

Causas de quejas y posibles eventos adversos en adultos mayores

Cause of medical complaints and possible adverse events in the elderly

P.S.S.E. Juan Pablo Jiménez-Chávez¹, Dr. Javier Rodríguez-Suárez², Dra. Mahuina Campos-Castolo³, Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila⁴, Dr. Héctor Aguirre-Gas⁵

Resumen

Introducción. El término vejez suele ser abordado desde diferentes ópticas dependiendo de la disciplina que lo analice. Las ciencias de la salud lo refieren como un deterioro progresivo del organismo, tanto estructural como funcional, como consecuencia de los años vividos.

Hoy en día, la consideración y la estimación social hacia el anciano se ha venido deteriorando, tanto en el ámbito social, como en la atención a la salud, ocasionando la manifestación de sus inconformidades a través de quejas, derivadas de expectativas no satisfechas durante el proceso de atención médica; mostrando las características del modelo de atención a la salud, que este segmento de la población desearía tener.

Material y métodos. Se realizó un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se determinó a través una muestra por conveniencia de 120 quejas, presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), durante el periodo 2004-2008, por pacientes mayores de 65 años.

Se realizó el análisis de la información contenida en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) y de la obtenida a través de la revisión directa de los expedientes clínicos disponibles.

Resultados. El análisis de los 120 expedientes de queja mostró: edad promedio en los casos analizados de 73 años; el 66% de las quejas fueron originadas en el sector público; las especialidades con mayor número de quejas fueron: urgencias, odontología, cirugía general y ortopedia; el principal motivo de queja fue por atención

inadecuada con 34%, seguido de tratamiento inadecuado con 30%; la mala práctica se presentó en una tercera parte de los casos analizados; dos terceras partes de las inconformidades (62%) tuvieron como pretensión de origen el reembolso de los gastos erogados en la atención médica; en la gran mayoría de los pacientes (86%) no se documentó mal trato por parte del personal de salud.

Conclusiones. Las causas que generan las quejas en este sector de la población, se ubican en su mayoría en tres rubros: inconformidad con el proceso de atención, inconformidad con los resultados obtenidos e inconformidad con el trato recibido.

Se hace evidente que existen deficiencias significativas en la calidad de la atención médica que se otorga a este grupo vulnerable, lo cual debe motivar el fortalecimiento de acciones dirigidas al personal de salud, tendentes a la prevención y solución de las causas raíz que dan lugar a eventos adversos y quejas por atención médica deficiente a los adultos mayores. *Rev. CONAMED.2010; 15(1):15-21.*

Palabras clave. Vejez, calidad de la atención médica, queja médica, adultos mayores, opinión de los usuarios.

Abstract

Introduction. The term "old age" can be approached from different perspectives, depending on the discipline that leads the analysis. Health sciences' refer to it as the

¹ Pasante de Servicio Social de la carrera de Enfermería y Obstetricia, UNAM; ² Director General de Difusión e Investigación, CONAMED; ³ Subdirectora de Investigación, CONAMED; ⁴ Jefe del Departamento de Investigación, CONAMED; ⁵ Director de Investigación, CONAMED.

Artículo recibido: 8-Octubre-2009 ; Artículo aceptado: 15-Febrero-2010.

Correspondencia: P.S.S.E. Juan Pablo Jiménez Chávez. Mitla 250 Esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Navarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: gandalf07_05@hotmail.com.

progressive deterioration of the body, both structurally and functionally, as a result of the years lived. At present, the consideration and esteem to the elderly has been deteriorating, both, in the social sphere and health care setting, conditioning the expression of their disagreement through complaints arising from unfulfilled expectations during the medical care process, showing the health care model that such population segment would expect.

Material and methods. A quantitative, exploratory, descriptive, retrospective and cross study was performed. The sample comprised of 120 complaints submitted at the National Commission for Medical Arbitration (CONAMED) during the period 2004-2008 by patients over 65 years of age. Information from the Medical Complaints Database (SAQMED) as well as that obtained from clinical records was analyzed.

Results. The analysis of the 120 complaint files showed: an age average of 73 years of age; 66% of complaints originated from the public sector; the medical specialties with the highest number of complaints were: emergency services, dentistry, general surgery and orthopedics; the

main complaint was inadequate care at 34%, followed by inadequate treatment with 30%, malpractice was determined in one third of the cases studied; two thirds of the disagreements (62%) presented economic reimbursement of medical expenses as claim expectation at origin; in the vast majority of cases (86%) it was not possible to determine mistreatment by health care staff.

