lado, le ha concedido la sociedad y, por otro, han construido con sus estrategias de dominación basadas, frecuentemente, en procesos de dominación cultural, establece y reafirma cotidianamente su jerarquía y de esa manera "acentúa la represión, volcada hacia los síntomas, a las causas aparentes, llevando al enfermo a una situación de dependencia en la que es interpretado y estudiado como un objeto, que ratifica la asimetría" (Ferrara, 1985).

Mishler (citado en Gwyn, 2002) identificó este conflicto empleando la analogía de una lucha de voces, por un lado, la "voz de la medicina", por el otro la "voz del mundo de la vida", representando respectivamente los supuestos técnicos científicos de la medicina y la actitud natural de "todos los días", dando cuenta de la naturaleza asimétri-



ca de la consulta médica.

De acuerdo con este enfoque, la práctica médica emplea un discurso determinado, casi exclusivamente, por el modelo biomédico. El autor plantea que desde que la consulta es dominada por la “voz de la medicina”, cualquier contribución realizada desde el “mundo de la vida” es considerada por el profesional como una interrupción. No obstante, cualquier interrupción de la medicina, cuando un paciente está hablando desde su perspectiva de todos los días, no es considerado un entorpecimiento comunicacional desde el orden normativo del modelo de discurso dominante (Gwyn, 2002).

Sintetizando: Lo analizado da cuenta de un ejercicio de poder que determina asimetría y que se manifiesta en una forma de desempeño profesional fundamentado por elementos de la antidia-loguicidad (Freire, 1973), la extensión como modo de transmitir información, de imponer significados, la falta de indagación compartida con los usuarios, la ausencia de escucha, la verborragia científicista, el considerar a los niños y madres como meros objetos de estudio sobre los que recae su acción intervencionista. Postura arraigada quizás en muchos profesionales que no han podido transitar a la problematización de sus comportamientos que por tradición imperan en los consultorios.

### **Hacia designaciones alternativas para tratos de horizontalidad: Los “consultantes” en APS**

Las formas cómo se designa a las personas da cuenta de lo que se piensa de ellas, de lo que se piensa con ellas, de lo que se cree de ellas, de lo que se cree que ellas creen de uno, del modo en cómo se las trata, de la manera de comunicarse, de hablar, en otras palabras, dan cuenta de un conocimiento producido en torno a las personas y la forma de concebirlas.

Este trabajo partió de las designaciones que los profesionales utilizan para referirse a los usuarios del sistema, para luego analizar cómo ello va en consonancia con el tratamiento pronominal que éstos propician a aquellos, y en este escenario advertir cómo la asimetría y un ejercicio de poder desbalanceado a favor del facultativo perjudica el presente y futuro de la relación, al tiempo que reclama la elaboración de constructos teórico-prácticos posibilitadores de otras realidades vinculares.

En este apartado interesa retomar la desnaturalización de las designaciones que los profesio-

sionales emplean para referirse a sus usuarios y bosquejar denominaciones alternativas para un presente que aspira a sustentarse en lógicas relacionales de mayor horizontalidad, dialoguicidad y prosocialidad entre médicos y usuarios (Escotorin & Roche, 2011; Escotorin, Juárez, Cirera, & Roche, 2011; Roche, 2010).

Se ha advertido en lo analizado hasta aquí que la forma más habitual y extendida de referirse a sus usuarios, por parte de los médicos es la de “pacientes”. El empleo de este calificativo permite inferir la concepción epistemológica del profesional respecto a lo que entiende por salud y a la relación con sus usuarios.

Bordelois (2009) plantea que la palabra paciente en latín expresa la idea de soportar las dificultades y la adversidad, de allí desciende a las lenguas romances y así el inglés la toma del francés en el siglo XIV.

Se considera que la idea de paciente remite a un sujeto pasivo que sufre, que soporta y tolera un dolor desde la indulgencia de una inacción propia expectante a la acción de un “otro”, único ser que podrá mitigarlo por ser poseedor de unos conocimientos superiores que le otorgan la facultad de hacerlo.

