

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.27786>

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Regarding I, Daniel Blake (2016): Clinical Social Diagnosis and Bureaucratization of the Health System

Janet CORDORI-CARPIO ¹; Ricardo CHÁVEZ-BAUTISTA²; Alejandra CHÁVEZ-ESCATE²;
Mario CARRIÓN-CHAMBILLA²; Hans CONTRERAS-PULACHE ³

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú).

² Escuela de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima (Perú).

³ South America Center for Education and Research in Public Health, Universidad Norbert Wiener, Lima (Perú).

Autor para la correspondencia: Hans Contreras-Pulache

Correo electrónico: hans.contreras@uwiener.edu.pe

Recibido: 21 de noviembre de 2021

Aceptado: 5 de junio de 2022

Resumen

Este artículo presenta un análisis sobre la película *Yo, Daniel Blake / I, Daniel Blake* (2016) de Ken Loach, filme que nos pone en la posición de una persona con una enfermedad crónica degenerativa, mostrándonos el punto de vista de un paciente y su vivencia fuera de los muros del hospital, dentro de un sistema de salud europeo burocratizado y estandarizado que no cubre las necesidades individuales de los enfermos. Se consideran distintos aspectos de interés en este análisis, útiles para la formación universitaria en medicina humana, como lo son; la amenaza que puede significar que el sistema de salud se enfoque en la eficiencia y eficacia de la gestión por encima del bienestar del paciente y la comprensión de relevancia del contexto individual, familiar y comunitario del mismo, evidenciando que el ejercicio y desarrollo de la medicina integral es indispensable para una apropiada atención a los pacientes.

Palabras clave: infarto agudo de miocardio; muerte súbita cardíaca; medicina; cine; salud pública.

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATE; MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

Abstract

This article presents an analysis of the film *I, Daniel Blake* (2016) by de Ken Loach, a film that puts us in the position of a person with a chronic degenerative disease, showing us the point of view of a patient and his experience outside the walls of the hospital, within a bureaucratized and standardized European health system that does not cover the individual needs of patients. Different aspects of interest are considered in this analysis, useful for university training in human medicine, as they are; the threat that the health system may mean focusing on the efficiency and effectiveness of management over the well-being of the patient and the understanding of the relevance of the individual, family and community context, evidencing that the exercise and development of integral medicine is essential for proper patient care.

Keywords: acute myocardial infarction; sudden cardiac death; medicine; movies; public health.

Título original: *I, Daniel Blake*.

País: Reino Unido, Francia.

Año: 2016.

Dirección: Ken Loach.

Música: George Fenton.

Fotografía: Robbie Ryan.

Montaje: Jonathan Morris.

Guion: Paul Laverty.

Intérpretes: Dave Johns, Hayley Squires, Brianna Shann, Dylan McKiernan, Kate Rutter, Sharon Percy.

Color: color.

Duración: 100 minutos.

Género: drama social.

Sinopsis: Después de haber sufrido un infarto, un carpintero de 59 años debe luchar contra las fuerzas burocráticas del sistema para recibir el Subsidio de Empleo y Manutención.

Productora: Les Films du Fleuve, BBC Films, Wild Bunch, Why Not Productions.

Premios: Premios BAFTA: mejor película británica (2017), Palma de oro (2016) festival de Cannes, CinEuphoria Awards: mejor director (2017), Dublin Film Critics Circle Awards: Mejor película (2016), Empire Awards, UK: mejor película británica (2017), Evening Standard British Film Awards: mejor película (2017).

Enlaces: https://www.imdb.com/title/tt5168192/?ref_=nv_sr_srsq_0



Cartel español

Introducción

El documental *Sicko* (2007) de Michael Moore critica la privatización de los seguros de salud estadounidenses, como el negocio de mayor lucro económico, rompiendo la imagen del sueño americano y mostrando la realidad de la atención sanitaria estadounidense; a su vez, glorifica al sistema de salud inglés, mostrando la asistencia sanitaria universal como la cúspide de la pirámide de la atención en salud. Por otra parte, tiende a considerar al sistema de salud inglés como el modelo y referente, sobre todo para países en vías de desarrollo, tanto el sistema canadiense, francés, entre otros. Es justamente aquí donde la pieza fílmica *Yo, Daniel Blake* / *I, Daniel Blake* (2016) de Ken Loach, se posiciona como piedra en el zapato, nos transmite una sensación de documentalismo, actitud documentalista y nos lleva a ver el sistema de salud inglés por dentro: justo en los momentos en que se muestran sus grietas y

sinsabores, los abusos, la inequidad y el olvido del bienestar del paciente por encima de todas las cosas.

