



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE PARA EVALUAR
LA PERCEPCIÓN SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN
PASANTES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
UNAM. 2015.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARIO ALBERTO ROJAS ALVARADO

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por sobre todo, por brindarme la dicha de vivir y alcanzar cada una de mis metas a través de los años, por darme la oportunidad de contar con salud sabiduría y conocimiento para así cumplir este maravilloso logro de la culminación de mi carrera profesional.

A mis padres, quienes con esfuerzos arduos y sacrificio me lo han brindado todo para poder triunfar siempre y lograr mis objetivos en la vida, a pesar de las inclemencias propias de la vida, gracias por estar siempre a mi lado.

A mi tío Amado Rojas y mi prima Carmen Gutiérrez por ser siempre ese ejemplo y guía tanto personal como profesional, gracias por su apoyo y en especial por ser mi grande inspiración por querer destacar siempre en la vida.

A mi tutora la Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo por sus grandes enseñanzas y asesorías que me impulsaron a mejorar mi trabajar y que me dejan una gran lección de vida por buscar siempre superarme.

A todos mis profesores de la Clínica Periférica de Aragón por enseñarme, guiarme y ayudarme a pulir mis conocimientos para así dar paso a la formación final de nuestra profesión, mi eterno agradecimiento.

A mi pareja Mariela Jerez por estar ahí en los mejores momentos y aún más en los difíciles ayudándome siempre a superarlos, gracias por ser siempre mi apoyo incondicional.

A mi gloriosa y amada Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios y mi querida Facultad de Odontología que me han brindado todo para lograr mi sueño de ser profesional de ésta tan grande, digna y noble carrera, Gracias.

“Por mi raza, hablará el espíritu”

José Vasconcelos



INDICE

	<i>Página</i>
1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1 Eventos Adversos	6
2.2 Seguridad del paciente y calidad de atención	25
2.3 Bioética y Responsabilidad Médica Profesional	32
2.4 Modelo Precede en Educación Para la Salud	36
3. PLANTEAMIENTO PROBLEMA	46
4. JUSTIFICACIÓN	47
5. OBJETIVOS	48
5.1 Objetivo General	48
5.2 Objetivos Específicos	48
6. METODOLOGÍA	49
6.1 Material y método	49
6.2 Tipo de estudio	51
6.3 Población de estudio	51
6.4 Tamaño de muestra	51
6.5 Criterios de selección (inclusión y exclusión)	52
6.6 Variables de estudio	52
6.7 Consideraciones éticas	53
7. RESULTADOS	54
8. CONCLUSIONES	65
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
10. ANEXOS	72



1. INTRODUCCIÓN.

Cuando se habla de evaluar actitudes o conocimientos en el área de la Salud Pública, concretamente, cuando se pretende incidir en promoción de la Salud el modelo PRECEDE permite jerarquizar prioridades ya que sondea necesidad sentida y ocasionalmente, no sentida.

Los comportamientos relacionados con la promoción de la salud casi siempre son voluntarios y es donde es fácil incidir para proponer cambios hacia una vida saludable modificando variables que actúan en sentido negativo para llegar a estilos de vida saludables.

Entender que la dimensión de la salud incluye como las sociedades o grupos la dimensionan socialmente y no solo biológicamente como "ausencia de enfermedad" ya que la salud es más que el bienestar físico o la ausencia de enfermedad, dolencia o lesión. Es una suma de factores que pueden ser enriquecidos o modificados.

La evaluación de cualquier variable se hace necesaria para emitir un diagnóstico que será el punto de partida para la toma de decisiones que culmine en una estrategia de promoción de la salud más coherente con las necesidades sentidas expresadas por los individuos.

Hay que tener en cuenta que los modelos de evaluación no significan mucho a menos que realmente se utilicen en la población expuesta a riesgo. Una vez que se haya decidido utilizar PRECEDE, se sabe que este ofrece un buen modelo para la intervención particular para transformarlo en acción.

Los adolescentes y adultos jóvenes son, de hecho, un grupo vulnerable o de riesgo para diferentes enfermedades y la detección a tiempo de los factores de riesgo a los que se exponen, o podrían exponerse, debido al desconocimiento de los mismo potencializa, por un lado la probabilidad de



enfermar y por el otro, la perpetuación y transmisión de saberes no adecuados.

Acerca de los eventos adversos, éstos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países, por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo que se presentan no solo en el ámbito médico sino también en la Odontología en todas sus formas de práctica.



