

Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo"

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. ERROR MÉDICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Benito Narey Ramos Domínguez¹

RESUMEN: El propósito de este trabajo es incentivar el interés por el diagnóstico oportuno y la prevención del error médico (EM), para lo cual se hizo una revisión de la literatura nacional e internacional y se realizaron entrevistas a profesionales conocedores de este tema. Se señala la creciente preocupación por el EM en todas las latitudes, debido al número de eventos adversos que se producen, y para algunos autores representa la octava causa de mortalidad general y la sexta causa de mortalidad hospitalaria. Se analizan los antecedentes, definición, clasificación, epidemiología, factores causales y forma de enfrentar el problema. Se plantea la posibilidad y necesidad de la prevención del EM, con un enfoque amplio y eminentemente científico, que permita su control o disminución, para elevar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Error médico, mala práctica, infracciones, imprudencias, eventos adversos, seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

Una de las causas a tener en cuenta en los resultados o calidad de la atención de salud, está relacionada precisamente con el error médico (EM), por lo que hoy día constituye un problema de gran preocupación internacional y resulta de interés para todos los que brindamos servicios de salud.

El tema en cuestión es inagotable, complejo, polémico y difícil de estudiar, por estas y otras razones determina cierto rechazo para su abordaje y, además, por su desconocimiento, como se señala en un estudio realizado, donde solamente el 30,0 % de los profesionales encuestados respondieron satisfactoriamente sobre la ética y el EM.¹

Algunos autores plantean que el EM es el más importante factor causal de eventos adversos o consecuencias indeseadas del proceso de atención médica, muy por encima de la mala práctica (MP) o las condiciones del paciente, por lo que requiere una mayor vigilancia.²

El problema del EM no es nuevo, sus antecedentes se pierden en la historia, al menos con el surgimiento de la escritura, por ejemplo:

- En el mundo antiguo se utilizó la frase *Primum Non Nocere* como una forma concreta de expresar el nece-

sario humanismo de la atención médica y que señalaba la necesidad de evitar los malos procedimientos en aquel entonces. En estados como Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas establecidas.^{3,4}

- En Babilonia, Mesopotamia, 1 750 años a.n.e., con el reinado de *Hamurabi*, en el código de leyes se regulaba el trabajo médico y se castigaba severamente los malos resultados de un tratamiento u operación, según el nivel social del enfermo.⁵
- El juramento Hipocrático, siglo V a.n.e, estableció las bases para la ética y conducta médica, cuyo fin era mejorar su práctica y sus resultados, postulados que están vigentes en la actualidad.⁶
- En el siglo XIII de nuestra era, la primera escuela de medicina del mundo en Salerno, Italia establece regulaciones del trabajo médico que contenían elementos de auditoría.⁵
- *F. Nightingale* en 1865, durante la guerra de Crimea, planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados con el tratamiento.⁷
- *Abraham Flexner*, en 1910, en su informe al congreso de Estados Unidos de Norteamérica (EUA) puso al desnudo la pobre calidad de los servicios hospitala-

¹ Especialista de II Grado en Salud Pública y de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Consultante. Jefe del Departamento de Salud.

rios y de la docencia, que obligaron a mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de calidad moderno.⁸ Por el contrario, esto influyó negativamente sobre la concepción de la atención médica integral, al hiperbolizar la concepción biologicista de la práctica médica como un enfoque inadecuado que, infelizmente, aún persiste en algunas latitudes.

- En la década del sesenta, en los EUA, resurgió la preocupación en cuanto a la alta frecuencia en que los enfermos hospitalizados eran maltratados, lesionados o dañados.⁹
- La década del noventa se estimó de mayor atención y dedicación de los científicos sobre el EM y especialmente en 1999 con el reporte que presentó el Instituto de Medicina (IOM) al gobierno de los EUA donde se saca a la luz nuevamente los malos resultados de la atención médica en los hospitales causada específicamente por el EM.²
- Es importante destacar que actualmente la OMS se ocupa por el desarrollo de una metodología para el estudio de eventos adversos, la seguridad del paciente, y los errores de la atención médica.¹⁰

El tema ha sido abordado en Cuba en diferentes documentos y también se han realizado estudios de las consecuencias de la atención médica relacionadas con el EM, como por ejemplo, operaciones injustificadas, mortalidad quirúrgica y anestésica, letalidad por enfermedades como el infarto agudo del miocardio (IAM) y la infección intrahospitalaria. También sobre la no correlación diagnóstica clínico-patológica y errores del diagnóstico por fallos en el interrogatorio.^{11,12}

Siempre se ha dicho que el hospital, independientemente de su imprescindible necesidad y grandes ventajas, resulta un medio donde los que reciben sus servicios están expuestos también a múltiples riesgos, accidentes y consecuencias adversas, ocurrencia que se da también en todos los servicios de atención de salud.

