

PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE MÉDICOS HACIA LOS ERRORES MÉDICOS

Luis Ramírez Fernández

Universidad Andrés Bello. Chile

Facultad de Medicina

Región del Bío Bío - Concepción

<https://orcid.org/0000-0003-2110-4792>

Raúl Fuentes Fuentes

Universidad Andrés Bello. Chile

Facultad de Medicina

Región del Bío Bío - Concepción

<https://orcid.org/0000-0003-4679-489X>

Helmuth Goecke Samariego

Universidad Andrés Bello. Chile

Facultad de Medicina

Región del Bío Bío - Concepción

<https://orcid.org/0000-0002-0008-6460>

All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-Non-Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



Resumen: El estudio tiene como propósito determinar el nivel de comprensión que los médicos asistenciales y docentes universitarios poseen sobre los errores médicos y, además, conocer los factores que podrían influir en ellos, a partir de las percepciones que tienen sobre dichos errores. Participan 28 médicos vinculados a los programas de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción. La recolección de datos se realiza por medio de un cuestionario Likert validado por los investigadores siguiendo los lineamientos definidos por Muller e Orstein (2007), para dimensionar como definen los errores médicos, sus experiencias con errores y sus creencias de cuando los pacientes deben ser informados de un error, y sus actitudes hacia ellos con distinto grado de consecuencias, expresan que un evento puede ser considerado error independiente de sus consecuencias, negligencia, intención o consentimiento. Las percepciones no varían según género o nivel de conocimiento, expresan la posibilidad de experimentar sentimientos de culpa, miedo y enojo a sí mismos, como también susto por acusaciones de mala práctica y a perder prestigio de su práctica profesional; sin embargo no perciben tendencia a sentir enojo con los pacientes. Además señalan que las acciones punitivas del Sistema de Salud Chileno es causa que lleva a cautelar el reconocimiento de los errores. Los Médicos estiman que es necesario informar oportunamente a los pacientes y sus familias sobre el error cometido aportando toda la información disponible.

Palabras clave: Percepciones, actitudes, errores médicos, Universidad, Concepción.

INTRODUCCION

La preocupación por los eventos adversos que ocurren con cierta frecuencia en el ámbito de la Medicina ha motivado la preocupación por los errores médicos y, producto de esta

preocupación se han desarrollado variadas iniciativas para reducirlo. Por ejemplo, en Escuelas de Medicina del Reino Unido se han implementado acciones específicas para cambiar la cultura de las organizaciones de salud, y se han propuesto enseñar los efectos adversos que producen determinados eventos, y cómo atrapar y mitigar los errores (PATEY et al., 2007). Se requiere de capacitación para los profesionales calificados que están adscritos a los servicios de salud y el tema debe estar incorporado a la formación de los profesionales de la salud desde el pregrado. En experiencias desarrolladas en tres universidades del Reino Unido los estudiantes calificaron altamente positivo y aportador el proceso de enseñanza y encontraron que el módulo utilizado en la formación del profesional a nivel del pregrado ha sido muy valioso (PATEY et al., 2007).

A pesar del reconocimiento del error médico como un componente crítico de la educación médica, se han realizado pocos estudios sobre cómo los estudiantes de medicina y los residentes aprenden y responden a los errores médicos. Algunos estudios realizados hace aproximadamente 20 años en Europa y Estados Unidos se han centrado en las respuestas de los preceptores a los errores de los alumnos Martínez e Lo (2008), otros han caracterizado las percepciones de los residentes sobre los tipos y la causa de los errores (MULLER; ORNSTEIN, 2007). Se ha avanzado en estudios asociados a las percepciones y actitudes, y aún se requiere profundizar en ellos, especialmente a nivel de esta parte del cono sur del hemisferio y particularmente en Chile, con la finalidad de que los estudiantes y residentes de Medicina aprendan de los errores médicos y cómo de maximizar el aprendizaje para mejorar la atención del paciente. Estudios realizados informan que entre las causas que están en

la base de los errores se encuentran el exceso de trabajo, estrés o fatiga de los profesionales, mientras que los profesionales de la salud con poca capacitación o experiencia señalan que las causas de error principalmente están relacionadas con el factor humano (FISCHER et al., 2006).

Venus, Glama e Aubert (2012) y Sirriyeh, Lawton, Gardner e Armitage (2010), señalan que los médicos han experimentado culpa, vergüenza, miedo, humillación, pérdida de confianza, preocupación por sus competencias profesionales. Ello conduce al aislamiento social y que efectivamente se han sentido como la segunda víctima de un error.

Un estudio en Estados Unidos, publicado en *British Medical Journal*, reveló que los errores médicos en hospitales y otros centros de atención de la salud se convirtieron en algo habitual y se consolidaron como la tercera causa de muerte en ese país. Macario (2016), director de la investigación y profesor de cirugía en la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, señala que en la categoría de error médico se incluyen desde lo estrictamente relacionado al análisis y la práctica profesional hasta lo más coyuntural, como la falta de comunicación cuando un paciente es ingresado o trasladado de un departamento a otro (MACARIO 2016 apud CHÁVEZ, 2016).

Klein et al. (2017) señala que a pesar que las emociones negativas predominan naturalmente después de un error, respuestas positivas son posibles. Existe un potencial por aprender a afrontar las consecuencias de un error con acciones que motiven a la reflexión y la determinación de mejorar. Estas respuestas positivas son consistentes con un esquema mental de crecimiento, pero que desafortunadamente no se han aplicado en toda su extensión.

