

EXTENSIÓN VS. COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA. REFLEXIONES Y APORTES.

Enviado: 22/06/2013 | Aceptado: 03/01/2014

Autor: Dra. Juárez María Paula

Institución: Universidad Nacional de Río Cuarto. CONICET

Email: mpaulajuarez@gmail.com

Resumen. Este artículo analiza los intercambios comunicacionales que se establecen entre médicos pediatras del primer nivel de atención de la salud, con madres de sectores populares, orientados por los planteos de la salud comunitaria y la pedagogía de Paulo Freire.

Para ello, se consideran los aportes de una investigación cualitativa basada en el estudio de casos que permitió la observación de la actividad en los consultorios de cuatro médicos de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba).

En este escenario las dinámicas advertidas asumen prácticas extensivas en oposición a las comunicativas. La extensión refiere a un proceso de imposición en el que el médico se considera a sí mismo como poseedor de un conocimiento académico y profesional en función del cual da indicaciones al consultante, generando asimetría en la relación. Como contrapartida, la comunicación refiere a un médico que promueve intencionalmente un intercambio intersubjetivo con el consultante, partiendo de la horizontalidad que considera a ambos como sujetos cognoscentes que construyen nuevo conocimiento -crítico y objetivado- sobre salud, que partiendo de marcos conceptuales diferentes convergen de manera dialógica a la construcción de conocimiento compartido.

En este marco el médico asume o puede asumir un rol de educador popular y de pedagogo en salud comunitaria al reflexionar sobre los procesos comunicativos y formativos que se dan en la consulta, así como su rol en la promoción de la autogestión de la salud por parte de las comunidades.

Atendiendo a ello, este artículo se organiza en cinco secciones: inicialmente se realiza una contextualización de la perspectiva asumida, seguidamente se presentan las prácticas extensivas y luego las comunicativas, posteriormente se desarrolla la perspectiva del médico como educador, para finalizar con reflexiones y prospectivas sobre la temática tratada.

Palabras clave: Extensión, Comunicación, Salud comunitaria, Relación médico-consultante, Pedagogía de Paulo Freire.

Abstract

This article analyzes the communication exchanges established between pediatrician's first-level health care, with mothers of popular sectors, guided by the proposals of community health and the pedagogy of Paulo Freire.

To do this, we consider the contributions of qualitative research based on case studies that allowed the observation of the activity of four pediatricians in the city of Rio Cuarto (Cordoba).

In this scenario the dynamics warned assume extensive practices as opposed to communication. The extension relates to a process of taxation in which the physician considers himself as having a knowledge built in academy and professional practice in terms of which then allows the consultant, creating asymmetry in the relationship. In return, the communication refers to a physician who intentionally promotes an intersubjective exchange with the consultant, starting from the horizontal which considers both as knowing subjects that build new knowledge-critical health-objectified, starting from different conceptual frameworks converge dialogically to the construction of shared knowledge.

In this framework, the physician assumes or may assume a role of educator and popular community health educator to reflect on the communicative processes and training given in the consultation and its role in promoting self-management of health by communities.

On this basis, this article is organized into five sections: initially, a contextualization of the assumed perspective, is made, then, extensive and communicative practices are presented, then subsequently, the physician's perspective as an educator, is developed, to end with reflections and prospects on the subject matter.

Key words: Extension, Communication, Community Health, physician-consultant, Pedagogy of Paulo Freire.

PRESENTACIÓN

Desde hace algunos años el encuentro entre los médicos/médicas y las poblaciones ha asumido características que los distancian, lejanos a la posibilidad de convergencia desde un encuentro humano intersubjetivo, dialógico y prosocial.

Diversos aspectos han favorecido esta situación en un escenario de salud caracterizado por: una concepción clínica-restrictiva con que se forma a los futuros médicos a quienes se entrena de manera “antiempática” (Tajer, 2012); un sistema público de salud que presenta condiciones de precariedad laboral para sus trabajadores; un recorte de los tiempos de atención vinculado a la retribución *per cápita*¹ que reciben los médicos por la atención de consultorio.

Ello, sumado a las características que presenta el ámbito de atención privada como: el avance de los grandes corporativismos biomédicos, el protagonismo exclusivo de las nuevas tecnologías en detrimento del diálogo, el predominio del individualismo, el éxito, el lucro y la competencia como “valores” que rigen a algunos profesionales. Mientras que, en el otro extremo de este escenario, se encuentran las poblaciones, a las que les sigue costando acceder, no sólo geográfica sino simbólica y culturalmente, a los servicios de atención de la salud.

Vinculado a esta realidad, diversos autores han reconocido la complejidad de la problemática manifiesta en la relación entre médicos y consultantes², adquiriendo la misma denominaciones como: barrera psicosociocultural (Saforcada, 2001, 2002); rotura comunicacional o “metáfora devaluada” (Heggenhoug, 1991 citado en Kalinsky y Arrúe 1996); dualidad vincular de tinte verticalista (Emmanuelle, 1998); choque de creencias (Kalinsky y Arrúe 1996, p. 261); lógica del paréntesis o *branching logic* (Erzinger, 1991 citado en Kalinsky y Arrúe 1996, p. 260); relación inclusiva de desigualdad social (Mendoza González, 1999); vinculación inquietante (Ferrara, 1985); encuentro insatisfecho (Thompson 1990, p.33), *spiralling down* o espiral abajo (Fuller y Quesada, 1973, citados en Thompson 1990, p.33), conflicto de lucha de voces (Mishler, citado en Gwyn, 2002), entre otras.

Se hace apremiante analizar y reflexionar sobre lo que sucede en esta relación, reconociendo los obstáculos que se instauran en ella provocando rasgos favorecedores de prácticas deshumanizadas en la atención de la salud, con el consiguiente efecto negativo que éstas podrían tener en la generación de actitudes negativas de la población hacia los médicos y médicas, sus saberes y sus prescripciones, como así también la pérdida de oportunidades para propender al desarrollo salubrista de la población.

En este sentido, el análisis de la situación, permitirá elaborar propuestas alternativas orientadas a humanizar o profundizar la humanización de las prácticas médicas antes que la barrera psicosociocultural genere efectos neutralizadores del potencial positivo que poseen los servicios de salud pública, al tiempo que licue los esfuerzos que hace el país en su inversión económica hacia el sector salud.

¹ Se trata de una modalidad tradicionalmente empleada en el subsistema privado de atención de la salud (prepagas y seguridad social) que ha comenzado a advertirse también en la atención pública. En este sentido, la investigación a la que se hace mención en este trabajo, se basó en el desempeño de cuatro médicos públicos que recibían una retribución del municipio acorde a la cantidad de personas atendidas, y no a un sueldo estipulado.

² Empleo la designación “consultante” en reemplazo al tradicionalmente utilizado “paciente” dado que este último refiere a un sujeto pasivo que se hace tratar en situación de enfermedad. Sin embargo, en la actualidad también la persona sana demanda los servicios del médico, quedando la palabra “paciente” obsoleta. La erradicación del término se hace imperante junto con el planteo de designaciones alternativas, en este sentido, la pedagogía freireana abre la posibilidad a su problematización y a la emergencia a una construcción lingüística superadora. La idea 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), se recrea a la denominación de un *consultante pacientemente –impaciente*. El constructo paciente se toma en el sentido de un sujeto que tolera un sufrimiento y que en la antítesis inmediata de impaciencia lo reconoce, desde un rol activo y crítico. Se trata de un sujeto que significa su vivir en salud o enfermedad como una realidad integrante del fenómeno vital asumiendo una actitud de alerta para poder transformarla. Se caracteriza por una curiosidad insatisfecha, indócil que le permitirá la construcción de un conocimiento de esa situación que promoverá su injerencia en su situación 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.

Atendiendo a ello, este artículo analiza la relación médico-consultante tomando como fundamentos a los planteos de la psicología de la salud, de la psicología sanitaria, la salud comunitaria y la pedagogía freireana.

La psicología sanitaria (Saforcada, 2001, 2002; de Lellís, Álvarez González, Rossetto y Saforcada, 2006; Saforcada, de Lellís y Mozobancyk, 2010) así como la psicología de la salud (Morales Calatayud, 1999) plantean, entre sus intereses teórico-prácticos, el estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso de salud-enfermedad y de la atención de la salud interesados por los procesos psicológicos y las circunstancias interpersonales manifiestas en la prestación de estos servicios.

Por su parte, la salud comunitaria es un paradigma que sitúa como componente principal a la comunidad (comunidades rurales, urbanas y periféricas de los sectores más pobres, desposeídos y marginados, así como de los pueblos originarios de nuestra indioafroiberoamericana³) ocupando el equipo de salud un lugar de colaborador o participante. Su trabajo se orienta a la gestión de la salud positiva basado en una epidemiología positiva. La incorporación de este paradigma al quehacer de la salud, implicará: que la protección y promoción de la salud de las comunidades asuman un lugar destacado en el quehacer profesional, que las universidades formarán profesionales y técnicos fundamentalmente en *higiología* (teoría de la salud), que los gobiernos comenzarán a preocuparse por reducir muy significativamente la carga actual de la enfermedad pública o artificial. En este escenario, el concepto de proceso de salud será contextualizado en forma integrativa con el *buen vivir* de las tradiciones indígenas de Abya Yala, en oposición del al *vivir mejor* del capitalismo.

