

January 2010

Proceso docencia-servicio: aspectos relacionados con el paciente en la enseñanza de las ciencias de la salud

Elkin A. Sánchez Montenegro
Universidad de La Salle, Bogotá, elsanchez@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls>

Citación recomendada

Sánchez Montenegro, E. A. (2010). Proceso docencia-servicio: aspectos relacionados con el paciente en la enseñanza de las ciencias de la salud. *Revista de la Universidad de La Salle*, (51), 87-100.

This Artículo de Revista is brought to you for free and open access by the Revistas de divulgación at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Revista de la Universidad de La Salle* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Proceso docencia-servicio:

aspectos relacionados con el paciente en la enseñanza de las ciencias de la salud

Elkin A. Sánchez Montenegro*

■ Resumen

Esta reflexión gira en torno al rol del paciente en la educación de las Ciencias de la Salud, específicamente en el proceso conocido como *docencia-servicio*. Se abordará el concepto de paciente, su sentido y dimensión desde la perspectiva reduccionista y poblacional; se continuará con los aspectos bioéticos, empleando el abordaje *principialista*, reinterpretándolo en el proceso *docencia-servicio*; se mencionan las normas sobre derechos del paciente y sus implicaciones en el proceso; se describen las corrientes en salud-enfermedad proponiendo una de éstas como punto de partida en el abordaje integral del paciente y se da relevancia a la profesionalización humanista como elemento esencial de garantía para dichos derechos: reducción de la tecnocracia, expropiación de la salud y otorgarle al paciente mayor participación en el proceso.

Palabras clave: paciente, proceso docencia-servicio, bioética principialista, derechos del paciente, profesionalización humanista.

* Optómetra. Universidad de La Salle.
Especialista en Optometría Pediátrica; Universidad de La Salle; magíster en Epidemiología, Universidad del Oeste de Santa Catarina, Brasil; magíster en Atención Sanitaria Visual Avanzada, Universidad de Valencia, España; Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
Director Clínica de Optometría. Universidad de La Salle.
Correo electrónico: elsanchez@lasalle.edu.co

El paciente, su sentido, su dimensión

Un abordaje reduccionista del significado de *paciente* puede realizarse consultando el diccionario. Se dice que la palabra *paciente* proviene del latín *patior*, *páteris*, *pati*, que significa padecer (Academia Española, 2001). En consecuencia, el paciente es un ser vivo, humano o animal, que manifiesta algún padecimiento de forma consciente o inconsciente, relacionado con alguna pérdida del equilibrio de la salud. El paciente ha sido, desde la medicina de la Antigüedad, el centro y motivo de preocupación de las Ciencias de la Salud, toda vez que *salud* es, en palabras de Bersh (2001), un “proceso continuo, de variaciones ininterrumpidas que acompañan el *fenómeno vital* en el hombre, y cuyos efectos sobre dichos fenómenos se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su fin último”. El cuidado del paciente resulta explícito en el juramento hipocrático, en el que se perfila el principio ético de la beneficencia:

[...] de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza [...] (Jones, 1962).

En la historia, las civilizaciones se caracterizaron por prevenir o limitar la acción destructiva de las enfermedades (Rosen, 1993). Suele ocurrir una asociación incorrecta entre *paciente* y *enfermo*; por ejemplo, existen situaciones en las cuales personas sanas acuden a los servicios de salud y personas enfermas que no consultan al profesional porque todavía no manifiestan clínicamente una enfermedad. Estas últimas personas están inmersas en el llamado “estadio subclínico”¹ de la enfermedad, y los avances en salud se concentran en identificar el fenómeno mórbido durante esta fase (Gordis, 2009). Un abordaje demográfico o poblacional transforma al paciente en una unidad que conforma un conglomerado o población. Los estilos, condiciones y modos de vida “anó-

¹ Concepto en Ciencias de la Salud relacionado con la historia natural de la enfermedad. Se refiere al periodo de incubación o de latencia de las enfermedades infecciosas y no infecciosas en el cual, a pesar de estar presente el fenómeno mórbido, éste aun no se ha manifestado clínicamente. Este periodo es la preocupación principal de las acciones de prevención en salud (Gordis, 2009).

nimos” de cada unidad-paciente determinan “desenlaces” en salud de toda la población; no obstante, puede suceder que poblaciones toleren o induzcan estilos, condiciones o modos de vida que afectan a cada individuo. Intervenciones masivas de prevención y control, como las políticas públicas (macroprocesos), provocarán cambios en cada paciente (microprocesos), que a su vez producirán impactos medibles, preferiblemente favorables en la población (Morabia, 2004; Oakes, 2006).