Conclusions. Causes of complaints presented in this population segment, are located mostly in three areas: dissatisfaction with the process of medical care, dissatisfaction with the obtained results and dissatisfaction with care received. It is evident that there are significant deficiencies in the quality of health care given to this vulnerable group, which should motivate the strengthening of actions directed to health care personnel, aimed at the prevention and solution of the root causes that lead to adverse events and complaints due to deficient medical care in the elderly.

Key words: Aging, quality of health care, medical complaint, seniors/elderly, users' feedback.

Introducción

“La vejez” ha sido enfocada en formas muy diversas por los estudiosos que se han dedicado a este tema, generalmente se ha asociado con una edad mayor.

Si se enfoca la edad desde un punto de vista biológico, se puede citar que la edad está en relación a su duración potencial en años de vida y debe ser relacionada con elementos que midan la capacidad funcional de los sistemas vitales, cuya situación limita o prolonga el ciclo vital.¹

Desde el enfoque psicológico, la edad se relaciona con la capacidad de adaptación que una persona manifiesta, ante los distintos eventos que la vida puede depararle, situación equiparable al término de “madurez”, como capacidad que se logra a través de los años, al acumular experiencia y desarrollo de la capacidad de la persona, para adaptarse a los distintos cambios estructurales.

Desde el punto de vista social, la edad se refiere a los roles y hábitos sociales que el sujeto es capaz de asumir, con relación a los que desempeñan otros miembros del grupo social.²

Se puede asegurar que la vejez, se puede presentar en edades diferentes en una misma persona, según sea el enfoque de la edad a que se refiera.

Se han establecido varias definiciones sobre lo que es la vejez según las distintas disciplinas y enfoques teóricos. La biología y las ciencias de la salud, se refieren al deterioro progresivo del organismo, como consecuencia del proceso de envejecimiento, tanto estructural como funcional,³ mediante la aplicación de la edad biológica, sin tener en cuenta el lado humano de las personas. Es necesario considerar que aunque sus funciones y estructuras orgánicas se van deteriorando; no por ello se vuelven inválidos o dejan de ser personas.

La definición genérica de “la vejez” según las ciencias sociales, corresponde a la edad de la jubilación, como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento.⁴ Esta definición al igual que la primera se basa en el declive físico, a pesar de que su enfoque debería ser más humano y más social.

La gerontología define a la vejez como: “El estado de una persona, que por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social”. En esta definición, se observa que se considera a la vejez como el aislamiento que vive o se ve obligado a vivir el anciano.

La consideración y la estimación social hacia los ancianos ha sido progresivamente decreciente en el ámbito social y de la atención a la salud, situación esta última que ha dado lugar a la manifestación de sus inconformidades con relación a las expectativas no satisfechas a través del proceso de atención médica, como consecuencia de los resultados no alcanzados o como resultado de los costos elevados de la atención a la salud.

Las quejas médicas deben entenderse como un fenómeno social a través del cual los pacientes expresan su inconformidad ante las expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener.

Antes de la creación por decreto presidencial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en junio de 1996, no había existido en México experiencia alguna acerca de una institución conciliadora, que permitiera recibir quejas de los usuarios con alguna insatisfacción resultante de la atención médica recibida, tanto en el sector público como en el privado, con el propósito de buscar resolver las inconformidades manifestadas,

a través de la conciliación y sin tener que llegar a un proceso judicial.⁵

La presente investigación se llevó a cabo con el propósito de analizar las inconformidades presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por las personas de más de 65 años de edad o sus representantes como consecuencia de una atención médica que no dejó satisfechas sus expectativas, por los resultados alcanzados o por el trato recibido.

Se han registrado un número importante de quejas a pacientes mayores de 65 años relacionadas a posibles eventos adversos, a mal trato o atención deficiente por falta de recursos humanos y/o materiales.

Se pretende conocer las necesidades de atención del adulto mayor, el tipo de quejas que genera y si estas quejas, después de ser analizadas, se consideraron como procedentes.

Debe tenerse en cuenta que las quejas y las demandas médicas presentadas no son representativas de todos los eventos adversos ocurridos.