Por todo lo dicho, debemos reconocer la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz y la prevención oportuna del EM, para lo cual hay que desmitificar o esclarecer el verdadero significado de este concepto, objetivo de este trabajo.

DEFINICIONES DE ERROR MÉDICO

No existe un consenso internacional sobre la definición del EM, pero como para cualquier otro fenómeno que va a ser estudiado, su definición es una necesidad, teniendo en cuenta que el problema que no se define, no se puede medir y lo que no se mide tampoco se puede prevenir o erradicar.

Para algunos el término EM resulta un tanto ominoso o peyorativo, tanto es así, que incluso se evita mencionarlo o analizarlo, sin embargo todos los autores coinciden en que el error es humano.

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.⁹

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.⁹

En nuestro medio las definiciones del EM se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir, vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. Por ejemplo:

- Error médico es el que resulta de una equivocación en 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.^{13,14}
- 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.³

Es decir, que debemos 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 que la conducta a seguir es diferente en cada una.

Para *Lancets*, la MP, implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud que, de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce, puede ser penal, civil o administrativa, según esté previsto en la ley o en el código penal.¹⁵

El término iatrogenia o iatropatogenia, fue utilizado y definido como la producción de un daño en un paciente a partir de la acción del médico, pero hoy día, teniendo en cuenta las modernas concepciones sobre el EM y su multicausalidad, se utiliza más el término evento adverso (un evento adverso [EA] se ha definido como el daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica.¹⁶

En resumen, en nuestro medio se señala que el EM resulta de una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, se cumpla con las reglas del arte y ciencias médicas y haber realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.

TAXONOMÍA DEL ERROR MÉDICO

Existe un gran interés por encontrar una clasificación del EM que permita la comparación mediante una nomenclatura estandarizada de la cual se ocupa actualmente la OMS.¹⁰

Una clasificación debe comenzar por la posibilidad de diferenciar ante consecuencias indeseadas o eventos adversos de la atención médica su origen, es decir, poder determinar si es producto de la propia evolución de una enfermedad, de las condiciones del paciente, de la MP o de un EM. Esto es importante ya que en los dos últimos la conducta a seguir es diferente como ya mencionamos.

Para el estudio o investigación del EM se pudiera utilizar una estructura, que ha sido propuesta por el IOM, de la forma siguiente:⁹

- Tipo de institución o instituciones de salud, sistema donde ocurrió.
- Personas implicadas, médicos, enfermeras, técnicos y otros trabajadores de la salud.
- Tipo de servicio de atención donde se produjo, consulta, terapia intensiva, otros.
- Gravedad y tipo del daño ocurrido desde un simple evento centinela, discapacidad, lesión, infección, reacción alérgica, intoxicación, hasta un fallecimiento.

En este trabajo se propone agregar, además de los aspectos señalados encima, los factores causales o de riesgos de cada EM, lo que permite poder actuar para prevenirlo o eliminarlo.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ERROR MÉDICO

Se debe considerar que el EM es un problema global que afecta a todos los países, pero son los desarrollados los que se han ocupado de estudiar el problema con mayor profundidad, quizás debido a los recursos con que cuentan y a las demandas que se plantean ante consecuencias indeseadas, lo que constituye un serio problema.

Según los criterios de algunos científicos se dificultan mucho los estudios sobre el EM por falta de un acuerdo, tanto en su definición como por la falta de integración de un sistema de reporte e incluso la dificultad de diferenciar un error prevenible de otro inevitable o no prevenible.^{2,16}

¿SE PUEDE PREVENIR EL ERROR MÉDICO?

Debemos considerar que hay estudios que prueban la posibilidad de prevención del EM, aunque existen errores no prevenibles. Así, en una investigación en hospitales del Estado de Colorado, EUA en 1999, en 15 000 historias clínicas se encontró que el 54 % de los EM eran prevenibles.

En este mismo estado, en el año 2000, se realizó otro estudio en hospitales, de 1 133 historias clínicas se determinó que:²

- El 70 % de los eventos adversos eran prevenibles,
- El 6 % potencialmente prevenibles.
- El 24 % no prevenibles.

