

Título de la ponencia:

***El obstáculo del “paciente”.***  
**Denominaciones para el encuentro de sujetos en la Atención de la Salud.**

**Dra. María Paula Juárez**

mpaulajuarez@gmail.com

CONICET-Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina

**Mesa de trabajo 13:** El obstáculo del sujeto

### **Presentación**

El trabajo 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 (Juárez, 2012).

Se parte de considerar como obstáculo la implementación del tradicional y habitualmente utilizado término “paciente” empleado como categoría universal por los profesionales de la salud en la relación para referirse a sujetos que ellos consideran como padecientes y pasivos, que concurren por su atención y se hacen tratar en situación de enfermedad.

Este trabajo intenta reconocer algunas consecuencias que representa su implementación acompañada de tratamientos pronominales asimétricos y comportamientos profesionales extensionistas o depositarios.

Como contrapartida, desde la experiencia realizada se problematiza la noción de “paciente” y se avanza en la construcción de una designación alternativa y superadora que significa a los usuarios como “consultantes” tomando los aportes de la pedagogía crítica de Paulo Freire al promover el reconocimiento de la dimensión subjetiva de los usuarios.

Se propone la designación “consultante” por referir a un sujeto que significa su vivenciar en salud o enfermedad como una realidad integrante del fenómeno vital asumiendo una actitud crítica y reflexiva sobre la misma para poder transformarla. Se lo caracteriza por una curiosidad insatisfecha, indócil, por su injerencia en el conocimiento de su situación y un compromiso que lo trasciende del plano individual al colectivo y que lo involucra en actividades de participación, autogestión y defensa de los derechos en salud.

Atendiendo a lo planteado se estructura el trabajo en tres secciones: 1) Inicialmente se analizan las concepciones que los médicos utilizan para referirse a los usuarios destacando la designación de “paciente” y su vinculación a un tipo de trato pronominal que propicia la asimetría como dos de los obstáculos actuales que se dinamizan en el Primer Nivel de Atención de la Salud. 2) Seguidamente se propone y desarrolla la designación consultante como alternativa lingüística superadora a estos obstáculos. 3) Finalmente se analiza su aporte a la promoción de la autogestión en salud positiva en el Primer Nivel de Atención.

## **1. Acerca de “obstáculos” intersubjetivos en la Atención Primaria de la Salud**

Este apartado analizará lo que se considera como dos de los obstáculos que se erigen como trabas o impedimentos para una relación satisfactoria entre médicos y usuarios. En primer lugar se considerará la preeminencia en el empleo de la designación “pacientes” desde los médicos, para seguidamente reflexionar sobre la prevalencia de un modo de tratamiento pronominal asimétrico observado en las relaciones intersubjetivas de consulta en el Primer Nivel de Atención de la Salud entre los profesionales y los usuarios.

### **1.1 Las denominaciones que los médicos emplean para referirse a los usuarios como primer obstáculo...**

Los calificativos que los profesionales médicos utilizan para referirse a las personas que atienden desde su profesión dan cuenta de las concepciones teórico-conceptuales que poseen para designar la persona del usuario de los servicios que ellos prestan.

En el estudio realizado (Juárez, 2012) los médicos y médicas pediatras mencionaban:

*C2: ... los médicos desde que empezamos la facultad los denominamos pacientes cuando están en el consultorio, sujeto cuando uno quiere hacer un informe... en pediatría que hay un vínculo más importante, lo denominamos niño... con nombre y apellido... todo depende del lugar de acción... (51:58. P10:2. Entrev. C2).*

*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).*

En el primer fragmento el médico llama a las personas que atiende desde su profesión considerando una diversidad de contextos en los que podría referirse a ellos. Alude a que en el marco de la atención de consultorio los llama pacientes. En los fragmentos siguientes la profesional emplea la denominación “pacientitos” al considerar el momento evolutivo de la infancia en el que ellos se encuentran, no obstante expresa llamarlos por el nombre propio por una cuestión de respeto.

Luego hace una crítica al uso de esta designación entendiendo que desde un modelo “médico hegemónico” se ha extendido siendo un término incuestionado en la jerga médica. Lo identifica a la persona que espera pacientemente ser atendido.

