

Reconocimiento y prevención del error en los cuidados de salud

Awareness and avoidance of error in health care

Eduardo Rosselot Jaramillo¹

Resumen

Los errores de ocurrencia progresivamente creciente en los cuidados de salud, de acuerdo a datos universales, ofrecen un panorama epidemiológico alarmante en la medida que se percibe mayor complejidad de las patologías a atender, sus diagnósticos y tratamientos requieren permanente actualización de conocimientos y habilidades clínicas y tecnológicas, y las demandas de satisfacción y cobertura de costos sufren igualmente exigencias previamente impensadas. En la literatura abunda información sobre las causas y mecanismos de estos incidentes, permite caracterizarlos, medir sus alcances y consecuencias, sistematizar sus efectos y definir conductas para su prevención y manejo.

En el presente estudio nos hemos dedicado a mirar los errores surgidos en el área, por incompreensión de su significado y del propio diagnóstico de errores en el cuidado de la salud, y de las probabilidades y formas de resolver los dilemas en asignar responsabilidad a los diferentes participantes del equipo de salud involucrados en esa particular contingencia. También analizamos algunos de los aspectos judiciales derivados y explicitados al clarificar las implicancias legales de estas acciones y la interpretación del clima ético surgido de la percepción de daño que sigue a la trasgresión del contrato virtual médico-paciente. Finalmente se comenta la necesidad de recuperar los valores del compromiso incluido en el cuidado al paciente y la dignidad de las acciones de salud comprendidas en el marco del profesionalismo promovido por el ACP y otras instancias internacionales comprometidas con las responsabilidades asumidas por los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Error médico, Ética, Jurisprudencia, Tipos de error, Negligencia Médica, Consecuencia del error en medicina

Abstract

Errors in Health Care are shown to occur at increasing rates in proportion to the new knowledge, the technological and communication display used in controlling disease and human health impairment. Medical publications and reports, as those coming from allied professions devoid to health care, give plenty information of causes, mechanisms, tendencies, most privileged effects and consequences, classification, characteristics and impact of these issues on the progress of diseases involved and the way it affects the patient - professional relations. These aspects have been the main interest of numerous authors in the pertinent scientific literature.

Instead of that focus, we committed our search to look over the errors raised in the field because missed understandings on the significance and the proper diagnosis of errors in health care, and the probability and ways to solve the dilemmas imposed by assigning responsibilities to each participant or the working team involved in the alluded contingency. We also address some of the judicial aspects derived and defined to clarify the legal implications of these actions and the interpretation of the ethic climate raised by the feeling of harm that follows transgression in the professional - patient virtual contract. Finally we comment on the need to restore the high values of the professional endeavour to the patients' requirements and the dignity of the health actions included under the frame of professionalism promoted by the ACP and other international medical societies of internal medicine and bestowed to the personal responsibility of the sanitary agent.

Key words: Medical errors, ethics, jurisprudence, types of errors, negligent medical conduct, adverse effects of medical errors.

Recibido el 24 de junio de 2010. Aceptado el 26 de agosto de 2010

¹ Profesor Titular de Medicina, Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
Correspondencia a: erosselo@med.uchile.cl

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre la cada vez más alta incidencia de errores que aparecen al proveer cuidados de salud, en la medicina y profesiones afines, se ha tornado progresivamente más frecuente a medida que se desarrollan estas disciplinas, aumenta el uso y la complejidad de tecnologías en los diagnósticos y terapias que en ellas se aplican y los recursos utilizados en dichos procesos. Hoy, constituyen un capítulo especial y relevante de la epidemiología de la medicina universal, de su ejercicio y sus complicaciones. Los dos últimos elementos representan, además, sendas coyunturas entre acciones del campo de la salud y las implicancias bioéticas y legales eventualmente emergentes y generadoras de dinámicas y decisiones específicas (1-15).

