

Enfoque pedagógico del error médico

Medical error: a focus from pedagogy

MSc. Eladio Francisco Vicente Odio

Hospital Clínico Quirúrgico Ginecosbtético Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba.

RESUMEN

El error médico (EM) por mucho tiempo se consideró un término peyorativo dentro de las ciencias médicas, no así de la economía y el derecho, pero a juicio del autor, para conocer un fenómeno y objeto es necesario adentrarse en su esencia y conocer su sistema de relaciones y así contribuir a su prevención o disminución. Se propone como objetivo determinar las relaciones del error médico y el proceso de enseñanza médica superior. Para desarrollar el objeto se debe iniciar su estudio desde su génesis, en este caso se encuentra, en el proceso de enseñanza al ser este momento donde se adquiere todo lo necesario para realizar una buena práctica médica. Se diferencia el EM de la mala práctica y sus variantes como la infracción o imprudencia, negligencia, la mala fe, el abandono, impericia, el abuso, y es importante diferenciarlos, puesto que la conducta a seguir es diferente en cada una. Se concluye que las insuficiencias en el proceso de enseñanza en la Educación Médica Superior son directamente proporcionales a la predisposición al error médico o mala práctica médica en los profesionales de la medicina, y el desarrollo tecnológico trae aparejado una predisposición al error médico, si no se tienen métodos y enfoques de enseñanzas adecuados. Se recomiendan estudios e investigaciones cubanas dirigidas al error médico con el objetivo conocer sus características epidemiológicas y sistema de relaciones para así prevenirlo, disminuir su incidencia y prevalencia.

Palabras clave: error médico, proceso de enseñanza-aprendizaje, educación médica superior, mala práctica médica.

ABSTRACT

For a long time, medical error was considered as a pejorative term within medical sciences but not in the field of economics and law. In our opinion, for a phenomenon and object to be known, it is necessary to delve into its essence and its relationship system and thus contributing to its prevention or reduction. The objective of this paper is to determine the relationships of the medical error and the higher medical education. For this purpose, the study of the object should start from its very genesis which, in our opinion, lies in the teaching process since this is the time when all the necessary skills are acquired to have good medical practice. The medical error differs from other elements like breach or imprudence, negligence, bad faith, abandonment, lack of skills, abuse, etc and it is quite important to differentiate them because the behavior to be adopted is different for each case. It is then concluded that shortages existing in the teaching process of the higher medical education are directly proportional to predisposition to medical error or medical malpractice in the health professionals. Besides, the technological development also predisposes them to medical error if adequate teaching methods and approaches are not put in place. Further research works and studies on the medical error are recommended to be made in Cuba in order to learn more about its epidemiological characteristics and system of relationships to prevent it or reduce its incidence and prevalence.

Key words: medical error, teaching-learning process, higher medical education, medical malpractice.

INTRODUCCIÓN

El error médico por mucho tiempo se consideró un término peyorativo dentro de las ciencias médicas no así de la economía y el derecho, pero a juicio de este autor para conocer un fenómeno y objeto es necesario adentrarse en su esencia y conocer su sistema de relaciones y así contribuir a su prevención o disminución.

La teoría del conocimiento estudia la interrelación sujeto, objeto dentro del proceso cognoscitivo; la relación del saber con la realidad, las posibilidades del hombre de conocer el mundo y los criterios de veracidad del conocimiento.^{1,2} La verdad constituye categoría central de la teoría dialéctica materialista del conocimiento. Está dada por el grado de coincidencia del sujeto, con el objeto del cual es reflejo. Es por tanto un reflejo acertado de la realidad en el pensamiento.²

Toda verdad es conocimiento, pero no todo conocimiento es verdadero y lleva un margen de error, dado por la subjetividad representada en la actividad mediadora del sujeto. Si tiene en cuenta al proceso diagnóstico médico como un proceso cognoscitivo desarrollado por un profesional de la salud, con el fin de alcanzar la verdad del diagnóstico del proceso salud enfermedad en un individuo o grupo de estos; se deduce que el mismo está sujeto a errores hasta que se lleva a la práctica, "siendo esta el criterio de la verdad", verificándose la teoría y transformándose el conocimiento en verdad.