La insatisfacción respecto a la calidad de la atención no es novedad, tampoco lo son los eventos adversos ocasionados por errores o negligencia del personal de salud. Lo nuevo es la manifestación de insatisfacción por parte de los pacientes y la demanda de compensación, por los daños que ellos atribuyen a fallas en la atención médica.⁶

Es un hecho social que se construye independientemente de que haya un error o evento adverso médicamente definido, ni siquiera un error o evento adverso definido a criterio del paciente; el común denominador es que siempre hay una expectativa de calidad de atención, no cumplida.⁶⁻⁷

Una vez identificados los motivos de queja que se presentan y se registran con mayor frecuencia en la CONAMED, se pueden desarrollar y emitir recomendaciones, con la finalidad de promover la mejora de la calidad de atención que requiere el paciente o usuario, en este caso, con edad avanzada.

Uno de los aspectos relevantes de nuestro tiempo es el cambio demográfico ocurrido a nivel mundial, con tendencia al incremento progresivo de la población mayor. Sin embargo es necesario tener en cuenta que en forma paralela al incremento en número y la proporción de ancianos, ha aumentado la duración en años de vida, haciendo necesario un aumento considerable de medios asistenciales que se requiere para su atención.⁸

Es sencillo deducir con datos tan simples que "las personas mayores se han convertido en la actualidad en un problema social de importancia". Resulta paradójico que nos hayamos esforzado para prolongar la vida de las personas y ahora seamos rehenes de nuestro éxito.⁹

La apertura de opciones para que los pacientes puedan resolver conflictos derivados de la atención médica, sin llegar a radicar demandas, es un paso fundamental pero no es suficiente.⁶

Es indispensable estudiar las quejas para identificar sus causas raíz y así poder estar en condiciones de gene-

rar acciones para que puedan ser prevenidas y resueltas cuando ya se hubieran presentado.¹⁰

En el presente trabajo se intenta mostrar un perfil, a partir de la información disponible, sobre la situación que vive el anciano, en cuanto a la forma en que las instituciones de salud les brindan los servicios que requieren.

Metodología

Tipo de estudio: cuantitativo, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal. Mediante el análisis de la información proporcionada por el "Sistema de atención de quejas médicas" (SAQMED) y la revisión directa de los expedientes clínicos disponibles en la CONAMED. Se determinaron como datos relevantes: la frecuencia de mala práctica, los motivos de queja y posibles eventos adversos en pacientes mayores de 65 años, registrados en la CONAMED durante el periodo 2004-2008. Se determinó como muestra por conveniencia un total de 120 expedientes clínicos.

Resultados

Género

El 50% de los pacientes correspondieron a cada género.

Edad

La edad varió de 66 a 92 años, con promedio de 73.7 años. La mayor parte de los pacientes estudiados tenía entre 66 y 70 años (Figura 1).

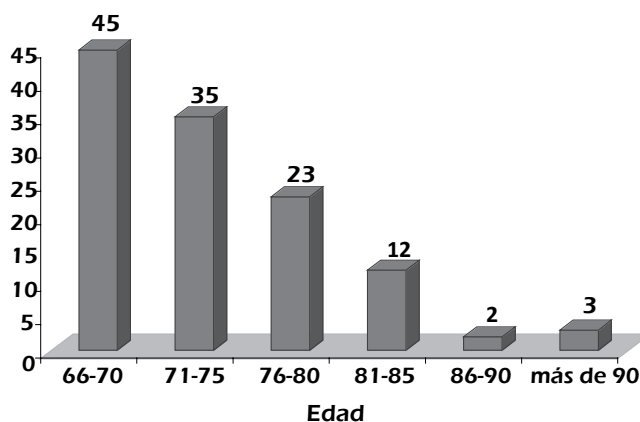


Figura 1. Edad de los pacientes.

Institución

La mayoría de las quejas registradas provinieron del sector público, con un total de 66% (79 pacientes) y un 34% (41 pacientes) de instituciones privadas. La institución pública con mayor cantidad de quejas fue el IMSS con el 47% (56 pacientes) (Figura 2).

Especialidad

La especialidad de origen con la mayor frecuencia de quejas fue urgencias con un 22.5%, seguida de odontología con 15%, cirugía general al igual que ortopedia

con 9% cada una; de la misma manera con un 8% cada una encontramos a urología y prostodoncia; en cuanto a neurocirugía en 4% y finalmente 21% otras especialidades.