En la última década constan en la literatura abundantes revisiones y publicaciones con muy consistentes bases de datos, respecto de causas, ámbitos y circunstancias en que ocurren estos eventos, o aparecen factores intercurrentes o que los desencadenan. Consecuentes descripciones y categorizaciones, pertinentes o fortuitas, nos ayudan a discernir su naturaleza o a ampliar la varianza de su interpretación (10,16-22). Como todo saber humano, la medicina está sujeta a errores y, por lógica, mientras más complejas y multidisciplinarias son las ciencias constitutivas de ese conocimiento, más posibilidades de yerros puede entrañar, en tanto parte de él no esté orientado directa y efectivamente a reducirlo. Aún cuando se tenga por objetivo la verdad, hasta que los instrumentos elaborados para encontrarla no provean absoluta certeza para verificar lo que se suponga sabido, sus elementos incógnitos o destinados a corregir oportunamente las fallas que a tales dificultades conducen, el no conseguirse los objetivos precisos de un acto programado u obtener de él resultados no deseados tendrá siempre el carácter de una falta que, a lo menos, demandará explicación. Vale la pena, además, considerar a este respecto que en muchos intentos por dilucidar la naturaleza o atenuar los deletéreos efectos de esas mismas transgresiones, se corre el riesgo de reiterar equivocaciones persistiendo incertidumbres, en tanto no hayan evidencias que sustenten lo conveniente y efectivo de reparar la contingencia sufrida.

Las raíces del error, derivado del ejercicio profesional de las ciencias de la salud

Todo lo anterior ha sido y es percibido en la medicina, como disciplina científica o en su ejercicio práctico, pudiéndose distinguir un error basado en información incierta del derivado de impericia o insuficiente destreza para realizar acciones requeridas por las intervenciones médicas. No obstante ser conocidas muchas de las causas de estos errores así como la eficacia de su corrección, con instrucciones apropiadas y entrenamiento sistemático, bien supervisado (tal como en casos de reducidas habilidades clínicas, o en deficiencias expresadas por discordancias con lo esperado de un manejo profesional idóneo), tales circunstancias, a menudo deletéreas, siguen complicando los actos programados para cuidar la salud. Y esto ocurre en proporción alarmante, contrariando toda expectativa razonable, como se colige por los datos norteamericanos donde, pese a la amplia "medicalización" cultural de la sociedad y el uso más asertivo de procedimientos, no necesariamente validados, encontramos un parangón del cual debemos cuidarnos, porque denuncia una realidad altamente inconveniente de emular.

No es posible dejar de considerar la importancia de una correcta información y de su más exacta comprensión al determinar la efectividad de una acción; lo que, si no se ha tenido en cuenta, puede conducir a resultados imprevistos o contrapuestos con sus propósitos. Dificultades de comunicación que generan errores en el aprendizaje son advertidos cada vez con mayor frecuencia, dada la aberrante deformación de nuestros lenguajes y en la información que inducen. Este es un campo corregible si se recupera, entre otros instrumentos, la tuición más directa del acompañamiento con tutores, la práctica intensiva para aprender habilidades y la retroalimentación para verificar la exactitud de las acciones necesarias. Pero aún más, acicateada la ciencia médica y en especial la investigación por el plausible deseo de asegurar un grado aceptable de certeza en la información siempre susceptible de error, se ha impuesto una cultura de la evidencia que aún se afana por desterrar las fallas en sus procesos, sin que hayan dejado de jugar un preponderante papel, en las diferentes situaciones bajo sospecha; no pocas equívocas aplicaciones o

interpretaciones excesivamente tecnológicas y carentes de un matiz humanizador (21-26).

En esta plétora de información, abundan las comparaciones del número de eventos adversos que suceden a raíz de intervenciones, tanto médicas como de tipo quirúrgico aplicadas en el cuidado de la salud. Igual se incluyen aquéllos consecutivos únicamente a medidas preventivas, claro que con menor frecuencia, que no son excepcionales como veremos al concentrarnos en las referencias atinentes a prevenir y reparar estos mismos daños debidos a errores, al intentar paliar o evitar los eventos adversos consecutivos a tales sucesos. En general, esos efectos resultan acumuladamente más graves, en número o consecuencias, que los observados por accidentes - de tránsito, terrestres o aéreos-, cataclismos y otras situaciones de alto riesgo o morbi-mortalidad, a que estamos expuestos los seres humanos en nuestra contingente existencia planetaria (4,8-15). Lo mismo, son objeto de debate creciente - cuando se encuentran incidencias de eventos adversos sorpresivamente altas - tras decisiones del ámbito sanitario que suponen seguridad en los resultados, con actuaciones efectivas y consensualmente éticas, especialmente en áreas de intervenciones de emergencia o inhabituales, donde las conclusiones suelen darse más aleatoriamente (16-37). Demostradas efectivas, especialmente para prevenir y tratar tales condiciones, son ampliamente justificadas las medidas precautorias y la siempre alabada prudencia, la instrucción sistemática y el aprendizaje intensivo en sistemas de advertencia, seguridad y control destinados a evitar su aparición o reiteración (19-24). Entre ellos, destacamos los introducidos desde tecnologías de vigilancia aéreo-espacial, simuladores y robótica (27-33), con lo cual se ha podido rectificar, tras importantes esfuerzos financieros y dedicación de tiempo, es cierto, casos irremediamente vulnerados por situaciones de incorrección e impericias, de grave significado y consecuencias, dados los antecedentes de contexto. Así a corto plazo, pasan a ser apreciados como prometedoramente eficaces en lograr aprendizajes válidos para esenciales competencias. (19, 21, 27-34)