Si bien se advierte por parte de estos médicos atisbos en el empleo de designaciones alternativas como el nombre propio, se evidencia una tendencia generalizada por la designación “paciente” para referirse a las personas que requieren su atención. Véase, en lo que sigue como esta designación generalizada se asocia a un habitual tratamiento pronominal asimétrico imperante en la práctica médica en los últimos años.

## 1.2. El tratamiento pronominal asimétrico en la relación médico- usuario como segundo obstáculo...

En cualquier comunidad los hablantes se valen de diversos recursos lingüísticos para denotar aspectos sociales referentes a la interacción. Los pronombres de trato usados (tú/vos/usted) ponen en relación componentes sociales, culturales y emocionales. De ahí que expresen significados no sólo lingüísticos, sino también socioculturales y emocionales tales como la deferencia, la cortesía, el respeto, la intimidad, la formalidad, la solidaridad, etc. (Morin y Almeida, 2000, Morín, 2002; Almeida, Rodríguez, y Morín, 2006).

El significado lingüístico de estos pronombres es lo que los hace adecuados en unas situaciones y en otras no. Mientras que “tú o vos” –en nuestro país– designa al individuo más próximo al emisor (forma preferida en contextos de proximidad social y afectiva) usted, designa al individuo más alejado del emisor siendo la forma empleada cuando los hablantes manifiestan distancia social (Friedrich citado en Almeida et al., 2006).

En este plano, sobre un total de 283 consultas observadas en el estudio realizado (Juárez, 2012) se advirtió la prevalencia de un tratamiento pronominal asimétrico observado en las relaciones de consulta entre profesionales y usuarios. Los pediatras emplearon el “vos” para referirse a la madre usuaria en un 84% de las consultas y en un 10% emplearon el “vos” y “nombre propio”. El siguiente fragmento da cuenta de ello:

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).

Por su parte, las madres emplearon el “usted” para referirse al médico o 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”. El siguiente fragmento ejemplifica lo mencionado

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).

Algunos intercambios pronominales asimétricos entre médicos y madres 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).

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.

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, entendida como un acto de imposición y depósitos de significados sobre un usuario que es cosificado (Juárez, 2012) la asimetría emerge como característica casi 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.

Atendiendo a lo planteado hasta aquí se considera que la cuestión del ejercicio del poder por parte del médico en la relación 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, sino que ese ejercicio de poder menoscabante del otro tiene efectos muy negativos en la salud de los usuarios y en la evolución de sus enfermedades, dado que afecta dos cuestiones:

- El trato autoritario genera rechazo y esto redundaría en no adhesión a los tratamientos promoviendo, por lo contrario, la concurrencia de factores no legalizados de la salud, el consumo de remedios caseros, la automedicación etc.
- Efectos agravantes que podrían deprimir su sistema inmunológico, poniendo en riesgo su salud.

Ferrara (1985) entiende que el encuentro del médico se presenta ejerciendo una autoridad que difícilmente está dispuesto 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.

Gwyn (2002) considera que la práctica médica emplea un discurso determinado, casi exclusivamente, por el modelo biomédico, desde el momento de la consulta lo que se impone es la “voz de la medicina”, cualquier contribución realizada desde el “mundo de la vida”, el de los usuarios, 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.

*Recapitulando:* Lo analizado da cuenta de un ejercicio de poder que determina asimetría en la relación médico-usuario, postura arraigada quizás en muchos profesionales que no han podido transitar a la problematización de sus comportamientos que por tradición imperan en los consultorios de la medicina occidental en los últimos años.

## **2. Hacia denominaciones posibilitadoras de encuentro. Los “consultantes” en la Atención Primaria de la Salud**

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 posibilitadores de otras realidades vinculares.

Este apartado intenta continuar con la desnaturalización de las designaciones que los profesionales emplean para referirse a sus usuarios y proponer denominaciones alternativas para promover un futuro inmediato sustentado en relaciones de mayor horizontalidad y dialoguicidad entre médicos y usuarios.