Aspectos bioéticos y normativos sobre los derechos del paciente

Desde el punto de vista de la atención al paciente, de la toma de decisiones y del abordaje clínico, ya sea individual o colectivo, en Estados Unidos surgió una corriente bioética denominada *principlista*, cuyo mérito radicó en agrupar los valores contenidos en diversos códigos y declaraciones éticas, sintetizándolos en cuatro principios básicos:

1. *Principio de la beneficencia* -ya mencionado previamente- según el cual todos los esfuerzos del profesional de la salud deben enfocarse en impactar directa o indirectamente en el padecimiento del paciente.
2. *Principio de no maleficencia*, referente a no dañar al paciente (iatrogenia) o no usar intervenciones de las cuales se desconoce su eficacia.
3. *Principio de autonomía*, que promueve la participación activa del paciente, previa información sobre su estado y su tratamiento.
4. *Principio de justicia*, según el cual los recursos en salud en toda su dimensión, deben ser distribuidos de manera equitativa.

A pesar que existen otras corrientes éticas con abordajes interesantes², el *principlismo* ha adquirido importancia en los últimos años. Sin embargo, en palabras de Doucet (1998), el principlismo se ha convertido en una especie de *pragmatismo ético* en el cual sus principios son utilizados de manera mecánica y automática. Así las cosas, la relación profesional-paciente, que precede al proceso docencia-servicio, tiende a ser comprendida como un modelo contractual: dos personas realizan una transacción en que una recibe la atención

² Se conocen corrientes bioéticas basadas en la virtud, la casuística, la responsabilidad, la ética narrativa y la corriente feminista.

en salud y la otra sus honorarios. Entonces, se torna necesario reinterpretar esta corriente, introduciendo en ella mayor compasión, empatía y altruismo. Por tanto, resulta relevante la propuesta de May, quien a partir de una importante reflexión sobre la muerte, plantea para la relación profesional-paciente un modelo de inspiración bíblica que él llama “de la *alianza*”, esto es, del engranaje personal fundamentado en la donación, la devoción, la fidelidad y la solidaridad (May, 1983), algo muy coherente con la Misión Educativa Lasallista.

Independientemente de los procesos académicos, docentes o asistenciales, todo paciente posee derechos y adquiere deberes en salud. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial en 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General reunida en Bali (Indonesia) en 1995, define los *derechos* fundamentales derivados del *principialismo*:

1. *Derecho a la atención en salud de buena calidad*: todo paciente tiene derecho, sin discriminación, a una atención de la salud apropiada.
2. *Derecho a la libertad de elección*: el paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente al profesional, hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado; igualmente tiene derecho a solicitar la opinión de otro profesional de la salud en cualquier momento.
3. *Derecho a la autodeterminación*: el paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El profesional de la salud informará al paciente las consecuencias de su decisión. En Colombia los derechos fueron discutidos y normatizados en la Resolución 13437 de 1991.

La tabla I resume los postulados básicos adoptados en dicha resolución.

Tabla I

Postulados básicos para la humanización en la atención del paciente

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
 2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
 3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
 4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
 5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
 6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
 7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
 8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
 9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
 10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
-

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Resolución 13437 de 1991.

El proceso docencia-servicio

Se define como “el vínculo para articular en forma armónica las acciones de instituciones educativas e instituciones que presten servicios de salud para cumplir su función social mediante la atención de la comunidad y la formación del recurso humano que se encuentra cursando un programa de pregrado o de posgrado en el área de la salud” (Ministerio de la Protección Social, 1996). El proceso es mencionado de manera explícita en el artículo 247 de la Ley 100 de 1993 y en el Decreto 190 de 1996. Las normas que rigen este proceso aparecen en el acuerdo 003 de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003). La figura 1 muestra los niveles de idoneidad requeridos en el proceso docencia-servicio.