Finalmente, cabe el informe del Institute of Medicine (1999) citado por Bascuñan e

Arriagada (2016; p. 1185), conceptualiza el error médico como la “falla en la ejecución de una acción adecuadamente planificada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo”. Además, el texto define evento adverso (EA) como el daño producido a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica. Si bien todo evento adverso no es debido a la condición del paciente, no todos son atribuibles al error; en otras palabras, todo error constituye un evento adverso pero, no todo evento adverso es producto de un error. Por su parte, Makary e Daniel (2016), definen los errores médicos como aquellos producidos por factores como las fallas en la comunicación, los errores de diagnóstico, el juicio pobre y la impericia, que puede resultar directamente en el daño y muerte de un paciente. La OMS por su parte ha desarrollado un Guía Curricular de Seguridad del paciente para Facultades de Medicina que incluye capacitación para la comprensión y aprendizaje de los errores.

De acuerdo a los estudios desarrollados a la fecha, el currículo formal debería comenzar temprano en la escuela de medicina para contrarrestar este efecto; por tanto, se debe profundizar en el conocimiento de las percepciones actitudinales de los estudiantes, residentes y médicos chilenos, con la finalidad de que, a partir de los antecedentes encontrados, se diseñen e implementen acciones que permitan optimizar los procesos de enseñanza en generar una cultura de aprendizaje sobre el error médico (BASCUNÁN; ARRIAGADA, 2016).

A nivel de proyecciones, cabe destacar que los resultados del presente estudio servirán de base para el desarrollo de estrategias que permitan afrontar errores médicos, incorporándolas como contenidos de aprendizaje teórico, práctico, de taller o de simulación en las mallas curriculares de la carrera de medicina y los programas de

especialidades médicas. Además, desarrollar estrategias dirigidas a los profesionales que cometen errores, como acompañamiento psico-laboral en plena conjunción con las jefaturas asistenciales, quienes verán en éstas la generación de una cultura positiva hacia los errores, disminuyendo su número y magnitud y privilegiando la relación médico paciente familia.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de comprensión que los residentes y médicos asistenciales y docentes poseen sobre los errores médicos y conocer los factores que influyen en las percepciones que tienen sobre los errores médicos.

MÉTODOS

El estudio se realiza con 28 médicos docentes y asistenciales de dichos programas de la carrera de Medicina UNAB Concepción, médicos de Hospitales y Centros de Salud Familiar (CESFAM) de comunas de Concepción, Chiguayante y Hualqui. Se utiliza un cuestionario tipo Likert para dimensionar como definen los errores médicos, sus experiencias con errores médicos y sus creencias de cuando los pacientes deben ser informados de un error, y sus actitudes hacia los errores médicos con distinto grado de consecuencias. Los investigadores elaboran el Cuestionario de Percepciones y Actitudes hacia el error médico, siguiendo los lineamientos definidos por Muller e Orbstein (2007) y Martínez e Lo (2008), que incluye dos dimensiones, la referida a la opinión o percepción sobre el concepto de error médico y las formas de comunicarlo a los pacientes; y la segunda, respecto de las actitudes tanto de su participación como médico y/o integrante del equipo interdisciplinario. Este es validado por un comité de expertos teniendo presente aspectos relacionados con la pertinencia,

calidad, cobertura, y comprensión lingüística (CID; ORELLANA e BARRIGA, 2010), donde el instrumento alcanza un coeficiente de validez interna $C = 0,87$, determinado por el método de validación multivariado de Serafine (1980) y un Alpha de Cronbach de 0,936 como expresión del Coeficiente de Consistencia Interna del mismo, a partir del análisis de fiabilidad realizado con el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

El cuestionario se aplica a veintiocho (28) médicos para medir la conceptualización que los participantes hacen respecto de los errores médicos y, además, se relacionan estos con la experiencia personal y profesional que ellos tienen con dichos errores; recogiendo opiniones respecto de lo que piensan del momento en que los pacientes deben ser informados y sus actitudes hacia los errores médicos. Se realiza un estudio piloto con los residentes y médicos docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello en el Hospital Higuera, de Tomé y de los CESFAM de las comunas de Concepción, Chiguayante y Hualqui. Los cuestionarios elaborados consideran también dimensiones asociadas a la experiencia con errores con distintos grados de resultados adversos, y sobre las decisiones que adoptan los profesionales para informar a los pacientes respecto de algún error y cuando estiman ellos que se justifica el no hacerlo. Las actitudes hacia los errores médicos se medirán con un cuestionario Likert (GARCÍA et al., 2016). Se les pregunta si sus actitudes relacionadas con errores médicos que habían ocurrido cuando comenzaron a trabajar como médicos en equipo interdisciplinario y cuando el error médico tiene resultados que no ocasionan consecuencias, los que ocasionan consecuencias adversas, pero reversibles y aquellos que causan consecuencias adversas irreversibles. Entre las estrategias de análisis

e interpretación de datos, se utilizan distintas técnicas y métodos estadísticos para determinar la existencia de diferencias de actitudes, en la definición de errores médicos, respecto de la experiencia de haber sido víctima de un error médico, y el nivel de consecuencia del error cometido. Desde esta perspectiva, la estadística descriptiva resume la información contenida en los datos incorporados a las planillas (CUADRAS, 2014), y la estadística inferencial prueba la existencia de asociaciones y permite hacer comparaciones entre características observadas, sean éstas por sexo, edad, experiencia profesional u otras variables asociadas (SEOANE et al., 2007).