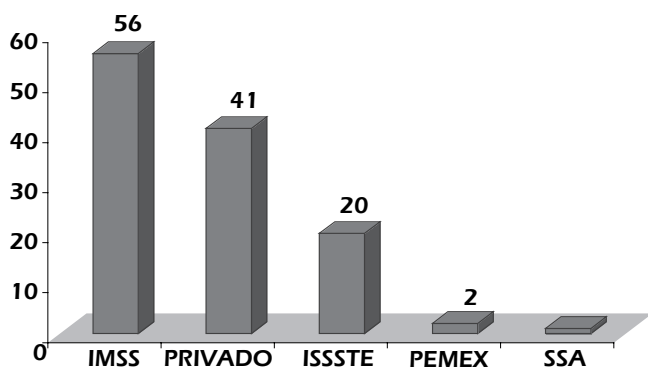


Figura 2. Frecuencia de queja por institución.

Motivo de la queja

El principal motivo de queja observado fue la atención inadecuada con un 34%, seguido del tratamiento inadecuado con un 30% y la probable atención de forma negligente con el 23%; con un 8% la insatisfacción con los resultados, así mismo con un 3% la insatisfacción con el tratamiento quirúrgico, insatisfacción con el tratamiento médico con un 1% y finalmente otros con el 1%.

Motivo inicial de la queja

El paciente manifestó su queja con el tratamiento médico en 38 casos (31.7%), con el tratamiento quirúrgico en 15 casos (12.5%), con el diagnóstico en 25 casos (20.8%) y finalmente una frecuencia del 10% en otros motivos (Figura 3).

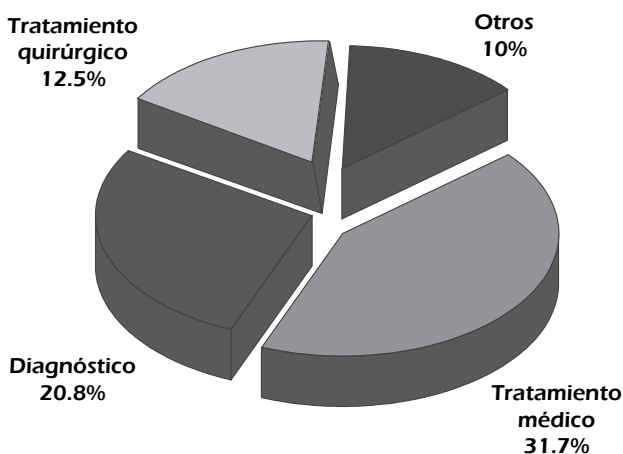


Figura 3. Motivo inicial de la queja.

Submotivo de la queja

Los resultados no satisfactorios abarcan el porcentaje más alto del análisis con relación a resultados no satisfactorios en el 28%; por tratamiento inadecuado con un 21%; atención inadecuada con un 21%; además del diagnóstico erróneo con un 8%, secuelas de tratamiento quirúrgico con 4% y otros con el 18% (Figura 4).

Resultado del análisis del experto

Durante la investigación hallamos que la mala práctica se presentó en 40 casos (33%) en 56 casos (47%), se concluyó que no hubo mala práctica y en 24 casos (20%) no se pudo concluir por falta de elementos (Figura 5).

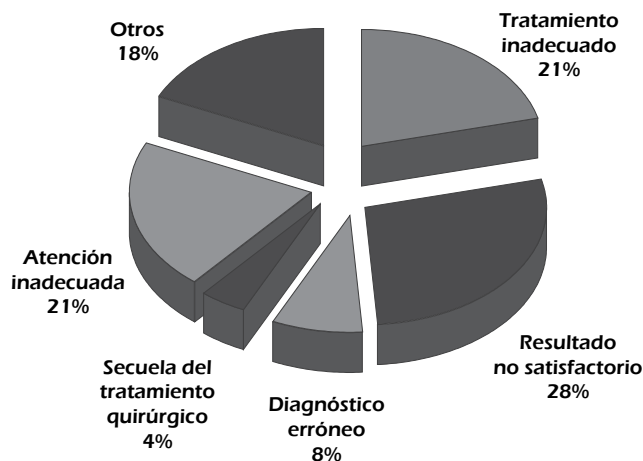


Figura 4. Submotivo de queja.