De todos estos antecedentes ampliamente difundidos y publicados, donde ha habido quizás exuberante despliegue narrativo de experiencias, casos clínicos, sistematización de causas, de mecanismos y

circunstancias favorecedoras o atenuantes de errores, será todavía necesario conseguir mayores evidencias (10,16-25). Lógicamente, se ha avanzado en delimitar las características de las fallas investigadas, generalmente en relación a los procedimientos concebidos para lograr los objetivos primarios de su indicación, sean diagnósticos, terapéuticos, preventivos o de rehabilitación en los cuidados de salud pertinentes. Igualmente, ha sido importante despertar preocupación por definir, en cada caso, la responsabilidad personal o del grupo profesional, en los fracasos para alcanzar los objetivos propuestos (13,18,26-31).

Quizás sea procedente reiterar o, más bien, dar mayor relevancia a situaciones que, mencionadas ya, algunas de paso, pueden ser desatendidas por quedar incluidas en el conjunto de actuaciones rutinarias en el ejercicio profesional. Pero, siendo incluso de mayor responsabilidad como preocupación de los docentes encargados del aprendizaje de esos hábitos o habilidades que constituyen competencias irrevocables, no pueden quedar inadvertidas. Baste mencionar, singularmente, el trabajo en equipo e interprofesional; la incorporación de la información que los profesionales deben dominar sobre nuevas disposiciones administrativas, facilidades e incompatibilidades de los sistemas mixtos o complejos de atención especialmente relacionados con innovaciones; los procedimientos, que deben conocer tanto los beneficiarios como los prestadores, usuales en las instituciones previsionales y asistenciales, para dar la debida fluidez a las acciones comprometidas o procuradas (28-36). Connotación especial conviene otorgar al conflicto de dedicación que se produce entre labores asistenciales y los tiempos destinados al aprendizaje y formación, especialmente en prácticas clínicas y residencias, en que dicha competitividad suele resentir severamente la adquisición de conocimientos y destrezas indispensables para un proceder de excelencia (37-40). Tales nuevas capacidades, que exigen aptitudes, entrenamientos y disposiciones de comunicación específicas son propias de las actuales necesidades para una adecuada atención en salud, pero su insatisfacción exige continua evaluación de su vigencia, pertinencia y calidad, a riesgo de destruir, si no se logran adecuadamente, el prestigio, la confianza y la seguridad que los distintos beneficiarios reclaman de estos servicios progresivamente considerados por la sociedad como bienes colectivos, no ajenos a

los derechos de la vida. Porque es a ésta a quien su implementación, le otorga calidad y sentido si cada ser los percibe en coherencia con sus aspiraciones de un verdadero y saludable involucramiento en cada uno a los avatares suscitados en su existencia.

A través de esta elaboración del análisis se ha llegado, posiblemente a lo medular en la precisión del acto: conocer realmente la responsabilidad personal o asociada – cada vez más trascendente en este aspecto, desde que los actos médicos son más de ingerencia y proyección colectiva que individuales -, y su implicancia jurídica si se da el caso. Nunca puede descartarse que, como consecuencia de la falla en procedimientos surjan quejas civiles o penales que llamen a reparar el eventual daño provocado por el error ocurrido o, supuestamente inducido con dolo o con prevaricación, sin menospreciar los errores de apreciación del suceso, sus razones y su significado (14,15,41-43).