Este nuevo paradigma plantea un desafío a los profesionales de la salud, vinculado a asumir una actitud de apertura hacia la construcción compartida de conocimientos en salud, aprendiendo por medio de un trabajo participativo con las comunidades.

En este sentido la psicología y la medicina, sometidas durante mucho tiempo a la hegemonía del modelo clínico-asistencial, comienzan a aproximarse a las comunidades promoviendo una flexibilización de sus estructuras cognitivas para reconocer las cualidades intrínsecas del proceso de la vida expresado desde los saberes populares (Saforcada, et al. 2010).

En este marco, cabe a los psicólogos y médicos la responsabilidad de fortalecer a las poblaciones y trabajar mancomunadamente con otros profesionales de las ciencias sociales, particularmente con quienes provienen del campo de la educación, la pedagogía y la psicopedagogía. En la misma línea, “es nuestra obligación empeñar esfuerzos para ayudar a nuestros colegas médicos a que logren procesos exitosos de inmersión en las comunidades cambiando su paradigma, de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de co-construcción de la salud comunitaria” (Saforcada et al. 2010, p.56).

Atendiendo a lo planteado, desde hace algunos años se han orientado trabajos (Juárez, 2009, 2010, 2012; Escotorin, Juárez, Cirera y Roche 2011) a la búsqueda de herramientas que contribuyan a humanizar y optimizar la relación de los médicos con las comunidades consultantes. Puntualmente he recurrido a la Comunicación de Calidad Prosocial (Roche, 2010) y a la Pedagogía de Paulo Freire (1921-1997), perspectiva a la que aquí me referiré.

La aproximación a la pedagogía freireana para la comprensión de la relación médico-consultante y para pensar en alternativas para su humanización, plantea un aporte en un doble sentido. Por un lado, al ser una perspectiva crítica que denuncia toda forma de dominación, de opresión, de asimetría en las relaciones humanas, lo que nos ofrece las herramientas para comprender la dinámica de la problemática médico-

³ Tomo este concepto acuñado por el escritor mexicano Carlos Fuentes (1970, citado en Saforcada et al., 2010, p. 19) para reemplazar el de Latinoamérica o América latina que, desde una perspectiva colonialista o eurocentrista deja afuera a los pueblos originarios de la región y a las grandes masas poblacionales ya naturales de la región pero de origen africano.

consultante. Por el otro, al plantear una dimensión utópica, reconoce en los sujetos históricos su posibilidad de transformación de la realidad desde un conocimiento crítico y objetivado de la misma a partir de proyectos colectivos y liberadores en el ámbito de lo popular y lo público.

Recuperar esta visión esperanzada nos permitirá significar la posibilidad de transformación para la humanización de una relación médico-consultante.

En lo que sigue, el artículo se estructura en cuatro apartados, inicialmente se analizará a la extensión como mecanismo que promueve la asimetría en la relación entre los médicos y las comunidades consultantes, seguidamente se desarrollará la comunicación como encuentro intersubjetivo en el que sus protagonistas se orientan a la construcción de conocimientos compartidos en salud. Posteriormente se analizará el rol del médico como pedagogo en las consultas y educador popular en el ámbito comunitario. Finalmente se realizarán reflexiones en torno a la humanización de la relación como un inédito viable freireano y se plantearán prospectivas de la temática tratada.

El artículo se organiza bajo una modalidad que permitirá comprender la problemática combinando dialécticamente la teoría con la práctica, tomando datos emergentes de un estudio cualitativo anterior en el que se investigaron cuatro casos de médicos y médicas de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba) (Juárez, 2012). Para ello se considerarán fragmentos de intercambios dialógicos o extensivos, que permitirán comprender con mayor precisión los conceptos desarrollados.

1. Extensión del médico al consultante en la atención primaria y comunitaria de la salud

¿Cómo puedo dialogar, si alieno mi ignorancia, si la veo siempre en el otro, nunca en mí?, ¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otros “yo”?, ¿Cómo puedo dialogar, si me siento participante de un “ghetto” de hombres puros, dueños de la verdad y del saber, para quien todos los que están fuera son “esa gente” o “nativos inferiores”?, ¿Cómo puedo dialogar, si parto de que la pronunciación del mundo es tarea de hombres selectos y que la presencia de las masas en la historia es síntoma de su deterioro, el cual debo evitar?, ¿Cómo puedo dialogar, si me cierro a la contribución de los otros, la cual jamás reconozco y hasta me siento ofendido con ella?, ¿Cómo puedo dialogar, si temo la superación y si, solo en pensar en ella, sufro y desfallezco?

[Se añade las itálicas] (Freire, 1973, p. 107-108).

La extensión implica una visión ingenua de la realidad, un sentido de superioridad, de dominación, de imposición con que los técnicos y profesionales se enfrentan a las personas y comunidades concebidas como “cosa”, objeto de planes de desarrollo, que los niegan como ser de transformación del mundo. Su pretensión es hacer un depósito de aquello que el hombre “superior” piensa que las personas deben aceptar para ser como él (Freire, 1973).

La extensión se inicia cuando no hay acuerdo entre los interlocutores en torno a los signos lingüísticos empleados, porque uno de ellos utiliza un sistema simbólico ininteligible para el otro, imperando un lenguaje técnico incomprensible por su interlocutor que genera la imposibilidad en la comunicación y la asimetría.

La acción extensionista expresa la necesidad que tienen quienes llegan a “otras” comunidades y poblaciones, consideradas inferiores, de “normalizarlas” y hacerlas semejantes a su mundo. Su objetivo es intentar que los sujetos cambien sus conocimientos sobre la realidad por los conocimientos del extensionista.

Freire (1973) considera que la extensión no proporciona condiciones para el conocimiento ya que extiende un conocimiento elaborado a los que no lo tienen, eliminando su capacidad crítica para construirlo. Desde lo gnoseológico la extensión muestra, sin revelar o descubrir a los individuos una nueva perspectiva.

El autor desarrolla una teoría de la acción antidialógica que se opone a la teoría de la acción que tiene como matriz a la dialoguicidad (Freire, 1973). En ella la invasión cultural y la manipulación son características centrales.

La invasión alude a un sujeto que irrumpe un espacio histórico-cultural distinto al propio ignorando las potencialidades de las personas que condiciona, imponiendo su visión del mundo, sus valores, reduciendo las personas a objetos de su acción, frenando su creatividad e inhibiendo su expansión. La invasión cultural es enajenante, alienante, autoritaria, asimétrica.

Por su parte, la manipulación sugiere cierto dominio sobre alguien, permite al sujeto manipulador explorar lo emocional de los sujetos manipulados inculcando en ellos la ilusión de que actúan en la actuación de sus manipuladores (Freire, 1973, 1992).

Atendiendo a lo planteado, la pedagogía freireana ofrece elementos conceptuales que permiten comprender los intercambios habituales entre algunos médicos/médicas con sus consultantes y comunidades. Me refiero a encuentros en los que predomina la extensión del profesional hacia la persona del consultante en el marco de la consulta clínica.

La extensión en este contexto refiere a 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 cabal 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 gesticulaciones sin acompañarlas de la palabra.

La posibilidad de haber presenciado este tipo de intercambios, me permite, en lo que sigue, compartir algunas narrativas para su análisis.

C1: (se acerca a la madre con las prescripciones en mano para entregárselas) *tomá, ésta es para que retires en el Centro de salud el salutamol y el budesonide y cómo lo tenés que medicar (le entrega la prescripción pero no le explica cómo es el tratamiento con la medicación, cómo la tiene que administrar), y cuando vayas al Centro de salud ésta es para que autorices la radiografía de cadera (le entrega otra prescripción), ésta al hospital ¿querés que te anote? (refiriéndose a indicarle en la orden la institución para la cual se solicita) para radiografía de pulmón (le entrega otra prescripción), ésta la podés hacer acá es para la nutricionista (le entrega otra prescripción), y ésta laboratorio (le entrega la última prescripción llenándola de papeles) (333:351.P2:105. 1º Observ. Caso1).*

Lo señalado de esta narrativa permite advertir que, el profesional le entrega a la madre ocho indicaciones, le va diciendo mecánicamente que es cada una de las mismas pero no el sentido que tienen, le dice "*esta es cómo lo tenés que medicar*" pero no se detiene a explicarle el tratamiento en sí, ni a cerciorarse si la madre lo ha comprendido. Literalmente es una extensión depositaria de papeles en la figura de la madre sin indagar acerca de lo que ésta ha comprendido que debe hacer por lo que en ellos está indicado.