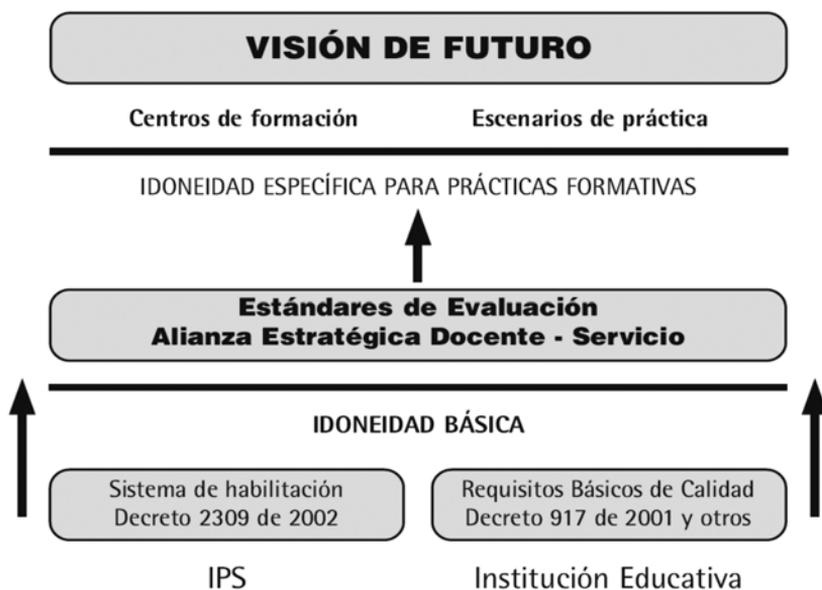


Figura 1 Relación docencia-servicio.

Fuente: Ministerio Protección Social. Acuerdo 003 de 2003

La idoneidad básica se fundamenta en las normas que regulan los requisitos básicos y mínimos de calidad tanto para la Institución Prestadora de Servi-

cios de Salud (IPS) como para las instituciones educativas. Por consiguiente, el cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, establecido en el Decreto 2309 de 2002 para la IPS, y de los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud, señalados en el Decreto 917 de 2001, vislumbran la importancia del paciente como objeto de estudio, al mismo tiempo que, en aras del cumplimiento de dichos requerimientos, al menos de forma indirecta, exige el respeto por sus Derechos. La idoneidad específica para las prácticas formativas, como segundo nivel, tiene que ver con la integración armónica entre el cumplimiento de la norma y la consolidación de una alianza docente-servicio eficiente; para culminar la concreción sostenible, continua y futura de centros de formación y escenarios de práctica que permitan cumplir la función social de ambas partes. Sin embargo, este proceso lineal, acaso lógico y esperable, puede verse comprometido si no existe claridad con la *corriente* de pensamiento social en salud que oriente todos los esfuerzos de construcción de nuevos programas o la reorientación de los existentes, de modo que redunden en beneficio del paciente.

Corrientes del proceso salud-enfermedad

La variedad de corrientes teóricas del proceso salud-enfermedad es extensa y compleja. Sin embargo, como una aproximación al paciente y al proceso docencia-servicio, se describirán las nueve corrientes más sobresalientes, intentando visualizar los aportes de cada una y su relevancia en la formación de recursos humanos en salud, modificando la propuesta de Armando Arredondo (Arredondo, 1992):

Corriente sanitaria

Para este modelo, el proceso salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones desfavorables que rodean al paciente. No contempla los factores sociales. Nace durante los hechos de la revolución industrial y el capitalismo incipiente de Adam Smith (Rosen, 1993). Los temas que se profundizaron en educación se centraron en la identificación de situaciones que provocaban

estados mórbidos; por ejemplo, viviendas sin letrinas, convivencia con animales, entre otras (Porter, 1999).

Corriente unicausal

La salud-enfermedad depende de un agente biológico causal. El paradigma microbiológico significó un gran adelanto en la comprensión, el control y el tratamiento de las enfermedades; no obstante, fue incapaz de explicar por qué el mismo agente no produce siempre la enfermedad. Se planteó a mediados del siglo XIX e inicios del XX, y sus representantes son Henle, Pasteur y Koch (Rosen, 1993). Se hace énfasis en enseñar los nuevos alcances técnicos del microscopio, la taxonomía de las nuevas especies descubiertas, entre otras (Porter, 1999).

Corriente multicausal

El proceso salud-enfermedad ocurre por la relación simultánea de tres componentes; a. Agente, b. Huésped, c. Ambiente. Sin embargo, fue incapaz de ponderar la contribución de cada uno en dicho proceso. Aparece a mediados del siglo XX, y sus representantes son Leavell y Clark (Leavell y Clark, 1953).

Corriente de red causal

Recrea la corriente multicausal, adicionando el concepto de red de causalidad, que permite la identificación de factores de riesgo; no obstante, al igual que el modelo anterior, no pondera la severidad de dichos factores. Aparece en la segunda mitad del siglo XX –años sesenta–, y su representante es MacMahon (Morabia, 2004).