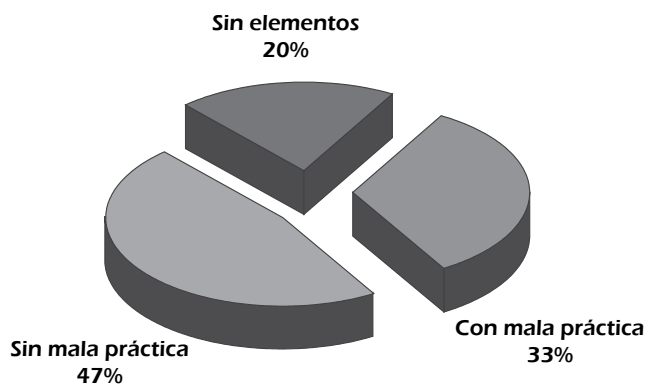


Figura 5. Resultado de análisis del experto.

Área de conclusión

El 76% de los casos analizados durante la investigación se concluyeron en el área de conciliación, en tanto que un 24% terminaron sin conciliación; ya sea por abandono del proceso conciliatorio o por el desacuerdo con el dictamen de la audiencia (Figura 6).

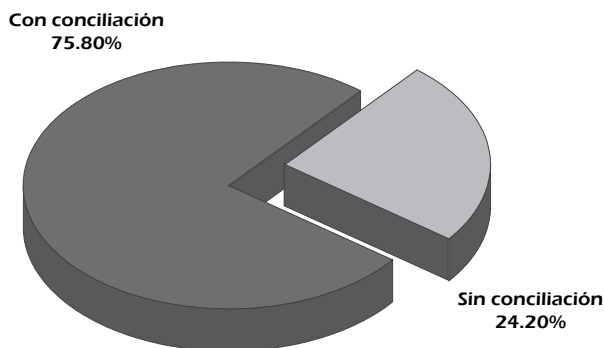


Figura 6. Área de conciliación de la queja.

Pretensiones del promovente de la queja

En cuanto a la inconformidad del usuario ante el prestador del servicio, podemos observar que el índice más alto en las demandas del usuario fue el reembolso, mostrando un porcentaje del 62%, seguido de la indemnización con un porcentaje del 32%; otro indicador nos muestra la sanción hacia el prestador del servicio con un 3% y otros con un 3% (Figura 7).

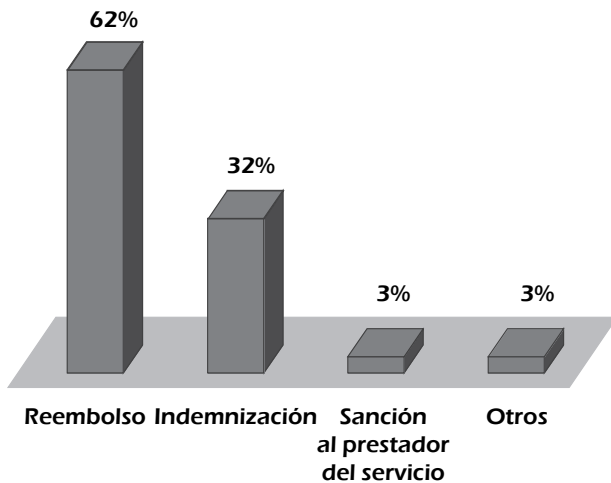


Figura 7. Pretensiones del promovente de la queja.

Causa raíz de la queja

El proceso de atención inadecuado es el principal indicador de queja habiendo mostrado un 51% en la figura, en un 40% el resultado insatisfactorio; la falta de equipo o falta de insumos generó un porcentaje del 4%, el accidente intrahospitalario y la negación de la atención con un 3% (Figura 8).

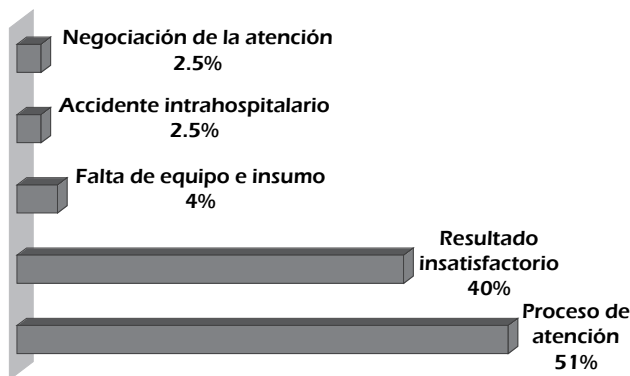


Figura 8. Causa raíz de la queja.