C1: (silencio prolongado en que el médico anota las prescripciones) *¡ta madre! (le entrega las prescripciones a la mamá de la niña)*

Ma1: *bueno... (Mira los papeles que le ha entregado el médico) ¿Esto...?*

C1: *al Centro de salud haces autorizar y.... cuando tengas el resultado me lo traes.... ¿Vos tenés el Plan Nacer?*

Ma1: *sí...*

C1: *ah... (Silencio)*

Ma1: *¿está listo?*

C1: *sí (142:164. P4:12. 3º Observ. Caso1).*

En este caso el médico le entrega prescripciones y no le dice para que son hasta que la madre al recibirlas le pregunta “¿esto?”, sin embargo no le ofrece una respuesta del tipo “este es un pedido de autorización para unos análisis de sangre por la anemia de X”, sino le dice “*al Centro de salud haces autorizar y... cuando tengas el resultado me lo traes*”. No puede saberse a qué se refiere, qué debe autorizarse y luego hacerse y traer los resultados, no se sabe de qué está hablando y él mismo tampoco se ha cerciorado si esta madre sabe leer o no, al no decirle oralmente no le da la información necesaria para actuar por su salud. De esta manera, en caso de no saber leer la madre estará perdida sin saber que hacer porque tampoco el médico se lo ha explicado oralmente.

Es sabido que, como correlato de las tradiciones de formación docente en las carreras de medicina desde modelos biomédicos vinculados a “entrenamientos médicos antiempáticos” (Tajer, 2012), impera en la práctica médica una tendencia casi innata a la extensión en el marco de la consulta. Es decir, el médico considera como objeto de su conocimiento al consultante y al no pensarlo desde el comienzo como sujeto desde la horizontalidad, impone silencios a su criterio, efectúa gestos que determinan comportamientos en sus consultantes, y/o realiza emitidos que no esperan ningún tipo de respuesta, ni desde el médico, ni desde el consultante.

En algunas de las observaciones de encuentros médico-consultantes realizadas advertí, cómo el médico extendía informaciones sin esperar ningún tipo de retroalimentación por parte de sus consultantes, no las buscaba, no indagaba en eso, continuaba su actividad. Sumado a ello, advertí que muchos consultantes no se preocuparon por ofrecer una respuesta a los enunciados unidireccionales del médico. En esas instancias, esperaba que se sucedieran intercambios necesarios a los fines de compartir un marco significativo común entre ellos, sin embargo me quedaba aguardando respuestas que ninguno de los interlocutores buscaban escuchar.

En este sentido, la extensión del médico al consultante se manifiesta en distintas modalidades, como: violencia de significado, cosificación de consultantes e interrogatorios extensionistas. Atendiendo al estudio que he realizado (Juárez, 2012) considero que la extensión responde a un estilo personal e interactivo, una forma relacional desde la cual se desempeñan algunos médicos y médicas entre los cuales hemos hallado casos. En lo que sigue desarrollaré las distintas modalidades de extensión.

1.1 Imposición de significado

La imposición de significados refiere a toda situación que manifieste un choque entre el lenguaje académico de los médicos/médicas y el lenguaje popular de los consultantes, como así también situaciones en que el profesional impone por medio del lenguaje “académico”, como acto de extensión informativa y/o el empleo exacerbado de léxico científico incomprensible al consultante, que percibe un menoscabo a su lenguaje cotidiano, manifestándose en estas situaciones una violencia de significado propiciada por la figura del profesional.

Cuando en un encuentro médico/médica-consultante no hay acuerdo en torno a los signos, como expresiones del objeto significado, no hay comprensión entre los sujetos, se imposibilita la comunicación y se genera asimetría. En este contexto se emplea un sistema simbólico ininteligible para los sujetos, impera un lenguaje técnico en relación a un hecho con un universo de signos lingüísticos propios que puede no ser comprendido por los interlocutores. Es allí donde se inicia la imposición de significados como forma de extensión.

Desde la actitud extensionista se da la imposición como violencia de significado propiciada por quien más poder detenta en la relación, que violenta a un ser considerado inferior, lo amenaza desde su comportamiento y lo convierte en objeto. Algunas narrativas que dan cuenta de la extensión en su modalidad imposición de significado manifiestan:

Ma3: ahhh... también míreles la piel, está seca...

C1: ¿se hidratan bien?

Ma3: (silencio)

C1: ¿se hidratan bien?

Ma3: (lo mira con cara de no comprender la pregunta)

C1: ¿sí toman agua?

Ma3: sí, pero a veces han tenido así como una lija, hay así, ahora ya se le paso un poco (413:432.

P3:28. 2º Observ. Caso 1).

(Consulta con dos madres bolivianas)

C4: (...) al no tener el certificado de nacimiento eso es una traba que te pone el registro civil entonces vamos a tener que hacer con la asistente social una serie de pasos para que tenga su documento (...) y aparte vamos a ver si hacemos unos análisis en el hospital también...

Cuñada (C): ¿ese de hipotiroidismo tiene que hacerle a ella?

C4: y... (suspira) ese tendría que hacerlo también, yo te lo tengo que pedir a ese "sreening neonatal", eso lo tendrías que hacer en maternidad, en maternidad o en el hospital... (122:133. P29:25. 1º Observ. Caso 4).

Es frecuente observar en las consultas el empleo de términos que a los profesionales les resultan simples, habituales, y al emplearlos en supuesto diálogo con los consultantes se advierte que éstos no son comunes al universo de significado de ellos, y lo que se pretende comunicativo se convierte en una imposición de significados. La última narrativa me lleva a preguntar ¿sabrá esta madre boliviana a qué se refiere la médica con *sreening neonatal*? Me arriesgaría a decir que desconoce el significado, quizás necesario para dar título a una batería de estudios orientada a indagar en el estado general de un bebé recién nacido, pero ineludible también es que sea explicado a la madre por parte de la médica.

(...)

M2: ah bueno que (se sonroja avergonzada) pasa que ese día *quedo media dopada*... me dio miedo porque le agarre convulsiones, falta que le agarre algo pensé yo...

C1: ¿con cuales?

M2: *con esas gotitas... como me dijeron que tiene mucho corticoide*...

C1: (afirmando) *jes corticoide!*

M2: *claro por eso ¿pero no le hace nada?*

C1: (no contesta)

M2: *yo le di 10, la baje a 10 las gotitas*...

C1: *¡no!, le tenés que dar "la dosis"*

M2: *catorce*....

C1: *catorce*...

M2: (se sonroja avergonzada nuevamente)

C1: *porque esa es la dosis justa para eso se la dieron*... (274:276. P6:65. 5º Observ. Caso 1).

Es sabido que el médico posee un conocimiento de salud del que la madre no dispone y al que necesita acceder para el cuidado y atención de su hijo, en este sentido el estilo comunicativo del médico es fundamental para poder llegar a la madre. Como contrapartida, un estilo basado en la imposición de significado como forma de extensión antidualógica, no promueve una construcción auténtica de diálogo y aprehensión de lo explicado.

Decirle a una madre que tiene creencias populares en relación a un remedio "*le tenés que dar la dosis porque es la dosis justa*" no le aporta nada, en cambio si se le ofrece una explicación que contenga elementos que hagan comprensible el objeto de conocimiento, como que de acuerdo al peso, a la talla y a algunas variables la dosis puede ser de una forma, de otra, etc. se le ofrecen más recursos para que el objeto se le haga cognoscible y pueda acceder al universo de significado desde el cual el médico se comunica.

Ma2: no, *le quería preguntar a usted por el tema del bajo peso, doctor*

C1: *¡pero no está bajo peso!*

Ma2: *ahora ya subió porque el mes pasado...*

C1: (la interrumpe) *¡no pero no está bajo peso!... esta en un "peso bajo", pero no es "bajo peso"*

Ma2: *ah...*

C1: *¿me explico?*

Ma2: *no, sí, sí pero como venia todos los meses (739:759. P5:113. 4º Observ. Caso 1).*

En la misma línea, esta narrativa permite inferir que probablemente esta madre no haya disipado su duda con la respuesta que el profesional brindó, quizás para él fue clara, desde su formación y conocimiento de taxonomías en tablas de peso y talla para el crecimiento infantil, pero se trata de clasificaciones que las madres desconocen, por tanto una disquisición que al profesional puede resultarle tan clara como la diferencia entre "peso bajo" y "bajo peso", se traduce en un juego confuso de significados que no logra aclarar la incertidumbre de la madre. Si bien el profesional parece intentar cerciorarse de que la madre ha comprendido al preguntar "¿me explico?", ella responde inmediatamente "no, sí, sí", sin haber mediado tiempo necesario para la comprensión de lo dicho, satisfaciendo al médico desde una respuesta mecánica.

1.2 Cosificación de los consultantes

Esta modalidad refiere a toda situación que dé cuenta que el médico/médica sólo se relaciona con el niño y la madre consultante en tanto objetos (no sujetos) de su estudio, no le ofrece explicaciones del cuadro, no se esfuerza por emplear un tono de voz que propicie la escucha, no considera sus interrogantes, dudas o indagaciones, hace caso omiso de su palabra, la desestima, la desacredita, la menosprecia, no mira a la cara a sus consultantes, no los escucha.