Lucian Leape considera que si se ofrece una atención médica segura se reducen los EM en un 80,0 %.¹⁷

FRECUENCIA DEL ERROR MÉDICO

Muchos autores han publicado sus experiencias, sobre todo en la década del noventa, etapa que constituye el comienzo de estos estudios y su incremento. Mencionamos las siguientes:

- En hospitales estatales de Colorado, en 1984 y 1992, la frecuencia del EM fue de un 2,9 y 3,7 % de los egresos respectivamente.²
- En el reporte del IOM se concluye que en EE.UU. en 1999 más de 1 millón de norteamericanos sufrieron de algún error prevenible (3,0 % de los egresos hospitalarios) y 98 mil fallecieron (para otros las cifras varían entre 40 y 100 mil) con un costo de \$17 a 29 billones. El EM fue la octava causa de muerte nacionalmente, por encima del cáncer de mama, accidentes de vehículos y el SIDA y la sexta causa de mortalidad en hospitales (para un 0,3 % de los egresos anuales).^{9,14}
- En un estudio de la Asociación de Cirugía de México, en el año 2004, en 7 715 historias clínicas, se encontró un 49,9 % de EM y un 16,8 % de MP.¹⁸
- En 1999 la Agencia de Investigación de la Calidad de Atención Médica (AHRQ) de EUA reportó que en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se producía al menos 1 error por día.⁹
- *Agundez*, en hospitales de California en el año 2003, al analizar los resultados de las necropsias, planteó que se encontraron entre un 8 y un 24 % de errores.¹⁹
- *Blendon*, en el 2002, en una encuesta nacional en EE.UU. realizada a 831 médicos y 1 207 familias, encontró en los primeros que un 35 % conocían de eventos adversos (EA) y en los segundos fue un 42 % y de estos EA fallecieron un 7 y 10 % respectivamente.²⁰
- *Harding*, en el 2004, en una investigación en más de 5 millones de egresos en hospitales pediátricos, en menores de 19 años, de 27 estados de EE.UU., encontró 4 500 fallecidos por EM para un 0,9 % de los egresos.²¹
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), año 2000. Resume los estudios de Europa y Australia sobre EM:²²
 - En Australia, encontraron EA en el 26,0 % de los egresos hospitalarios.
 - En Inglaterra, estudios en hospitales del Servicio Nacional de Salud (NHS), señalan aproximadamente 850 000 EA por año.
 - En Europa, un grupo de trabajo en hospitales, señala que 1 de cada 10 pacientes sufre enfermedades evitables y efectos adversos como producto de la asistencia médica.

- *Moreno* y otros en Cuba, realizaron una investigación en dos años diferentes para conocer el grado de error en la no correlación clínico patológica para el diagnóstico de bronconeumonía y encontraron en 1989 un 28,9 % y en 1994 un 28,6 % de errores, valores

que se encuentran por encima de lo reportado en la literatura internacional revisada.¹¹

- *Aspiazu* y otros, en Cuba, en un estudio en el 2002, para conocer los errores más frecuentes de los residentes en el interrogatorio a pacientes en relación con la anamnesis, encontraron un 10,5 % de errores, como promedio, que dificultaron el diagnóstico y que consideraron como un fallo de la docencia.¹²

CAUSALIDAD DEL ERROR MÉDICO

Lo primero a tener en cuenta es que el EM no solamente es privativo del médico, sino que incluye a todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema.³

Leape (2000) plantea que la mayoría de los EA no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, mucho más frecuentes que en otros sectores y afirma que las evidencias son aplastantes en reconocer que el EM se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o de un solo individuo.¹⁷

Debemos considerar que las causas o factores de riesgo en el EM son innumerables, por lo tanto, difíciles de resumir. Por ejemplo, en un estudio sobre las causas del EM en hospitales de California, fueron agrupadas en 39 variables y en cada una diferentes dimensiones o factores causales.²³

Otra propuesta para clasificar las causas del EM es la del IOM de EE.UU., que las resume en tres grupos de la forma siguiente:^{9,14}

- Por exceso de servicio (*overuse*), tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios. Como por ejemplo: indicar incorrectamente un antibiótico que causa resistencia y reacciones adversas, realizar una operación innecesaria.
- Por insuficiencia de servicios (*underuse*), no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, que trae como consecuencia complicaciones, muertes prematura y altos costos. Por ejemplo: no usar betabloqueadores, lo que aumenta su letalidad, no realizar un control adecuado a los diabéticos para la prevención de complicaciones, no utilizar el examen para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino o la mamografía, un inadecuado seguimiento del embarazo, no lavarse las manos como está normado.
- Por inapropiado diagnóstico (*misuse*), errores en el diagnóstico, por diferentes factores, que demora o atrasa una oportuna conducta o tratamiento, que causan innecesarios eventos adversos y peligro de perder la vida. Se considera que este grupo incluye la mayoría de las causas de EM.