MÉTODOS

De esta manera y teniendo en cuenta al conocimiento verdadero como aquel demostrado por la práctica y confirmativo de la coincidencia de la hipótesis con la realidad, se propone un acercamiento teórico al error médico con el objetivo determinar las relaciones del error médico y el proceso de enseñanza médica superior para lo cual se utiliza como metodología la siguiente máxima de Lenin: "... De la percepción viva, al pensamiento abstracto y de este a la práctica...".³ Esto se logró mediante una revisión bibliográfica y documental como técnica de indagación. La revisión incluyó un análisis de diferentes artículos relacionados con el papel de la Universidad de Ciencias Médicas actual en la formación integral del médico y su relación con el error y mala práctica médica, contribuyendo en la emisión de los resultados finales de la presente.

DESARROLLO

Para conocer un objeto se debe iniciar su estudio desde su génesis, en el caso que nos compete, se encuentra a juicio del autor, en el proceso de enseñanza al ser este momento donde se adquieren todo los elementos necesario para realizar una buena práctica médica.

La educación médica es una materia de gran interés social, pues entre las demandas más justificadas de los ciudadanos está la de una buena asistencia sanitaria, esta depende de la disponibilidad de recursos, de aspectos organizativos, de métodos y enfoques de enseñanzas, estos últimos determinantes de la calidad de los profesionales sanitarios, donde los médicos ocupan una parcela fundamental.

La educación médica está obligada a adaptarse a las nuevas situaciones socioeconómicas mundiales.^{4,5} Esta en el mundo presenta varios momentos como son el pregrado, el posgrado y la formación médica continuada. A pesar de esta subdivisión la educación médica es un proceso continuo e interrelacionado y las insuficiencias en un período repercuten en los otros. Por esta razón, se han de planificar de forma coordinada.

La educación en el pregrado tiene como objetivo universal servir de forma adecuada a su sistema socioeconómico, esto deriva estar capacitado para resolver problemas médicos y tomar decisiones, presentar habilidades que permitan actuar correctamente en la práctica, una educación con suficiente base científica pero con dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico y conciencia ética para ser capaz el profesional de seguir los progresos biomédicos y dedicarse a la investigación en fases ulteriores de su vida profesional, debe formarse además la capacidad de autoaprendizaje, tener conciencia de la composición su sistema sanitario y de la economía de la salud, así como de los aspectos epidemiológicos y preventivos.

El período de posgrado transforma al médico en especialista. El aspirante se integra a un grupo de profesionales adquiriendo responsabilidades progresivamente crecientes bajo supervisión, después de un período de años logra adquirir las habilidades necesarias de la especialidad. Algunas especialidades requieren de habilidades más generales que otras.

La formación médica continuada es el período siguiente y dura el resto de su vida profesional, para mantener la competencia clínica adquirida durante las primeras dos fases del proceso educativo, conceptuándose como competencia clínica a la calidad del ejercicio médico.⁶ La actuación del médico debe ser en primer lugar técnicamente correcta, equivale a presentar conocimientos científicos sólidos y perfecto dominio de las habilidades necesarias. Estos criterios son aplicables a todos los procesos del ejercicio clínico, tales como reconocer el problema de un paciente con una correcta anamnesis, utilizar con habilidad los sentidos durante la exploración física, utilizar de una forma mesurada medios complementarios, recurrir al método científico en el momento de elaborar el diagnóstico y seguir las bases racionales en la utilización de la terapéutica. Lo anterior es insuficiente para hablar de la auténtica competencia clínica, pues esta se caracteriza por la exquisita consideración de los aspectos psicológicos del paciente, de su entorno y un gran respeto por los principios éticos y morales. Los actos médicos tienen que cumplir siempre las dos condiciones que son la corrección técnica y la bondad moral. La falta de una de ellas es incompatible con el ejercicio adecuado de la profesión. Un buen médico es el que utiliza correctamente los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y respeta los principios éticos haciendo que sus actos sean moralmente adecuados. Es decir, la bondad moral convierte a un buen médico en un médico bueno. Esta definición de la competencia clínica viene de tiempos antiguos, incluida en el juramento hipocrático y contenido en la definición latina *vir bonus medendi peritus*, un hombre bueno, experto en el arte de curar.