El análisis de algunas narrativas permite analizar el mecanismo de la cosificación a consultantes:

El médico habla bajo pero además denotando poco entusiasmo para hacerlo, obligando a que la madre de su paciente haga un esfuerzo notable para escucharlo. El médico se sienta a rellenar planillas y escribir recetas y ordenes. Silencio. Le entrega a la madre las 6 prescripciones o recetas de cosas a hacer, 6 papeles distintos que le entrega uno detrás de otro diciéndole brevemente qué hacer con cada uno, ella denota esfuerzo para recordar qué es cada uno, pero imagino que al llegar a su casa puede haber tenido dificultad para hacerlo de la manera correcta.(32:41. P2:104. 1º Observ. Caso1).

La actitud de "hiperconcentración" en que muchos profesionales suelen mostrarse podría estar disfrazando una real introversión vinculada a la antidualogicidad desde la cual algunos médicos/médicas se desempeñan.

El permanecer ensimismado, absorto en un mundo propio mientras se comparte con el consultante un espacio que se supone de intercambio activo necesario, es una forma de cosificar a los consultantes, de reducirlos a la concepción de objetos. El hablar en un tono de voz imperceptible, el desenvolverse indiferente a la presencia del otro en el espacio común, el permanecer inmutable y el depositar prescripciones sin mediar palabra o hacerlo desde la verborragia abrumadora no comunica, sino que manifiesta una extensión cosificadora.

Ma8: ¡le supuran! Lo tuve que llevar al hospital porque lloraba del dolor de oídos....

(...)

C1: (silencio prolongado, continua revisando al niño) ¿de qué oído?

Ma8: de los dos oídos

C1: *¿cómo lo bañas?* (inmediatamente) *¿en dónde lo bañas?*

Ma8: *en la bañera...* (lo mira desorientada)

C1: *¿le pusiste algo en el oído?*

Ma8: (silencio)

C1: *¡¿le pusiste algo en el oído?! (eleva el tono de voz y le vuelve a preguntar)*

Ma8: no... (1891: 1937.P3:94. 2º Observ. Caso 1).

En esta narrativa se manifiesta cosificación a la madre consultante en la medida que no se la considera como fuente de indagación con la cual intercambiar significados comunes del caso sino que se le extienden enunciados interrogativos que cuesta entender a qué dirección van y que la misma madre responde desorientada, interrogatorio del médico desde el empleo de un modismo verbal y un tono de voz que parecen inculparla.

También hay cosificación en la medida que el profesional interroga a una madre que no contesta porque no comprende su enunciado y éste no se esfuerza en volver a repreguntar para lograr ser entendido por ella, como lo manifiesta esta narrativa:

C1: a ver acostalo, a ver cómo está la garganta.... Esa tos ¿es con.... con secreciones? O... ¿hizo secreciones? –tenele la cabeza-

Ma8: (silencio parece no entender lo que le dice)

C1: (no vuelve a preguntar y continúa el control) (1877:1881. P3:114. 2º Observ. Caso1).

1.3 Interrogatorio extensionista

Esta modalidad refiere a toda situación que dé cuenta de una indagación realizada por el médico/médica al consultante efectuada desde preguntas pautadas sobre el cuadro por el que se consulta, caracterizada por carecer de profundidad y prescindir de la escucha como elemento clave en la construcción del significado de lo que acontece.

Se trata de una indagación normatizada, casi esquemática que se realiza como un paso formal y rutinario de la práctica médica de atención. No se indaga en profundidad y se prescinde de la escucha como elemento para la construcción del significado de lo que acontece, ya que se considera de antemano que por esa vía no podrá acceder al conocimiento de la situación. La idea subyacente al interrogatorio extensionista es que el cuerpo, como objeto de conocimiento, es el que revelará las claves o elementos para descifrar el cuadro por el que se consulta; pudiendo prescindir el médico de las narrativas de los sujetos, el interrogatorio se realiza como un paso más desde un habla impositiva.

C1: ¿Qué come? (indagación médica)

Ma5: puré... fideos (respuesta de la madre)

C1: ¿puré de qué? (indagación médica)

Ma5: carne... (respuesta de la madre)

C1: (interrumpe y eleva el tono de voz) ¿puré de qué madre? (ausencia de una escucha profunda previa, ausencia de tolerancia a los tiempos del consultante. Negación a sus contenidos expresados)

Ma5: de zapallo, zanahoria... toma agua... eh come yogurt (respuesta de la madre)

C1: ¿y leche? (indagación médica)

Ma5: leche también... (1469:1491. P5:66. 4º Observ. Caso 1).

La actitud asumida por el profesional de esta narrativa está caracterizada por la intolerancia, la impaciencia, la autosuficiencia, el hacer notar al consultante la brevedad de tiempo disponible condicionando una limitación a su palabra, denotando el médico un talante desganado a la escucha, considerándola una pérdida de tiempo. Interroga repitiendo varias veces las mismas preguntas dando cuenta de no escuchar con calidad, no aguardar los tiempos necesarios para las respuestas del consultante, guía el interrogatorio de acuerdo a sus intenciones y suposiciones, sin tener en cuenta un devenir orientado por la escucha a las narrativas de éste.

1.4. Asimetría y el ejercicio de poder

Las modalidades de extensión que he analizado propician una relación asimétrica que manifiesta ejercicio de poder. En este sentido, cuánto más asimétricas son las características culturales de los interlocutores más se diferencia la relación, la que se hace difícil y hasta incomprensible, evidenciándose una falta de

reciprocidad entre ellos y probablemente una falta de reconocimiento del consultante como interlocutor válido.

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 (Haley, citado en Izquierdo 1996, p.42). 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, considero que la cuestión del ejercicio del poder por parte del médico en la comunicación con sus consultantes 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 salud de los consultantes y/o en la evolución de sus enfermedades. Entiendo que afecta dos cuestiones básicas:

- El trato autoritario genera rechazo y esto redundaría en aspectos que probablemente no operan en el plano consciente de los consultantes y que terminan determinando comportamientos de no adhesión a los tratamientos, concurrencia o consulta a otros referentes en salud no profesionales, etc.;
- Efectos agravantes que padece el consultante por efecto de procesos psiconeuroinmunoendocrinos (PNIE) que deprimen el sistema inmunológico y obstaculizan otros procesos relacionados a la curación.

Atendiendo a lo planteado, en el encuentro el médico se presenta ejerciendo una autoridad que difícilmente está dispuesto a ceder, por su propia condición y extracción social. Por su parte, el consultante, en su circunstancia de enfermo, doliente, tiene asignada en la relación una situación de dependencia que ratifica el estado asimétrico del encuentro (Ferrara, 1985).

Gwyn (2002) considera la inequitativa naturaleza en las relaciones de poder entre médicos y pacientes. La inequidad del poder es presentada como un hecho social establecido, de acuerdo a Treichler et al. “un *a priori* en los participantes en la típica consulta” (Citado en Gwyn, 2002, p. 63).

El médico ejerce poder, expresa la hegemonía de su grupo, modela su influencia y marca la fuerza que le ha concedido la sociedad. 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 de la naturaleza asimétrica de la consulta médica 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”.

El autor plantea que, desde el momento que la consulta se inicia es dominada por la voz de la medicina (imperante en el modelo biomédico), cualquier contribución realizada desde el mundo de la vida es considerada por el médico como una interrupción. No obstante cualquier interrupción de la medicina, cuando un paciente está hablando desde su perspectiva de todos los días, no es considerada una interrupción desde el orden normativo del modelo discurso dominante (Gwyn, 2002).

Considero que lo analizado en este apartado da cuenta de una de las formas en que algunos médicos y médicas suelen desempeñarse en la actualidad en los encuentros con sus comunidades y consultantes.

Caracterizados por la antidialoguicidad, asumen la extensión como modo de transmitir información, de imponer significados, manifestando una falta de indagación compartida, una ausencia de escucha, una verborragia cientificista, considerando a sus consultantes como objetos de conocimiento sobre los que recae su acción.

Lamentablemente, se trata de una postura arraigada quizás en muchos profesionales que han recibido la hegemonía de una formación clínica restrictiva a lo biomédico. Ésta ha imperado por tradición en sus prácticas de consultorio, desde las cuales no han podido o no han sabido transitar, quizás por no contar con las herramientas para su problematización o su superación.

2. Comunicación médico–consultante en la atención primaria y comunitaria de la salud

El diálogo es una exigencia existencial. Y siendo el encuentro que solidariza la reflexión y la acción de sus sujetos encauzados hacia el mundo que debe ser transformado y humanizado, no puede reducirse a un mero acto de depositar ideas de un sujeto a otro, ni convertirse tampoco en un simple cambio de ideas consumadas por sus permutantes. Tampoco es discusión guerrera, polémica, entre dos sujetos que no aspiran a comprometerse con la pronunciación del mundo ni con la búsqueda de la verdad, sino que están interesados solamente en la imposición de su verdad...dado que el diálogo es la conquista del mundo para la liberación de los hombres... es así como no hay diálogo si no hay profundo amor al mundo y a los hombres [Se añaden las itálicas] (Freire, 1973, p. 105-106).