El paciente quedaría relegado por este “otro” al plano de la inactividad y el estatismo sin poder hacer nada para paliar su malestar. Su restablecimiento le sería provisto por este externo, permaneciendo el paciente, muchas veces, confinado al sufrimiento el tiempo que su mal conlleve hasta que el experto intervenga para su remisión.

La Real Academia Española define a paciente (Del lat. *patiēns*, -entis, part. act. de *pati*, padecer, sufrir) como: 1. adj. Que tiene paciencia. 2. adj. Fil. Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. 3. m. Gram. Persona que recibe la acción del verbo. 4. com. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. 5. com. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

La idea de una persona que padece física y corporalmente, que tiene paciencia y “padece” la acción de un agente y la idea de hallarse “bajo” atención médica, denotan el tinte depositario del enunciado representando la reducción de un sujeto a objeto sobre el que recaerá la acción del especialista.

Bordelois (2009) considera que por mucho tiempo se asoció esta designación con “virtudes” tales como el ser tolerante, obediente y sufrido,

pero también aparece como invistiendo a una persona que sufre sin quejarse. Aunque hasta el siglo XVIII ambos significados coexisten, poco a poco el mundo médico se fue apropiando de la palabra.

Con la aparición de los hospitales la palabra "paciente" se reservó para los que guardaban cama, además de obedecer a las regulaciones de los médicos. En el siglo XVIII los pacientes además de ser individuos enfermos, se convierten en categorías estadísticas necesarias en el manejo del Estado .

En el siglo XIX "pacientes" pasó a significar exclusivamente una persona que requería cuidado médico por sufrir un trauma o una enfermedad. Calificativo que coloca al enfermo en una posición de víctima que no hace más que debilitarlo.

Para Bordelois (2009) no es un azar que la palabra en su significado actual aparezca tardíamente justo en el momento del apogeo institucional de los hospitales y de la autoridad médica.

Lo planteado permite inferir la concepción epistemológica en salud que sustenta un profesional que emplea la designación de paciente. Al respecto Saforcada (2002) diferencia en las concepciones y prácticas en salud una posición clínica restrictiva y una posición salubrista expansiva.

La posición clínica restrictiva, desarrollada de fines del siglo XV a la fecha, se ocupa del individuo descontextualizado del medio social, sin considerar su ecosistema, sólo centrándose en explicar la enfermedad sobre la base de un marco teórico biológico, biopsicológico o psicológico.

La naturaleza del saber que estructura esta posición es monodisciplinaria o bidisciplinaria, el objeto de saber es la enfermedad, eje sobre el cual se centra la designación de "paciente" al cosificar o convertir en objeto al sujeto de su atención.

Esta posición restrictiva entiende la salud como la ausencia de enfermedad, instancia del proceso de la vida donde la designación de "paciente" no tendría cabida al no haber enfermedad, entendida como el escenario actual o potencial de la práctica médica.

La actitud que asume el médico efector ante la demanda es prescindir del contexto psicosociocultural y de las narrativas de la persona, centrándose sólo en la "verdad" de la teoría médica y en la vinculación que establece con los signos que percibe a través de lo que expresan los cuerpos de sus pacientes y su relación con sus teorías, que se transforman en un marco valorativo inapelable.

En virtud de lo desarrollado se hace imperante la problematización de la designación "paciente".

En los últimos años esta palabra a comenzado a emplearse como adjetivo, el término se usa para transmitir significados opuestos a la pasividad o a la obediencia, como se utilizaba desde posiciones clínicas restrictivas como la planteada. En la actualidad estas adjetivaciones se manifiestan en expresiones como: poder de los pacientes (patient-power), primero los pacientes (patient first), derechos de los pacientes (patient rights), responsabilidades de los pacientes (patient responsibilities) seguridad del paciente (patient safety), intereses colectivos de los pacientes (collective interests of patients) entre otros. Denominaciones provenientes de desarrollos y movimientos identificados predominantemente en América del Norte y Europa.

En Alemania, desde el Instituto de sociología médica Trojan (2008) realiza un estudio en el que considera a los pacientes como actores en el cambio social del sistema de cuidado de la salud. Entiende que el rol de los pacientes, a los que denomina "health care consumer" (consumidores de cuidados de la salud) está cambiando en el presente implicando un rol activo de participación en una Reforma de los Cuidados de la Salud (Health Care Reform) desde sus propios intereses. El autor investiga movimientos de pacientes activistas o participantes.