2. ANTECEDENTES

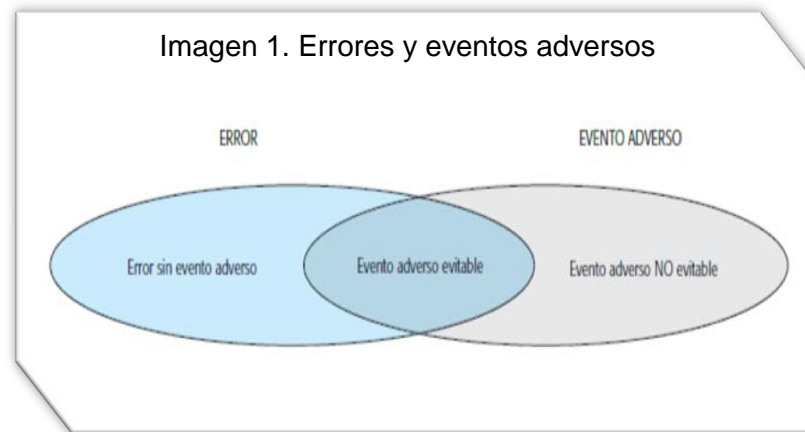
2.1 Eventos Adversos

Tener el conocimiento adecuado sobre los eventos adversos para el profesional de la salud es una obligación y compromiso al que se le ha vinculado desde tiempos muy antiguos, prueba de ello se asienta en el Código Hammurabi creado en Babilonia por el rey Hammurabi hacia el año 1760 a.C. donde se encuentra la ya conocida ley del Talión de donde proviene el refrán “ojo por ojo y diente por diente” y que se considera como el primer registro conocido donde se ejemplifica de manera clara la importancia de la responsabilidad del personal que atiende la salud de los pacientes por conocer profundamente sobre su práctica y la necesidad de conocer las consecuencias que pudieran presentarse como lo son los eventos adversos, ya que ésta ley obligaba al tratante de la salud a responder por sus actos de manera proporcional al daño causado en la misma.¹

En la actualidad, hablar de responsabilidad profesional es hablar de un concepto que tiene dimensiones sociales, económicas y más aún, éticas y en este sentido, hay que tener en cuenta que la seguridad del paciente es un indicador directo de la calidad de la atención ya que al priorizarla se controlan riesgos potenciales ya que durante el proceso asistencial se pueden presentar daños a la salud, incluso la muerte de un paciente.

La información sanitaria generada por diferentes estudios pone en evidencia¹ que al menos que de entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados aproximadamente un 50% fueron considerados como evitables, en la Unión Europea, Canadá, Australia y Bélgica evaluaron los costos que representaron los eventos adversos hospitalarios, los cuales tienen una incidencia que en la literatura oscila entre un 2,9% y un 16,9% de las asistencias sanitarias y suponen un incremento en el costo.²

Los eventos adversos se han distinguido como el daño producido por el error, que no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución. Sin embargo, hablar sobre eventos adversos y error no significa hablar de lo mismo, puede llegar a resultar muy parecido, ya que, el evento adverso está intrínsecamente ligado al concepto de error o falla, particularmente al evento adverso evitable. No obstante, siguen siendo dos conceptos diferentes pues existen errores sin eventos adversos y eventos adversos sin errores.³



Fuente³: Art "Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos".

En la literatura se encuentran definiciones sobre lo que es un evento adverso y las distinciones que hacen de éste con el error médico, sin embargo, a pesar de la numerosa bibliografía, los errores médicos asociados a la atención sanitaria no poseen aún un marco teórico adecuado de causalidad que permita su análisis y el diseño de intervenciones efectivas, evidenciado por la falta de consenso en un léxico común.

Sobre ello, en octubre de 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en la que se identificó al proyecto de elaboración de una clasificación internacional para la seguridad del paciente (CISP) como una de las principales iniciativas del programa de actividades de la Alianza para 2005 (Taxonomía de la seguridad del paciente).