La intersubjetividad es la característica primordial del mundo cultural e histórico, en él la comunicación es una acción que surge del encuentro y del reencuentro de las personas en el mismo universo común. Para Freire (1973) la comunicación implica sujetos co-intencionados al objeto de su pensar que comunican su contenido en torno al significado signifiicante.

El autor considera que el elemento constitutivo de la comunicación es el diálogo; en él los sujetos interlocutores se expresan a través de un mismo sistema de signos lingüísticos, generando simultaneidad de procesos entre comprensión, inteligibilidad y comunicación. El diálogo es relacional e implica el encuentro de los sujetos en la pronunciación el mundo. Freire (1973) considera cinco elementos que lo caracterizan:

- El amor. Es el fundamento, el impulsor del diálogo. Si no hay amor al mundo, a los hombres, a la vida, no es posible el dialogo.
- La humildad. Es condición del diálogo. El diálogo como encuentro de los hombres se rompe si sus polos o uno de ellos pierden humildad. La auto-suficiencia y la arrogancia, son incompatibles con el diálogo, los hombres que carecen de humildad, no pueden aproximarse al pueblo ni pronunciar el mundo.
- La fe. El hombre dialógico tiene fe en los hombres antes de encontrarse frente a frente con ellos. No hay *diálogo* si no existe una intensa fe en los hombres, en su poder de hacer, de crear, en su vocación de ser más.
- La esperanza. Está en la raíz de la inconclusión de los hombres, a partir de la cual se mueven en permanente búsqueda para ser más. Si los sujetos del diálogo nada esperan de su quehacer, no puede haber diálogo porque no hay esperanza, y el diálogo no puede realizarse en la desesperanza.
- La confianza. Es el testimonio que un sujeto da al otro de sus intensiones reales y concretas. El diálogo sólo tiene estímulo y significado en virtud de la creencia del hombre y en sus posibilidades. El diálogo implica una relación horizontal que va a permitir que la confianza se instaure en él.

Recreando esta concepción freireana al encuentro entre los médicos y los consultantes, entiendo la comunicación como todo intercambio o explicación del médico/médica a la madre realizado desde una intencionalidad dialógica que toma como contenido central al cuadro/situación por la que se consulta (sea indagación, diagnóstico o tratamiento, indicaciones, prescripciones) y se caracteriza por ser comprensible, claro, organizado, en lenguaje sencillo y que se acompaña por características del médico/médica que hacen

a la dialoguicidad, así como de sus comportamientos orientados a cerciorarse que la madre ha comprendido.

Atendiendo a lo desarrollado desde la pedagogía freireana, y considerando los estudios sobre el modelo de Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) en la relación médico-consultante (Juárez, 2009, 2010; Roche, 2010; Escotorin, Juárez, Cirera y Roche, 2011) entiendo que algunos de los factores que el modelo propone convergen en elementos axiológicos de una comunicación freireana. Factores como la empatía y la confirmación del consultante por parte del médico/médica, entre otros, promueven un diálogo horizontal basado en la simetría.

La empatía refiere a aquellos comentarios o comportamientos del profesional que expresan estar percibiendo según las coordenadas conceptuales (empatía cognitiva) del consultante; para ello da cuenta de una atención empática, una escucha activa, manifestando preocupación, interés, respeto y estima por la persona del consultante (Juárez, 2009).

La confirmación implica que el médico reconoce a la persona del consultante como poseedora de dignidad, fuente de comunicación, merecedor de atención e interés y lo manifiesta en el reconocimiento de la persona como consultante propio, valora y respeta su cultura y lo expresa en acciones de interés por su salud y bienestar familiar y comunitario. Es un profesional que refuerza al consultante reconociéndolo explícitamente y respetando sus ideas, su derecho a disentir, cuestionar o percibir diferente la misma situación problemática en salud (Juárez, 2009).

En lo que sigue, analizaré algunas narrativas que ofrecen elementos para comprender la comunicación dialógica.

C2: (...) Estas gotitas se dan por boca le tenés que dar 7 gotas cada 8 horas por tres días, esto va a desinflamar la gargantita y va a hacer que la tos mejore y le tenemos que hacer vapor o nebulizaciones con agua tibia y *que duerma semisentado que significa que le ponemos dos almohadones...*

Pa1: (inclina al bebe en la posición semisentado)

C2: así... bueno, eh el lunes le vamos a hacer el controlcito, *¿qué síntomas te tienen que preocupar?* Si aparece un vómito atrás del otro, si está muy agitado o si tiene fiebre hay que verlo urgente... *¿usted sabe leer no?*

Padre 1: sí...

C2: ¿sí? Bárbaro... le das esto a la mamá, *cualquier cosa que haga falta vos te venís aunque no tengas turno igual...*

Pa1: ta (1245:1268. P11:84. 1º Observ. Caso 2).

En esta narrativa el médico emplea mecanismos dialógicos para demandar atención a su consultante sobre una explicación que vendrá "*¿qué síntomas te tienen que preocupar?*", como un mensaje que confirma la presencia del otro, que controla y regula la comunicación. Se preocupa por un significado compartido al explicarle al padre qué significa que duerma semisentado, así como también busca cerciorarse de que sus indicaciones han sido comprendidas al preguntar "*¿usted sabe leer no?*"

Ma8: ¿no será por un dientito que él está cortando....?

C3: no....

Ma8: no creo que haga tantas veces por eso...

C3: no... tantas veces así.... *Puede ser algo infeccioso, una bacteria, como tocan todo, se agarran un bicho y empiezan a tener diarrea, diarrea y bue... cumple el ciclo y se va... y otras veces en esta época hay muchas diarreas virales también inflaman todo el intestino, cumple el ciclo y se va, de saber si es una y otra, es difícil...*

Ma8: claro...

C3: se va viendo con la evolución, lo importante es que él esta re bien hidratado, *fijate que los ojitos están bien brillosos, que la boca tiene bastante saliva...*

Ma8: sí, no le dejo faltar el agua...

C3: bueno... y que haga pis, ¿no hizo pis ayer?

Ma8: ahora tiene el pañal mojado...

C3: *y para darte cuenta para diferenciar de un poquito de diarrea fijate que el pañal va a estar más cargadito, significa que está bien hidratado...*

Ma8: *ah bueno...* (1779:1819. P20:119. 1º Observ. Caso 3).

Lo destacado de esta narrativa se caracteriza por la claridad y organización en la explicación que da la médica, la que ofrece ejemplos concretos para que la madre este atenta y pueda reparar en el estado del niño, buscando la comprensión del cuadro por parte de la madre (*"fijate que los ojitos están bien brillosos, que la boca tiene bastante saliva..."*).

Otro elemento que define la actitud dialógica del profesional es la comunicación escrita en el encuentro, las indicaciones, prescripciones de tratamientos, remedios a buscar en entidades o comprar etc. En este sentido, el proceder de los profesionales es diverso, mientras algunos contemplan este aspecto para la inteligibilidad del caso y el éxito en el tratamiento, otros prescinden de la misma.

Es decir, hay profesionales que optan por ir escribiendo la indicación al tiempo que la van relatando oralmente, ofreciéndola ya como explicación del tratamiento. Si bien es una estrategia que pretende optimizar el tiempo, considero que va en perjuicio de la relación ya que impide mirar a la cara a los consultantes durante el transcurso de la escritura/explicación. Como contrapartida otros profesionales luego del control toman asiento y se disponen a redactar la indicación en silencio, sólo después de haberla escrito la explican a los padres mirándolos cara a cara durante el proceso explicativo, pudiendo cerciorarse o no acerca de su comprensión.

En lo que sigue desarrollaré otras manifestaciones de la comunicación dialógica como marco significativo común y horizontalidad y poder bien intencionado.

2.1 Marco significativo común

Constituyendo un momento esencial de la comunicación dialógica, el marco significativo común refiere a toda situación en la que el médico o médica ofrezca indicios de indagar con el consultante en búsqueda de una comprensión compartida de lo que acontece, dando cuenta de admiración y descentración por parte del profesional hacia el consultante, en el sentido freireano de enfrentarse al "no yo" para poder entenderlo y conocerlo.

Freire (1973) considera que, para que el acto comunicativo sea eficiente, es indispensable que los sujetos comunicantes estén de acuerdo, que la expresión verbal de uno de ellos sea percibida dentro de un cuadro significativo común por el otro sujeto.

En este sentido, la comunicación eficiente exige que los interlocutores incidan su "admiración" sobre el mismo objeto, que lo expresen a través de signos lingüísticos pertenecientes a un universo común a ambos, para que así comprendan de manera semejante el objeto de la comunicación. Elementos destacados de las siguientes narrativas dan cuenta de la búsqueda de significado común:

M1: (...) *y tiene mucho dolor de panza, mucho, mucho...*

C1: *¿Cómo te das cuenta?*

M1: *porque tiene la pancita muy, muy hinchada...*

C1: *¿y vos notas que esta con dolor de panza?*

M1: *sí, sí porque le hago masajes yo en la panza y se larga a llorar...* (27:35. P7:5. 6º Observ. Caso 1).