En esta línea Jones, Baggott y Allsop (2004) en Inglaterra denominan "health consumer groups" (grupos de consumidores de salud) a aquellos grupos de pacientes que están cada vez más involucrados en el proceso de las políticas de salud y de manera colectiva, desde un desempeño conjunto, se convierten en actores sociales influyentes asumiendo un papel clave en asegurar que la voz del paciente, usuario y cuidador de la salud sea oída en los procesos vinculados a políticas y programas en salud.

Abonando los desarrollos de esta perspectiva Baggott y Forster (2008) analizan los resultados de un Encuentro celebrado en Viena en 2006 con expertos de 10 países sobre las "Organizaciones de pacientes y consumidores de salud" en los sistemas de atención de salud Europeos. En el mismo se advirtió un aumento de estas organizaciones así como la creación de organizaciones de la alianza entre ellos. Sin embargo, destacan que no hubo consenso sobre si la aparición de estas organizaciones constituyó un nuevo movimiento social. Entre los obstáculos identificados por estas

organizaciones cabe mencionar el que reconocen en la fragmentación y el poder de los intereses más establecidos dentro del sistema de salud.

Buttigliero y Tirado (2012) denominan “asociaciones de pacientes” y analizan en ellas la idea de “esperanza” empleándola como una herramienta de acción cotidiana que se opone a la concepción neoliberal de la actividad biomédica y a la relación que se establece entre expertos de la salud y legos.

El escenario descrito da cuenta de un presente en el que la designación “paciente” ha quedado obsoleta por lo acotado que ella representa en contrapartida al rol protagónico y la activa injerencia que han ido asumiendo los usuarios en la atención de la salud.

Al respecto, en el contexto próximo indoamericano Bordelois (2009) insiste en que lo más peligroso de la denominación “paciente” es que oculta la realidad innegable de que en muchos casos no se trata de sujetos pasivos de sus enfermedades, sino agentes activos, resueltos y vigorosos de las mismas, tal como lo plantean los estudios mencionados (Jones et al., 2004; Trojan, 2008; Baggott y Forster, 2008; Buttigliero y Tirado, 2012).

En este sentido, el término paciente con sus limitaciones se ha extendido notablemente a través de un uso genérico propiciado, quizás, por su carácter altamente simbólico al implicar en sí mismo un proceso identitario, al otorgar significado a la identidad de un sujeto que se hace tratar en situación de enfermedad, más allá de que en la práctica de la consulta éste se desempeñe de manera pasiva o activa.

En relación con ello, se considera que esa connotación identitaria justifica su extenso uso al no imponerse, hasta el momento, un término superior que tenga la fuerza de poder reemplazarlo. Quizás, en la medida que el término pueda ser adjetivado con las características que asuma la persona enferma o no, representaría más cabalmente el contexto de situación de la misma.

Bordelois (2009) reclama que aun cuando sea difícil o utópico pensar en la erradicación de este término, es fundamental reflexionar sobre su sentido y recapacitar sobre la posibilidad de introducir nuevas imágenes que hagan hincapié en la autonomía que se debe ejercer en el cuidado del propio cuerpo.

Atendiendo ello, podría pensarse que una posibilidad sería denominar a los destinatarios de la

acción médica por el nombre propio, como algunos efectores suelen hacer. La idea de reconocer una identidad y una singularidad a través del nombre y apellido del usuario da cuenta de un registro del médico-médica hacia ellos, portador de una resignificación a la dignidad de la figura demandante de su atención.

Asimismo la tradicional denominación de paciente, como un sujeto de enfermedad, implica una concepción desde la cual un sujeto saludable no tendría motivos para requerir los servicios de un médico porque al carecer de malestar no sería objeto de su atención. En consonancia con esta deducción, la persona sana no sería “paciente”, sin embargo al igual que el enfermo, también puede requerir o demandar los servicios del médico.