RESULTADOS

CAUSAS O FACTORES QUE EXPLICAN LOS ERRORES MÉDICOS

Respecto de las causas o factores que explican el error médico, los facultativos consultados en este estudio señalan, en un 53,6%, estar totalmente de acuerdo y un 17,9% de ellos señalan que están de acuerdo que un error médico ocurre aún si se ha obtenido el consentimiento informado, es decir, el 71,4% de ellos manifiesta de alguna manera estar de acuerdo que el error ocurre independientemente de contar o no con el consentimiento informado (8). También el 64,3% de los médicos opina estar de acuerdo que los errores ocurren aún si no hay consecuencias negativas (6; 50% totalmente de acuerdo y 14,3% de acuerdo). Por otra parte, el 44,4% de los médicos consultados señalan que un error médico ocurre cuando alguno de ellos es descuidado (2) y sobre el 10% de ellos señala estar totalmente de acuerdo con esta afirmación. De igual modo, el 21,4% de los médicos señalan que el error ocurre cuando el médico es negligente y sólo el 14,3% considera que el error lo comete el médico cuando tiene intenciones negativas (3).

Finalmente, destacar que los médicos consultados en porcentajes inferiores al 12% señalan que el error ocurre cuando el médico no es bien intencionado (4; 11,1%), ocurre sólo si hay una consecuencia adversa (5; 10,7%) y ocurre sólo si no se obtuvo el consentimiento informado (7; 7,1%).

Al consultar al médico participante en el estudio si él o algún profesional cercano a tenido una experiencia de error médico, la totalidad de los consultados señala no haberlo experimentado. Sin embargo, el 33,3% de ellos señala haber cometido algún error en su práctica médica sin ninguna consecuencia adversa, para el 55,6% los errores cometidos en la práctica médica han sido reversibles y para el 11,15 restante las consecuencias de los errores en la práctica médica han sido adversos e irreversibles.

ACTITUDES DEL MÉDICO FRENTE AL ERROR MÉDICO

Al analizar las distintas actitudes que tienen los médicos frente al error que podrían cometer frente a un paciente, todos los consultados están de acuerdo que la persona que debe comunicarlo a la familia es el médico tratante (10), el 96,4% de ellos señala que la información a tiempo sobre un error médico permite implementar medidas, para evitar que se repita (12), el 92,9% de ellos señala que se debe informar al paciente lo más detalladamente posible (4). Los pacientes deben saber de los errores médicos, que afectan su salud (9) y resaltan la buena comunicación frente a un error, más que la negligencia (15).

Sobre el 80% de los médicos consultados opinan estar de acuerdo con que comunicar el error a los pacientes o a familiares es una actitud ética (8; 89,3%), el 88,9% de los especialistas consultados indican que de ocurrir una demanda por error médico, prospera más rápidamente cuando éste tiene

