

Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud
A critical view over notion: patient/customer/client since Health Anthropology

Sergio Lemus Alcántara¹, Alicia Hamui Sutton², Minerva Ixtla Pérez¹, Alfredo Paulo Maya³



RESUMEN

ABSTRACT

La atención es actividad sustantiva de los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud (EPPSS). Es más que un hecho científico-técnico dirigido por la perspectiva administrativa. Se trata de un fenómeno social-cultural que deviene del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), propiciando las interacciones entre el personal de salud y el sujeto/persona. El contenido relacional de la atención, dado el nivel de complejidad alcanzado por el sistema de salud (SS), no encuentra su mejor marco explicativo en la diada médico-paciente. Si bien no deja de ser una unidad de análisis relevante, la influyen de manera determinante las disposiciones de los ámbitos político, económico; el avance científico-tecnológico, que las más de las veces la tornan tensa, llena de rupturas y discontinuidades. Es posible constatarlo mediante las asimetrías que, en el fondo, generan insatisfacción en ambas partes. Con base en lo anterior, sustentamos la necesidad de reflexionar en torno a las relaciones que se construyen en los EPPSS, el sentido y significado que se les da a partir de las nociones: paciente, usuario o cliente. En ninguno de los casos es mera polisemia y sí tienen implicaciones directas en la atención.

PALABRAS CAVE: Atención, relación, antropología, cliente, usuario, paciente.

Healthcare is a substantive activity of health providers public establishments of health services (HPPEH). It is more than a scientific-technical fact under management perspective. It's a social-cultural phenomenon than becomes the process health/illness/attention, fostering interactions between health care workers and subject-person. Relational content of attention, given the level of complexity reached by the health system, can't find its best explanation in the doctor-patient dyad. Although no longer a relevant analysis unit, the political, economic, influence is determinant; and the scientific-technological advance, which most of the time become it tense, full of breakdowns and discontinuities. It is possible to see through the asymmetries that generate dissatisfaction on both sides at the bottom. Based on the foregoing, we uphold the importance to reflect on the relationships that are built into health centers, the meaning and significance given to them from the notions: patient, customer or client. In none of the cases is mere polysemy and they do have direct implications on health care activity.

KEY WORD: relationship, healthcare, anthropology, client, customer, patient.

¹ Servicio de Psicología Clínica del Hospital de la Mujer. México.

² Coordinación de Investigación Educativa. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM. México.

³ Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina.

Correspondencia: Alfredo Paulo Maya. México.
Correo electrónico: alfpaulo@hotmail.com .

Introducción

La búsqueda de bienestar es inherente a la condición humana, la salud es dimensión esencial. La enfermedad orienta las acciones del sujeto en lo individual y colectivo; en una dialéctica permeada por el contexto sociocultural. Inicia con el malestar individual, biológico y/o mental, hablamos de la forma particular que adopta el hecho de enfermar no como síntoma que conlleva la medicalización¹; sino la forma particular que toma. La cual es, quizá, el indicador más confiable porque activa el sentido de autopreservación y motiva la recuperación.

Las primeras acciones ocurren en la dimensión social-cultural, no construyen entidades nosológicas ni atención institucional. Se centran en la autoatención, comportamiento congruente con la necesidad del individuo. Comunicar el malestar da paso a lo social. Trae consigo apoyo, el beneficio de la experiencia de otros. Es en la colectividad que sucede el proceso s/e/a. Según Kleinman entre el 70 y 90% de los casos se resuelve en lo social². Para Osorio y Menéndez la autoatención configura un modelo porque no son acciones erráticas carentes de fundamento; condensan conocimiento, saberes, diagnósticos, terapéutica, significados y relaciones^{3,4}. Esto evidencia que la primacía en el proceso s/e/a no la tiene el SS ni los EPPSS son el único recurso, compete a individuos activos, reflexivos, poseedores de recursos e iniciativas. Cualidades innatas que expresan procesos de resistencia en respuesta a la organización y estructura del sistema en que se vive⁵. Es el marco donde se construye la relación entre: personal de salud-sujetos.