Motivo final de la queja

En cuanto a la atención al paciente, observamos que el proceso fue inadecuado en un 34.2%, los resultados no satisfactorios de 33.3% y en cuanto a la falta de equipo o insumo se presentó con un 9.2%. En cuanto al tipo de daño ocasionado al paciente fue temporal en 8.3%, permanente con un 13.3% y accidente con un 1.7% (Figura 9).

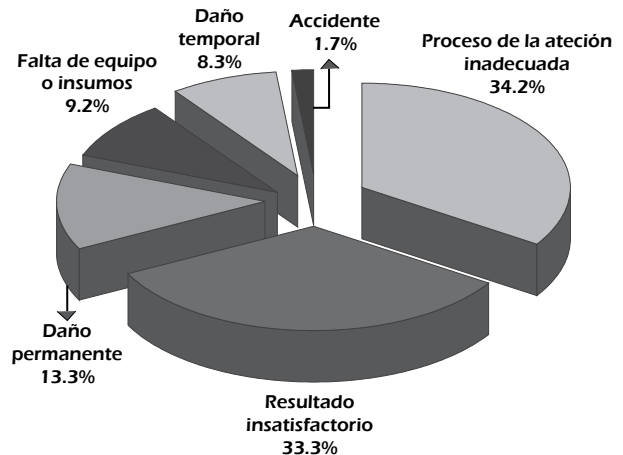


Figura 9. Motivo final de la queja.

Maltrato del personal hacia el paciente

En 104 casos (87%) no se documentó maltrato al paciente. Se observó que el maltrato médico es la causa principal de los casos, con un porcentaje del 4% (5 casos), odontólogos 3% (4 casos) y otros con el 6% (6 casos) (Figura 10).

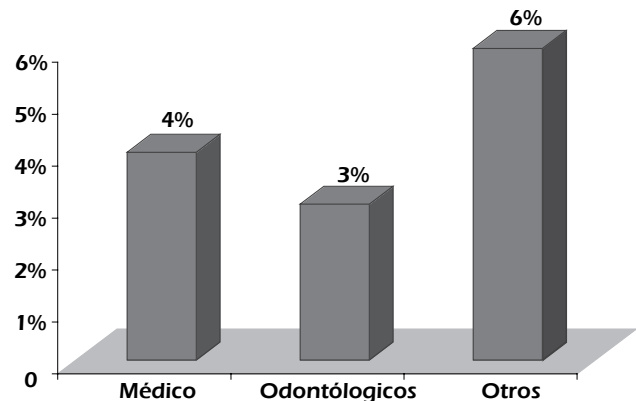


Figura 10. Maltrato del personal.

Responsabilidad institucional

La responsabilidad institucional, fue dictaminada con el 8% de los casos (Figura 11).

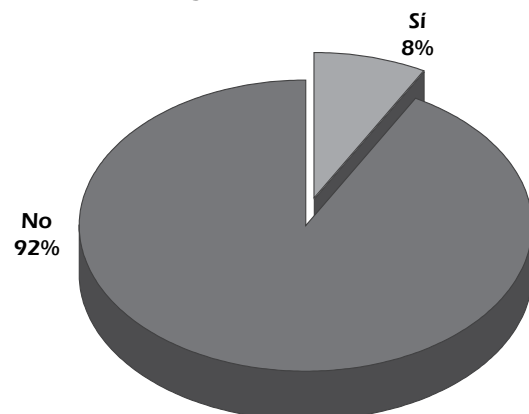


Figura 11. Responsabilidad institucional.