Por lo anterior el concepto de educación médica actualmente va más allá de la instrucción a alumnos y residentes en materia médica. En términos generales el concepto de "educación" es mucho más amplio que la sola adquisición de conocimientos. En Medicina formar un buen médico requiere, de la adquisición de conocimientos y destrezas necesarias según la especialidad, pero estos aspectos no son suficientes dado que los médicos trabajan con seres humanos,⁷ es necesario que en su formación adquieran una preparación humanística que permita comprender al individuo, ser solidario con su sufrimiento y las necesidades de curar, aliviar y consolar al enfermo.

En la época de enseñar las especialidades de forma tutorial, los grandes maestros fueron no solo trasmisores de conocimientos y destrezas, sino influyeron en la formación de sus alumnos en asuntos distintos al ejercicio médico, pues fueron capaces de despertar interés por la cultura general, la política y por otros diferentes aspectos de la vida social del hombre. Estos grandes maestros de la medicina con características personales diferentes tuvieron un común denominador, procuraron que el médico en formación adquiriera conocimientos y destrezas pero además incluyeron un "currículo oculto" en la formación.⁸

La clínica durante siglos estuvo basada en el contacto del médico con el enfermo. La conversación con el enfermo, en la cual este relataba sus dolencias al médico y métodos tan simples como la inspección, palpación percusión y auscultación fueron los casi únicos procedimientos del examen clínico, uno de los recursos empleados para estudiar el proceso salud enfermedad en el ámbito clínico.

El interrogatorio "entrevista" fue la oportunidad del enfermo para hablar de su padecimiento, dejándose al paciente en libertad de explayarse en relación con su enfermedad, el médico en este acto es capaz de conocer no solo de los síntomas sino el grado de aflicción de las dolencias. Es en esta acción cuando surge en forma natural la confianza del paciente hacia el médico. El evitar esta acción impide este acercamiento de gran importancia en el proceso de curación del paciente. La relación estrecha del médico con el paciente fue casi la única arma que el médico empleó durante siglos para curar. A los elementos mencionados se agregó la

utilización de recursos intermedios entre el enfermo y el médico permitiendo conocer mejor el estado del enfermo el estetoscopio, el baumanómetro, el oftalmoscopio y una decena de análisis de laboratorio fueron hasta hace unas décadas los instrumentos de apoyo del examen clínico.

Las tendencias actuales en la práctica clínica y sus repercusiones en la enseñanza son asuntos de capital importancia. Desde principios del siglo XX, y de forma explosiva en la segunda mitad de este siglo, un sinnúmero de recursos de apoyo al diagnóstico tanto en instrumental, estudios de gabinete y del laboratorio clínico se han puesto a la disposición del médico en clínica. Esto ha significado un inmenso avance en las posibilidades del clínico moderno de arribar a diagnósticos más precisos. Estos avances no deben sustituir al examen clínico clásico. En ocasiones el olvido de maniobras tan sencillas como la auscultación del tórax, puede dar más luz en el diagnóstico de un enfermo con insuficiencia respiratoria, que las pruebas de O2 o CO2 en sangre para el conocimiento de la etiología.

El médico residente aprende con lo que ve hacer a sus mayores. Por tanto es importante en la clínica actual que los profesores y residentes de grados avanzados realicen un ejercicio clínico completo, esto es utilizar el método clínico de manera óptima.⁹⁻¹³

Es infrecuente la utilización del método clínico en la práctica clínica cubana actual de forma pura para la solución de problemas clínicos por los prácticos de la medicina; es usado en ocasiones por los médicos docentes cuando se ven comprometidos en servicios médicos docentes con condiciones adecuadas para las actividades educativas y profesionales, permitiendo desplegar el proceso docente educativo a plenitud.