De esta manera la palabra “paciente” empleada en la actualidad no refiere sólo a enfermo, sino también a las personas sanas que realizan una consulta médica. En este punto de la discusión y asumiendo la perspectiva de gestión positiva de la salud (Saforcada, 2001, 2002; Saforcada et al. 2010), basada en la protección y promoción, se considera que el término paciente resulta equívoco ya que no representa lo que en la realidad sucede. Es así como esta perspectiva comienza a demandar designaciones alternativas que representen a sujetos activos, sanos o enfermos, que buscan acceder a los servicios de atención de la salud.

En consonancia con ese planteo y con la interpelación de Bordelois (2009) sobre la necesidad de supresión del término paciente, se reflexiona desde la pedagogía de Paulo Freire, recreada al campo de la salud, desde la intencionalidad de dar emergencia a una construcción lingüística superadora al tradicional calificativo “paciente”.

Con este propósito se recurre a la idea freireana de un educando que, en el marco de su cognoscibilidad hacia el mundo, da lugar a la curiosidad y se desempeña “pacientemente-impaciente” (Freire, 1997) para re-significarlo en un proceso de construcción de conocimiento genuino. Se considera que esta expresión es susceptible de recreación a la denominación de un “consultante” que se caracteriza por ser pacientemente –impaciente.

Nótese que el constructo “paciente” se toma en el sentido de un sujeto que tolera un sufrimiento y que en la antítesis inmediata de “impaciente” lo reconoce y actúa, ambos paciente–impaciente se sintetizan desde una dialéctica de reflexión y acción que se concretiza en la praxis de un rol activo

y crítico.

El término consultante, que aquí se propone y que se viene desarrollando desde hace algunos años refiere a la persona que consulta. La Real Academia Española en su primera acepción entiende como consulta a la acción y efecto de consultar, y en la cuarta acepción la define como la acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado. Asimismo la idea de consulto (Del lat. *consultus*) refiere a sabio, docto. Por tanto son varios los elementos que ofrece la idea de consulta: la presencia de un consulto (la persona instruida, el médico/médica), la presencia de un consultante (aquel que busca ser atendido por el consulto –tradicionalmente llamado paciente-), la acción y efecto de la atención del consulto.

En este escenario se considera que la posibilidad de reflexionar sobre un consultante pacientemente-impaciente puede resultar interesante.

El consultante pacientemente-impaciente es un sujeto que reconoce minuciosamente su situación para su decodificación y posibilidad de transformación. En el análisis de su situación se caracteriza por su inclinación al desvelamiento de su realidad en salud, a la búsqueda de esclarecimiento de la misma.

El consultante pacientemente-impaciente es un sujeto curioso que manifiesta una inquietud indagadora como pregunta, verbalizada o no, al médico-médica.

Significa su vivenciar en salud o enfermedad como una realidad integrante del fenómeno vital asumiendo una actitud de alerta para poder transformarla. Esa curiosidad le permitirá al consultante la construcción de un conocimiento del objeto en salud o enfermedad que le acontece implicando su capacidad crítica de tomar distancia de él, de observarlo, de delimitarlo, de hacer su aproximación metódica, su capacidad de comparar con otras vivencias y experiencias, su capacidad de preguntar al profesional sobre él.

El consultante se caracteriza por su curiosidad insatisfecha, indócil, por su injerencia en su situación de salud- enfermedad y un compromiso que lo trasciende del plano individual al colectivo y que lo involucra en actividades de participación, gestión y defensa de los derechos en salud.

Lo planteado permite advertir cómo la designación consultante se inscribe en una posición salubrista expansiva (Saforcada, 2002) respecto a las concepciones y prácticas en salud.

La posición salubrista expansiva se desarrolla a partir del siglo XVII y explica los fenómenos emergentes del proceso de salud-enfermedad partiendo de la idea de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales.

En este sentido, considera al ser humano como una entidad biopsicosociocultural y económico-política. Su sistema conceptual es multidisciplinario al considerar todas las disciplinas que aportan a la comprensión de la dinámica de la vida humana, su objeto de saber es el proceso de salud-enfermedad, concibiendo la salud como el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función del contexto psicosociocultural y económico-político que se trate.

La posición científico técnica que asume incorpora marcos teóricos de todas las disciplinas que dan cuenta del devenir de la vida humana y su dinámica sociocultural, su hipótesis etiológicas son integrales.