De éste modo, la CISP en un intento de organización conceptual, trata de dar uniformidad a la clasificación sobre conceptos orientado a una comprensión internacional común de los términos en el ámbito de la seguridad del paciente. Sin embargo, es importante señalar que la CISP aún no es una clasificación completa, ya que trata un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo sobre la seguridad del paciente junto con conceptos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias, por lo que en relación a los términos hablados no son estrictamente una clasificación universal.⁴

Así pues, hablar sobre eventos adversos, error médico o iatrogenias puede resultar similar, pero no igual, es por ello que para el estudio sobre eventos adversos es importante puntualizar sus diferencias, así como otros conceptos en relación:

- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.^{4,5}
- **Accidente:** Suceso imprevisto e inesperado que produce daño al paciente.⁶
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.⁴
- **Error:** Equivocación por acción u omisión en la práctica médica, ya sea en la planificación (error of planeación) o en la ejecución (error de ejecución). Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes. El error puede provocar o no la aparición de un evento adverso.^{3,5,7}
- **Iatrogenia:** Del griego iatros=médico, geno=ico; qué significa lo producido por el médico y los medicamentos; se dice de toda



alteración del estado del paciente producida por el médico. Se entiende entonces no únicamente sobre los efectos positivos o benéficos originados por el médico en el paciente sino también los efectos negativos o nocivos.⁸

- **Error Médico:** Aguirre y Estupiñán lo definen como “Conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) y la iniciativa por una clasificación internacional para la seguridad de los pacientes (International Classification for Patient Safety, ICPS) definen error médico como el fracaso de una acción no intencionada, por acción u omisión, para ser completada como estaba planeada (error de ejecución) o el empleo de un plan equivocado para conseguir un objetivo (error de intención).^{8,9}

- **Incidente o Casi Evento Adverso:** Un primer concepto relevante asociado al error es el de *casi evento adverso*, que en la literatura anglosajona se asimila a expresiones como *near miss* o *close call*. Se trata de situaciones en las cuales la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión; pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta un daño en el paciente.^{3,4}
- **Evento Centinela:** Según la *Joint Commission on Accreditation of Health Organization*, es un evento inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad que produce consigo resultados negativos para el paciente como muerte, daño físico o psicológico severo de carácter permanente o el riesgo potencial de que ocurra. Se denomina *evento centinela* a un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas (OMS, 2009).^{4,10}
- **Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles. (ICPS). Resultado no esperado de la atención en salud que provoca la prolongación del



tratamiento, algún tipo de morbilidad, mortalidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido. Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.^{3,4,5}

La OMS califica como evento adverso a un daño inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias nocivas para él mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad y de acuerdo a nivel de gravedad clasifica a los Eventos Adversos en:

- a) **Evento Adverso Grave o Centinela:** Ocasiona fallecimiento o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.
 - b) **Evento Adverso Moderado:** Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.
 - c) **Evento Adverso Leve:** Lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.
- **Evento Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - **Evento Adverso No Prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
 - **Seguridad del paciente:** De acuerdo a la ICPS, Seguridad del paciente significa la disminución (o eliminación en la medida de lo posible) de los daños a pacientes derivados de los tratamientos efectuados, o de accidentes asociados con los mismos. Es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.^{4,5}



Los términos error médico, evento adverso y seguridad del paciente se complementan uno con otro. En algunos casos, los eventos adversos resultan en ausencia de errores, pero en cualquier caso, la seguridad del paciente es afectada.

Entre otras definiciones sobre eventos Adversos, cabe destacar la que hace el Estudio Nacional de Eventos Adversos de la Atención Sanitaria, (ENEAS), donde menciona que se define como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria y/o muerte, y que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Según Brennan y Leape, entendemos por Eventos Adversos a los acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, todos los acontecimientos relacionados con el proceso asistencial.⁹

En resumen, podemos concordar con el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) sobre definir un Evento Adverso, donde dice que “Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”, aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”.

Es imprescindible entender que en los procesos de atención, hay usualmente una conjunción de circunstancias que confluyen para que ocurran los errores. No obstante, para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, que originan faltas graves, se



requiere de una serie de acciones que velen por la formación de los profesionales de salud, en aras de aumentar la seguridad de los pacientes.¹¹

Ya desde el conocido aforismo hipocrático “*Primum non Nocere*” o “Primero no hacer daño” se hacía evidencia de la preocupación por los daños propios de la atención en salud desde el nacimiento mismo de la medicina. Anteriormente no se contaba con las técnicas diagnósticas, ni tratamientos sofisticados como los de hoy, y el producir efectos perjudiciales en la atención era mayor.⁷