Historicidad de la atención

En la historia de la medicina el referente obligado es la Grecia Clásica porque estableció las bases precientíficas. Durante medio siglo, aproximadamente, se dedicaron al arte de curar, aportando evidencia sobre cómo debía ser la atención del enfermo. Diagnosticar no era el fin, el médico tenía que considerar el proceso de enfermar, así como geografía, dieta, su relación con el enfermo evaluar la posibilidad de intervenir o no⁶.

“Enfermo” se refería al sujeto que enfermó, no al proceso morbosos o la patología. La enfermedad era una condición que enfrentaba en su grupo social, no un rol asignado. El médico, parte del grupo social,

participaba en la construcción colectiva entendida como sanar. Sería ingenuo pensar que por ser la época de los próceres de la medicina, las acciones para ayudar al otro no eran afectadas por el contexto político, económico, religioso⁷. Como cualquier actividad humana se hizo depositaria de ideas diversas, intereses profanos: lucro, poder; incluso artísticos. El conocimiento en torno al cuerpo, su anatomía y fisiología, piedra angular de la medicina, encontró en el arte un aliado.

La ciencia incipiente incapaz de superar la hegemonía religiosa, encontró en la curiosidad artística el umbral para apropiarse del cuerpo⁸. Ya no era el sujeto o el enfermo sino el cuerpo y sus formas más íntimas. Ciencia y arte impulsaron la anatomía, pero, no todo fue libertad para conocer. La ley ha tenido presencia perenne en la atención, sus acciones regulatorias sobre la práctica médica son milenarias⁹. Hecho que da cuenta de la tensión inmanente en la relación que se construye a partir del proceso s/e/a; y del sustrato social donde se desarrolla.

La sucinta reflexión histórica muestra el constante cambio en torno al sujeto, la atención y las relaciones en la dimensión de la salud. Los niveles de complejidad que alcanza, sustentan la premisa que la diada médico-paciente no es el referente prístino para aproximarse a la atención como fenómeno sociocultural. La consulta médica es una fracción del esquema institucional. El médico pertenece al grupo denominado: personal de salud, profesionales de la salud, personal sanitario; responsable de la atención institucionalizada. Influida por el enfoque económico-administrativo que adquirió preponderancia en la relación personal de salud-sujeto. Menéndez (1992) caracteriza el modelo biomédico y evidencia cómo la estructura, organización y funcionamiento de los EPPSS quedan subsumidos a la lógica capitalista que privilegia la productividad más que la medicina basada en evidencias. Pasa igual con los componentes socioculturales de la atención, el contenido relacional se vuelve ajeno tanto al personal de salud como al sujeto. Aunque la interacción es basilar de lo humano la normatización rige la atención¹⁰.

La lógica económica-administrativa en el sector salud se ha fortalecido, hasta convertirse en parte estructural de los EPPSS y naturaliza formas de atención. Identificarlas y entenderlas precisa de otros enfoques. La Antropología de la Salud con sus aproximaciones teórico-metodológicas aprehende la

realidad que viven los sujetos durante el proceso salud/enfermedad, familiares y personal de salud.

Situarse en los EPPSS como lugares concretos y contextos particulares permite conocer y profundizar los significados e interrelaciones construidas en la atención. Su ventaja es superar el límite que subsume la realidad a marcos explicativos y entenderla desde las experiencias concretas de los sujetos que transitan por éstos, considerando que se encuentran inmersos en un macro sistema¹².

¿Atención a la salud o proceso de subsunción?

Siendo la atención actividad sustantiva de los EPPSS, la noción paciente anticipa la mirada del personal de salud sobre el sujeto. Refleja la visión institucional sobre la salud bajo la rectoría del Estado¹³, que en su discurso construyó el imaginario donde salud-atención dependen del conocimiento especializado, la experticia técnica y el respaldo jurídico¹⁴; afirmando el dominio de un selecto grupo, responsable de operar normas de atención.

La verticalidad del SS antagoniza con la dimensión sociocultural del proceso s/e/a. Es paradójico pues, la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la conferencia de Alma-Ata (1978), reconoció que las acciones de la población eran importantes para la atención de los problemas de salud. Sin abordar cómo articular lo institucional con lo social, bajo una dinámica de horizontalidad entre personal de salud y sujeto-comunidad. Carecemos de un modelo de atención relacional que haga compatible el conocimiento biomédico y los saberes; las prácticas sociales y el tratamiento; los significados de la enfermedad y los diagnósticos. En vez de eso, el SS propone la estandarización de la atención, incompatible con la manera diferenciada en que las personas viven, enferman, trabajan y mueren^{15,16}. Ese posicionamiento impide plantear atención diferenciada para sujetos diferenciados ya que homogeneiza la salud, enfermedad, atención, soslayando la desigualdad que provoca en la sociedad¹⁷.