Se ha advertido aquí que la forma más habitual de referirse a sus usuarios, por parte de los médicos es la de “pacientes”, al respecto Bordelois (2009) plantea que la palabra paciente en latín expresa la idea de soportar las dificultades y la adversidad, de allí descende a las lenguas romances y así el inglés la toma del francés en el siglo XIV.

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 como: 1. Que tiene paciencia. 2. Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. 3. Persona que recibe la acción del verbo. 4. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. 5. 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 y obediente pero también aparece como invistiendo a una persona que sufre sin quejarse. Hasta el siglo XVIII ambos significados coexisten, y paulatinamente el mundo médico se fue apropiando de la palabra.

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.

Lo planteado permitiría inferir que la concepción epistemológica en salud subyacente a un profesional que emplea la designación de paciente está ligada a una posición clínica restrictiva (Saforcada, 2002) que se ocupa de un individuo descontextualizado del medio social centrándose en explicar la enfermedad sobre la base de un marco teórico biológico, biopsicológico. 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. 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.

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.

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.

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 latinoamericano 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.

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 la persona sana, también podría requerir de los servicios del médico para saber o atender a sus sugerencias de cómo mantenerse sano.

En este punto de la discusión y asumiendo la perspectiva de gestión positiva de la salud (Saforcada, 2001; 2002; Saforcada, de Lellís y Mozobancyk, 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. 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 se viene desarrollando desde hace algunos (Juárez 2012, 2013) 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 su situación para su decodificación y posibilidad de transformación. En este análisis 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 no sólo por su injerencia en su situación de salud-enfermedad sino por 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) en salud que entiende que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales. En el escenario de la práctica el ser humano en su instancia relacional, como consultante activo, promotor y autogestor de su salud 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.

### **3. Ultimas reflexiones**

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.

La perspectiva aquí trabajada se inscribe en el actual paradigma de Salud Comunitaria (Saforcada et al., 2010), 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 comprende 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, de esta manera las tradicionales designaciones “pacientes” o “usuarios” quedan obsoletas.

La nueva posibilidad de designar a los usuarios como “consultantes” exige atender a dos aspectos:

- Por un lado el papel que asuman los médicos quienes por analogía al trato que dispensan deberían propiciar un tratamiento equivalente orientado a la promoción de semánticas y praxis de horizontalidad.
- Por el otro el papel que asuman los mismos consultantes dado que la nueva designación les confiere a éstos derechos sociales y en salud pero también deberes, responsabilidades sociales y autorreponsabilidades vinculadas al hecho de ganar injerencia y lograr participación en las cuestiones, decisiones y acciones que hacen a su propia salud.

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.

## Referencias

- Almeida, M., Rodríguez, J., & Morín A. (2006). Pronombres de trato y clase social en una comunidad canaria. *Revista de Filología*. 24, 11-24. Recuperado de: <http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/912>
- 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. Recuperado de: <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/86.pdf>

- Definición de consulta. RAE. Real Academia Española. Recuperado de:  
[http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=consulta](http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=consulta)
- Definición de consultante. RAE. Real Academia Española. Recuperado de:  
[http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=consultante](http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=consultante)
- Definición de Paciente. RAE. Real Academia Española. Recuperado de:  
[http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=paciente](http://buscon.rae.es/draei/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=paciente)
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- 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). London: SAGE Publications.
- 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 (1), 18-28.
- Juárez, M.P (2012). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica*. Tesis de Doctorado en Psicología (No publicada). Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- Juárez, M.P. (2014). De pacientes a consultantes. Designaciones para la autogestión en la Atención Primaria y la Salud Comunitaria. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Vol. 6. ISSN 2250-5504.
- Morín, A. (2002). Actitudes lingüísticas y formas pronominales de trato. *Nuevas tendencias en la investigación lingüística*. 571-580. 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 Canariensian*. 6 (7), 59-72. Recuperado de:  
<http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/4014>

- 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., de Lellís, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Trojan, A. (2008). Health consumer and patient groups as participants in health Systems Development. Conference Program: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. (pp. 92). Lisboa, Portugal.