Desde la publicación de informes en y sobre la magnitud de las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento de la gravedad del problema, lo que ha motivado la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción de las diversas organizaciones de salud, y se ha fomentado de manera importante la investigación en la prevención de eventos adversos.^{12,13}

El problema de los eventos adversos en salud existe desde hace mucho tiempo, ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios daban cuenta de eventos adversos, pero casi no se prestó atención a este tema.¹³

Entre los antecedentes de referencia obligada sobre los accidentes o lesiones que ocurren en las organizaciones, se encuentra el estudio de Heinrich (1931), quien es considerado pionero de la salud ocupacional y la seguridad. Heinrich sugería una razón aproximada de un accidente grave por cada 30 leves y por cada 300 accidentes sin daño, a los que actualmente se les denomina “*near misses*”, donde la relación es de 1-30-300. Posteriormente se sugirió una modificación para quedar en 1-10-600. Estos trabajos finalmente llevaron a definir el modelo de “iceberg” que establece la razón entre accidentes graves, accidentes leves e incidentes o *near miss*.



De acuerdo con Heinrich, los accidentes o eventos adversos graves son la punta de una amplia base de eventos adversos leves e incidentes, donde todos tienen un proceso causal común, de lo cual se deduce que el análisis de las causas que ocasionan los incidentes (sin daño) y los accidentes leves, lo que fue útil para explicar las causas de los eventos más graves, aquellos que producen lesiones o muerte.¹⁴

En 1960 Schimmel observó en un hospital universitario que por lo menos 20% de pacientes hospitalizados sufrían de lesión iatrogénica, este fue el primer reporte hecho en este campo. Steel y colaboradores estimaron un promedio más alto de lesiones iatrogenicas (36%). Sin embargo, es hasta el estudio realizado por el grupo de Harvard en que se demostró su frecuencia en los hospitales y sus repercusiones para los pacientes y los daños que ocasionan en su salud (T. A. Brennan *et al.*, 1991) dónde revisaron los registros de más de 30.000 pacientes y encontraron que 3.7% de admisiones resultaban en algún daño que prolongó su estancia hospitalaria o resultó en secuela permanentes. Fue éste el punto de gran importancia donde los Eventos Adversos cobraron verdaderamente relevancia para el sector salud.^{13,14}

Posteriormente en 1999, cuando se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM): *To err is human* (Cohen, 2000), el tema de la seguridad de los pacientes captado la atención de diversos actores en todo el mundo, entre ellos: los usuarios, los equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como de los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en las organizaciones de atención a la salud. El informe de referencia tomó como base un estudio que se realizó en el estado de Nueva York por el grupo de Harvard ya mencionado anteriormente en la década de los ochenta, en el que se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufrió algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, en donde el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en la muerte del paciente.



En ese estudio, el IOM (Instituto de Medicina de Estados Unidos) estimó que en los Estados Unidos de América entre 44,000 y 98,000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos (“EA”), más que los reportados por accidentes automovilísticos, cáncer de mama o por SIDA.^{14,15}

Otro informe relacionado a ello, es el que se publicó en el continente europeo, en el Departamento de Salud del Reino Unido (del año 2000) cuyo título fue “*An organization with a memory*”. En este informe se menciona que los eventos adversos se producen en casi el 10% de las hospitalizaciones, es decir, en términos numéricos, un total de 850,000 EA al año en el sistema de salud británico (Department of Health, 2000).¹⁵

De acuerdo con los reportes publicados en varios países, se puede resumir que la mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que por la complejidad de los nosocomios, su población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Sin embargo, lo antes descrito no excluye que se puedan producir en otros niveles de la atención para la salud, como puede ocurrir en la atención primaria y otros servicios como los de salud mental, de rehabilitación y odontológicos, así como en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

De acuerdo a lo anterior, la OMS en mayo de 2002, mediante una resolución de su Asamblea Mundial de la Salud, solicitó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente; a consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (OMS, 2002). Dicha resolución considera además la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales, sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar



apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos.

Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó establecer una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsara el logro de mejoras a escala internacional.

Surge así la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, vigente a partir de octubre de 2004. La cual tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo; es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su creación pone vital importancia hacia la seguridad del paciente en todo el mundo. Estableció como una de sus cuatro acciones iniciales, los compromisos de formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos y de elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.¹⁴

Para el año 2010 la OMS publica una Guía Multiprofesional para la seguridad del Paciente que busca concientizar al profesional de la salud sobre la atención médica. En ella se hacen mención de la clasificación que muchos sistemas de salud han adoptado alrededor del mundo en el manejo de los eventos adversos clasificando y conceptualizando en base a su nivel de gravedad.⁵

Las investigaciones confirman cada vez más que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos.