Corriente ecológica

Utiliza los elementos de la corriente multicausal ponderando la contribución de cada componente; sin embargo, no consigue explicar el origen de los perfiles diferenciales de dicho proceso. Aparece en los años setenta, y sus representantes son Mervyn Susser y Zena Stein (Susser, 1972).

Corriente crítica

Según esta corriente, el proceso salud-enfermedad guarda estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Su limitación está en reducir la complejidad real del proceso a la problemática de las relaciones sociales. Aparece en los años setenta, y sus representantes son Laurell y Breilh.

Corriente geogénica

La enfermedad es el resultado de la interacción de factores propios del ambiente geográfico y factores patológicos. Se generó a mediados del siglo XX, y su representante es Jaques May. La formación en esta corriente hace énfasis en los sistemas de información geográfica.

Corriente económica

La salud puede explicarse con la teoría del capital humano, que la conceptualiza como un bien de inversión y consumo. Su problema radica en el reduccionismo utilitarista de la salud, muy acentuado en la actualidad. Aparece en los años ochenta, y sus representantes son Gilson y Muskin.

Corriente por determinantes sociales

Elabora el modelo de determinante social multinivel para explicar el proceso salud-enfermedad. Describe los determinantes estructurales, intermedios y proximales. Es un modelo altamente integral. Su limitación está en la falta de herramientas formales para explicar su dinámica; sin embargo, aportes estadísticos recientes están despejando esta limitante, incluido el uso de metodologías basadas en evidencias y traslacionales (Oakes, 2006).

Cada corriente aporta elementos valiosos para el abordaje del proceso salud-enfermedad, así como limitaciones. Es claro que no pueden explicar en su totalidad dicho proceso y que su utilización depende de las motivaciones y las preferencias de la institución que realiza docencia-servicio. No obstante, el

modelo interdisciplinario, que opera por determinantes sociales, podría ser un buen punto de partida para la comprensión *integral* de poblaciones y sus individualidades, inmersas en situaciones *estructurales* relacionadas con el desarrollo económico y social de toda la nación (modos de vida), *intermedias*, que tienen que ver con el grupo social particular, como la localidad, el barrio, la familia (condiciones de vida), y *proximales*, relacionadas con aspectos biológicos, psicológicos y de conducta (estilos de vida). Esta corriente invita a la academia a formar talentos críticos que se enriquezcan mutuamente en espacios individuales, familiares, locales, nacionales, regionales y globales compartidos. Inspira a los investigadores en salud a la toma de decisiones, a la articulación universitaria docencia-servicio, a otros campos de la salud (interdiscipliniedad), a lo biológico y de conducta, a mejorar las corrientes existentes, a crear programas en el área de la salud cuya justificación central tenga que ver con el análisis de la estratificación social, las exposiciones diferenciales, los niveles de vulnerabilidad y sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad. La integralidad abunda en esta corriente y puede concluirse que quiere aprehender las necesidades de la salud de la población para, finalmente, aprender de ellas y, con esa base, actuar a favor del paciente y su comunidad.

El paciente y la profesionalización humanista

Tradicionalmente, las ciencias de la salud buscan liberar al paciente de la enfermedad, discapacidad y muerte. Sin embargo, las tres han sido planteadas y aceptadas como una realidad natural e inevitable (Smith, 2001). Entonces, más que una posición curativa, prevalece la postura preventiva y de promoción de la salud, fuertemente conectada con el positivismo³. En ese contexto, Shriver observa un vacío ideológico de esta corriente y repara en la relación de la religión con las ciencias de la salud:

la historia sugiere que esta asociación es normal para los seres humanos. Los sentimientos y las ceremonias religiosas y los religiosos profesionales estarán siempre presentes cuando la gente se encuentre enferma. Estamos en presencia de un

³ El positivismo es una corriente filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico.

fenómeno humanístico amplio, no de un interés exótico presente esporádicamente en la historia de la humanidad (Shriver, 1980).

La introducción de estudios religiosos en la formación de los profesionales de la salud podría, según Shriver, humanizar la salud –tecnificada en exceso–; ayudar al profesional de la salud a hacer frente a nuevos problemas personales, sociales y éticos para los cuales la educación tecnológica no prepara adecuadamente; iniciar la consideración de problemas como la muerte, el envejecimiento, el aborto, la eutanasia, la inequidad en la distribución de la salud, etcétera (Shriver, 1980). Surge entonces la dimensión de justicia en el encuentro clínico del proceso docencia-servicio: un encuentro con un contexto más amplio, equitativo, donde el diálogo y la participación del paciente es tan vital e importante como la del propio profesional o estudiante del área de la salud. Entonces, los derechos del paciente trascienden también hacia los derechos del colectivo; una especie de democratización de la salud durante el encuentro clínico, evitando su expropiación y reduciendo la tecnocracia. En palabras de Fernando Vásquez (2009):

[...] a veces sólo escuchando a otro logramos que se alivien un tanto sus penas, podemos propiciar su esperanza o mantener fuerte su ánimo. Puede que no sea más sino dedicar unos minutos para escuchar al enfermo o al necesitado y comprobaremos cómo dicha acción es más poderosa que cualquier apoyo material o la más cuantiosa dádiva.