Discusión

El análisis de los datos captados, a través del SAQMED y la revisión de los expedientes clínicos, nos permitieron obtener la siguiente información:

- No existen diferencias en cuanto a género entre los pacientes mayores de 65 años, que acudieron a presentar sus inconformidades en la CONAMED, la edad varió entre 66 y 92 años, con promedio de 73.7 años, ubicándose la mayor parte de los casos entre los 66 y 70 años de edad.
- Sumando las quejas originadas en el sector público, alcanzan un 66% de ellas, quedando el restante 34% para el sector privado, aún cuando deberían relacionarse con el número de pacientes atendidos, que consideramos que es significativamente menor en éste último.
- Dentro de las especialidades que mayor número de inconformidades generan, están las que requieren de atención de urgencia, las quirúrgicas y las odontológicas.
- Los principales motivos de queja se relacionaron con inconformidad con el desarrollo del proceso de atención, con diagnósticos erróneos, el tratamiento inadecuado, tanto médico como quirúrgico y la insatisfacción con resultados por abajo de las expectativas de los pacientes y familiares, así como la presentación de secuelas. En este aspecto es necesario tener en cuenta, que con frecuencia las expectativas están por arriba de las posibilidades reales de su consecución, situación que se agrava, ante la falta de información del personal médico al paciente, con relación al pronóstico esperado.
- Del análisis de los expedientes por personal experto de la CONAMED, integrado por médicos y abogados, con participaciones de asesores externos en las diferentes especialidades, en los casos requeridos, fue factible concluir que se presentó mala práctica en una tercera parte de los casos, no existió mala práctica en la mitad y no fue factible determinar la existencia o no de mala práctica en el resto, por falta de elementos para decidir.
- El 76% de los casos analizados se resolvieron en el Área de Conciliación, en tanto que en el 24% ésta no se logró por desacuerdo con el dictamen de la audiencia o por abandono del proceso conciliatorio, por los promoventes de la queja.
- Dos terceras partes de las inconformidades (62%), tuvieron como pretensión de origen el reembolso de los gastos erogados en la atención médica, situación que permite suponer que estos pacientes fueron atendidos en el sector privado. Adicionalmente el 32% de los pacientes demandaron el otorgamiento de una indemnización y un 3% sanción para el prestador de servicios.
- Las principales causas raíz radicaron en incon-

formidad con el proceso de atención (51%) y la inconformidad con los resultados (40%), la insuficiencia de recursos en el 4%, los accidentes hospitalarios y las negativas de atención registraron un 3% cada uno.

- El resultado final del análisis de la queja mostró que un 33% de los pacientes sufrió algún daño permanente, un 8% daño temporal y en un 3% sufrieron accidentes. En la gran mayoría de los pacientes (86%) no se documentó mal trato hacia el paciente por parte del personal. En los casos en que sí fue factible documentar mal trato por parte del personal correspondieron a médicos en el 4.2%, enfermeras 2.5% y odontólogos en el 3.3%.
- Se concluyó en la existencia de responsabilidad profesional en el 20% de los casos y responsabilidad institucional en el 8% de ellos.

Las conclusiones fundamentales a las que se puede llegar, indican que las causas de las quejas de pacientes mayores de 65 años y sus familiares, se ubican en tres aspectos: inconformidad con el proceso de atención, inconformidad con los resultados obtenidos e inconformidad con el trato recibido, principalmente en los servicios de urgencias y en los servicios quirúrgicos.

En cuanto al proceso de atención, el principal problema radica en los procedimientos diagnósticos y en el trato otorgado a los pacientes; en cuanto a los procedimientos terapéuticos, las deficiencias se tradujeron en resultados que no dejaron satisfechas las expectativas de pacientes y familiares, tanto por ser estos resultados inferiores a lo deseable, como en los casos en que esas expectativas, por ser muy altas, era muy factible que presentaran la insatisfacción.

Mención especial debe hacerse en aquellos casos en los que se documentó mala práctica médica, determinada por faltas en la oportunidad o negativa de atención y falta de competencia profesional del personal de salud, particularmente en los casos en los que se ocasionó daño temporal, permanente o en el supuesto de que hubieran ocasionado la muerte del paciente, incurriendo con ello en el riesgo de que se diera lugar a responsabilidad profesional, sujeta a demandas y sanciones de tipo administrativo, civil o penal.

Dentro de los casos analizados, no se observaron acciones específicas tendentes a mejorar la seguridad en la atención a los pacientes, probablemente porque en las fechas en que fueron atendidos, aún no se prestaba suficiente atención a este aspecto.