Ma4: C2 (Llama al médico por el nombre propio)... por ahí me hace... *¿está bien acá del cuello? y por ahí lo mueve de acá para allá, de acá para allá, mueve mucho el cuello...*

C2: *no sostiene bien la cabecita ¿eso me querés decir vos?*

Ma4: *no, no, la cabecita sí, pero por ahí el está dormido y se mueve mucho del cuello... pareciera que tuviese algo que le molestara pero yo le veo y no tiene nada raro...*

C2: *no por ahí puede ser que lo haga dormido ¿y cuando lo hace así se queja?*

Ma4: *sí...*

C2: *son movimientos que hacen de dormidos constantemente para generar presión en la pancita para eliminar los gases (935:955. P12:65. 2º Observ. Caso2).*

C2: (...) *¿Hace diarrea?*

Ma2: *no sequita así...como que le cuesta...*

C2: *ah... le cuesta hacer caquita...*

Ma2: *pero por ahí hace diarrea y ¿por qué le cuesta?*

C2: *aja ¿y vos notas que hace bolitas duras como los perros?*

Ma2: *sí puede ser, sí...*

C2: *¿y vos a que le llamas que le cuesta? ¿No hace todos los días?*

Ma2: *no, hace todos los días pero así muy sequita...*

C2: *¿se larga a llorar cuando hace caca?*

Ma2: *sí, se larga a llorar cuando hace....*

C2: *bueno, vamos a verla... (176:198. P15:50. 5º Observ. Caso 2).*

Lo señalado de estas narrativas permite advertir cómo los profesionales examinan los enunciados de las madres para considerar si comparten un mismo significado del objeto sobre el que centran su atención. Para ello emplean preguntas que buscan indagar acerca del significado más profundo que tiene la madre y una vez ofrecida la respuesta de ella se genera o no la posibilidad de hallarse, ambos, encuadrados significativamente respecto de lo que acontece.

Otras veces son los padres quienes propician la búsqueda de este significado común:

C2: *bueno, muy bien... bueno señorita esta es la famosa escarlatina*

Ma4: *¡hay!!! ¿Qué significa eso doctor?*

C2: *eso significa la misma bacteria que da angina que tiene en la garganta tomada larga una toxina que da esos granitos así, no es sarampión, no es rubéola, nada de eso, nos quedemos tranquilos, lo que sí va a necesitar un antibiótico para matar la bacteria, necesitamos que se quede dos días en cama en la casa, en la casa, para que no contagie... (1363:1374. P11:96. 1º Observ. Caso 2).*

Es frecuente que sean los padres quienes propician la búsqueda de un significado compartido cuando el profesional ha ofrecido una explicación o el nombre de un diagnóstico que no resulta suficiente al consultante, impidiéndole acceder al universo de significado necesario para la aprehensión de ese objeto de conocimiento.

Propiciar un marco significativo compartido desde el profesional refiere a un ejercicio de admiración y descentración hacia el consultante.

Otras veces compartir un marco significativo plantea la necesidad del profesional de compartir la incertidumbre acerca del caso por el que se consulta, que lo realice habla de una actitud dialógica y horizontal del médico/médica que en ejercicio de un poder bien intencionado comunica la situación a los consultantes. Ejemplo de ello es la siguiente narrativa:

C3: *bueno, abrí grande la boca (le revisa la boca) bueno ¡puede ser que este incubando algo!... y todavía no se ha manifestado, puede ser que pueda estar por comenzar una diarrea o algo así, el tema es que aún no se ha manifestado, está con estos cólicos, con este dolor, a lo mejor estaba muy seco de vientre y ahora es como que se hace un tapón y después larga como una diarrea ¿viste?*

(...)

Ma2: *¿no será apendicitis?*

C3: *no, no*

Ma2: *me quede con miedo por mi sobrino que internaron...*

C3: *en realidad habitualmente empiezan con dolores es algo agudo que no se para con nada y ya estaría internado u operado, o sea, no, no, descartado, pero bueno estos dolores cuando son tan inespecíficos hay que esperar la evolución...*

Ma2: claro (256:314. P20:26. 1º Observ. Caso 3).

2.2 Horizontalidad y poder bien intencionado

Refiere a toda situación que dé cuenta de una relación de simetría y proximidad propiciada desde la figura del médico/médica dialógico. El profesional al ser quien detenta mayor poder lo emplea en beneficio del consultante, desde una actitud de confianza, disponibilidad y disposición de servicio.

Freire (1990, 1993) entiende que el poder es una fuerza que se percibe simultáneamente como negativa y positiva. El poder no se agota en las esferas públicas y privadas en que operan los gobiernos, las clases dirigentes, es más extendido y propagado ya que se encuentra a la base de todas las formas de comportamiento en que las personas resistan, luchen o pugnen por su imagen de un mundo mejor.

En convergencia con estos planteos, Roche (2008) se refiere al poder desde una perspectiva prosocial. Considera que los agentes que poseen poder son los que, desde el modelo prosocial, han de dar el primer paso para actuar y frente a situaciones de simetría en la distribución del mismo, todas las partes implicadas pueden iniciar estos comportamientos.

Plantea la necesidad de una moderación del poder, lo que implica un uso humanamente valorable del mismo y utilizarlo para diluirlo progresivamente en el conjunto social (sea este familia, institución, sociedad, etc.) propiciando relaciones de horizontalidad y circularidad como atributos fundamentales de la prosocialidad en las relaciones de poder (Roche, 2008).

Atendiendo lo planteado, en consonancia con las actuaciones de algunos de los y las pediatras observados se advirtió que ellos, desde su accionar de responsabilidad profesional y social, ejercen un poder bien intencionado, distribuido, positivo, como forma de comprometerse desde sus acciones por el bienestar de los niños consultantes, sus familias, vecinos y comunidades. Los elementos destacados de las narrativas lo manifiestan:

C2: (...) (volviendo al tema del desempleo de los padres) *ya se van a acomodar las cosas.... Hay que tirar más líneas... este es el momento en que el campo necesita gente... vos hablá con la asistente social por si les hace falta ayuda alimentaria... anda de parte mía a la vecinal y busca a Sandra, la que era la presidente de la vecinal y dale esta notita (escribe una notita en la que infiero solicita se le otorgue bolsón alimentario a esta familia dada la situación de desempleo que atraviesan, y avalada por el mismo, con su firma y sello) (295:303. P14:68. 4º Observ. Caso 2).*

C2: (...) con respecto a la leche ya pasado los dos meses puedes probar con la fortificada de acá (...)

Pa1: quería intentar pero le quiere dar como diarrea ahora

C2: ¿le quiere agarrar como un poquito de diarrea? O ¿le agarra diarrea? ¿Cuál es la que le das?

Pa1: la de acá

C2: ¿la fortificada?

Ma1: sí

C2: ah ah ah... bueno lo que vamos hacer yo voy a ver si te consigo algunas muestras de leche maternizada (revisa en armario) esta leche maternizada viene en sobrecito y lo que podés hacer también es mezclar leche la maternizada le pones la fortificada como para estirar un poco más el tarro de maternizada, porque lamentablemente la maternizada no la dan en el centro de salud.... Entonces la semana que viene, el lunes, golpeame que venís a buscar la leche, yo te la traigo y te la voy a ir guardando. Entonces ya sabes cómo preparar la fortificada.... Bueno ¡vamos a verla! (187:222. P11:11-1º Observ. Caso 2).

Un pretendido ejercicio de poder bien intencionado se infiere de algunas prácticas pediátricas en comunidad, orientadas a buscar ayuda a las familias en sus diversas situaciones psicosociales,

comprometiéndose con el establecimiento de redes para obtener algún tipo de apoyo social propiciando contactos con referentes institucionales vinculados a vecinales, centros comunitarios, entre otros, que podrían contribuir con ellos.

2.3 Interrogatorio dialógico

El interrogatorio dialógico parte de la pretensión de acceder a la información buscada desde el establecimiento de un marco significativo común entre el médico/médica y consultante. El profesional que interroga lo hace esperando una respuesta que él acoge desde una escucha profunda. Estas preguntas son realizadas con el propósito de atender activamente la narrativa del consultante para así construir la significación de lo que le acontece. Este tipo de indagación va más allá de cuestiones meramente clínicas ya que trata de advertir aspectos contextuales, situaciones psicosociales que pueden incidir o provocar el cuadro actual.

En sus instancias iniciales el interrogatorio dialógico indaga sobre el problema de salud pero se prolonga hasta llegar a las dimensiones psicosociales y familiares que pueden estar incidiendo en la problemática. Para ello emplea la escucha activa desde la disponibilidad permanente a la apertura al habla del otro, al gesto del otro, a las diferencias del otro.