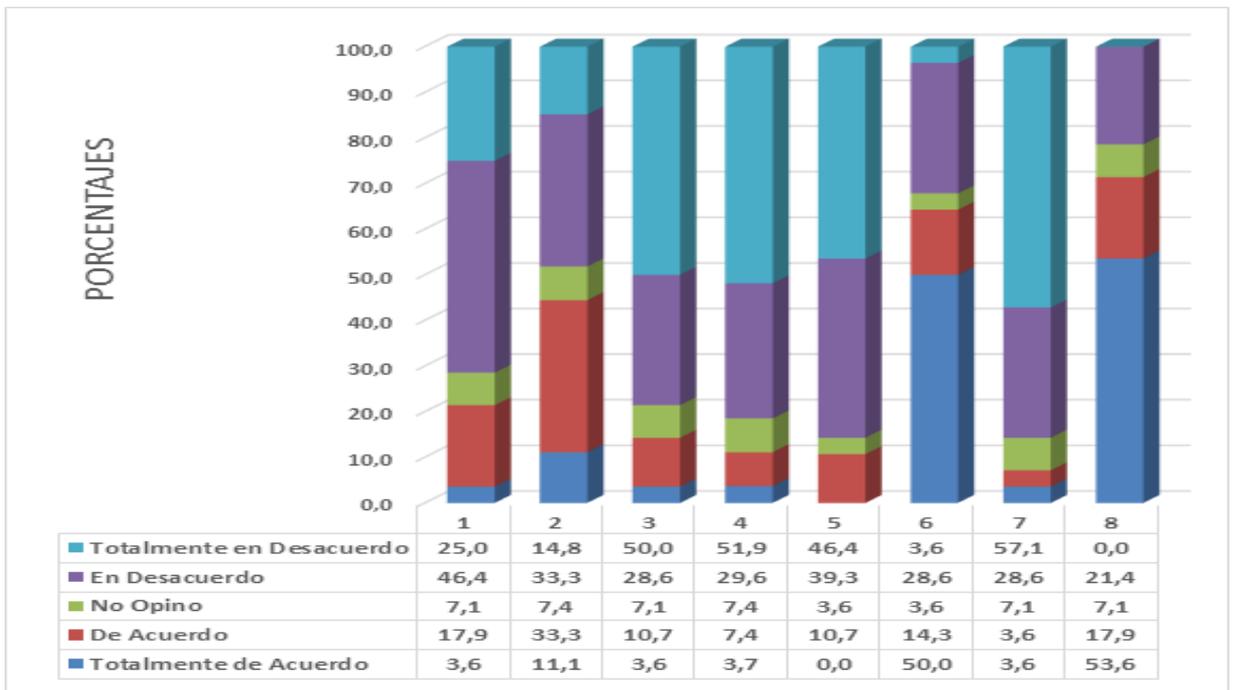


Gráfico N° 4.1. Distribución de respuestas relativas a las causas o factores que explican la ocurrencia de un error médico.

Fuente: Elaboración propia.

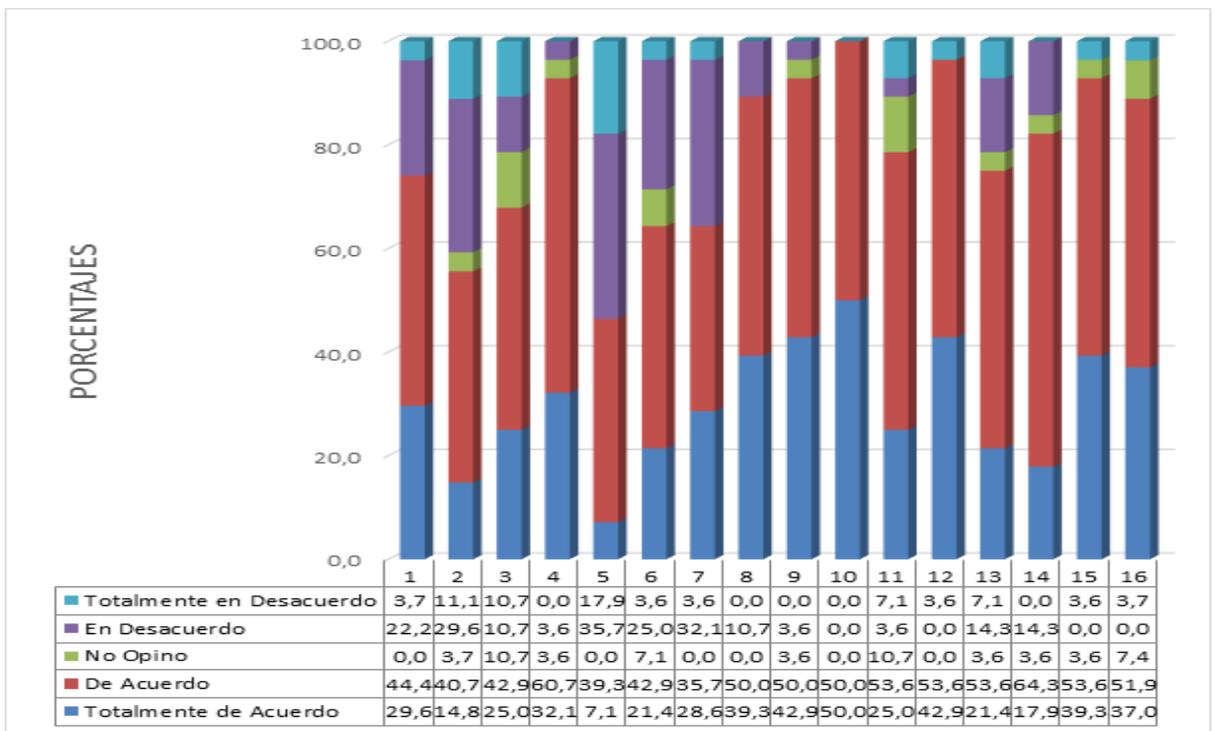


Gráfico N° 4.2. Distribución de porcentajes relativos a las actitudes del médico frente al error médico.

Fuente: Elaboración propia.

una consecuencia adversa inesperada, y no se asocia al ocultamiento de información (16) y el 82,1% de los participantes señalan que los pacientes resaltan una buena comunicación frente a un error, más que la negligencia (14; 82,1%). El 78,6% de los médicos consultados señalan que cuando se informa el error al paciente o familiar, debe estar acompañado por otro miembro del equipo de salud (11), y que los pacientes que no son informados a tiempo están más propensos a un mayor estrés y peor recuperación (13; 75%) y que los médicos deben informar los pacientes o a sus familias inmediatamente ocurrido el error (1; 74,1%).

Entre el 50% y el 70% de los acuerdos, los Médicos señalan que sólo se deben informar los errores que provocan daño (2; 55,6%), que se debe pedir disculpas inmediatamente una vez cometido el error (3; 67,9%), y que el 64,3% de los médicos consultados señala que el Sistema de Salud en Chile es punitivo ante errores médicos (6). Por lo que existe una tendencia a ocultar los errores médicos (7). Por último, destacar que sólo el 46,5% de los médicos señalan estar capacitados para comunicar errores médicos (5).

ACTITUDES FRENTE AL ERROR PERSONAL Y DEL EQUIPO MÉDICO.

Sin ninguna consecuencia adversa

Gráfico N° 4.3.