El entramado de los errores

Dado que esta área de reflexión ha sido, explicablemente, menos atendida en las publicaciones de corte científico, pese a su impacto en las deliberaciones sociales y jurídicas secundarias a su irrupción en el ejercicio profesional, nos hemos detenido preferentemente en su análisis, aunque no esté ahí especialmente su importancia médica. Nos eximiremos de ahondar en los demás temas pertinentes, a los cuales hemos aludido en especial al citar diversas publicaciones que exponen causas, consecuencias, descripción y sistematización de los errores advertidos en los cuidados de la salud humana, por estar tratados con mayor propiedad en esas ediciones, por autores de predilecta versación.

El otro aspecto relevante de comentar, aunque sea más brevemente, por ofrecer caminos de mejoría, se refiere a los elementos que dificultan el oportuno y adecuado aprendizaje y la consiguiente familiarización con este tema, cuya trascendencia, no debidamente cautelada a la fecha en los programas docentes merece urgente corrección. Porque, si queremos evitar otro error en el contexto, por omisión involuntaria, percibida o deliberada, debemos insistir en resguardar a quienes egresan como profesionales de la salud, de quedar susceptibles a que estos errores, se cometan descuidada o negligentemente, o sean expresión de incompetencia

profesional; donde cabe, también, considerar la inexcusable vulnerabilidad auto tolerada que rebela inconsecuente cautelar de un digno, responsable y reflexivo profesionalismo (44-46).

No está demás, recordar reiteradamente que el error, según la RAE se considera como un equívoco o equivocación, que puede corresponder a un juicio o concepto falso o desacertado o al no cumplimiento de lo debido. Se aplica a un objeto o acto en forma adjetiva (erróneo, equivocado, falso, no acertado o no cierto). La connotación de ser voluntario y deliberado se asocia a culpa y engaño y, por consiguiente, al daño derivado de ello se le adjudica un autor por lo que sería equitativo juzgar su grado de responsabilidad en el proceso, teniendo en cuenta que, sin embargo, el vicio de consentimiento causado “por equivocación de buena fe” en Derecho, anula la falta si afecta a lo esencial del mismo o de su objeto². La condición de intencionalidad o conducta, incluida en la característica de actuar “de buena fe” e indispensable para establecer los alcances de esta entidad, queda sustentada en esa acepción que introduce el Derecho y distingue claramente la responsabilidad que cabe al actor de un error, cualquiera sea su consecuencia y, por ello, queda obligado bajo imputación de culpable, a impedir o reparar el perjuicio derivado.

Divergentes concepciones acerca del significado y trascendencia de los errores, muy especialmente en el campo de la medicina y de la salud, han contribuido, por un lado, a postergar el conocimiento de su existencia, de su participación en el curso de las enfermedades y la respuesta concebible frente a diversos enfoques y tratamientos. Por otra parte, similares trabas a una más diáfana configuración de su sentido surgen tras diferentes interpretaciones, que se facilitan por las amplias proyecciones del término o por existir prejuicios vinculantes o estar subconscientemente disfrazadas para evitar críticas ajenas a una equitativa ponderación o para no exponerse a coerción, medidas restrictivas de libertad de los causantes o a una insoportable censura social. Tal puede ser, también, la consecuencia de una actuación profesional mal interpretada, como un atentado a la

² Diccionario Enciclopédico de la Real Academia Española de la Lengua. Madrid. Ed. Espasa-Calpé. 1984.

integridad personal o como un acto que induce daño por omitirse voluntariamente lo apropiado al ejercicio idóneo de una actividad profesional que exige, sin duda, pericia y rigurosidad ejemplar e irrenunciable. De otro modo podríamos cometer un desatino moral agregado a un primario perjuicio somático y/o psíquico.

Por cierto que en estas situaciones, siempre cabe la presunción de que un número no despreciable de tales procedimientos sean producto de dolo (mala fe) o negligencia lo que revistiendo características de delito tienen que satisfacer requerimientos de la justicia y ser susceptibles de condenas proporcionales. Igual que los errores no culposos, estas manifestaciones de carácter penal también han ido en aumento en las últimas décadas, tanto en el extranjero como en nuestro país donde las informaciones más recientes destacan incrementos de más de 120% en las querellas entabladas por presuntas víctimas o afectados, e incluso en el porcentaje de causas resueltas en contra de los profesionales (47). Para las distintas alternativas existen claras causales del incremento numérico. En las querellas judiciales influye la mayor divulgación de la tramitación de estos procesos a través de los medios de comunicación; la aparición de nuevos expertos litigantes que han hecho de este campo una especialidad y, como queda descrito, el aumento de la complejidad de los procesos mórbidos que se consideran tratables así como los mayores riesgos de intervenciones innovadoras. Quizás, también, por la competitividad surgida del clima en que discurre actualmente el ejercicio profesional, en el sentido de mercado, y para contrarrestar lo cual es imprescindible fomentar resueltamente los valores que han sido sustentadamente promovidos como expresión de una actividad ética por servidores de la salud humana.