Sobre la base de los mejores datos disponibles, se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1.4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios.

Según Ceraini, aunque el contexto puede variar, ningún país (rico o pobre) puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente (Ceraini, 2009). La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo y existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, pues algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública, pues cada año según la OMS, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud (OMS 2012).¹³

Acerca de esto, la OMS estima que, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria y que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles.¹⁴

De éste modo el factor humano, el equipamiento, la infraestructura, y la particularidad de los pacientes integran un conjunto tan complejo e impredecible que creer que se puede lograr una prevención adecuada se va tornando cada vez más difícil ya que puede superar las posibilidades de un sistema de atención a la salud en el cual enfrentar situaciones inesperadas, atípicas y de extrema presión constituye la norma más que la excepción.^{13,16}



Sin embargo, hay tres hechos que contribuyen a que la situación sea perfectamente manejable:

1. Que la conciencia de seguridad permite identificar rápidamente las conductas y situaciones en donde se generan riesgos, y por lo tanto abordarlas con medidas preventivas y cuidados excepcionales que pueden agruparse bajo el rubro de “contener riesgos”.
2. Que la familiaridad con los riesgos y las maneras en que se producen permite abarcar la verdadera dimensión del problema, reduciéndolo a términos realistas.
3. Que esta misma familiaridad permite conocer que la mayoría de los riesgos no son fortuitos, ni arbitrarios, ni debidos a la mala suerte. Surgen de situaciones y conductas perfectamente observables, y por lo tanto evitables.

En América Latina, el estudio denominado IBEAS coordinado por la OMS y la OPS (Organización Panamericana de Salud) y realizado en 2007 en hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, Perú y México, encontró una tasa promedio de alrededor del 10% (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Esta investigación identificó que la magnitud y las características del problema son el primer paso para encontrar soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.^{14,17}

Es importante resaltar que así como se han hecho estudios sobre eventos adversos en relación a la incidencia y prevalencia de los mismos, también se han hecho esfuerzos por indagar a cerca de los aspectos conductuales que relacionan al profesional de la salud, específicamente al médico, con los eventos adversos. (No lo hay en odontología). Ejemplo de ello encontramos que en estudios como el que hace Borrel-Carrió y colaboradores en su artículo “Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria” buscaron mostrar cómo el médico percibe y afronta los errores clínicos y/o acontecimientos adversos.



Sobre esto, Informan y descubren que en su estudio transversal (encuesta postal personalizada) basada en una escala de seguridad clínica de Likert, Los médicos que respondieron tenían una media de 14,3 años de vida profesional. El 28% era «negador», el 67% «perceptivo» y el 7,4%, hiperperceptivos. Sobre ello, se obtuvo más de 7 puntos (sobre 10) en la escala de seguridad clínica eran «hiperseguros» el 23,4%; el 6% admitía sólo causas internas en la producción de Eventos centinela y Eventos adversos. Concluyeron que los Eventos Centinela y Eventos Adversos se reconocen como frecuentes, pero solo un tercio de los médicos afirma no haberse equivocado nunca de manera importante. El médico varón joven, a diferencia del experimentado, socializa sus errores con el equipo.¹⁸

Patricia Mena en su artículo “error médico y eventos adversos” la realización de un estudio con médicos de atención primaria español sobre errores cometidos en el último año descubrió comunicadores aquellos que considera no haber cometido errores 28% perceptivos los que reconocen al menos un error 67% y los hiper perceptivos que reconocen 28 o más errores 7%. Concluye que el temor a las demandas la amenaza su prestigio sentirse avergonzado o no saber cómo efectivamente informar a los pacientes puede influir en el silencio de los médicos sobre sus errores.¹⁹

En Vermont Oxford Network se hizo un estudio a profesionales de la salud de 54 hospitales que tuvieron acceso a un sitio seguro de internet y en forma anónima reportaron errores, errores casi imperceptibles y eventos adversos: de 1230 reportes de los factores coadyuvantes más frecuentes que contribuyeron a que se produzca el error; fueron 47% incumplimiento de políticas o protocolos, 27% falta de atención, 22% problemas de comunicación, 13% errores en documentación escrita, 12% distracción, 10% falta de experiencia, 9% falta de trabajo en equipo.