Dentro de las razones docentes principales de este problema en Cuba se encuentran: la educación de los profesionales en reuniones clínico patológicas que proporcionaban a los médicos diagnosticadores el total de la informaciones provenientes de los pacientes en discusión, pasó insensiblemente a la educación del pregrado; el poco uso en la enseñanza del diagnóstico diferencial, topográfico, temporal y etiológico; educación en pregrado por docentes implicados en la educación y el trabajo profesional al unísono sin la estructuración y organización adecuada para el despliegue del método científico; la enseñanza de manera inadecuada en el uso indiscriminado de la tecnología no invasiva y la inferencia computacional con mayor discriminación y productividad de tiempo y esfuerzo; sobrevaloración social de los complementarios en el diagnóstico médico hace que el paciente concurra a la consulta médica con un número excesivo de exámenes complementarios ya realizados; la poca información por parte de los médicos del valor diagnóstico del conocimiento por encima de los complementarios; el uso de complementarios en pacientes por temor a represalias de carácter legal. Lo anterior determina que muchos egresados al ser enseñados inadecuadamente realizan a la práctica incorrectamente, crean sus propios métodos individuales de forma arbitraria y desorganizada, sin una base teórica apropiada, menospreciando el valor heurístico del médico, recurren a la tecnología y a la farmacología como medio para salir airoso de situaciones comprometedoras con olvido de la tecnología humana más barata, el conocimiento.¹⁴

En un estudio descriptivo realizado durante el curso 2003-2004, en la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticos Torrado de la provincia de Cienfuegos, en el que participó el 70 % de los internos en práctica profesionalizante, a esto se les aplicó encuesta sobre el desarrollo de sus habilidades elementales con respecto al método clínico. Además se entrevistaron tutores docentes de la Atención Primaria de Salud para conocer opiniones sobre el tema. Se obtuvo que los internos autovaloran de

regular su dominio sobre las habilidades clínicas relacionadas con el razonamiento diagnóstico. Los resultados de sus exámenes estatales, reflejaron mayores dificultades en la realización de examen físico y el razonamiento diagnóstico.¹⁵

En otro estudio crítico de la enseñanza de la Propedéutica Clínica realizado por el Dr. C. *Miguel A. Blanco* (2009) y su relación con la municipalización de la carrera de Medicina, 4 años después del comienzo de este plan de estudio (2004), concluye que el contenido objeto de aprendizaje para el autor, además del tiempo para la autoría, de los educandos de APS asistente a los hospitales para complementar algunos conocimientos y habilidades no recibidas en la atención primaria de salud (APS), era un componente que a su juicio requería un reanálisis profundo. En el tipo de paciente que suele acudir a los diferentes espacios asistenciales de la APS, será fácil notar que aquellos con entidades nosológicas descritas en los textos básicos de muchas asignaturas, se verán por los estudiantes en un momento evolutivo y frecuencia diferente a como se ven en los hospitales.¹⁶

El médico del consultorio, tiene un rango de edades mucho más diverso y es él quien debe enseñar la propedéutica y la clínica propia de diferentes especialidades médicas hasta el nivel de actuación que le es pertinente. En el caso de la Propedéutica, que es una asignatura preclínica, la reformulación del contenido debe seguir el mismo sentido de pertinencia. Se debe redirigir el aprendizaje propedéutico, a la detección precoz de muchas enfermedades que constituyen problemas de salud, en primer lugar, al nivel del país y de otros países donde podrían trabajar los graduados. Especialmente los síntomas y signos que denuncian los estadios precoces en el proceso salud-enfermedad tienen que ser mejor definidos e incluidos en el contenido propedéutico de la clínica. En el caso de la entrevista médica, se ha reportado que, aunque existe tendencia a realizarla con mayor calidad por estudiantes de 6to. año que por los de 3ro., su aprendizaje no recibe suficiente atención en otros momentos de la carrera. De cualquier forma, la enseñanza de las habilidades clínicas no puede verse limitada a una asignatura sino que puede iniciarse tan pronto comienza el educando a enfrentarse al paciente y continuar desarrollándola a lo largo de la carrera, o sea, debe integrarse verticalmente y constituir una verdadera estrategia curricular.¹⁶