El gráfico anterior destaca la actitud de médico enojado consigo mismo cuando comete algún error sin consecuencia adversa para el paciente (2; 81,5%), que siente culpable (1; 57,7%), preocupado por el daño a la reputación (6; 50%) y, el 46,2% de los médicos se sienten asustados de acusaciones de mala práctica (4). Cuando se comete un error médico sin consecuencia adversa, el 38,5% de los médicos señalan tener temor de ser suspendidos del ejercicio de la profesión, otro 29,6% de ellos señalan preocuparse por la

posibilidad de perder confianza de sus propias capacidades y, por último, el 14,8% de los especialistas participantes se sienten enojados con el paciente (3).

Por otra parte, el estudio de las actitudes de los médicos frente los errores que se cometen actuando como parte del equipo, los consultados señalan que sus actitudes son principalmente de culpabilidad (50%), enojados consigo mismo (40%) y asustado de posibles acusaciones de malas prácticas (38,5%). Las respuestas de los médicos no presentan muchas diferencias al señalar que frente a los errores del equipo están preocupados de perder confianza en sus capacidades (30,8%), de dañar su reputación (34,6%) y con miedo de ser suspendido del ejercicio de la profesión (34,6%). Por último, las actitudes que concentran los menores acuerdos es la de enojarse con los pacientes (15,4%).

Con consecuencia adversas reversibles

Gráfico N° 4.4.

El 76% de los médicos frente al error médico con consecuencias adversas reversibles, señalan que su actitud es de enojo consigo mismo con un sentimiento de culpabilidad (68,4%). Se siente asustado de posibles acusaciones de malas prácticas (60%) y preocupado por su reputación.

Las actitudes de los médicos frente al error con consecuencias reversibles, con bajos porcentajes de acuerdo señalan sentirse enojados con los pacientes (16%), preocupados de perder la confianza en sus propias capacidades (28%), y con temor a ser suspendidos del ejercicio de la profesión (36%).

Análogamente se puede señalar que las actitudes de los profesionales de la Medicina que tienen responsabilidad en los errores que se cometen en el equipo médico, el 50% de ellos se ubican en el plano de los sentimientos de culpabilidad (1) y con susto de ser acusado

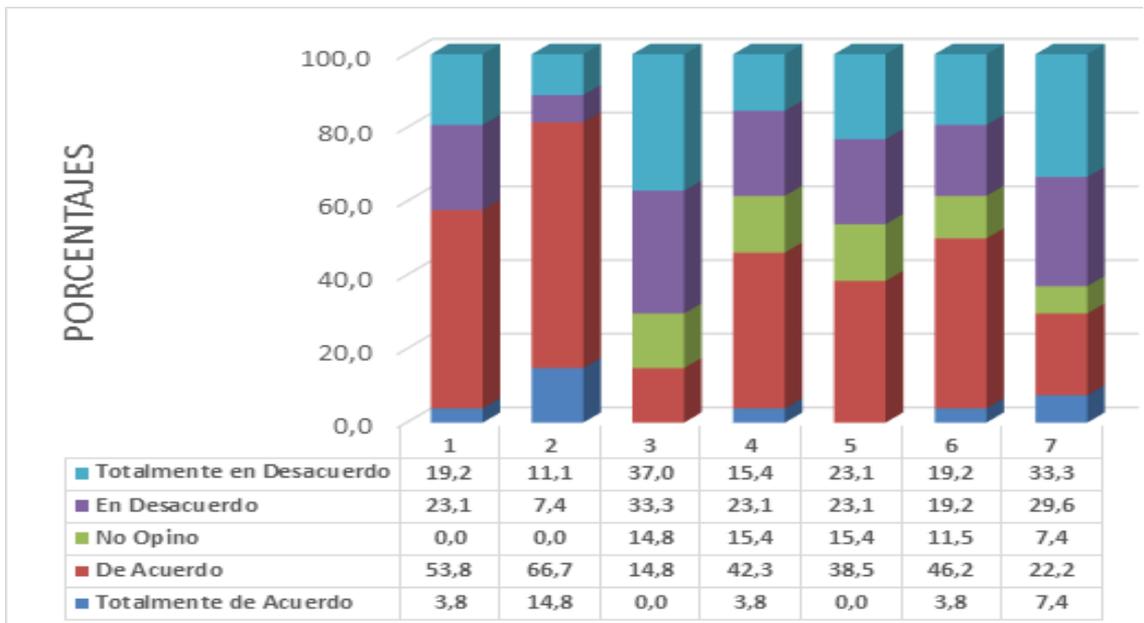


Gráfico N° 4.3. Distribución de porcentajes relativos a las actitudes del médico frente al error médico sin consecuencia adversa.

Fuente: Elaboración propia.

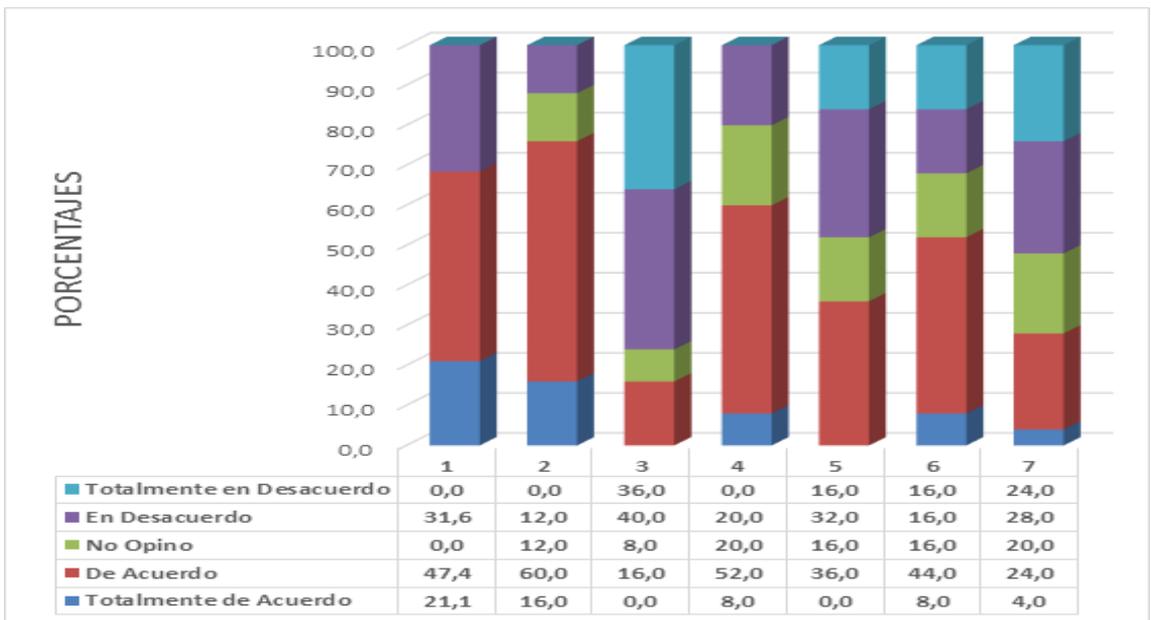


Gráfico N° 4.4. Distribución de porcentajes relativos a las actitudes del médico frente al error médico con consecuencia adversa reversibles.

Fuente: Elaboración propia.

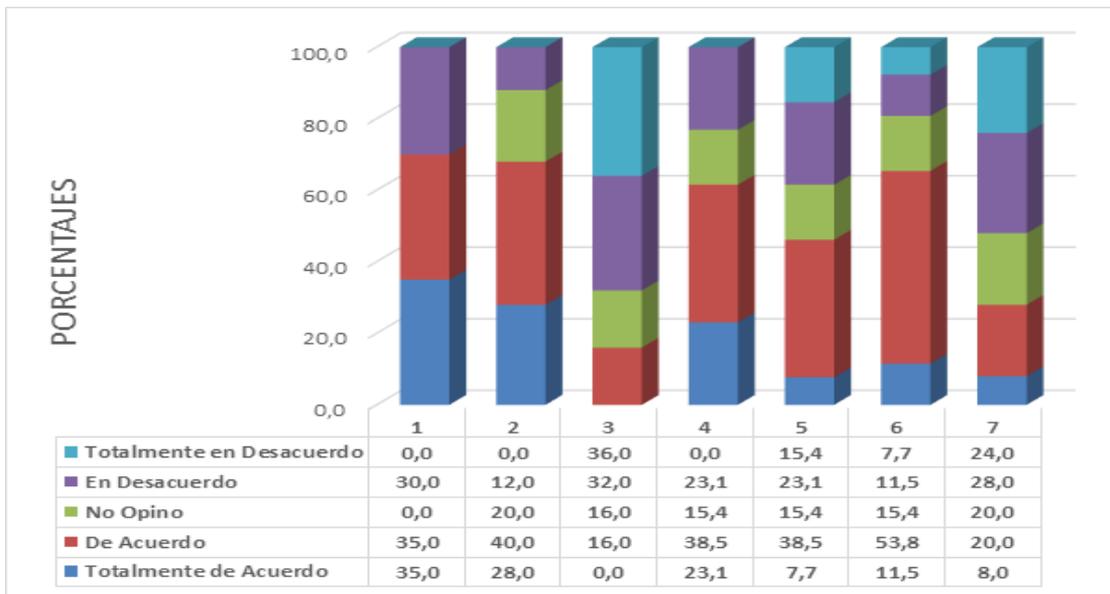


Gráfico N° 4.5. Distribución de porcentajes relativas a las actitudes del médico frente al error médico con consecuencia adversa irreversible.

Fuente: Elaboración propia.

por malas prácticas (4). La actitud de enojo consigo mismo y la preocupación por el daño a la reputación está presente en el 42,3% de los médicos consultados. Por último, señalar que el 96% de los médicos participantes en el estudio no tienen ningún sentimiento de enojo con sus pacientes.

Con consecuencia adversas irreversibles.

Gráfico N° 4.5.

El gráfico anterior muestra claramente que la actitud de los médicos frente a un error con consecuencias adversas irreversibles es mayoritariamente de culpabilidad (70%), le sigue el enojo consigo mismo con un 68% de acuerdos, luego la preocupación por su reputación (65,4%) y las posibles acusaciones de malas prácticas (61,5%). La actitud de enojo con el paciente sólo está presente en el 16% de los médicos consultados, la preocupación por perder la confianza en las capacidades la señalan el 28% y el 46,2% expresan que sienten miedo de ser suspendidos del ejercicio de la profesión.