Las estrategias para reducir el error médico pueden ser muchas sin embargo una de las mejores es mejorar la comunicación entre médico y paciente, matizar la metodología clínica con una vigilancia adecuada estandarizar los procedimientos enfatizar el manejo del riesgo capacitar y ampliar conocimientos.²⁰

Peña María Teresa, Guevara Berta y colaboradores en el estudio llamado “Conocimiento que poseen las enfermeras intensivistas en cuidados al paciente politraumatizado soporte ventilatorio” determina que el 62.2% tenían entre 2-5 años laborando y tenían un nivel de conocimiento bajo y para los que tenían 16 años o más el 18.8% con un nivel de conocimientos bueno. Señalando así que la antigüedad profesional está relacionada con el grado de conocimientos contribuyendo a la calidad en la prestación de los servicios de salud.²¹

Eventos Adversos en Odontología

Perea en su Artículo “Seguridad del Paciente en Odontología” ha descrito que en el ámbito dental las propuestas no han sido tan numerosas ni estructuradas.

Aunque considera que la seguridad de los pacientes también ha sido una de las preocupaciones intrínsecas de la práctica dental, en la que se han realizado alertas y recomendaciones sobre productos farmacéuticos, materiales dentales y procedimientos clínicos, los programas organizados específicamente para fomentar la seguridad de los pacientes han sido escasos.

Por otro lado tampoco se dispone de datos estructurados y bien estudiados sobre eventos adversos en odontología. La bibliografía existente describe casos clínicos aislados o series cortas en base a las cuales se realizan recomendaciones clínicas empíricas.⁷



De acuerdo a las razones que explican este retraso de la odontología respecto al resto de las profesiones sanitarias, Perea menciona que puede ser debido a que:

- Los daños son generalmente más leves.
- Los pacientes son ambulatorios (este hecho impide el conocimiento y seguimiento de muchos eventos adversos).
- Existe una gran dispersión en la asistencia odontológica que dificulta la recogida de datos.
- La asistencia dental es fundamentalmente privada y puede existir el temor a que la notificación de eventos adversos tenga alguna repercusión sobre los resultados comerciales de las clínicas.
- No existe una cultura generalizada respecto a la seguridad del paciente. La motivación de los profesionales es muy diferente y la posibilidad de emprender campañas educativas que lleguen a todos los dentistas es limitada dada su dispersión.

No obstante existen múltiples razones por las que considera que la odontología debe ser más activa en todo lo relacionado con la seguridad del paciente. Entre ellas están que se manejan fármacos potencialmente peligrosos, los procedimientos odontológicos son cada vez más agresivos (en especial las técnicas quirúrgicas relacionadas con la implantología), se manejan instrumentos técnicos (radiaciones ionizantes, láser, etc.) que pueden ser lesivos, y el contacto de nuestros instrumentos con sangre y fluidos corporales de los pacientes pueden constituir potenciales fuentes de transmisión de enfermedades.⁷



Entre los eventos adversos que se pueden llegar a frecuentar en la práctica Odontológica se encuentran:

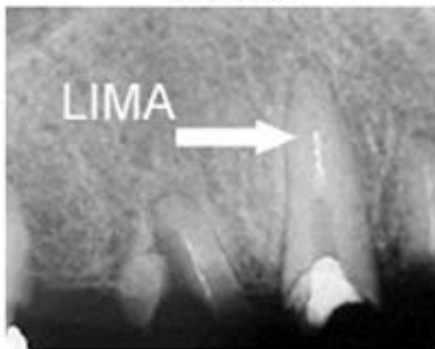
- Caídas de pacientes (debido a mobiliario mal distribuido, barreras arquitectónicas, pavimentos deslizantes, etc).
- Caídas de instrumental punzante o aparataje pesado sobre los pacientes.
- Cortes y quemaduras accidentales.
- Alveolitis post exodoncia
- Hemorragia pos exodoncia
- Comunicación oroantral producida por una exodoncia
- Fractura dental producida por procedimiento
- Sobreobtención al realizar el tratamiento de conducto
- Retención de cuerpo extraño (lima dentro de conductos o aguja en tejidos blandos)
- Exodoncia de diente equivocado
- Ingestión o aspiración de pequeño material odontológico.
- Daños oculares.