Toda insuficiencia en los enfoques y métodos de enseñanza traen consigo insuficiencias en el desempeño profesional al no resolver los problemas profesionales con la calidad requerida. Si bien estas carencias en la enseñanza no son las únicas causas de error médico (EM) según el Dr. *Ramos Domínguez* (2005)¹⁷ (cuadro), es el núcleo etiológico del error y la mala práctica médica.

No existe un consenso internacional sobre la definición del error médico (EM), pero como para cualquier otro fenómeno que va a ser estudiado, su definición es necesaria, teniendo en cuenta que el problema que no se define, no se puede estudiar y lo que no se estudia tampoco se puede prevenir o erradicar. Para algunos el término EM resulta un tanto peyorativo, tanto es así, que incluso se evita mencionarlo o analizarlo, sin embargo todos los autores coinciden con que el error es humano.

Cuadro. Causas de error médico

Agotamiento físico y mental	Inadecuadas condiciones de trabajo
Exceso de confianza*	Inadecuados métodos de trabajo*
Vacilación, timidez, rutina. Inadecuada información y orientación*	No actualización o cumplimiento de normas (o buenas prácticas)*
Fallos en la formación médica superior*	Falta de equidad
Demoras en la atención	Errores de escritura y lectura*
Aplicación de nuevas tecnologías*	Inyección y vacunación no segura
Fallo en la fármaco vigilancia	Investigaciones diagnósticas no seguras*
Inadecuada relación médico-paciente*	Defectos de recursos, equipos y de organización
Accidentes	Falta de requisitos de calidad

* Las condicionantes que a juicio del autor se relacionan con la insuficiencia en la formación médica superior.

El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas.¹⁷

Para el Instituto de Medicina de los EE.UU. (IOM) el EM es un evento adverso o cerca de ser producido, que en su mayoría puede ser prevenido con los actuales conocimientos de las ciencias médicas.^{18,19}

En nuestro medio, las definiciones de EM se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deodontología médica, se vincula al deber y al humanismo. Por ejemplo: error médico es el resultado de una equivocación en la que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.²⁰ Error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica.²¹⁻²⁴

Se debe diferenciar el EM de la mala práctica (MP) y sus variantes como la infracción o imprudencia, negligencia, la mala fe, el abandono, impericia, el abuso y es importante diferenciarlos, puesto la conducta a seguir es diferente en cada una.

Para *Lancís*, la MP, implica responsabilidad moral y legal del profesional, de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce, puede ser penal, civil o administrativa, según como esté previsto en la ley o en el código penal.²⁵⁻³¹