A continuación relacionamos otros factores causales o de riesgos del EM, que deben ser considerados:

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

¿CÓMO ENFRENTAR EL PROBLEMA DEL EM PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Debemos señalar la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz y la prevención oportuna del EM y para ello hay que desmitificar o esclarecer el verdadero significado de este concepto.

El EM debe constituir una preocupación de los profesionales de salud y en primer lugar de los directivos, funcionarios o responsables de la institución, ya que conociendo sus consecuencias indeseadas, su repetición no es aceptable.²³

Los EM deben ser conocidos y analizados científicamente en reuniones médicas, con libertad y profundidad necesarias con el fin de evitar su repetición.¹² Por suerte, para los que reciben los servicios de salud y según la literatura, el EM es mucho más frecuente que la MP.²⁴ Sostengo la hipótesis de que en nuestros servicios son de menor frecuencia, según la información brindada por los profesionales entrevistados. Pero esto requiere ser investigado y comprobado.

Otro aspecto de mucho interés es que existen eventos adversos inevitables que resultan de complicaciones que no se pueden prevenir, dados los actuales conocimientos de la medicina.⁹ Pero estos deben estar debidamente identificados para su conocimiento general y también para incluirlos en la información que se debe brindar al paciente y familiares, previo a la aprobación de cualquier proceder diagnóstico o terapéutico, lo que en ética se conoce hoy día como consentimiento informado, asegurando la autonomía e integridad del paciente,^{25,26} que está incluido en la ley # 41 de la Salud Pública, República de Cuba, de 1983.

Se debe tener presente, además, que el EM se puede prevenir casuísticamente, pero es imposible impedir que surjan nuevos errores, por múltiples razones, en primer lugar porque el error es humano y, además, que obedece a múltiples causas, como ya señalamos, por tanto, su prevención constituye una tarea permanente.

Debemos señalar, por último, que lo más importante no es partir de un evento adverso o daño ya producido, sino de la vigilancia y el control de calidad permanente, de forma concurrente durante el proceso de atención de salud, a fin de detectar los fallos e incumplimientos para actuar preventivamente, evitando errores para elevar la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente, ha sido definida como la iniciativa diseñada para prevenir un evento adverso producto de un error médico.¹⁰

RECOMENDACIONES

Se plantea la necesidad y posibilidad de la prevención del error médico, con un enfoque amplio y eminentemente científico, que permita su control y disminución para elevar la calidad de la atención médica y la seguridad de los que reciben la atención de salud. En primer lugar:

- Se debe desmitificar el EM y excluir una atmósfera inadecuada que impide el amplio análisis, creando un ambiente positivo para estudiar y reducir el EM.

- Eliminar las barreras internas y externas que impiden la prevención del EM.
- Dar un tratamiento diferenciado al EM, en concordancia con los principios establecidos de la ética médica, con el fin de que los errores sean conocidos y analizados crítica y científicamente en reuniones de profesionales de la salud, con libertad y profundidad necesarias, que permitan derivar experiencias e impidan su repetición.
- Aplicar al estudio del EM, la concepción multicausal del proceso salud-enfermedad, ya que estos resultan de un conjunto de múltiples factores y raramente debido a falta de cuidado o incorrecta conducta de un individuo.
- Considerar que no es sólo el médico quien comete errores, sino todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema.
- Crear una metodología efectiva para el diagnóstico y evitar los eventos adversos del EM.
- Actualizar frecuentemente y sobre todo cumplir las normas y procedimientos establecidos (buenas prácticas), para mejorar la calidad.
- Aplicar el trabajo en equipo, la amplia participación de los trabajadores y establecer políticas dirigidas a la prevención del EM para lograr su liderazgo.