El escenario de la práctica (lejos de hallarse en el nicho de la enfermedad del “paciente” como lo es en la posición clínica restrictiva) es el ser humano en su instancia relacional, como consultante activo, promotor y autogestor de su salud que se relaciona con un efector cuya actitud es fundamentalmente dialógica, prosocial y orientada a la horizontalidad del encuentro de saberes desde una posición relativista cultural que le permite considerar los marcos referenciales basados en los saberes legos y populares de los consultantes y en relación con el contexto psicosociocultural en el que actúa.

Sintetizando: lo planteado hasta aquí pretende exhortar a los profesionales de la salud a problematizar y desnaturalizar las designaciones y/o calificativos que imperan en sus prácticas para nombrar a los usuarios, incorporando designaciones alternativas propias de escenarios de una prosocialidad promotora de simetría, horizontalidad y proximidad entre efectores y usuarios activos, sustentados por posiciones epistemológicas y axiológicas que den cuenta de concepciones salubristas expansivas. El debate conceptual esta dado, se abre el juego a repensarlo, pero más intencionadamente a recrearlo en las prácticas cotidianas de atención y relación con los “consultantes”, traspasando incluso a la propia práctica médica desde aquellas disciplinas como la psicología y otras ciencias de la salud que se vinculan con usuarios “consultantes”.

## DISCUSIÓN

### Desafíos de los consultantes para la autogestión en el primer nivel de atención y la salud comunitaria

Lo planteado en este trabajo se inscribe en el actual paradigma de Salud Comunitaria, dentro del campo de la Salud Pública, cuyo aspecto distintivo es que su eje principal pasa por la gestión de salud positiva, por consiguiente cuando se piensa en usuarios como consultantes se piensa en sujetos que se posicionan desde esta perspectiva para intervenir tanto en el Primer Nivel de Atención de la Salud como en la Salud de sus Comunidades. Desde esta perspectiva se entiende que:

La salud es un proceso extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida (Saforcada, 2013, p.3).

Al comprender al proceso de salud como un proceso ecosistémico que implica la vida misma donde el ser humano es esencialmente social y donde la instancia de trabajo inicial con relación a la salud es las familias y desde ellas la comunidad, las designaciones "pacientes" o "usuarios" quedan obsoletas.

En relación con ello, este trabajo ha manifestado cómo, aun en la actualidad imperan designaciones insuficientes y modos de trato pronominal desiguales en la relación médico-usuarios, al tiempo que ha propuesto como desafío su problematización y la necesidad de transitar a nuevos escenarios, no simplemente vinculados a calificativos sociolingüísticos y contextuales, sino también intersubjetivos, en aras de tratamientos de horizontalidad.

Pudo advertirse que muchas veces lo que se dinamiza en los encuentros efectores-usuarios da cuenta de una notable variabilidad e inestabilidad en los modos de trato. Estos escenarios orientan a pensar, esperanzadamente, que, más allá de las posibilidades de inseguridad lingüística de los interlocutores respecto al modo adecuado de

relacionarse, probablemente en la actualidad se esté iniciando una transformación en el tratamiento pronominal, en la designación a los usuarios de la salud, que tendrá impacto en el plano de lo interpersonal orientado hacia comportamientos y actitudes dialógicas y prosociales que contribuirán a una redefinición de las tradicionales relaciones entre médicos / consultantes.

Si bien se trata de un escenario que aún no ha alcanzado una estabilidad que se decante por un uso más informal, horizontal y próximo de trato, será fundamental analizar el papel que asuman los médicos como profesionales de la salud, dado que al ser los responsables de un uso extendido del "vos" para referirse a sus consultantes, de cara a un otro que trata de "usted" o impersonalmente, deberán propiciar un tratamiento análogo orientado a la promoción de semánticas y praxis de horizontalidad.

Asimismo se considera que la posibilidad de designar a los usuarios como "consultantes" les confiere a éstos derechos sociales y en salud pero también deberes, responsabilidades sociales y autorresponsabilidades.