2.4 Meta-reflexión comunicativa

Refiere a toda reflexión y análisis que el médico/médica realiza para sí mismo o compartiendo con terceros en torno a cómo comunica a sus consultantes, a la efectividad o no para comunicar, la habilidad o no para verificar la comunicación propiciada y desarrollada. Sólo un médico/médica que es dialógico dispone de momentos de reflexividad, análisis y pensamiento sobre la forma en que se comunica y relaciona con sus consultantes.

La meta-reflexión comunicativa implica un análisis del estilo comunicativo que efectúa el profesional a posteriori del proceso comunicativo, como una instancia de reflexión casi filosófica sobre la comunicación, que trasciende lo conductual-puntual y concreto del encuentro y que incluye las valoraciones que el profesional efectúa sobre sus procesos comunicativos ubicado desde una perspectiva dialógica. Algunos ejemplos que dan cuenta de cierta meta-reflexión comunicativa son:

"(...) a mí no me gusta mentirle a la gente entonces yo trato de irles con la verdad, por ahí hay cosas que trato de manejarlas sutilmente, a lo mejor no se los digo en la primera consulta, ni en la segunda pero en la tercera ya se los digo, pero es ir manejando la relación médico-paciente, digamos..."
(289:293. P19:30. Entrev. Caso 3).

C4: yo siempre trato de preguntarles si entendieron, sobre todo la letra ¿no? si me entendieron las recetas y todo, pero yo creo que hay un gran porcentaje que entiende, hay un porcentaje que si no entendió volvió al día siguiente, yo siempre les digo prefiero que vengas, que hagas una consulta de más que a lo mejor yo te diga no, mira no hay problema a que termines internando el chico en malas condiciones (491:497. P28:42. Entrev. Caso 4).

La meta-reflexión comunicativa puede constituirse en una herramienta reguladora de los procesos comunicativos del médico/médica orientándolos a la dialoguicidad hacia los consultantes y las comunidades, siempre que se efectúe como un ejercicio organizador de la comunicación, con cierta periodicidad.

3. El médico como educador en la atención primaria y comunitaria de la salud

La medicina no solo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar de que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida (Carrillo, citado en Saforcada, et al. 2010, p. 48).

La comunicación, como alternativa superadora a la extensión, supone un estilo personal y profesional que define los encuentros promovidos por los médicos y médicas dialógicos que se desempeñan en la atención primaria desde un trabajo de consultorio, así como con desde abordajes en salud con grupos comunitarios.

En este sentido un médico dialógico es aquel que realiza una práctica de consultorio que trasciende la puntualidad biomédica y se aproxima a cuestiones psicosociofamiliares y comunitarias de la vida del consultante, facilitando luego, en los procesos de atención comunitaria de la salud, comunicaciones y relaciones con los grupos, que ya conoce desde el contacto inicial en el consultorio.

Como contrapartida, el médico extensionista se centra sólo en una atención biomédica que prescinde de otros conocimientos psicosociales del consultante. En este escenario es fácil prever que su desempeño en comunidad será nulo o bien circunscripto a un modelo clínico-restrictivo.

El médico/médica dialógico conjuga su quehacer en la atención de consultorio y su quehacer en la comunidad, asumiendo un rol de educador en ambos contextos, en el primero más vinculado a un pedagogo en la consulta clínica y, en el segundo, más vinculado a un educador popular en salud.

El rol del médico vinculado al de educador, ha sido considerado por distintos autores (Agrest, 2008; Meeroff, 1999, entre otros) quienes entienden que se trata de un rol que el profesional asume fundamentalmente desde su ejercicio de la atención primaria de la salud, donde la educación es la herramienta privilegiada de la prevención. Aspectos que analizaré en lo que sigue.

3.1 El médico como pedagogo en la consulta clínica.

Se encuentra subyacente a la relación médico-consultante una dimensión pedagógica que emerge como resultante de los intercambios dialógicos que inician los profesionales orientados a una educación preventiva basada en la formación y comunicación a los consultantes, vinculados a contenidos explicativos sobre cuadros, diagnósticos o tratamientos, los que asumen características de procesos de enseñanza y de aprendizaje identificados en situaciones, contextos e instituciones específicas en salud.

Esta educación preventiva implica una práctica social, en el sentido que es histórica y contextualizada, implicando un entrecruzamiento de lo social, lo cultural, lo educativo y lo sanitario desde una práctica educativa en salud. Práctica que le exige al médico una constante reflexión del acto educativo que realiza en intercambio con sus consultantes.

Como pedagogo humanista, el médico tiene una profunda creencia en los hombres antes que se dé el encuentro concreto con ellos. En ese momento ya se inicia la dialoguicidad cuando comienza a interrogarse, desde la reflexividad pedagógica de su práctica profesional, sobre el encuentro y las formas relacionales y comunicativas que pretende propiciar.

Atendiendo a ello, la reflexión pedagógica sobre el objeto de conocimiento implicará una devolución organizada, sistematizada y acrecentada del cuadro y/o situación del consultante desde la realidad de sus entornos. Para ello el médico empleará una organización lingüística en la que la "concretud" (Freire, 2000) será la condición del diálogo horizontal.

Esta "concretud" le implicará al profesional enriquecer los conceptos empleados acrecentándolos de su dimensión real, hablando de lo preciso, lo concreto desde la simplicidad con sus consultantes; lo que le permitirá ser comprendidos por ellos al tiempo que empaparse de las condiciones estructurales de su pensamiento y lenguaje, a fin de que se establezca una comunicación eficiente entre ambos.

De esta manera, primando un lenguaje directo, son superados los especificismos, científicismos, abstracciones, como murallas impenetrables, y queda lo real, lo existente, desde un diálogo compartido en

el cual médicos y consultantes se humanizan, trabajando juntos, haciendo cognoscibles las situaciones que vivencian.

En este contexto el médico como pedagogo entiende que él, al educar, es también educado a través del diálogo con su consultante, quien al ser educado también educa. De esta manera ambos son sujetos de conocimientos (profesional y lego) en el proceso de aprehender la realidad en salud.

El médico como pedagogo rehace constantemente su acto cognoscente sobre el cuadro o patología clínica en la cognoscibilidad que de ella tienen sus consultantes. Juntos se transforman en investigadores críticos de esa realidad en salud que problematizan en diálogo activo en torno al objeto de conocimiento que se les presenta.

Su papel será el de proporcionar las condiciones para que se dé en su consultante la superación de un conocimiento ingenuo de su realidad en salud a un nivel crítico-reflexivo.

Este médico está convencido de que su trabajo es una especificidad humana desde la cual intenta la transformación de la realidad social y sanitaria de los sujetos *con quienes* trabaja.

El “médico pedagogo” posee algunas virtudes, concepto que recreo de las virtudes del educador progresista de Freire (1997, p. 137), estas son:

- *Coherencia entre sus discursos teóricos y lo que hace en la práctica,*
- *Humildad dada por la conciencia de que el saber, como su condición de hombre, es inacabado,*
- *Tolerancia ante lo diverso expresado en sus consultantes,*
- *Amorosidad por lo que hace como médico hacia sus consultantes,*
- *El gusto por la alegría, por la vida,*
- *La apertura a lo nuevo,*
- *La disponibilidad al cambio,*
- *La identificación con la esperanza y la apertura a la justicia.*

Se trata de adquisiciones que el médico va construyendo en las diferentes situaciones que va viviendo de su experiencia de vida, en consultorio y en comunidad.

3.2 El médico como educador popular en la salud comunitaria.

El médico o médica como educador popular en salud asume la responsabilidad de crear, generar y producir nuevos conocimientos que implican una recreación de la vida cultural de los vecinos, desde la construcción del conocimiento desde ellos mismos.

Su desempeño en comunidad se vincula al ejercicio de un rol de educador popular en la medida que trabaja junto con los vecinos y otros profesionales del equipo de salud, en talleres y reuniones populares. Allí se intercambian sus conocimientos, considerando fundamentalmente los aportes de referentes populares en salud y entendiendo que ninguno de los participantes sabe todo y que entre todos pueden completar su conocimiento a través del diálogo.

Barreto (2000) advierte que una preocupación frecuente que puede aparecer en el trabajador social o educador popular es querer contribuir al conocimiento del grupo y participar igualitariamente. La autora considera que intentar ser participantes a través de la igualdad con el educando es falso dado que el trabajo grupal sólo tiene valor cuando el educador es diferente del grupo; si fuera igual no habría ninguna contribución.

De acuerdo a la autora, si un educador popular no se distingue del grupo, el grupo lo percibe y ya no sirve como educador, ya no es aceptado, porque no tiene ningún conocimiento que lo diferencie. Por lo que,

esta diferencia dentro de procesos de educación popular en salud debe ser asumida: “soy diferente del grupo, y sólo porque soy diferente es que soy útil, si fuese igual no tendría la menor utilidad” (Barreto, 2000).