La atención a la salud en las sociedades capitalistas encuentra en la noción paciente, dos rasgos esenciales, pasividad e individualidad. Útiles para operar la homogeneización y encuentra en el objetivismo del SS, el complemento para cosificar al sujeto. En esa dinámica las categorías: identidad, historia de vida, corporeidad, son irrelevantes; el conocimiento

y *praxis* del personal de salud, no son recursos a favor del sujeto y la sociedad, funcionan como dispositivos de control¹⁸; reducen la vida a su sentido biologista¹⁹. El constructo utilitarista “paciente” justifica prácticas normatizadoras ajenas a las necesidades y expectativas de los sujetos y la sociedad.

Usuario o cliente ¿simple polisemia?

La atención a la salud ha sido objeto de múltiples iniciativas para mejorarla, con la particularidad colocar la calidad al centro^{20,21}. Los enfoques, calificados de innovadores y vanguardistas, proponen cambios de forma, su interés por modificar la noción “paciente” no busca ubicar al sujeto al centro de la atención. Lo modifica por lo anacrónico que resulta con el discurso de tipo empresarial. Así “usuario” introduce la idea de alguien con capacidad de decisión.

El Dr. Priego hace unas precisiones sobre estos términos: paciente, necesitado de cuidados (pasivo-vulnerable); usuario simple vocablo preferencia del *argot* directivo y cliente término vinculado al mercantilismo²². No considera que se nombra desde una asimetría relacional. Uno nombra al otro y prescribe formas específicas de ser y hacer²³. El SS pasa de un término a otro sin involucrar al sujeto. Cambió paciente por usuario confiriéndole la cualidad de elegir.

Elegir la atención es una idea difusa que asocian al beneficio particular. La prerrogativa del usuario es elegir entre varios productos o servicios, pero, dista de lo real. Pensemos en un derechohabiente; acude a un EPPSS de la institución “A”, si la atención no satisface sus necesidades y expectativas, no es libre de buscar atención en otro EPPSS perteneciente a la institución “B”, por la llana razón que “A” recibe sus cuotas, no “B”. La estructura y organización del SS coarta su elección obligándolo a permanecer donde la atención fue deficiente. La percepción de las deficiencias no es un hecho restringido a los usuarios, el personal de salud la comparte. Expresa lo insatisfactorio que resulta la forma de atención vigente²⁴.

El intercambio de términos no favorece la atención, ni impulsa al personal de salud a reflexionar y proponer formas de atención más humanas. Aun empleando la nueva terminología que supone reposicionar al usuario, los problemas de fondo permanecen como la falta de recursos o inobservancia del marco normativo por parte del personal de salud²⁵. El término usuario no faculta al individuo a elegir

dónde quiere atenderse o tomar decisiones sobre la atención recibida. Su experiencia no mejora cuando el SS le denomina cliente, pero sí lo adscribe al esquema producto-consumo; donde las leyes de mercado regulan la atención y definen el tipo de relación. La salud no se entiende como derecho sino objeto producto del mercado. Esa lógica manda hacerlo atractivo, que responda al mercantilismo²⁶. Así, EPPSS y personal de salud se convierten en proveedores de servicios y el sujeto en cliente.

La lógica del mercado establece que el cliente decide el tipo de servicio que satisfaga sus necesidades. Sin embargo, lo que hace es condicionar los servicios de salud. En ese escenario, la negación del servicio no violenta el derecho a la salud queda en función de la capacidad de pago. El proveedor de servicios pone a disposición del cliente una cartera de productos tan amplia como su capacidad de pago le permita. Es una situación real y vigente, los sujetos no asegurados pueden acudir a un EPPSS solicitando atención; misma que se brinda previa exhibición del pago inicial. El acceso a la atención no se da por la derechohabencia ni por el ejercicio del derecho a la salud sino por mostrar capacidad de pago.