Por último, las actitudes del médico frente al error del equipo médico con consecuencias adversas irreversibles, son en primer lugar las actitudes propias de los sentimientos de culpabilidad (61,5%), luego la preocupación por el daño que ello le causa a su reputación (57,7%), el susto por las acusaciones por la mala práctica (54,2%). Las actitudes que aglutinan los bajos niveles de acuerdo están asociados a las actitudes que generan miedo de suspensión del ejercicio de la profesión (5) y la preocupación de perder la confianza en mis capacidades (7), ambos con un 26,9%. Por último, la actitud de enojo con los pacientes alcanza al 7,7%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

DISCUSIÓN

Durante la formación de médicos existe una presión por aprender, por el desempeño y adaptarse a la cultura médica clínica. Entre las cosas que deben enfrentar es el hecho de que los errores médicos ocurren en todos

los escenarios médicos con una frecuencia que incomoda. Al igual que en casi toda la educación médica ellos aprenden observando su rol modelo de cometer errores y afrontarlos a nivel personal y controlarlos a nivel profesional.

El presente estudio apunta a clarificar lo que los profesionales médicos piensan del error. A pesar del hecho de que el error ha sido definido de distintas maneras en la literatura, hay variables relacionadas con el modo particular como cada médico puede definir un error (NOVACK et al., 1989). De hecho, de acuerdo a la primera línea de mecanismos de defensa de Mizrah (1984), se encuentra la redefinición, lo que ella cree es muy común en circunstancias en las que no ha habido un mal desenlace (GALLAGHER; WATERMAN e EBERS, 2003). En nuestro estudio los consultados definen el error como un acto negativo, como un error independiente de las actitudes, tal como lo señalan otros autores (WUSTHOFF, 2001). Los hallazgos del estudio coinciden con lo propuesto por Mena (2008), en relación a que revelar un error es similar a dar malas noticias y debe incluir una sincera descripción de la naturaleza del error, sus consecuencias, y las acciones correctivas emprendidas. Debe darse amplia posibilidad para preguntas. El médico debe entender que el paciente va a enojarse y no ponerse a la defensiva (MENA, 2008). Respecto de la comunicación de los errores al paciente y a su familia, el estudio coincide con lo que señalan Barros y Fu (2019), al hacer referencia a la importancia de la comunicación inmediata al paciente o sus familiares mencionado la Ley de Deberes y Derechos del paciente y lo que explicita el Código de Ética del Colegio Médico, por su parte, en su artículo 12. Del mismo modo, el estudio concuerda en términos generales con Wu et al. (1991), quienes reportaron que ante un error médico, los encuestados sintieron en

gran proporción temor, enojo, incomodidad, miedo a repercusiones negativas ante las respuestas punitivas del Sistema de Salud. Los hallazgos también concuerdan al señalar que los pacientes no fueron considerados objetos de enojo por parte de los encuestados (WU; FOLKMAN e MCPHEE, 1991).

En relación a hacer público los errores médicos autores como Arvinder-Singh y Abdul Rashid (2017), encontraron que los consultados temían comunicar los errores a los pacientes por las posibles represalias legales, resultados que coinciden con este estudio. De la misma forma, los resultados de este estudio son coincidentes con lo que señala la bibliografía en relación al haber vivido experiencias de haber sido víctimas de errores médicos, de género o de haber sido el líder de un proceso, y que en el caso de ocurrencia en tales circunstancias, ello no registra tener una mayor influencia de respuesta al error.

Las imitaciones del estudio incluyen el tamaño de la muestra y la exclusión de los médicos en formación de especialidades (residentes). Los resultados no se pueden generalizar a todos los médicos, pero se pudo demostrar que los médicos consultados, si creen que el tema de cómo se percibe los errores médicos es de importancia para el ejercicio de la profesión.

Por último, se finaliza esta discusión aportando una reflexión basada en los distintos estudios consultados, en lo que ellos recomiendan que para disminuir los errores médicos se debe promover el uso y disponibilidad de los análisis de medicina basada en evidencias, las guías clínicas, la epidemiología; mantener una buena competencia profesional a través de programas de formación continua, el trabajo en equipo, un buen manejo de la ficha clínica, la estabilidad del equipo de salud y una óptima supervisión del personal en formación.

CONCLUSIONES

Los errores médicos no intencionales serán siempre parte del sistema médico, sin embargo, se debe intentar generar ambientes constructivos para proporcionar una mayor resiliencia al sistema de salud y mejorar la atención de los pacientes. De acuerdo las percepciones de los encuestados la mayoría de los errores médicos no ocurren como resultado de la práctica de uno o algún grupo de médicos, sino su origen estaría en los sistemas o procesos defectuosos que llevan a los médicos a cometer errores. Estos errores deben ser revisados de una manera lo más minuciosa y oportuna posible para informarlos al sistema, poniendo atención en la mejora, más allá que el castigo, para que este no vuelva a ocurrir.

Se desprende de este estudio que revelar un error es similar a dar malas noticias. Debe incluir una sincera descripción de

la naturaleza del error, sus consecuencias, y las acciones correctivas emprendidas. La expresión de remordimiento y una disculpa son importantes. Debe darse amplia posibilidad para preguntas. La responsabilidad profesional tendrá magnitudes variables, conforme a la gravedad de los daños ocasionados, desde los casos en que no hubiera existido tal daño, hasta aquellos en que el daño hubiera sido temporal, se hubiera presentado daño permanente o hubiera ocurrido la muerte. La responsabilidad del médico, puede ser de orden administrativo, civil o penal, según cada caso en particular. Si bien es cierto los errores son atribuibles a los profesionales del sistema de salud, mejorar la comunicación entre el paciente y su familia se percibe como una estrategia sólida para lidiar con situaciones donde interviene el error médico.