La tarea del médico como educador popular en comunidad es trabajar en equipo interdisciplinario el universo de los temas en salud que plantea la población como necesidades y problemas sentidos y devolverlo como problema a los vecinos de quienes los recibió.

En este encuentro el profesional buscará reconocer y descubrir críticamente la realidad comunitaria, realizando, junto con los vecinos, un acto de conocimiento orientado hacia el logro de una acción transformadora sobre su realidad. En este proceso el médico construirá un conocimiento nuevo sobre los saberes de la población con respecto a la salud y sobre el efecto que surge del contacto de los dos saberes (el profesional y el lego) descubriendo que los saberes populares contienen errores y aciertos, al igual que los profesionales.

Este proceso implicará un trabajo reflexivo sobre ambos tipos de conocimiento orientados a la promoción del desvelamiento de la realidad sanitaria con el propósito de dar emergencia a un conocimiento crítico en los participantes, quienes irán percibiendo cómo están siendo en el mundo, en qué y con qué están, desde la desnaturalización y su posterior inserción en la realidad.

Como educador, el médico encuentra en el diálogo la relación indispensable para promover un acto cognoscente con las comunidades. Su trabajo educativo se fundamentará en la creatividad, la reflexión y la acción con la realidad comunitaria.

4. Reflexiones y prospectivas: acerca de lo inédito viable y la recuperación de la humanización en la relación médico-consultante

El planteo de la extensión versus la comunicación entre médicos y consultantes en el ámbito de la atención de consultorio y de la salud comunitaria que he realizado, ha intentado asumir una lógica de reflexión desde la complejidad de esta relación en la actualidad.

He manifestado la problemática de relaciones extensionistas, cosificadoras, antidialógicas y desde allí planteé la posibilidad de su transformación desde la comunicación y la educación del médico hacia sus consultantes, como alternativa orientada a la humanización de la relación como un inédito viable (Freire, 1973).

En este sentido, de manera incipiente emerge la humanización de esta relación como un inédito que se concretiza en la acción que se lleva a efecto y cuya viabilidad antes no era percibida por los involucrados.

Proceso que comenzaría cuando los médicos se encuentran, en su relación con los consultantes, con “situaciones límite” (Freire, 1973, 1993) como barreras y obstáculos que es necesario vencer. Manifiestas estas barreras en la antidialoguicidad y la extensión generadas por ellos mismos, podrán optar por continuar con ellas, desde una lógica que las reproduce o bien, percibirlas como algo existente, problemático, que es necesario transformar.

En este caso la “situación límite” será percibida en forma crítica, promoviendo que los médicos se sientan desafiados por resolver los problemas de relación que vivencian en la relación con sus consultantes.

Para ello tomarán distancia de la relación, objetivándola, de manera que los problemas comenzarán a ser un “percibido destacado” (Freire, 1973) de la relación, lo que los llevará a sentirse movidos a actuar y descubrir lo inédito viable en la misma.

Lo inédito viable encierra la creencia en el sueño posible y en la utopía que vendrá. Es una cosa inédita, todavía no conocida y vivida claramente pero soñada, y cuando se torna en “percibido destacado” por los que piensan utópicamente, entonces el problema ya deja de ser un sueño para ellos sino que puede hacerse realidad. Cuando los hombres críticos reflexionan y actúan para derribar las “situaciones límite” que los reducen, lo inédito viable requiere su concreción, la que sólo se conseguirá por la praxis dialógica (Freire, 1973, 1993).

Esta praxis va a emerger en aquellos médicos críticos que asuman una perspectiva comunicacional dialógica como modo de vincularse y aproximarse a sus consultantes y comunidades.

En este sentido el profesional transitará por algunas fases, en primer lugar reconocerá la situación relacional como problema, seguidamente se distanciará de ella para conocerla y comprenderla, luego “soñará” con su transformación como un inédito viable, posteriormente pasará al plano de la acción, “su” acción transformadora sobre la relación, desde la praxis y la adopción de una perspectiva freireana que le brindará las herramientas comunicativas, pedagógicas y comunitarias, para desempeñarse como un médico dialógico.

Atendiendo a lo planteado, tomar el concepto freireano de *inédito viable* para comprender la relación médico-consultante, me conduce a un planteo que me resulta paradójico.

Por un lado, la idea de entender como un inédito a la humanización en medicina, en realidad no debiera tener cabida dado que las raíces de la medicina griega se encuentran en el humanismo; sin embargo, la prevalencia en las últimas décadas de la extensión sobre la humanización en la relación médico-consultante, ha generado que ésta última quedara relegada sólo como una expresión romántica de buenos deseos alejada de la realidad de la práctica médica cotidiana.

En este escenario, la carencia de un plano humanista, me orientó a pensar en algo inédito en la relación, al menos por estos años. Algo que si bien es conocido por médicos y médicas, no es practicado ni fomentado por muchos de ellos. De ahí su carácter de *inédito* como algo que en la actualidad resulta ajeno, extraño, para lo habitual de la relación.

En este sentido, la idea de la humanización de la relación como algo *inédito viable*, recobra significancia y pertinencia en su utilización.

De esta manera, la humanización de esta relación pasa por una ruptura de las ataduras reales que le provocaban aspectos como: la formación profesional desde modelos biomédicos restrictivos; el contexto económico-político y su incidencia en la precarización laboral de los médicos públicos; la preeminencia exacerbada de una práctica asistencial de consultorio orientada por una racionalidad cuantitativa que va en detrimento de la relación con los consultantes; las ideologías y preconcepciones que mantienen los profesionales respecto a los consultantes y sus comunidades; elementos que condenan a los profesionales a la deshumanización.

Como contrapartida, la humanización de la relación responde a la “vocación de ser hombres” de los médicos y médicas desde el reconocimiento de la necesidad dialógica hacia sus consultantes, con los que trabajarán para la recuperación de su humanidad despojada durante años de este encuentro que se mantuvo tradicional y verticalista.

En el proceso de recuperación de la humanización los médicos y médicas se reconocerán inconclusos e iniciarán una búsqueda permanente, que manifestarán al “denunciar” los procesos de deshumanización que por un tiempo los tuvieron por protagonistas, pero que ya no los tendrán más...

“No tengo dudas de que este proceso de rehumanización, de ‘gentificación’ se va a dar”

[Se añaden las itálicas] (Freire, 2004, p. 68).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Barreto, J. (2000). El agente social. En P. Freire y A. P. de Quiroga (Eds), *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- De Lellis, M; Álvarez González, M; Rossetto, J. y Saforcada, E (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Emmanuele, E.S. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Buenos Aires: Novedades educativas.
- Escotorin .P, Juárez, M.P: Cirera, M. y Roche, R. (2011). La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes (Págs. 22-36). En Escotorin, P. & Roche, R. (Comp.): *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas*. Barcelona: Fundación Martí L'Humà.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. (1º ed. en castellano, 1970). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación. Cultura poder y liberación*. (1º ed. en castellano, 1989). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza*. (1º ed. en castellano, 1992). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. (1º ed. en castellano, 1997). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2000). Lenguaje "culto" y lenguaje "popular". En Freire P. y A. P. de Quiroga: *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere* (pp.78-82) Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Freire, P. (2004). *El grito manso*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gwyn, R. (2002). Power, asymmetry and decision making in medical encounters. En Gwyn, R. (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.
- Juárez, M.P (2009). *Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina*. Tesina de Suficiencia Investigadora no publicada. Doctorado Psicología de la Comunicación: Interacción Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Juárez, M.P. (2010). La relación médico paciente y su dimensión pedagógica: Hacia un dialogo prosocial. En Robert Roche (Ed.) (2010) (Págs. 183-186). *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- 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 Doctoral en Psicología. Universidad Nacional de San Luís. Argentina.
- Kalinsky B. y W. Arrúe. (1996). Cap. 6: El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede? En Kalinsky B. y W. Arrúe (1996): *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Meeroff .M (1999). *Medicina Integral, Salud para la comunidad*. Buenos Aires: Catálogos Editora.
- Mendoza González, B.Z. (1999). La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación. En *Salud Problema*. (4), 7. Consultado el día 16 de marzo de 2007 de: <http://www.xoc.aum.mx/aum/publicaciones/revistas/saludproblema/pagina/texte/sietef.pdf>
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Roche, R. (2008). *Conferencia: Roche, Caprara, Izquierdo: Desafíos presentes y futuros para el estudio y aplicación de la prosocialidad*. Martes 9 de diciembre de 2008. Transcripción de conferencia a cargo de MP. Juárez. Manuscrito no publicado.
- 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; De Lellis, M y Z. Mozobancyk. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, C. (2012). *La formación cultural y humana del médico. Una propuesta práctica*. Consultado el día miércoles 9 de mayo de 2012 de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=73791&uid=505856&fuente=inews>
- Thompson, T. L. (1990). Cap. 3: Patient health care: issues in interpersonal communication. En: Berlin Ray, E. y L. Donohew.1990. *Communication and Health. Systems and applications*. Jersey, Hillsdale: LEA (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers).