

El error en la práctica médica

Error in Medical Practice

José Díaz Novás^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6206-0787>

Verónica Soler Fonseca¹ <https://orcid.org/0000-0002-7009-9363>

Darlén Díaz Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-9570-8348>

¹Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”. La Habana, Cuba.

²Universidad Nacional de Loja. Ecuador.

*Autor para la correspondencia: jose.diaz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El error está presente en cualquier actividad humana y la práctica de la medicina no es una excepción. Debido al aumento de los conocimientos sobre la salud y las enfermedades, la posibilidad de error, relacionada con la atención de estas últimas, disminuye, pero no se ha eliminado en su totalidad.

Objetivo: Exponer las experiencias de los autores acerca del error en la práctica médica.

Métodos: Revisión bibliográfica entre los años 2000 y 2020. Se localizaron y consultaron fuentes bibliográficas validadas en: Medline, PubMed y SciELO, a las que se accedió a través de la biblioteca virtual de salud. Se utilizaron para la búsqueda las palabras clave error médico, iatrogenia, responsabilidad penal del médico, método clínico. Se revisaron también tres bibliografías anteriores que se consideraron de utilidad para el artículo y tres capítulos de libros con temas afines, además de las resoluciones del Ministerio de Salud Pública de Cuba que tratan acerca del error médico. Al final se seleccionaron 21 bibliografías en idiomas español e inglés.

Conclusiones: Existen grandes posibilidades de errores en el proceso del diagnóstico y tratamiento de los enfermos. El desarrollo de la tecnología y la mejoría en la construcción de guías y protocolos disminuyen las probabilidades de equivocaciones, pero no las eliminan. El perfeccionamiento en la formación de recursos humanos, unido al uso correcto del método clínico es una estrategia eficaz para disminuir los errores en la práctica médica.

Palabras clave: error médico; método clínico; iatrogenia; responsabilidad penal del médico.

ABSTRACT

Introduction: Error is present in any human activity; the medical practice is not an exception. Due to an increase in knowledge about health and diseases, error possibility related to disease management is decreasing, but has not been totally eliminated.

Objective: To expose the authors' experiences regarding error in medical practice.

Methods: A bibliographic review was carried out, covering the years between 2000 and 2020. Validated bibliographic sources were located and consulted in *Medline*, *PubMed* and *SciELO*, accessed through the Virtual Health Library. The following keywords were used for the search: *error médico* [medical error], *iatrogenia* [iatrogenic error], *responsabilidad penal del médico* [physician criminal liability] and *método clínico* [clinical method]. Three previous bibliographies considered useful for the article and three book chapters with related topics were also reviewed, in addition to the resolutions of the Ministry of Public Health of Cuba dealing with the topic of medical error. Finally, 21 bibliographies in Spanish and English were selected.

Conclusions: There are great possibilities of errors in the process of patient diagnosis and management. The development of technology, as well as the improvement in the construction of guides and protocols, decreases the probabilities of errors, but do not eliminate them. The improvement in the training of human resources, together with the correct use of the clinical method, is an effective strategy to reduce errors in medical practice.

Keywords: medical error; clinical method; iatrogenic error; physician criminal liability.

Recibido: 17/05/2021

Aceptado: 22/05/2021

Introducción

La posibilidad de equivocarse está presente en toda actividad humana. El camino del conocimiento, la experiencia y la perfección no es recto, tiene innumerables obstáculos y muchas posibilidades de error.

El error en la práctica médica cobra cada vez mayor actualidad, por el aumento de las demandas de los pacientes en el mundo, debido al supuesto ejercicio incorrecto de la profesión médica.⁽¹⁾

El aumento del nivel cultural de las personas, sus conocimientos acerca de la medicina, sus expectativas crecientes acerca de las posibilidades de esta, la difusión de internet y otros factores, propician que la población sea más crítica, más preocupada y posea mayor conocimiento de la salud y las enfermedades, lo que ha provocado un incremento de las quejas e inconformidades con la atención recibida.

Según experiencias compartidas con muchos colegas, cada vez es más común que las personas, después de consultar a un médico, ejecutan búsquedas en Internet sobre sus dudas y las indicaciones del profesional, de hecho, la red se ha convertido en una fuente importante de una segunda opinión.⁽²⁾

El error médico es el resultado de un proceder profesional que se ha realizado dentro de la más rigurosa observancia de las previsiones científicas adecuadas y de las normas técnicas establecidas específicamente para este, por causas ajenas a la imprudencia en la conducta del facultativo, que trae como consecuencia una situación de peligro, lesión para la salud del paciente, o pérdida de su vida; visto de esta forma, el error médico no deviene en responsabilidad penal sobre su comisor.⁽³⁾

Diferente resulta la mala práctica (“mala praxis”), que también se le ha denominado error del médico, pues obedece a la actuación por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los reglamentos y deberes exigidos a los facultativos durante la realización del acto médico, en este caso sí existe responsabilidad, la cual puede devenir en responsabilidad penal.⁽⁴⁾ En Cuba se utiliza el término falta médica como sinónimo de mala práctica o error del médico.⁽³⁾

Para demostrar la culpabilidad del médico, es esencial que el daño ocurrido sea consecuencia directa del acto viciado o indebido a la falta de la acción profesional necesaria. Otro elemento importante que se debe definir es si el daño ocurrido pudo ser evitado o no. La mala práctica debe ser definida por expertos médicos.

La magnitud del error en medicina es grande según se afirma en otro artículo.⁽⁵⁾ Se ha planteado que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de la enfermedad cardiovascular y el cáncer, basado en los datos de una serie de reportes institucionales y de investigadores independientes publicadas desde 1999.⁽⁶⁾

En su libro “El arte y la ciencia del diagnóstico médico”, *Moreno*⁽⁷⁾ plantea que el error médico es frecuente y que no ha disminuido significativamente a pesar de los adelantos en los conocimientos de las enfermedades y el desarrollo de las modernas tecnologías médicas. El presente trabajo tuvo como objetivo exponer las experiencias de los autores acerca del error en la práctica médica.

Métodos

Los autores exponen sus experiencias acerca del error en la práctica médica apoyados en las bibliografías revisadas. Se localizaron y consultaron fuentes bibliográficas validadas: Medline, Pubmed y SciELO entre los años 2000 y 2020, a las que se accedió a través de la Biblioteca Virtual de Salud, utilizando para la búsqueda las palabras clave: error médico, iatrogenia, responsabilidad penal del médico, método clínico. Se revisaron también tres bibliografías anteriores que se consideraron de utilidad para el artículo y tres capítulos de libros con temas afines, además de las resoluciones del Ministerio de Salud Pública de Cuba que tratan acerca del error médico. Al final se seleccionaron 21 bibliografías en idiomas español e inglés.

Desarrollo

Una característica esencial de la medicina es que lo que es correcto hoy puede ser incorrecto mañana y viceversa, debido, en gran medida, al desarrollo de los conocimientos.

Las guías de actuación y procedimientos en la medicina si bien orientan al médico en su trabajo, deben tener la flexibilidad necesaria para ser adaptadas a la situación particular del paciente que se atiende, que puede ser muy diferente a la del paciente medio para el cual fueron concebidos. No podemos olvidar que, si bien elevan por encima de la media el desempeño de profesionales con diferentes niveles de competencias, optimizan los recursos y protegen al personal médico contra demandas inadecuadas por negligencias, no garantizan la infalibilidad.

Los procedimientos y guías de actuación se construyen por consensos de expertos (basados en sus conocimientos y experiencias personales) y con datos de estudios en poblaciones para obtener evidencias, donde las individualidades de algunos pacientes pueden haberse diluido dentro del grupo estudiado. Además, incluso con tal evidencia, siempre vale la pena recordar que la respuesta al tratamiento del paciente promedio que se presenta en los resúmenes de los resultados de los estudios clínicos, podría no ser lo que se espera para un paciente específico, ya sea que se encuentre frente al médico en una consulta o ingresado.

El gran problema para el médico es integrar, dentro de la práctica clínica, las recomendaciones útiles brindadas por expertos sin aceptarlas a ciegas ni ser limitados de modo inapropiado por ellas.⁽⁸⁾ Ciertamente, por eso hay que valorar las orientaciones y evidencias para su aplicación a la situación particular del paciente que se atiende, algo como hacerle un traje a la medida, justificando muy bien las acciones que se desvíen de lo pautado. El desarrollo de algoritmos y protocolos diagnósticos y terapéuticos de conductas a seguir, además de la estandarización de técnicas quirúrgicas, son un importante paso de avance en la atención médica. En el futuro estos se perfeccionarán y cada vez disminuirán más las posibilidades de errores, lo cual no significa que se eliminen totalmente, pues, aunque sean bien cumplidos y ejecutados, los algoritmos no están disponibles para solucionar todos los problemas que enfrentan los médicos en su práctica cotidiana. Sin considerar el contexto ni la incertidumbre implícita a la clínica, los algoritmos no pueden reemplazar a la experiencia humana.

En la atención médica, por sus características peculiares, los patrones, normas y guías científicamente fundamentadas influyen en la obtención de buenos resultados, pero el factor determinante es el profesional que los aplica, a quien hay que perfeccionar y desarrollar.

La práctica de la medicina está sujeta a una gran variabilidad, que no siempre puede ser totalmente controlable. Gran parte de los problemas que los médicos enfrentan en su trabajo cotidiano no han sido analizados a través de estudios clínicos, con asignación al azar y posiblemente muchos nunca lo serán.

Todo paciente que un médico atiende, representa un caso único e irrepetible; los humanos se parecen mucho, pero tienen marcadas diferencias individuales, que se manifiestan en la expresión de las enfermedades y las respuestas al tratamiento. Esta situación expone al personal de la salud a la comisión de errores, que pueden conducir o no a la producción de daño para el paciente.

El temor a ser objeto de un proceso penal ha propiciado la medicina defensiva, la cual tiene conocidas consecuencias, como la indicación de múltiples exámenes, el uso de

medicamentos innecesarios o la remisión a los más diversos especialistas, todo lo que agota al médico para cubrir su espalda. También, incrementar artificialmente el pronóstico de un paciente que se atiende para protegernos de una acusación, es una práctica condenable.

Como resultado de lo anteriormente expuesto, se produce el encarecimiento de la atención médica hasta niveles insostenibles, así como la posibilidad de complicaciones producto de las técnicas diagnósticas y la indicación de medicamentos injustificados. La tolerancia cero para el error y la incertidumbre en medicina impulsan la cultura del sobrediagnóstico y del sobretratamiento.⁽⁹⁾

Es conveniente señalar que solo es posible aceptar la existencia de error médico, cuando el profesional, a pesar de la equivocación, ha realizado todo lo que está a su alcance en las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico y prestar la mejor ayuda al paciente, de acuerdo con los conocimientos actuales de las ciencias médicas. Entre las causas más frecuentes de error médico pueden incluirse, entre otras, las formas atípicas de una enfermedad, el paralelismo sintomático y las afecciones raras o poco frecuentes.⁽⁷⁾

También es conocido que enfermedades distintas pueden compartir síntomas y signos semejantes y tener alteraciones parecidas en las pruebas indicadas. Sin embargo, una misma afección puede expresarse de forma desigual en dos personas diferentes. El diagnóstico no es un esquema, es un terreno propenso a los errores si nos esquematizamos, de ahí el conocido aforismo de que en medicina dos y dos no son cuatro. A lo expuesto, se podría añadir que no todos los pacientes con una misma enfermedad responden de forma similar a igual tratamiento.

En la actualidad, los pacientes concurren más tempranamente al médico, cuando la enfermedad apenas está en sus inicios, donde hay pocas manifestaciones clínicas y muchas veces los exámenes complementarios no arrojan resultados que ayuden en el diagnóstico. El cuadro del paciente es a veces muy inespecífico y el diagnóstico es más difícil, sin embargo, mientras más rápido se diagnostique la afección, las posibilidades de curación son mayores; el error en estos casos podría ser la demora en el diagnóstico si existiera la posibilidad racional de hacerlo a tiempo.

Recordar el viejo aforismo de Nicolás Maquiavelo (1469-1527) reflejado en su obra “El Príncipe”: Sucede lo que los médicos dicen del tísico: que al principio su mal es difícil de conocer, pero fácil de curar, mientras que, con el transcurso del tiempo, al no haber sido conocido ni atajado, se vuelve fácil de conocer, pero difícil de curar”.⁽¹⁰⁾

Los errores en el diagnóstico son, sin dudas, los más recurrentes. Quien haya asistido asiduamente durante años a las sesiones anatomoclínicas puede dar fe de ello, los desaciertos no son raros.

La causa fundamental de las dificultades con el diagnóstico es que las personas responden a los diversos estímulos o factores etiológicos con una cantidad limitada de síntomas, signos, alteraciones bioquímicas, fisiológicas y morfológicas. Por eso, enfermedades diferentes pueden tener cuadros clínicos y alteraciones similares. Dos afecciones distintas pueden parecerse mucho sobre todo en sus inicios.

El desarrollo de las tecnologías en medicina, si se utilizan bien, son de gran ayuda para los médicos, pero es una ilusión pensar que son infalibles. Hasta los más modernos y precisos exámenes pueden tener resultados falsos positivos y negativos.

Las técnicas de imagen si bien son objetivas, también las evalúa un ser humano que puede equivocarse y muchos de sus resultados pueden ser comunes a varias enfermedades. Una misma imagen puede tener interpretaciones diferentes según quien la analice. Es importante destacar que se deben valorar dentro del contexto clínico del paciente, porque de lo contrario se vacía su significado. Números e imágenes se empobrecen cuando no son contextualizadas clínicamente.

Las evidencias de los ensayos clínicos nos pueden ayudar a seleccionar el mejor tratamiento, pero hay que tener en cuenta que los efectos secundarios tardíos (que pueden ser muy importantes) de algunos nuevos medicamentos, solo se conocen cuando llevan un largo período de uso y se han aplicado a muchas personas. Por otra parte, hay que tener presente que las reacciones por idiosincrasia a un fármaco pueden ser graves y son muy difíciles de prevenir.

Todas las intervenciones médicas diagnósticas y terapéuticas tienen riesgos de complicaciones, a veces mínimos, pero no totalmente ausentes y pueden afectar a cualquiera, aunque sean muy bien indicadas y ejecutadas.

La medicina no es una ciencia exacta, las conductas médicas no son producto de una ecuación, sino de decisiones tomadas a partir de pruebas científicas (cuando están disponibles que no es en todos los casos), siempre probabilísticas y provisionales y de las circunstancias y preferencias de cada paciente. Existe una dosis de incertidumbre en la práctica y no pocas de las decisiones que se toman se basan en probabilidades que no alcanzan el 100 %, por lo que se afirma que el proceso de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, en ocasiones, es sumamente complejos y con posibilidades reales y a veces inevitables de *error*.⁽⁷⁾

Según afirmó el eminente médico William Osler hace más de un siglo “La medicina es un arte de probabilidades y una ciencia de incertidumbres”. Todavía este planteamiento está vigente y no ha perdido su valor.⁽¹¹⁾

Un único error puede poner fin a la existencia de alguien con una expectativa de vida larga o acelerar su muerte inminente. Por otra parte, en no pocos casos, un solo error no provoca daños al paciente y solo la acumulación o encadenamiento de un grupo de ellos, son los causantes del resultado no deseado.

Los rangos del error no han disminuido significativamente a lo largo del siglo XX, a pesar de la utilización de métodos avanzados de investigación complementaria, lo que han cambiado son las enfermedades y los tipos de errores. El maestro de la clínica cubana Miguel Ángel Moreno Rodríguez, plantea que las facilidades diagnósticas que ofrecen los progresos tecnológicos son disminuidas por los incrementos de la población en edades avanzadas con múltiples afecciones y muchas veces polimedizadas, entre las cuales los desaciertos diagnósticos son más frecuentes. Del mismo modo, las personas portadoras de enfermedades crónicas de larga evolución y las deprimidas inmunológicamente, pueden reaccionar de forma no habitual a una nueva afección o complicación de su padecimiento de base, dificultando su atención. Hay grandes posibilidades de errores en el proceso del diagnóstico y tratamiento de los pacientes.^(7,12)

La tecnología médica moderna si bien en muchas ocasiones facilita el diagnóstico, no es infalible. Estudios comparativos sobre la frecuencia de los diagnósticos equivocados antes y después del advenimiento de los estudios modernos por imágenes, no hallaron mucha mejoría en la exactitud diagnóstica.⁽⁷⁾

Los errores son más frecuentes en los casos complejos, en las urgencias y en aquellas circunstancias que conceden menos de 24 horas para hacer el diagnóstico antes de que el paciente muera.^(6,7) Un mínimo de errores en un proceso de toma de decisiones tan complejas como en la medicina aguda, es inevitable.⁽⁹⁾

Las discrepancias diagnósticas premortem con los resultados de las autopsias, tanto en la causa básica como en la directa de muerte, alcanzan alrededor de un 25 % en una larga serie de casos y son más elevadas en pacientes fallecidos de edades avanzadas.⁽¹³⁾

Los errores dependen no solo de la falta de conocimientos científicos determinados para interpretar el cuadro clínico y complementario de un enfermo, también de violaciones en la aplicación del método clínico en el trabajo del médico, es decir, deficiencias que se van acumulando desde la relación médico-paciente, la recolección de la información primaria, la elaboración de hipótesis diagnósticas y la selección e interpretación adecuada de las

investigaciones tecnológicas de todo tipo para contrastar y enriquecer dichas hipótesis y hacer una comprobación correcta.⁽⁷⁾