El poder penetrante del capitalismo introdujo el mercantilismo al ámbito de la salud, contraviniendo disposiciones del Estado, quien definió la salud como derecho²⁷ no mercancía, pero, desde el discurso afirmó la calidad como bastión de la política nacional en salud²⁸. Enfocó sus acciones en la estandarización, medida que soslaya la particularidad de los contextos, no tiene impacto porque se opera en una sociedad marcada por enormes desigualdades, donde la desproporción de recursos se convierte en el metro patrón de las diferencias entre clases sociales. Es una acción incapaz de garantizar el derecho a la salud porque basta con mostrar formatos de registro, manuales de procedimientos, formación de comités, para acreditarse. La atención pensada así, ahonda la brecha entre clases sociales²⁹ al dirigir mayores recursos a EPPSS administrativamente certificados, cuando el marco jurídico, nacional e internacional, fundamenta la universalidad del derecho a la salud. Hablar de derecho universal cuando la política del Estado se define por la asignación selectiva de recursos es falaz.

Usuario y cliente otorgan, sólo en el discurso, otro estatus al sujeto que enfermó. Lo presentan como uno que tiene más control sobre su atención, pero,

sólo es parte de una ficción tan elaborada que se confunde con la realidad³⁰. Mientras la atención se mantiene como mera aspiración.

Padeciente ¿nueva categoría?

La dificultad que implica nombrar al otro radica en que se asociará con el reconocimiento o negación de ciertas cualidades. La atención no será la misma para el paciente, usuario o cliente aunque sea el mismo sujeto que enfermó. Ninguno de los términos altera la estructura y organización del SS y sus EPPSS, pero sí satisface las macropolíticas responsables de imponer los criterios de atención. Por lo tanto, no hay términos inocuos. Es el caso de “padeciente”. Puede parecer ajeno a la discusión que nos ocupa, no obstante, la noción es de cuño biomédico; con base en los criterios de cronicidad y dolor señala la necesidad de contar con un modelo de atención³¹. Diferenciar pacientes de padecientes entraña algunos problemas: 1) remarca la desigualdad al ponderar la necesidad de uno sobre la del otro; 2) omite la circunstancia de vida en el padecer ya que la cronicidad tiene componentes socioculturales porque el sujeto que enferma es multidimensional. Cada dimensión es parte de él y el rasgo esencial es su interdependencia que las hace indivisibles³².

El binomio sujeto-persona como base de la atención

En la indivisibilidad del sujeto se encarna el proceso s/e/a, afectando en distinta magnitud cada una de sus dimensiones. Pensar la atención en sentido biológico, es un yerro porque responde a sistemas más amplios. Los EPPSS son lugares donde se construyen identidades, representaciones, significados sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la vida³³. El distanciamiento entre expertos y legos, la creciente individualidad, la confluencia de macropolíticas y el sistema de producción, los convierte en lugares ajenos al sujeto.

El lugar donde ocurren relaciones motivadas por la atención puede construirse con sentido de comunidad, espacio compartido a través del diálogo y la colaboración, o bien, orientarse al individualismo, la desconfianza, la sospecha sobre el otro³⁴. Dando paso a prácticas normatizadoras y tensión entre el personal de salud y los sujetos inmersos en realidades disímiles.

La atención en los EPPSS inicia con la mirada que se tiene sobre el otro, que en sí mismo es una totalidad³⁵. La enfermedad no reconoce demarcaciones biológicas, psíquicas o socioculturales. El sujeto es quien enferma no sólo su cuerpo y padece el trastorno de su vida. Hablamos de sujetos concretos con historia, cultura y grupo social, constitutivos de su realidad. Reconocerlo no es concesión, significa construir la realidad al participar de la dialéctica social, sin la presunción de aprehenderla en su totalidad³⁶.

La relación con el otro es compleja por las interacciones y la posición que se fija. Razón que justifica la necesidad de contar con marcos de referencia que guíen el sentido y significado de las relaciones construidas durante la atención. A través de acciones colectivas, orientadas a rebasar los términos pacientes/usuario/cliente o padeciente, que de un modo u otro restringen la totalidad del sujeto. La solución no consiste en proponer un nuevo término cuando el otro ya es en sí mismo.