El paciente y los nuevos desafíos en el proceso docencia-servicio: propuestas finales

Esta reflexión permite comprender algunos principios del profesionalismo humanista (Rosselot, 2006):

1. Primacía del bienestar del paciente sobre cualquier otra actividad o fin.
2. Relevancia de la autonomía del paciente en el proceso docencia-servicio.
3. Promoción de la justicia en el encuentro clínico.
4. Competencia profesional del docente y estudiante.
5. Honestidad.

6. Confidencialidad.
7. Facilitar el acceso a la atención en salud.
8. Distribución justa de los recursos.
9. Desarrollo permanente del conocimiento científico en la generación de evidencias clínicas de alta calidad.
10. Responsabilidad social.

Estos principios construyen nuevos desafíos:

1. La flexibilidad curricular no puede ni debe poner en riesgo la seguridad del paciente, esto es, para el momento clínico, el estudiante tiene el deber ético y la exigencia académica de haber cursado disciplinas fundamentales previas a su labor asistencial.
2. El proceso docencia-servicio debe incluir la garantía en el cumplimiento de los Derechos del paciente; por ejemplo, el aumento desproporcionado del tiempo en salas de espera no se puede justificar por el mismo proceso académico.
3. El proceso docencia-servicio debe ser confidencial; los debates académicos docente-estudiante sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico deben ser prudentes, justos y participativos con el paciente.
4. El docente que participa del proceso, debe estar comprometido con el paciente, darle prioridad y no desviar su atención en el encuentro asistencial; es el mejor ejemplo que puede darle a su estudiante.
5. El paciente no es un objeto de estudio en el proceso docencia-servicio; es el sentido de su ser, de su existencia. Tanto docente como estudiante son responsables del paciente, del cierre del caso, de su bienestar, de su humanidad.

Referencias

- Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición, Madrid, Real Academia Española (y por línea en <http://www.rae.es>, apartado «diccionario»).
- Arredondo, A. (1992). An analysis and reflection on theoretical models of the health-disease process. *Cad. Saúde Pública*, 8 (3), 254-261.
- Bersh, D. (2001). II Congreso Internacional de Salud Pública: accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar social. Medellín: FNSP. Universidad de Antioquia.
- Doucet, H. (1998). Changer la manière de faire l'éthique. Congreso Anual de la Sociedad Canadiense de Bioética. Halifax.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Jones, WHS. (1962). *Trans. Hippocrates*, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Leavel, C and Clark, E. (1953). *Epidemiology and multicausality*. New York: McGraw-Hill.
- May, W. (1983). *The physician's covenant*. Philadelphia: Westminster.
- Ministerio de Educación Nacional. (2001). Decreto 917 por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/>
- Ministerio de la Protección Social. (1991). Resolución 13437 por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Disponible en www.minproteccionsocial.gov.co/
- Ministerio de la Protección Social. (1996). Decreto 190 por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial* 42700. Disponible en www.minproteccionsocial.gov.co/
- Ministerio de la Protección Social. (2002). Decreto 2309 por el cual se define el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en www.minproteccionsocial.gov.co/
- Ministerio de la Protección Social. (2003). Acuerdo 003 por el cual se constituye el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Disponible en www.minproteccionsocial.gov.co/

- Oakes, J.M. (2006). *Methods in social epidemiology*. San Francisco, CA: John Wiley & Son.
- Porter, D. (1999). *Health, civilization and the State*. London: Routledge.
- Rosen G. (1993). *A history of public health*. Expanded edition. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Rosselot, E. (2006). Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 134, 657-664.
- Shriver, Jr., D.W. (1980). Medicine and religion: Some definitions and goals. En Shriver Jr. D. W. *Medicine and religious strategies of care*. Pittsburgh, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press.
- Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? *BMJ*, 322: 1073-4.
- Susser, M. (1972). *Agent, host and environment as an ecological system*. New York: Oxford University Press.
- Vásquez, F. (2009). *Custodiar la vida. Reflexiones sobre el cuidado de la cotidianidad*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.