Con esto se hace referencia al hecho de ganar injerencia y lograr participación en las cuestiones, decisiones y acciones que hacen a su propia salud. Se trata de consultantes que se implican en la gestión de salud positiva ocupándose y atendiendo, con el mayor compromiso, eficacia y eficiencia posible, la enfermedad evitable de ellos y sus familias, en un contexto donde la misma está "incentivada por las estrategias de marketing del complejo industrial corporativo y donde los gobiernos, en todas sus jurisdicciones, gestionan enfermedad" (Saforcada, 2013).

Así las cosas los consultantes aparecen como sujetos que construyen ciudadanía erigiéndose como "fuerza salubrista de las comunidades", como recursos humanos con fuerte sentido social cuyas acciones se orientan a hacer disminuir, hasta su virtual desaparición, toda la enfermedad totalmente evitable de modo de liberar recursos para poder destinarlos a la promoción de la salud o bien a la atención responsable de la enfermedad inevitable.

Promover una nueva designación al tiempo que asumirla, por parte de los ciudadanos consultantes, conlleva a influir, no sólo en el Primer Nivel de Atención de la Salud, sino también en las propias comunidades, dado que en la autogestión en salud positiva de ellos radica la posibilidad de con-

tribuir a generar en sus comunidades capacidad específica instalada para la resolución de distintos problemas o el abordaje de distintas necesidades en salud que permitan prescindir del “recurso humano académico” o del Estado a través del profesional universitario.

Ello los implica en un proceso de promoción de las condiciones para que las mismas comunidades construyan poder y desarrollen una capacidad resolutoria de sus propias situaciones en salud.

### Articulación

Llegada esta instancia de cierre interesa reflexionar sobre el sentido que sus aportes adquieren, no sólo como un avance teórico, sino precisamente en relación con aquellos niveles vinculados al uso de este conocimiento producido.

Identificadas las dificultades relacionales en el encuentro médico-usuario caracterizado por la asimetría en el tratamiento pronominal, la designación de “pacientes” a los usuarios, la presencia de situaciones de extensión, unidireccionalidad y cosificación a éstos, se proponen posibles elementos para su superación en el contexto estudiado.

En este sentido, pensar en líneas a futuro que se derivan del estudio realizado resulta una tarea que se hermana con el espíritu esperanzado del análisis efectuado y que se proyecta de los interrogantes: ¿Cómo pensar la articulación social de los aportes de este estudio? ¿Cómo podría re-significarse la experiencia y el análisis desarrollado en relación a temas y contribuciones futuras a la psicología sanitaria y de la salud?

Responder a estos interrogantes supone fijar un anclaje coyuntural de la investigación realizada.

Se considera que el psicólogo sanitario junto con pedagogos y educadores de la salud son los profesionales adecuados para dar respuestas alternativas y superadoras a la compleja situación que presenta por estos días la relación médico/médica-consultante.

Siguiendo una perspectiva epistemológica que contempla a ambos componentes del sistema de salud, formal e informal, médicos y consultantes, entendiéndolos como sujetos productores de conocimiento desde lo que Vasilachis (2003, p. 21) considera la “epistemología del sujeto cognoscente”, donde ambos son protagonistas en la cons-

trucción de conocimiento de su propia realidad, y enmarcados metodológicamente en el paradigma de la investigación-acción-participativa (Lewin, 1946, 1948 -en Montero, 2006-; Freire, 1974; Fals Borda, 1985, 1987, 1998; Elliott, 1991; Kemmis, 1998; Montero, 2006, entre otros) se piensa que el psicólogo sanitario podría:

- Realizar un análisis situacional de la problemática relacional concreta entre médicos y consultantes, identificando los puntos críticos de la misma.
- Diseñar estrategias ajustadas para intervenir en los puntos detectados en pos de la mejora y optimización de la relación/comunicación/interacción entre médicos y consultantes,
- Intervenir mediante acciones directas y/o asesorías a un médico/médica puntual o grupo de profesionales, así como a consultantes y/o grupo de consultantes,
- Desarrollar programas de formación y entrenamiento en comportamientos relacionales dialógicos y prosociales para médicos, consultantes y trabajadores de la salud en general,
- Desarrollar talleres de reflexión y problematización para médicos sobre la realidad micro y macro contextual que incide en la relación,
- Desarrollar talleres de reflexión y socialización a médicos en torno a sus propias prácticas profesionales en Centros de Atención Primaria de la Salud.
- Desarrollar talleres de acompañamiento para grupos de médicos que requieran de espacios de contención psicoafectiva con motivo de desarrollar sus prácticas en contextos complejos (situaciones de catástrofe, marginalidad y pobreza extrema, condiciones de precariedad laboral, entre otros),
- Desarrollar talleres para consultantes de acuerdo a temáticas, intereses, necesidades e inquietudes propias por ellos definidas en torno al encuentro relacional con el médico/médica.