I, Daniel Blake (2016), filme dirigido por el director británico Ken Loach, ganadora del premio «Palma de Oro» en el Festival de Cannes 2016, es un filme que nos pone en la posición de una persona con una enfermedad cardíaca degenerativa, mostrándonos el punto de vista de un paciente y su vivencia fuera de los muros del hospital, dentro de un sistema de salud europeo burocratizado y estandarizado que no cubre las necesidades individuales de los enfermos. Esta situación caótica eclosiona en el film, en el momento que se muestra en la Figura 1, uno de los momentos más emblemáticos, cuando Daniel Blake realiza una protesta pública para que se reconozcan sus derechos fundamentales.

El presente artículo analizará el filme desde distintos aspectos, primero se caracterizará la deshumanización del sistema de salud como un aspecto de la fractura de la relación



Figura 1. «Yo, Daniel Blake demando mi apelación antes de morirme de hambre y cambien esa música de mierda de los teléfonos»

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ;
MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

médico-paciente; luego, desde un enfoque de medicina familiar y comunitaria, se hará un diagnóstico social de Daniel Blake; se proseguirá con una revisión a propósito del diagnóstico clínico de Daniel Blake; y se hará un comentario con respecto al tratamiento recibido por Daniel Blake. Finalmente se elaboran unas conclusiones de interés para el ejercicio de la docencia universitaria en medicina humana.

La fractura de la relación médico-paciente

El médico está habituado a tratar de forma biomédica a los pacientes desde un punto de vista hospitalocéntrico; desestimando muchas veces el contexto de la persona, sus vivencias, su cultura, las dificultades que pueda atravesar para seguir las indicaciones, los problemas económicos para adquirir la medicación, entre otras cosas que requiera como parte de recuperar su salud. El filme nos pone en el lugar de un hombre adulto mayor, de piel blanca, contextura endomorfa, que reside solo en un pequeño apartamento en Newcastle, Reino Unido, y que afronta la pérdida de su empleo a consecuencia de un evento cardíaco y su incapacidad de poder laborar nuevamente. Inicia con un fondo negro donde solo se escuchan las voces de Daniel y de una entrevistadora, mostrando así el conflicto desde el discurso, sin necesidad de imágenes. Los tres primeros minutos del filme, donde Daniel es entrevistado por una «profesional de la salud», para poder acogerse al subsidio por incapacidad laboral, expone una serie de preguntas hechas de forma estandarizada para identificar incapacidades psíquicas, motrices y neurológicas, pero no aquello que le interesa al paciente, preguntas infructuosas: ¿tiene incontinencia de esfínteres?, ¿puede levantar los brazos?, ¿tiene dificultades para presionar un botón? Podemos percibir como la relación médico-paciente, sistema de salud-usuario, se encuentra fracturado, dado que la evaluadora sigue una guía establecida que valora enfermedades, no las situaciones únicas

a la cual el enfermo puede estar condicionado, siendo este el caso de Daniel.

El Servicio Nacional de Salud británico (NHS) pasó en las últimas décadas por la más importante reforma desde su creación en 1948. Este proceso inicio en 1991 y es considerado como uno de los más equitativos, se basa en el concepto de protección social que ofrece el sistema de salud como un derecho universal, independientemente de la capacidad de pago de la persona. El financiamiento es a través de los impuestos generales, pero existe un proceso de centralización administrativa como un mecanismo de control de costos. Estas reformas han transformado el rol del estado como proveedor y regulador de los servicios de salud en el Reino Unido, contratando diversos proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados; pasando de ser un proveedor directo a un contratista financiado por el estado. El antiguo sistema de responsabilidad política basado en la ética del servicio público ha cambiado a un modelo basado en mecanismos de derecho privado. El financiamiento es a través de los impuestos generales, pero existe un proceso de centralización administrativa como un mecanismo de control de costos. Este proceso de centralización administrativa se evidencia en la película, produciendo un distanciamiento entre la persona y su Sistema de Salud^{1,2}.

Diagnóstico social de Daniel Blake

Entre las herramientas fundamentales para el estudio integral del paciente con su entorno se encuentran el familiograma y el ecomapa, donde se analiza las relaciones de la familia con sus integrantes y con la comunidad a la que pertenece. Mientras que el familiograma muestra los recursos intrafamiliares, el ecomapa evidencia los recursos extrafamiliares^{2,3}.

El familiograma o genograma es una herramienta de evaluación familiar que ofrece una visión rápida donde se representa de forma gráfica (Figura 2) la estructura familiar teniendo en

A PROPÓSITO DE YO, DANIEL BLAKE (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ; MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

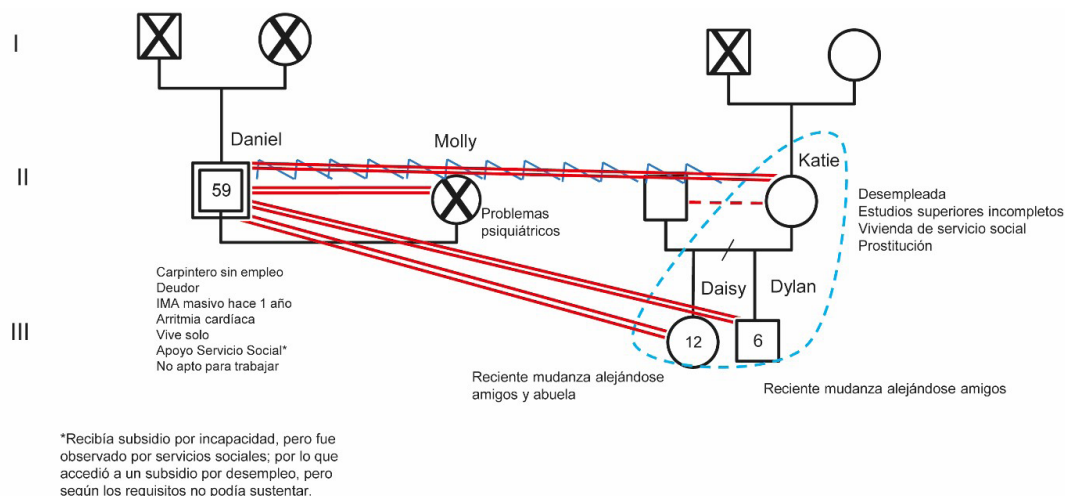


Figura 2. Familiograma de Daniel Blake y Katie Morgan
Fuente: I, Daniel Blake (2015). Elaboración propia

cuenta por lo menos tres generaciones, las relaciones de parentesco y características generales, además se registra información de los problemas médicos y psicosociales de cada miembro de la familia y sus relaciones y/o funcionalidad entre los miembros de una familia^{4,5}.

La familia de Daniel Blake presenta una estructura familiar de tipo equivalente familiar en un ciclo vital familiar de familia en disolución, por encontrarse solo tras la muerte de su esposa Molly, como se aprecia en la Figura 3. Con respecto a la familia de Katie Morgan; Daysi y Dylan, hijos de Katie, pertenecen a una familia monoparental; las relaciones familiares entre estas dos familias es posible observar una relación muy estrecha con los hijos de Katie, además de una relación de apoyo hacia Katie volviéndose distante y hasta conflictiva debido a la discusión y desacuerdo que ambos refieren con respecto a su trabajo en una casa de citas.

Por otro lado, el ecomapa es una representación gráfica de la persona y/o su familia con su entorno ecológico que nos brinda una visión

rápida; donde se reconoce la presencia de recursos de apoyo social extrafamiliar. Se registra las diferentes relaciones con los servicios o con sus contextos externos, los conflictos, las carencias que presenta la familia. Es decir, trata de reflejar las múltiples y complejas interacciones entre la sociedad, la familia y la persona, así como entre los sistemas de atención de salud, las instituciones sociales y las necesidades de la familia⁴.

En el ecomapa de Daniel Blake se evidencia que posee reducida cantidad de sistemas externos de apoyo entre ellos sus amigos y vecinos, donde destacan la familia de Katie con un apoyo mutuo.

Otro instrumento que nos permite entender mejor a Daniel es la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Thomas Holmes, se realiza según las situaciones ocurridas en los últimos seis a ocho meses. Los acontecimientos vitales estresantes son aquellos eventos estresantes que provocan efectos orgánicos, físicos o psicológicos sobre la persona. Considerando los cambios de vida a medida que van desarrollándose, cuando sobrepasan cierto límite pueden

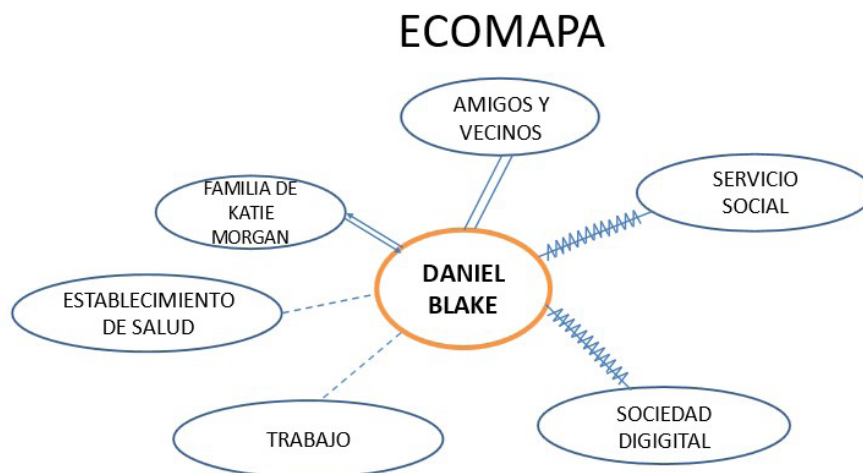


Figura 3. Ecomapa de Daniel Blake
Fuente: I, Daniel Blake (2015). Elaboración propia

producir el suficiente estrés para perturbar la funcionalidad de la persona. Cada evento posee un valor adjudicado: menos de 150 (riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática) entre 150 a 300 (riesgo intermedio de 50% de presentar enfermedad psicosomática), y más de 300 (riesgo alto de 80% de presentar enfermedad psicosomática). A mayor crisis, mayor riesgo de enfermedad²⁻⁴.

En la película, Daniel Blake está expuesto a una serie de eventos estresantes que condicionan un mayor deterioro de su estado de salud, resumidos en la Tabla 1. Según la escala, Daniel presenta un Riesgo Moderado a Alto de sufrir enfermedad por nivel estresante al que está sometido (lo que desencadena el infarto que acaba con su vida). Faltaría considerar la implicancia de que no tenga ningún apoyo familiar (pues vive solo), a pesar de tener a Katie como amiga, quien también tiene varios problemas.

Diagnóstico clínico de Daniel Blake

Desde el inicio de la película se menciona que Daniel sufre de un problema cardíaco, como

secuela de un infarto de miocardio que presentó mientras se desempeñaba como carpintero, resultando como consecuencia de ello, el que no puede laborar por orden de su cardióloga de cabecera. Se propone el diagnóstico primario de Enfermedad de la Arteria Coronaria (EAC) que conllevó a un Infarto Agudo de Miocardio (IAM); en este sentido es de resaltar la presencia algunas características de Daniel que encajan en lo que conocemos como «factores de riesgo cardiovascular», así destacan el ser adulto mayor, varón, ser de contextura endomorfa, además de los que no se mencionan en el filme^{6,7}. Tenemos que el IAM es una entidad relativamente frecuente, considerada la primera causa de muerte en el mundo y asociado a factores de riesgo comúnmente conocidos, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, el sedentarismo, etc⁶. El IAM es la manifestación más severa de la EAC, que causa más de 2,4 millones de muertes en Estados Unidos, más de 4 millones de muertes en Europa y el norte de Asia, y más de un tercio de las muertes anuales que ocurren en países desarrollados⁸. El infarto del miocardio se debe a

Tabla 1. Escala de Eventos Críticos de Daniel Blake

| Evento estresante | Puntaje |
|--|---------|
| 1. Enfermedad | 53 |
| 2. Perder el trabajo | 47 |
| 3. Desempleo | 47 |
| 4. Cambios a nivel socioeconómico | 38 |
| 5. Cambios importantes en las condiciones de vida | 25 |
| 6. Cambio en los hábitos personales | 24 |
| 7. Cambio de hábitos de dormir | 17 |
| 8. Leve transgresión de la ley por los disturbios que ocasiona fuera de las oficinas del Servicio social, amonestación por daños | 11 |
| Total | 262 |

Fuente y elaboración propia.

la rotura de una placa aterosclerótica vulnerable o a la erosión del endotelio de la arteria coronaria⁸. Los factores que influyen en la gravedad de la isquemia incluyen si el vaso se ocluyó parcial o completamente, la duración de la oclusión, el área total de miocardio afectado, la presencia de colaterales y la idoneidad de la reperfusión después del tratamiento⁸⁻¹². Sin embargo, no podemos asegurar que el IAM sea la única posibilidad diagnóstica de Daniel, hay que tener en cuenta que diversas patologías de origen cardiovascular pueden darnos un cuadro clínico similar al presentado en el filme.

El apoyo diagnóstico que se evidenció en el filme fue un ecocardiograma que es un estudio de imágenes que permite valorar la tanto la anatomía como funcionalidad de las diferentes estructuras del corazón, permite realizar seguimiento y observar la respuesta del corazón al tratamiento que recibe el paciente^{13,14}. Otra prueba diagnóstica que no se muestra en el filme, pero es muy probable que se le haya realizado a Daniel, es una prueba de esfuerzo, para evaluar la capacidad de actividad física que puede realizar el paciente luego de un evento

agudo¹⁵. En cada caso, el diagnóstico de IAM se basa en la evidencia de biomarcadores de necrosis de miocitos y en criterios electrocardiográficos (ECG) de isquemia o infarto. Las isoformas I y T de la troponina cardíaca (cTn) han surgido como los biomarcadores de diagnóstico preferidos, porque son muy sensibles y específicos para la lesión miocárdica, detectables en dos a tres horas y alcanzan su punto máximo en 24-28 horas⁸.

Los minutos finales del filme muestran a un Daniel abatido, preocupado, ansioso, con un semblante depresivo, derrotado y abandonado a su suerte, con una negativa a continuar en la lucha por la que tanto había sacrificado. Las escenas de la sala jurídica donde Daniel apelaba el subsidio de incapacidad laboral, siendo estos sus últimos instantes de vida, muestran como él acude al baño a lavarse el rostro, cuando intempestivamente se desploma para nunca más levantarse. Se propone como diagnóstico, un episodio de muerte súbita cardíaca (MSC), basado en el historial médico presentado, y la muy probable existencia de remodelado cardíaco producto del IAM sufrido¹³.

Tratamiento

En la película dejan claro que Daniel estaba bajo un tratamiento, pero no se menciona qué medicamentos está recibiendo, se presume que estaría usando antiagregantes plaquetarios de primera línea como el ácido acetilsalicílico, que es de uso muy frecuente. Una evaluación del tratamiento idóneo para el paciente debería sopesar la inclusión de hipolipemiantes, fundamentalmente estatinas, a la terapia; no solo con el objetivo de bajar los niveles de colesterol, sino también para prevenir la formación de nuevas placas de ateroma o estabilizar las ya existentes y cuya ruptura son las causantes de los eventos cardíacos. Los betabloqueadores, también forman parte del esquema de tratamiento; estos son medicamentos que disminuyen el estrés del ejercido sobre el corazón, de tal manera que pueda realizar su trabajo con menor carga y pueda sobrellevar la situación. Además, se debe considerar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, como captopril o enalapril, o antagonistas del receptor de la angiotensina II, como losartán o valsartán, que están orientados a evitar la remodelación cardíaca que se puede dar a consecuencia de un evento agudo como es el IAM. Probablemente éstos eran todos los medicamentos que formaban parte del esquema terapéutico que recibía¹⁶⁻²⁰.

Conclusiones

Esta película, más allá de su logro y virtuosismo técnico, es útil, para la medicina, por varias razones. Primero, devela la naturaleza de un sistema de salud que, de modo general, se asume como un modelo (sobre todo para «países en vías de desarrollo»); como se muestra este sistema se encuentra amenazado por el logro de la eficiencia y la eficacia de la gestión, habiendo olvidado, enteramente, que su vocación es el bienestar del paciente. Segundo, que cuando un sistema es el que falla, la discusión en torno al

rol de las personas se apaga o se desplaza; llama la atención que en la película solo una funcionaria se haya salido del libreto establecido por las normas y exigencias laborales y haya mostrado que justamente un poco de humanidad marca la diferencia; lamentablemente, en el discurso que estructura el film, este acto termina costándole caro a la funcionaria, ya que se ha normalizado justamente el cumplimiento de la ley. Aún queda pendiente el análisis más detallado de las condiciones del sistema de salud inglés, sin embargo, esta película ha develado un aspecto muy difícil de pasar inadvertido. Tercero, muestra un cuadro clínico que como hemos mostrado, puede ser analizado tanto desde un contexto individual, familiar y comunitario; como del aspecto clínico, siendo en todos estos ámbitos de mucha utilidad para evidenciar, a un estudiante, el rol que le compete en el ejercicio y desarrollo de una medicina integral, la atención centrada en el paciente²¹⁻²⁵. Por estas, entre otros motivos, el film «*I, Daniel Blake*» se constituye en un referente que debe ser expuesto y discutido en los distintos espacios en los que se erige la formación universitaria en medicina humana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Abadia E, Oviedo D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Sup. 9; 2010(18): 86-102.*
2. Amadeo J, Andreazza R, Chioro A. The British National Health Service: a history of reforms, 1990-2002. *Cad. Saúde. Pública 2021; 37(5):e00233820.*
3. Robertson R, 2017. Satisfacción pública con el NHS y la atención social en 2016: resultados y tendencias de la encuesta británica de actitudes sociales.