Como hemos aludido conceptualmente, la condición de la intencionalidad o de la conducta, incluida en la característica de "actuar de buena fe" y, supuestamente indispensable para establecer los alcances de esta entidad, queda sustentada en esa acepción que introduce el Derecho y distingue claramente la responsabilidad que cabe al actor de un error, cualesquiera sea su consecuencia y por ello, conmina a impedir o reparar el juicio derivado.

El discernimiento sobre la naturaleza de la intención subyacente a la acción desacertada o a la omisión culpable de la calidad, auto impuesta por los profesionales a sus servicios en satisfacción de su sentido de responsabilidad, deberá ser resuelta en instancias idóneas, complementarias a la transparencia pública de las conductas de proyección social, entre las cuales los comités de ética profesional debieran jugar un rol de primera importancia. (48)

Referencias

1. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academic Press; 2000.
2. Wilson RM., Runciman WB., Gibberd RW. et al. *The Quality in Australian Health Care Study*. *Med. J. Aust.* 1995; 163: 459-71.
3. Brennan TA., Leape LL., Laird NM. et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I*. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324: 370-6.
4. Weingart SN., Wilson RM., Gibberd RW. et al. *Epidemiology of Medical Error*. *B.M.J* 2000; 320: 774-7.
5. Reason J. *Human Errors, Models and Management*, *B.M.J.* 2000; 320: 768-70.
6. Leape L. *Error in medicine*. *JAMA* 1994; 272: 1851-7.
7. Snyder L., Lawders AG., Brennan TA. et al. *Disclosure of error and the threat of malpractice, en Ethical Choices: Cases Studies for Medical Practices*. American College of Physicians, Philadelphia, 1966.
8. Gawande AA., Thomas EJ., Zinner MJ. et al. *The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992*. *Surgery*. 1999; 126: 66-75.
9. Rosselot E. *Errores en Medicina*. *Rev. Méd. Chile*. 2001; 129: 1455-8.
10. Sutil L.- *Manejo de los errores en medicina*. *Rev. Méd. Chile*. 2001; 129: 1479-82.
11. Proctor ML., Pastore J., Gersite JT. et al. *Incidence of Medical Error and Adverse Outcomes on a Pediatric General Surgery Service*. *J.Pediatric Surg* 2003; 38: 1361-5.
12. Carvallo A. *Consideraciones éticas sobre el error en medicina*. *Rev. Méd. Chile* 2001; 129: 1463-5.
13. Szantho G. *Definiciones respecto al error en medicina*. *Rev. Méd. Chile*. 2001; 129: 1466-9.
14. Acosta V. *De la Responsabilidad Civil Médica*. Ed. Jurídica de Chile. Santiago 1990.
15. Garrido M. *Derecho Penal*. Ed. Jurídica de Chile. Vol. I a IV. 1997.
16. Ceriani JM. *Prevención de errores en la práctica médica, ¿hemos progresado?* *Arch. Arg. Pediatr.* 2007; 106: 99-101.