Seguramente este listado resulte acotado a la multiplicidad de demandas y a la posibilidad de repercusión en nuevas líneas de acción que pueden realizarse en torno a la mejora de la relación médico/médica-consultante, el mismo permanece abierto, susceptible de ser repensado y discutido a los fines de ajustar el ejercicio y el perfil del psicólogo sanitario que se desempeñe propiciando relaciones interpersonales en el marco del Primer Nivel de Atención de la Salud y de la Salud Comunitaria actual.

## REFERENCIAS

- Almeida, M., Rodríguez, J., & Morín A. (2006). Pro-nombres de trato y clase social en una comunidad canaria. *Revista de Filología*, 24, 11-24.
- Baggott, R., & R, Forster. (2008). Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis. *Health Expectations. International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 11, 85-94.
- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Buttigliero, S., & Tirado, F. (2012). La esperanza y las nuevas asociaciones de pacientes en biomedicina: entre el neoliberalismo y la resistencia. *Papeles del CEIC*, 86, 1-29.
- Elliott, J. (1991). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Escotorin, P., & Roche, R. (Eds.). (2011). *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas*. Barcelona: Fundación Martí L'Humà.
- Escotorin, P., Juárez, M.P., Cirera, M., & Roche-Olivar, R. (2011). La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes. En P. Escotorin, & R. Roche (Eds.), *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas*. (pp. 22-36). Barcelona: Fundación Martí L'Humà.
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular*. Bogotá: Siglo XXI-Punta de Lanza.
- Fals Borda, O. (1987). The application of participatory action-research in Latin America. *International Sociology*, 2, 329-347.
- Fals Borda, O. (1998). *Investigación Participativa*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Gwyn, R. (2002). Power, asymmetry and decision making in medical encounters. En R, Gwyn. (Ed.), *Communicating health and illness*. (pp. 61-91). Londres: SAGE Publications.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Izquierdo C. (1996). *La reunión de profesores. Participar, observar y analizar la comunicación en grupo*. Barcelona: Paidós.
- Jones, K., Baggott, R., & Allsop, J. (2004). Influencing the national policy process: the role of health consumer groups. *Health Expectations. International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 7, 18-28.
- Kemmis, S. (1998). *Cómo planificar investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Montero, M. (2006). La investigación-acción participativa: aspectos metodológicos. En M, Montero (2006), *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria* (pp. 159-197). Buenos Aires: Paidós.
- Morín, A. (2002). *Actitudes lingüísticas y formas pronominales de trato. Nuevas tendencias en la investigación lingüística*. Recuperado de: <http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/447>
- Morín, A., & Almeida, M. (2000). Formas pronominales de trato en las Palmas de Gran Canaria. *Philologica Canariensis*, 6, 59-72.
- Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudio de caso en la investigación sociológica. En: I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- OMS. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Organización Mundial Para la Salud. Recuperado: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- Roche, R. (2010). *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

- Saforcada, E. (2013). *Programa del Curso de posgrado: Pobreza, salud y vida comunitaria*. 27, 28 y 29 de mayo de 2013. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto. Manuscrito no publicado.
- Saforcada, E., de Lellís, M., & Mozobancyk., S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y Práctica*. Madrid: Morata.
- Solano Rojas, Y. (1995). Las formas pronominales: vos-tu-usted en Costa Rica. Análisis de una muestra. *Pensamiento Actual*, 1, 44-57.
- Stake, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Enraizada*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Trojan, A. (2008). *Health consumer and patient groups as participants in health Systems Development*. International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities. (pp. 92). Lisboa, Portugal.
- Vasilachis, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.