Ante casos complejos, difíciles o engañosos, los médicos se desempeñan mejor cuando disponen del tiempo, el espacio y los recursos para poder desacelerar y organizar sus pensamientos.^(14,15)

El examen físico insuficiente es una fuente prevenible de errores médicos; los eventos adversos son causados principalmente por el incumplimiento del examen correspondiente.⁽¹⁶⁾

El error en el pronóstico es un campo común, aunque insuficientemente reconocido como causa de un tratamiento inadecuado. Se necesita una mejor información sobre el pronóstico para mejorar la toma de decisiones.⁽¹⁷⁾ Asimismo, la falta de actualización de conocimientos, las carencias de recursos, la sobrecarga de trabajo, el agotamiento del médico y condiciones inadecuadas para laborar, pueden ser causas de errores.

El principal error del profesional posterior al procedimiento, es no creer en las quejas de sus pacientes. A las personas hay que creerle, hay que revisar cualquier queja del paciente para asegurarse de que no se trata de una complicación.

La creencia generalizada en la capacidad ilimitada de la ciencia médica es uno de una serie de mitos, tanto en la cultura médica occidental moderna, como en la sociedad en general, que sustentan la demanda de resultados perfectos y la falta de tolerancia para la morbilidad y mortalidad inevitables.⁽⁹⁾

Realizar pruebas o indicar tratamientos que no resultan necesarios desde el punto de vista médico, sencillamente porque los exige el paciente, es excesivo e inadecuado y ningún profesional puede ser obligado a ello.

Es habitual utilizar el término iatrogenia como sinónimo del daño producido al paciente por mala práctica o falta médica. Su significado exacto es: todo daño que se ocasiona al paciente por cualquier razón, el que se deriva de la atención médica, con o sin responsabilidad. La iatrogenia se encuentra latente en todos los actos médicos. Un alto porcentaje de iatrogenias son producidas por errores.⁽¹⁸⁾ El término iatropatogenia se ha utilizado para definir cuando hay responsabilidad médica.⁽⁴⁾

A los estudiantes de medicina cuando cursan en 5to año de la carrera en la asignatura de Medicina Legal y Ética Médica se les profundiza en los aspectos médico-legales del error y las bases para el análisis de la responsabilidad médica y la conducta a seguir ante la falta médica y el error médico. En Cuba existen múltiples resoluciones que aclaran conceptos y norman la responsabilidad médica.^(19,20,21)

Por otra parte, nos parece un contrasentido decir la cirugía fue un éxito, pero el paciente falleció. La cirugía puede haber estado bien indicada y realizada impecablemente, pero hablar de éxito cuando el resultado final fue el peor, aunque no se demostrara culpa de nadie, no resulta lógico.

La atención médica es un esfuerzo colectivo que a menudo incluye a un equipo de profesionales de atención sanitaria, desde médicos de atención primaria, hasta enfermeros, patólogos y radiólogos, entre otros. Justamente, todos con un compromiso, pero con un responsable, que es el que coordina las acciones. La atención multidisciplinaria es un importante concepto moderno, pero puede tener un pavoroso contenido de impersonalidad y nadie asumir la responsabilidad, esto es sumamente peligroso para los pacientes.⁽⁷⁾

En Cuba existe el consentimiento informado, que se obtiene de los pacientes antes de proceder a cualquier intervención médica, en estricta observancia del principio ético de autonomía.

Siempre habrá casos donde será muy difícil decidir con justicia, incluso para especialistas muy competentes y experimentados, entre error médico y falta médica, a pesar de todo lo escrito y debatido sobre el tema.

Se cita el artículo acerca del error médico escrito por el Dr. Bertrand Parra, subcomisionado médico de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, México.⁽⁴⁾ Es necesario aclarar, para evitar confusiones, que en este artículo se utiliza el término error médico como sinónimo de mala práctica.

El citado médico plantea: “La medicina es una ciencia difícil de evaluar, pues cambia permanentemente, lo que hace a la medicina una ciencia en constante evolución, que obliga a cualquier persona que ejerza esta profesión a permanecer siempre actualizándose de lo último que se haya aceptado universalmente como el manejo y tratamiento más correcto para cualquier afección, pues lo que hoy se toma como verdad puede ser mentira en un corto o largo plazo”.