17. Hébert PC., Levin AV., Robertson A. Disclosure of medical error. *Canad. Med. Ass. J.* 2001; 164: 509-13.
18. Schön DA. *The reflective practitioner. How professionals think in action.* New York. NY: Basic Books; 1983.
19. Satish U. y Streufert S. Value of cognitive simulations in Medicine. *Qual. Saf. Health Care.* 2002; 11: 163-7.
20. Valenzuela C. Error y práctica médica. Responsabilidad del médico. *Cuad. Méd. Soc.* 2009; 49: 178-84.
21. Van Dalen J., Van Hout J.H.C.M., Wolfhagen H.A.P. et al. Factors influencing the effectiveness of communications skills training: Programme contents outweigh teachers' skills. *Medical Teacher.* 1999; 21: 308-10.
22. Besio M. Acerca de los Errores en Medicina. *Rev. Méd. Chile* 2009; 137: 821-6.
23. Sackett DL., Rosemberg WMC, Muir Gray JA. et al. *Medicina Basada en Evidencia: Lo que es y lo que no.* Traducción de la versión www del artículo editorial de B.M. J. 1996; 312: 71-2.
24. Correa-Márquez R., Ortega-Loubon C. e Itzel Thomas. Breve Reflexión sobre Práctica Clínica Basada en Evidencia: Revisiones Sistemáticas y Guías de Práctica Clínica. *CIMEL* 2008; 13: 62-6.
25. Epstein R.M., Hundert E.M. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35.
26. Charlin B. y Van der Vleuten C. Standardized Assessment of Reasoning in Contexts of Uncertainty. *The Script Concordance Approach.* *Eval. Health Prof.* 2004; 27: 304-19. Disponible en: <http://data.memberclicks.com/site/ase/meterissian2.ppt> access 29,05,2010.
27. Satava RM., Jones, SB. Surgical Robotics: The early chronicle, a personal historical perspective. *Surg. Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques.* 12(1):6-16, 2002.
28. Mazor KM., EdD, Simon SR., Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors. *Arch. Int. Med.* 2004; 164: 1690-7.
29. Gaba D.M. What does simulation add to the teamwork training? Disponible en: <http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=20>
30. Tang B, Hanna GB, Carter F. et al. Competence assessment of laparoscopic operative and cognitive skills: Objective Structured Clinical Examination (OSCE) or Observational Clinical Human Reliability Assessment (OCHRA). *World J Surg* 2006; 30: 527-34.
31. Champion HR., Meglan DA., Shair EK. Minimizing surgical error by incorporating objective assessment into surgical education. *J. Am. College Surg.* 2008; 207: 284-91
32. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación Cardiorrespiratoria y la Orden de No Reanimar. *Rev. Méd. Chile.* 2007; 135: 669-79.
33. USA Department of Health and Human Services. AHRQ. Advancing excellence in health care. Simulators. Education and Training. Accesado, 29,05,2010. Disponible en: <http://www.psnt.ahrq.gov/content.aspx?taxonomyID=675>.
34. Lampert R., Hayes DL., Annas GJ. et al. HRS expert consensus statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs) in patients near end of life or requesting withdrawal of therapy. *Heart Rhythm.* 2010 Accesado. 28,05,2010 Disponible en: <http://www.medscape.com>.
35. Beca JP, Rosselot E., Asenjo R. et al. Deactivating cardiac pacemakers and implantable cardioverter defibrillators in terminally ill patients. *Cambridge Quarterly Health Care Ethics.* 2009; 18: 1-5.
36. Thomas KL.T, Studdert D.M., Brennan T.A. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 812-6
37. Landrigan C., Rotschild J., Cronin J. et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 1828-48.
38. Volpp K., Riosen A., Rosebaum P. et al. Mortality among patients in VA Hospitals in the first two years following ACGME resident duty hours reform. *JAMA* 2009; 298: 984-92.
39. Shetty K., Battacharya J. Changes in hospital mortality associated with residency work hours regulations. *Ann. Intern. Med* 2007; 147: 73-80.
40. Delfino A., Lema G.- Programas de especialización y limitación horaria, una necesidad con alcances aún no dimensionados. (Cartas al Editor). *Rev. Méd. Chile* 2010; 138: 135.
41. Paillás E. Responsabilidad Médica. 2a ed. Ed. Jurídica Cono Sur. Santiago de Chile. 1997.
42. Romo O. Responsabilidad Profesional del Médico. Ed. Jurídica de Chile. Santiago. 1992
43. Vickers A.J. To Err is Human, to Forgive is Statistical. Disponible en MEDSCAPE CME. Accesado 22.05.2010.
44. Carvallo A. Médicos y Profesionalismo. *Pacientes e Información.* *Rev. Méd. Chile.* 2005; 133: 253-8.
45. Rosselot E. Profesionalismo. Una actualizada expresión para el ejercicio ético de la medicina. *Bol. Acad. Chilena Med.* 2003; XL: 127-144.
46. Verkerk M.A., De Bree M.J., Mourits M.J.E. Reflexive professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". *J. Med. Ethics* 2007; 33: 663-6.
47. Ejercicio de la Medicina. El Juicio de la Prensa. *Revista Falmed. Col. Méd. Chile* 2009; 4-11.
48. Código de Ética 2008. Colegio Médico de Chile AG.