El personal de salud se relaciona con sujetos que viven procesos de s/e/a, quienes al acudir al EPPSS ejercen un derecho fundamental con respaldo jurídico. Llegan al SS no en estado de indefensión, como señala el término paciente, sino impulsadas por la necesidad que rebasó sus prácticas sociales de autocuidado-autoatención. La expectativa de recuperar su bienestar las motiva a ejercer su derecho, conscientes de ello o no. La persona puede desconocer las finezas del asunto, el personal de salud no.

La salud entendida como derecho, no es judicializarla. Es un principio de realidad que debe observarse al inicio de la atención y guía de la relación. La base para sustentar la posición del personal de salud frente al otro y funja como facilitador del ejercicio pleno del derecho a la salud e involucrarse con la experiencia del sujeto. Comprometerse con el ejercicio pleno del derecho a la salud es la vía para humanizar y dignificar la atención en los EPPSS. Y así se dé la colaboración entre personal de salud y sujeto, entendiendo que el bienestar no lo define la capacidad de pago o cronicidad de la enfermedad. Aclaremos que el derecho a la salud no equivale a sanar por derecho. La finalidad de la atención es ayudar a sanar, mas nadie puede garantizarlo porque los fenómenos vida-muerte son parte de la realidad humana y desenlace del proceso s/e/a.

La atención como praxis considera poco la teoría para construir la relación con el otro. Entender

que los EPPSS no son el espacio de dos, sino el lugar donde se concreta el encuentro entre dos, es realidad lejana. La sutil presencia o franca ausencia de la teoría no favorece la apropiación del lugar de forma compartida para concretar el entre nosotros^{37, 38}.

Ese espacio social-cultural-humano, político-económico, que surge del encuentro entre dos que interactúan y se relacionan durante la atención.

La distancia construida representa una demarcación ideológica, quizá teórica, difícil de superar porque demanda iniciar con la deconstrucción de las nociones: sujeto, salud, enfermedad, atención, *praxis* y el propio sistema de salud. La finalidad es generar contrasentido³⁹, para que el conocimiento no se utilice como poder y la *praxis* abandone su nicho normatizador que niega al otro con sus procesos vitales. Así, los EPPSS sean espacios compartidos con influencia en la concreción de la atención mediante acciones intencionales y conscientes por parte del personal y del sujeto mismo.

Conclusiones

En el SS no se está problematizando la atención en términos relacionales con la debida importancia, ni el impacto que tiene en el sujeto. Replantear la *praxis* es prioridad, la atención no es actuar sobre uno "pasivo" y la sola mención de la problemática no implica una reflexión. Asimismo, las soluciones no vienen del pragmatismo asentado en datos y estadísticas. La relación que se construye en los EPPSS devela el sentido y significado que el personal de salud le da a la enfermedad, la salud, el tratamiento, como marco para analizar si su práctica, concreción de la atención, es mecanicista o reflexiva.

Durante la atención se comparten expectativas y las necesidades concretas del sujeto. La falta de marcos teóricos dificulta la construcción de la relación y mantiene los reduccionismos que imponen los términos. La situación actual refleja la comprensión marginal sobre los procesos s/e/a por parte del personal de salud y del sujeto mismo. La precariedad de la atención no debe pensarse únicamente en términos del conocimiento y experticia técnica, las asimetrías y deshumanización en la relación acabarán en conflictos de distinta envergadura, quejas, denuncias, demandas, generando insatisfacción en ambas partes. El desconocimiento de los aspectos socioculturales y humanos de la atención, impide la colaboración.

Desestimar el problema, altera el sentido de la realidad. Los reduccionismos se convierten en un recurso para justificar prácticas normatizadoras en la atención que no responden a necesidades y expectativas del sujeto, sólo satisfacen las macropolíticas. La falta de espacios para reflexionar y problematizar la atención y la relación que se construye es aporética por la distancia entre la atención humana desde el discurso y su concreción. El enfoque de la Antropología en Salud coadyuva a repensar: salud, enfermedad, atención y al sujeto como sistema relacional que opera en contextos específicos situacionales y cambiantes⁴⁰. Base para una transformación asequible con beneficios directos al funcionamiento de los EPPSS y la satisfacción de las necesidades y expectativas del sujeto/persona.