CONCLUSIONES

Las insuficiencias en el proceso de enseñanza en la Educación Médica Superior son directamente proporcionales a la predisposición al error médico o mala práctica médica en los profesionales de la medicina. El desarrollo tecnológico trae aparejado una predisposición al error médico, si no se tienen métodos y enfoques de enseñanzas adecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosental M Ludin P. Diccionario filosófico. La Habana: Editora Política; 1981. pp. 80, 144, 479, 480.
2. Colectivos de autores. Lecciones de Filosofía Marxista Leninista. t. 2. La Habana: Editora Política; 1981. pp. 1 99.
3. Lenin VI. Materialismo y empiriocriticismo. Moscú: Editorial Progreso; 1980. pp. 97, 123, 132, 139, 153.
4. Rozman C. Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina. Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona; 1990.
5. Rozman C. La enseñanza de la medicina, ¿debe cambiar de modelo? *Med Clin (Barc)* 1993;100(Supl 1):3-5.
6. Rozman C. Aspectes de l'educació mèdica per l'adquisició de la competència clínica. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*. 1995;10(Supl 3):5-16.
7. Gracia D. Ética médica. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna (13ra. ed.). Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1995. pp. 33-38.
8. Martínez CF. Enfermedad y Padecer. Medicina del Hombre en su Totalidad. S. A. de C. V. México; 1988. pp. 1-111.
9. Rivero SO. El Perfil del Médico Educador. *Revista Universidad de México*; nov-dic, 1984.
10. Morrison EH, Rucker L, Boker JR , Gabbert Ch, Hubell H, Hitchcock M, et al. Effect of a 13-Hour Currículo to Improve Residents' Teaching Skills. *Ann Intern Med*. 2004;141:257-63.
11. Wamsley M, Julian KA, Wipf J. A Literature Review of "Resident-as-Teacher" Curricula. Do Teaching Courses Make a Difference? *JGIM*. 2004;19:574-81.
12. Morrison E, Palmer J, Yesterday AT. Today a Teacher Too: Residents as Teachers in 2000. *Pediatrics*. 2000;1:238-41.
13. Busari JO, Scherpbier A. Education Forum. 2004;50(3):205-10.
14. Ilizártigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 15 Abr 2014]; 14(2):109-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es
15. Roméu Escobar M, Sabina Roméu. Desarrollo de habilidades clínicas. Valoración por los alumnos de sexto curso en práctica profesionalizante. *Medisur*. 2007 [citado 23 Oct 2013];2(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/73>
16. Blanco Aspiazú MÁ. La municipalización de la enseñanza de la clínica. *Revista Cubana de Medicina*. 2009;48(3):101-8.

17. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso
18. IOM. Growing concensus about Medical Error, chapter 1. To Err is Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>
19. Moreno Rodríguez MA, Burunate Pozo M, Oquendo León D. Ausencia de correlación clinicopatológica en el diagnóstico de la bronconeumonía. Rev cubana med [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2015 Ene 19]; 35(3): 147-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231996000300001&lng=es
20. Blanco A. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Rev Cubana Med Milit. 2002; 31(2): 104-9.
21. Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia y error médico. Temas de ética médica. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas; 1986. pp. 51-72.
22. Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Cir. 2010; 78(5): 456-62.
23. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(3).
24. Moreno RMA, Burganate PM, Oquendo LM. Ausencia de correlación clinicopatológica en el diagnóstico de la bronconeumonía. Rev Cubana Med [serie en Internet]. 1996 [citado 28 Feb 2013]; 35(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/med/vol35_3_96/medsu396.html
25. Cote EL, García TP. Error médico en cirugía. Asociación Mexicana de Cirugía. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.acm.org.mx>
26. Agundez LJM. Entre el 8 y el 24 % de las autopsias revelan errores médicos. California Diario Médico.com, junio 2003. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/anapatological/home.html>
27. Consejo Internacional de Enfermería L. Seguridad de los pacientes. Chile: CIE; abril 2002. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_ptsafetsp.html
28. Di Catalo V. Errores médicos más comunes. Infocomercial.Com. California 1998-2002. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: http://infocomercial.com/articulos/prn_articulos
29. Schwappach D, Koeck Ch. What make an error unacceptable. Int J Qual Health Care. 2004; 16: 317-26.
30. Rencoret G. Auditoría médica: demandas y responsabilidades por negligencia médica. Rev Chil Radiol. 2003; 9(3): 157-60.

31. Lara MC, de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. BIOÉTICA número especial. Bol Of Sanit Panam. 1990;108(5-6): 439-44.

Recibido: 1ro. de septiembre de 2013.

Aprobado: 25 de enero de 2014.

Eladio Francisco Vicente Odio. Hospital Clínico Quirúrgico Ginecosbtétrico Juan Bruno Zayas Alfonso. Carretera del Caney Km 1 Pastorita. Santiago de Cuba.
Correo electrónico: eladio@medired.scu.sld.cu