Los problemas en el trato a los pacientes radicaron en dos esferas diferentes, por una parte los problemas de actitud del personal y por otra el desconocimiento y o falta de cumplimiento de los principios éticos de la práctica médica.

Partiendo de la base de los elementos antes mencionados, se hace evidente que existen deficiencias significativas en la calidad de la atención, incluyendo la

oportunidad, la competencia profesional, las medidas de seguridad y el respeto a los principios éticos de la práctica médica.

Teniendo en cuenta la Misión de la CONAMED y en conocimiento de los estudios realizados para identificar las causas de la atención deficiente, la mala práctica y la responsabilidad profesional, se justifica la emisión de recomendaciones, para promover su prevención y la mejora continua de la calidad de la atención.

Los resultados de esta investigación muestran los principales motivos de queja y hacen evidente la necesidad de vincular la formación de los profesionales de la salud con las necesidades de la población mexicana; por ello resulta conveniente fortalecer las acciones educativas del personal de salud, para la prevención y solución de las causas raíz que dan lugar a eventos adversos y quejas por atención médica deficiente, así como para facilitar la reinserción social de las personas afectadas por daño temporal o permanente como consecuencia de la atención médica.^{2,4-6}

Con los resultados expuestos podemos concluir que el cumplimiento de las acciones para fomentar la seguridad del paciente por parte del equipo de salud, se debe fortalecer a través de difusión, capacitación y supervisión del cumplimiento de esquemas permanentes de control, tanto en los centros de formación y capacitación, como por el personal adscrito.¹⁰

La responsabilidad legal sobre la vida del paciente, así como el respeto a los códigos de ética, la capacitación y actualización continuas y la responsabilidad de la institución, exigen el cumplimiento de la normatividad vigente, sobre los cuidados que se dedican a los pacientes en forma profesional.⁶⁻⁷

Es importante hacer énfasis en que a los pacientes se les debe tratar como personas, sin discriminación de ningún tipo; se debe entender que los pacientes no son tan sólo una enfermedad, sino personas que requieren una visión holística, que es necesario desarrollar desde la formación del personal de salud, para que se integre al proceso de atención de manera habitual.^{5,7}

Las principales características de las quejas que se reciben en la CONAMED, en los pacientes de más 65 años difieren poco en su análisis de las que se han presentado en la población de todas las edades¹⁰, en cuanto a

lo expresado en las figuras antes referidas, vemos que tanto en el sector público como privado, los pacientes expresan su inconformidad en relación a la atención, el tratamiento médico y los resultados insatisfactorios de los mismos; en los cuales con frecuencia se le da al paciente falsas expectativas, que no son alcanzables y que a la larga generan insatisfacción e inclusive quejas, cuando no se alcanzan los resultados esperados.

Llamó la atención el hecho de que en los mayores de 65 años la conciliación se alcanzó en tres cuartas partes de los casos, contra una de cada dos de todos ellos.

Por otra parte, es necesario mencionar que la medicina no es una ciencia exacta y que en muchas ocasiones no se puede obtener los resultados que se espera, por factores no dependientes del médico, situación que con frecuencia el paciente no acepta.

Los pacientes adultos mayores de 65 años de edad, forman parte de un grupo vulnerable que requiere una atención personalizada, segura, oportuna, con competencia profesional y respeto a los principios éticos de la práctica médica, para estar en condiciones de cubrir, la mayoría de las veces, sus necesidades de salud y sus expectativas.

Referencias

1. García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. *Rev Fac Med UNAM*. 1999; 1.
2. Gutiérrez RLM. Perspectivas para el desarrollo de geriatría en México. México: Trillas; 1998. Pp: 19-34.
3. García-Férez J. Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de Bioética. Madrid: Portal Mayores; Marzo 2003.
4. Mauk KL. *Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales*. México: McGraw-Hill; 2008.
5. Ribera CJ, Gil GP. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. México: Editores Médicos Mexicanos; 1995.
6. Infante CC. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
7. Altamirano M, Garduño J. *Ética Clínica, una perspectiva transfuncional*. México: Corinter; 2006.
8. Lolas F. Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. *Rev Méd Chile*. 1990; 118: 1271-1275.
9. Roqué M, Pérez-Guerrero J. Bioética Geriátrica. *Rev Mult Gerontol*. 2002; 12 (1): 26-30.
10. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *Rev CONAMED*. 2008; 13: 5-16.