A PROPÓSITO DE YO, DANIEL BLAKE (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ;
MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

4. Friebel R, Molloy A, Leatherman S, Dixon J, Bauhoff S, Chalkidou K. Achieving high-quality universal health coverage: a perspective from the National Health Service in England. *BMJ. Global. Health.* 2018; 3: e000944.
5. Valdés AA. Crisis normativas y no normativas del desarrollo familiar. Valdes Angel Alberto, Vera Jose Angel, Urias Manuela, Ochoa Jose Manuel, coordinators. *Familia y crisis. Estrategias de afrontamiento.* 2nd ed. Mexico City: CLAVE; 2017. p. 49-59.
6. Bajaj A, Sethi A, Rathor P, Suppogu N, Sethi A. Acute Complications of Myocardial Infarction in the Current Era: Diagnosis and Management. *J. Investig. Med.* 2015;63(7):844-855.
7. Arora G., Bittner V. Chest pain characteristics and gender in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *Curr. Cardiol. Rep.* 2015;17(2):5.
8. Reed Grant W, Rossi Jeffrey E, Cannon Christopher P. Acute myocardial infarction. *Lancet.* 2017;14;389 (10065):197-210.
9. Morin Daniel P, Homoud Munther K, Estes Mark NA 3rd. Prediction and Prevention of Sudden Cardiac Death. *Card. Electrophysiol. Clin.* 2017;9(4):631-638.
10. Anderson Jeffrey L, Morrow David A. Acute Myocardial Infarction. *N. Engl. J. Med.* 2017;25;376(21):2053-2064.
11. Fife A, Farr E. Acute myocardial infarction. *Nurs Stand.* 1998 Mar 18-24;12(26):49-54; quiz 55-6.
12. Gossage James R. Acute myocardial infarction. Reperfusion strategies. *Chest.* 1994;106(6):1851-1866.
13. Rademakers LM, Van Nunen LX. Images in clinical medicine. Ventricular Septal Defect after Acute Myocardial Infarction. *N. Engl. J. Med.* 2016;9;374(23):e28.
14. Iliceto S, Marangelli V, Marchese A, Amico A, Galiuto L, Rizzon P. Myocardial contrast echocardiography in acute myocardial infarction. Pathophysiological background and clinical applications. *Eur. Heart. J.* 1996;17(3):344-353.
15. Mannering D, Cripps T, Leech G, Mehta N, Valentine H, Gilmour S, et al. The dobutamine stress test as an alternative to exercise testing after acute myocardial infarction. *Br. Heart. J.* 1988;59(5):521-526.
16. Pollard TJ. The acute myocardial infarction. *Prim. Care.* 2000;27(3):631-649.
17. Ugalde H, Ugalde D, Muñoz M. Features of acute myocardial infarction among aged patients. *Rev. Med. Chil.* 2013 8;141(11): 1402-1410.
18. Sanz R, Mazzei L, Manucha W. Implications of the transcription factor WT1 linked to the pathologic cardiac remodeling post-myocardial infarction. *Clin. Investig. Arterioscler.* 2019;31(3):121-127.
19. Jazayeri Mohammad-Ali, Martin P. Sudden Cardiac Death: Who Is at Risk? *Med. Clin. North. Am.* 2019;103(5):913-930.
20. Barnett R. Acute myocardial infarction. *Lancet.* 2019;29;393(10191):2580.
21. Suárez M. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev. Méd. La Paz.* 2010;16(1):53-57.
22. Suárez M. Aplicación del Ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Rev. Med. La Paz.* 2015;21(1):72-74.
23. Lip C, Rocabado F. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes sociales de la salud en Perú.* Lima: SINCO; 2005.
24. Organización Mundial de la Salud. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.* Rio de Janeiro: OMS; 2011.
25. Ford S. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method.* 2nd ed. London: CRC Press; 2013.