REFERENCIAS

1. ARVINDER-SINGH, H.; ABDUL, R. The intention to disclose medical errors among doctors in a referral hospital in North Malaysia. *BMC Med Ethics*. Malaysia, v. 18, n.3, p. 1-10, 23 Jan. 2017.
2. BARROS, M.; FU, M. ¿De **qué hablamos cuando hablamos de error médico?**. 2019. Disponible en: <http://revista.colgiomédico.cl/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-error-medico/>.
3. BASCUÑAN, M. L.; ARRIAGADA, A. M. Communication of medical errors to patients: questions and tools. *Rev Med Chile*, Santiago de Chile, v. 144, p. 1185 - 1190. 2016. Sep. 2016.
4. CHÁVEZ, V. **Errores médicos, la amenaza invisible de los hospitales**. 07 Jul. 2016. Disponible en <https://www.infobae.com/salud/2016/07/07/errores-medicos-la-amenaza-invisible-de-los-hospitales/>
5. CUADRAS, C. **Nuevos métodos de Análisis Multivariable**. Barcelona: CMC Editions, 2014.
6. FISCHER, M., MAZOR, K., BARIL, J., ALPER, E., DEMARCO, D.; PUGNAIRE, M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med*, Massachusetts, v. 21, n.5, p. 419 – 423, May 2006.
7. GALLAGHER, T., WATERMAN, A.; EBERS, A. Patients' and physicians' attitudes regarding disclosure of medical errors. *JAMA*, Washington, v. 289, n. 8, p. 1001–1007, 26 Feb. 2003
8. GARCÍA ELORRIO, E., MACCHIAVELLO, D., RODRÍGUEZ, V., CATALANO, Y., CORNA, G., DAHINTEN, J.; ONTIVERO, M. Reporte de conocimientos, creencias y actitudes en calidad de atención y seguridad del paciente en alumnos de pregrado: validando el cuestionario APSQ-III modificado. *Medwave*, Buenos Aires, v.16, n.11, p. e6809 – e6809, 2006

9. KLEIN, J., DELANY, C., FISCHER, M., SMALLWOOD, D.; TRUMBLE, S. A Growth Mindset Approach to Preparing Trainees for Medical Errors. **BMJ Quality and Safety**, Melbourne, v.26, n.9, p.771 - 774. Sep. 2017.
10. MAKARY, A.; DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. **BMJ**, Baltimore, v. 353 n. i2139, 3 May 2016
11. MARTÍNEZ, W.; LO, B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essay. **Medical Education**. San Francisco- California, v.42, n.7, p. 733 -741, 10 Jun 2008
12. MENA, P. Error médico y eventos adversos. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago de Chile, v.19, n. 3, p. 319 – 326. Jun. 2008.
13. MIZRAHI, T. Managing medical mistakes: ideology, insularity, and accountability among internists in training. **Soc Sci Med.**, New York, v.19, n. 2, p. 135 - 146. 1984
14. MULLER, D.; ORNSTEIN, K. Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainee. **Med Educ.**, New York, v. 41, n. 7, p. 645 - 652. Jul. 2007.
15. NOVACK, D., D. B.; ARNOLD, R. Physicians' attitudes towards using deception to resolve difficult ethical problems. **JAMA**, Pennsylvania, v. 261, n. 20, p: 2980 – 2085. May 26, 1989.
16. PATEY, R., FLIN, R., CUTHBERTSON, B., MACDONALD, L., MEARNES, K., CLELAND, J.; WILLIAMS, D. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. **Qual Saf Health Care**, Reino Unido, v. 16, n. 4, p: 256 - 259. Aug. 2007.
17. SEOANE, T., MARTÍN, J., MARTÍN-SÁNCHEZ, E., LURUEÑA - SEGOVIA, S.; ALFONSO - MORENO, F. J. Capítulo 7: Estadística: Estadística Descriptiva y Estadística Inferencial. **SEMERGEN: Medicina de Familia**, v. 33, n. 7, p. 466 – 471, 2007.
18. SERAFINE, D. **Test multivariado para la validación de instrumentos**. Santiago: Organización de los Estados Americanos, 1980.
19. SIRRIYEH, R., LAWTON, R., GARDNER, P.; ARMITAGE, G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. **Qual Saf Health Care**, Leeds, v.19 n.6, p. e43. 2010.
20. VENUS, E., GLAMA, E.; AUBERT, J. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of survey and individual interview. **BMJ Qual Saf**, Paris, v.21, n.4, p. 279 – 286, 2012.
21. WU, A., FOLKMAN, S.; MCPHEE, S. Do house officers learn from their mistakes? **JAMA**, Minneapolis, v. 265, n. 16, p. 2089–2094, Apr. 24 1991.
22. WUSTHOFF, C. Medical mistakes and disclosure: the role of the medical student. **JAMA**, San Francisco, v. 286, n. 9, p. 1080–1081, 5 Sept. 2001