SUMMARY: The objective of this paper is to stimulate the interest for timely diagnosis and prevention of medical errors. To this end, a national and international literature review together with interviews with professors who know a lot about this topic were made. The increasing concern for medical error (ME) all over the world due to the number of adverse events it generates is expressed; for some authors, ME represents the 8th general cause of death and the 6th cause of in-hospital mortality. The history, definition, classification, epidemiology, causative factors and ways of facing the problems were analyzed. It is stated that it is possible and necessary to prevent ME using a broad scientific approach that allows controlling it or reducing it so as to increase the quality of medical care and the patient safety.

Key words: **Medical error, malpractice, infringement, imprudence, adverse events, patient safety.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gálvez E, Gálvez M, Santiesteban M, Morales L. Criterio profesional del error médico. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(1): <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14-198>
2. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica, february 2000. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
3. Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia y error médico. *Temas de ética médica*. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas 1986. p. 51-72.
4. Mella MC. Ética médica: algunas reflexiones. Santo Domingo: Asociación Médica Dominicana, 1990.
5. Sigerist HE. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Gustavo Molina; 1974. p. 19-48.
6. Roemer MI. *Perspectiva mundial de la Salud Pública*. Madrid: Edit. Siglo XXI; 1980, p. 17-35.
7. Albers H. *Principios de administración y dirección sanitaria*. México: Edit. Limusa; 1968. p. 39-83.
8. Ramos DBN. *El Control de calidad de la atención de salud*. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2004. p. 22-39.
9. IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. *To Err is Human Report*. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>
10. WHO. Quality of care: patient safety. Executive Board, E 133/37. December 2003.
11. Alonso MD, Smith S, Ramírez MA, Ortega A. *El Error Médico. Valoración ética y Deodontología Médica*. MINSAP 1979;96-100.
12. *Principios de la Ética Médica*. La Habana: Editora Política; 1983.
13. Moreno RMA, Burganate PM, Oquendo LM. Ausencia de correlación clinicopatológica en el diagnóstico de la bronconeumonía. *Rev Cubana Med* 1996;35(3): http://bvs.sld.cu/med/vol35_3_96/medsu396.html

14. 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.
15. Lancis F. La responsabilidad legal del médico. Temas de Ética Médica, ISCM Habana. p. 73-64.
16. WHO. Patient Safety: Rapid Assessment Methods for estimating hazards. World Health Organization. Department of Human Resources for Health. Geneva, 2003.
17. Leape L. Making health care safe: Are we up to it? J Ped Surg 2004;39:258-266.
18. Cote EL, García TP. Error médico en cirugía. Asociación Mexicana de Cirugía, <http://www.acmg.org.mx>
19. Agundez LJM. Entre el 8 y el 24 % de las autopsias revelan errores médicos. California Diario Médico.com, junio 2003. <http://www.diariomedico.com/anapatalogical/home.html>
20. Blendon et al. Views of Practicing Physician and Public on medical errors. N Engl J Med. 2002;347(24):1833.
21. Harding A. Study finds US pediatric medical errors kill 4,500 children a year. BMJ 2004;328:1458.
22. CIE L. Seguridad de los pacientes. Consejo Internacional de Enfermería. Chile;abril 2002. http://www.icn.ch/matters_ptsafetsp.html
23. Di Catalo V. Errores médicos más comunes. Infocomercial.Com. California 1998-2002. http://infocomercial.com/artiuculos/prn_articulos
24. Schwappach D, Koeck Ch. What make an error unacceptable. Int J Qual Health Care 2004;16:317-326.
25. Rencoret G. Auditoría médica: demandas y responsabilidades por negligencia médica. Rev Chil Radiol 2003;9(3):157-160.
26. Lara MC de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. BIOÉTICA número especial. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):439-444.

Recibido: 28 de diciembre de 2004. Aprobado: 15 de febrero de 2005.
Benito Narey Ramos Domínguez. E-mail: nareyrdo@infomed.sld.cu

A través de las inscripciones, sabemos de la existencia de las sociedades médicas en el Imperio Romano. Su principal propósito era el culto común de sus patronos Esculapio e Hygiea. Pero algunas de ellas perseguían acrecentar los conocimientos de los facultativos y estimular su celo profesional. La sociedad médica de Efeso ofrecía anualmente premios a la curación más brillante efectuada por uno de sus miembros o a la invención del mejor instrumento quirúrgico.

Fuente: H.E. Sigerist. La profesión del médico a través de las edades. Conferencia en la Academia de Medicina de Nueva York, octubre de 1933. En: Historia y Sociología de la Medicina. Traducido y editado por Gustavo Molina. Bogota. 1974:24.