Constituye una tarea difícil evaluar si hay o no error médico, y solo debe ser realizada por un personal muy calificado que tenga experiencia clínica permanente, ejercicio actualizado de la actividad profesional, capacitación de su especialidad médica, ascendencia moral entre sus colegas y probidad reconocida en su medio.⁽⁴⁾

El primer paso al cometer un error debe ser reconocerlo y hacer todo lo necesario para enmendarlo y disminuir sus consecuencias. Cometer errores es humano, ocultarlos resulta imperdonable, no aprender de ellos es inexcusable.

En la mayoría de los casos de reclamaciones o procesos por una mala práctica existe, de forma manifiesta o encubierta, una deficiente relación médico-paciente.

Conclusiones

Existen grandes posibilidades de errores en el proceso del diagnóstico y tratamiento de los enfermos. El desarrollo de la tecnología y la mejoría en la construcción de guías y protocolos disminuyen las probabilidades de equivocaciones, pero no las eliminan. El perfeccionamiento en la formación de recursos humanos, unido al uso correcto del método clínico es una estrategia eficaz para disminuir los errores en la práctica médica.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñan F. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj. 2006 [acceso 05/05/2021];74:495-503. Disponible en: <https://www.medigraphic.cocc->
2. Alarcón J-S, Baudeta A, Sánchez del Río MC, Dortaa M, de La Torre MR, Socasa P. Blascoa. Uso médico de Internet entre los pacientes de una consulta. Gastroenterología y Hepatología. 2006 [acceso 05/05/2021];29(5):286-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es>
3. Gálvez Cabrera E, Gálvez Cabrera M, Santiesteban Díaz M, Morales Ponce L. Criterio profesional acerca del error médico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [acceso 05/05/2021];14(1):32-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000100005&lng=es
4. Bertrand Parra M. “El error médico” 2019 [acceso 05/05/2021]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comosiones_estatales/coesamed_nayarit
5. Álvarez Álvarez G. El error en medicina. 2019 [acceso 25/04/2021]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2886/2445>>
6. Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. J Healthc Qual Res. 2019;34(6):339-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.06.005>
7. Moreno Rodríguez MA. El error médico. En: Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Edit. Ciencia y Técnica; 2001. p 141-78.

8. Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL. La práctica de la medicina clínica. En: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 19a ed. México: McGraw-Hill; 2015. p 1-7.
9. Hoffman Jerome R, Kanzaria Hemal K, Wood R. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. *BMJ*. 2014 [acceso 05/05/2021];349:g5702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315302/>
10. Maquiavelo N. El Príncipe. Madrid. Edit. Elaleph.com.; 1999. p15-20. Disponible en: <https://books.google.com>
11. Álvarez Sintés R. Ciencia y arte de la medicina general integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol. 1. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 27-31.
12. Anderson RE, Hill CR. The sensitivity and specificity of clinical diagnosis during five decades: towards and understanding of necessary fallibility. *JAMA*. 1989 [acceso 25/05/2021];261:1610-7. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org>
13. Hurtado de Mendoza J. Autopsia como garantía de la calidad en medicina. La Habana: ECIMED; 2014.
14. Clark BW, Derakhshan A, Desai SV. Diagnostic Errors and the Bedside Clinical Examination. *Med Clin North Am*. 2018;102(3):453-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650067/>
15. Kindsford Dp. A. Review of the diagnostic incurrancy. *Med Sc Law* 1996;35:347-51. Disponible en: <https://journals.sagepub.com>
16. Verghese A, Charlton B, Kassirer Jerome P., Meghan R, Ioannidis John PA. Inadequacies of Physical Examination as a Cause of Medical Errors. *The American Journal of Medicine* 2015 [acceso 25/05/2021];128:1322-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
17. Dhruv Khullar, Anupam BJ. Reducing prognostic errors: a new imperative in quality healthcare: *BMJ*. 2016; 352. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1417>.
18. Szanthó PG. Definiciones respecto al error en medicina. *Rev. méd. Chile*. 2001;129(12):1466-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200016>
19. Minsap. Resolución ministerial 8 del 2005. Sobre la creación en las unidades del Sistema Nacional de Salud, de las Comisiones de Ética Médica. 2019 [acceso 05/05/2021]. Disponible en: <https://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=496>
20. Minsap. Resolución ministerial 584 de 2014. Reglamento disciplinario para los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la rama de la salud. Disponible en: Gaceta

Oficial No. 17 Ordinaria de 2017 [acceso 05/05/2021]. Disponible en:
<https://www.gacetaoficial.resolucion-584-de-2014>

21. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 99. Metodología para la evaluación de la responsabilidad penal médica. 2008 [acceso 05/05/2021]. Disponible en:
<http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=15698>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.