Referencias

1. Conrad, P. The medicalization of society. On the transformation of human condition into treatables disorders. 1ª ed. The John Jopkins Univesity Press; 2007.
2. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, Medicine and Psychiatry. USA: University California Press; 1980.
3. Menéndez E L, Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;18(5):207. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>. [acceso 2017-ene--24].
4. Osorio, R. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: INAH, CIESAS, INI; 2001.
5. Gramsci, A. Antología. Selección. 7a ed. México: Siglo XXI; 1984.
6. Laín, P. Historia de la medicina. España. Salvat; 1978.
7. Laín, P. La relación médico enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
8. Sigerist, H. The great doctors. A biographical history of medicine from the ancient world to the twentieth century. New York: Double Day Anchor Books; 1958.
9. Laín, P. Antropología médica para clínicos. España: Salvat. 1985.
10. Menéndez, E. La antropología médica en México. México: UAM; 1992.
11. Kiefer, C. Doing Health Anthropology. Research methods for Community Assesment and Change. New York: Springer Publishing Company, LLC.; 2007.
12. Liamptong, P. and Ezzy, D. Qualitative research methods. A health focus. Australia: Oxford University Press. 2001.
13. Cano, F. Percepciones acerca de la medicina y el derecho. México: UNAM. 2001.
14. Foucault, M. La arqueología del saber. 6a ed. México: Siglo XXI. 1979
15. Bronfman, M. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 2000.
16. De Lomnitz, L. ¿Cómo sobreviven los marginados? México: Siglo XXI; 2003.
17. Rojas, R. Enfermedad y capitalismo. México: Plaza y Valdéz. 1999.
18. Foucault, M. Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. 3ª ed. México: Siglo XXI. 2014.
19. Agamben, G. Homo sacer. 2a ed. España. Pre-Textos. 2006.
20. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.
21. Donabedian, A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 1990.
22. Priego H. ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Pública de México* 1995;37(3):381-382. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637501>. [acceso 2017-feb-13]
23. Butler, J. Lenguaje, poder e identidad. España: Síntesis; 2004.
24. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Mirando Carlos, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud pública* Disponible: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000600008&lng=en. [acceso: 2017-ene-10].
25. Enciso Graciela Freyermuth, Navarro Sergio Meneses, Martínez Martín Romero. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad. Saúde Pública*. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100071&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00034014> [acceso: 2017-dic-08]
26. Baudrillard, J. El sistema de los objetos. 18ª ed. México: Siglo XXI. 2004.
27. López, S. y López, O. Origen y naturaleza de los Derechos Humanos. En: *Derecho a la salud en México*. Coordinadores: Olivia López Arellano y Sergio López Moreno. México. Universidad Autónoma Metropolitana. 2015.
28. Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 2ª ed. México: Secretaría de Salud. 2015.
29. Medina, O. Derecho a la salud y clases sociales. En: *Derecho a la salud en México*. En: Olivia López Arellano y Sergio López Moreno. 1a ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 2015.
30. Morin, E. El cine o el hombre imaginario. Barcelona: Paidós. 2001.
31. Cardozo, M., Zarco, A., Aburto, A. y Rodríguez, M. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina*. Septiembre-octubre 2014. (57): 32-42.
32. Zubiri, X. Tres dimensiones del ser humano: Individual, social, histórica. España: Alianza editorial. 2006.
33. Augé, M. Los no lugares. Espacios del anonimato. España: Gedisa. 2000.
34. Bauman, Z. Modernidad líquida. Argentina: Fondo de Cultura Económica. 2004.
35. Augé, M. ¿Por qué vivimos? Por una antropología de los fines. Barcelona: Gedisa. 2004.
36. Berger, P. y Luckman, T. La construcción social de la realidad. Argentina. 1995.
37. Lévinas, E. Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro. España: Pre-Textos. 2001.
38. Tzvetan, T. Nosotros y los otros. 4a ed. México: Siglo XXI. 2005.
39. Potestá, A. El origen del sentido. Husserl, Heidegger, Derrida. Chile: Metales pesados. 2013.
40. Baart, C. Tulinius, C. Reventlow, S. Reflexivity-a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family practice* 2000; 17 (5):430-434.