Error del profesional en odontología.

De acuerdo a Perea, la literatura sobre el error en medicina es muy amplia, sobre todo en lo referente a los efectos adversos de los fármacos, errores en la prescripción y administración de medicamentos o errores en Unidades de Cuidados Intensivos, traumatología o anestesia. Sin embargo, no existen apenas estudios que traten sobre la frecuencia y repercusiones de los errores cometidos durante la práctica odontológica. Posiblemente esto se deba a la limitada repercusión para la salud del paciente que suelen tener, y también a la gran dispersión de los registros clínicos que dificulta cualquier investigación.⁷

Los errores en la asistencia odontológica pueden ser de origen humano (en los que un profesional toma una decisión errónea o realiza un tratamiento deficiente), pero en la mayoría de los casos la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema, que provocan una cadena de errores y que acaban causando daño al paciente^{1,7}

Imagen 2. Fractura de maxilar en extracción.



<http://www.endo.cl/reminstrumento.php>

Imagen 3. Perforación radicular.



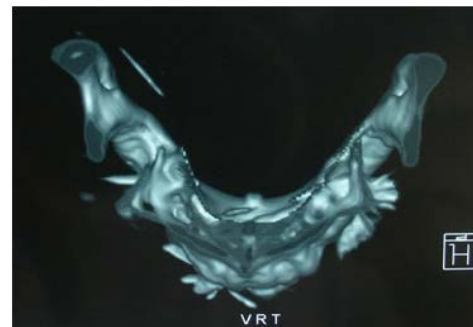
<http://www.carlosboveda.com/>

Imagen 4. Fractura de maxilar en extracción.



<http://mind42.com/>

Imagen 5. Fractura de aguja en anestesia maxilar



<http://es.slideshare.net/pipebarra>



Imagen 6
Perforación del paladar debido a
manipulación operatoria
<http://www.infomed.es/>



Imagen 7
Extracción dental por error
www.ciredent.com



Imagen 8
Alveolitis posterior a extracción.
es.slideshare.net



Imagen 9
Fractura de corona al extraer el
diente.
<https://odverorodriguez.wordpress.com>

Cirugía oral y seguridad del paciente.

Dentro del ámbito de la asistencia sanitaria, todos los trabajos señalan como causa del mayor número de eventos adversos, a la prescripción y administración de fármacos y a la actividad quirúrgica.



Desde el inicio de la cirugía se es consciente de los potenciales daños que puede ocasionar. Los datos sobre complicaciones quirúrgicas procedentes de los países industrializados señalan que la tasa de muerte transoperatoria se sitúa entre el 0, 4-0,8% y la tasa de complicaciones mayores entre el 3-17%.^{7,22,23}

En los países industrializados, prácticamente la mitad de los eventos adversos están relacionados con la atención quirúrgica. De estos casos, al menos la mitad serían evitables. Ante estos datos, la “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” (dependiente de la OMS) formuló en 2007 como su segundo objetivo central la “Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives”. El cual está centrado en cuatro grandes áreas: prevención de la infección de la herida quirúrgica, anestesia segura, equipos quirúrgicos seguros y medida de los servicios quirúrgicos.^{7,22,23}

En la búsqueda de contribuir a las mejoras en la calidad de la atención quirúrgica, la “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente”, lanzó el “Surgical Safety Checklist” en junio de 2008. Este “Checklist” se propuso como una herramienta simple y fácil de usar que asegurase el cumplimiento de las medidas claves de seguridad del paciente.^{7,22}

De entre las características específicas de la cirugía oral, entre otras podríamos señalar, el carácter menos invasivo que el de otras especialidades quirúrgicas, el uso mayoritario de anestesia local o locorregional, su carácter generalmente ambulatorio y la gran dispersión geográfica de los centros asistenciales. Por ello, una de las primeras tareas a realizar en el ámbito de la seguridad del paciente sometido procedimientos de cirugía oral debe ser la adaptación de los checklist quirúrgicos generales, pensados para cirugía mayor hospitalaria, a este área específica.^{7,22}



2.2. Seguridad del paciente y calidad de atención

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en las Instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.

Como ya se hace referencia anteriormente, en La 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002 solicitó que los Estados Miembros presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria.⁴

De este modo, para octubre de 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial por la seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse.^{4,14}

En 2005, la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes designó a la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, JCAHO), como Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo y disseminación de “Soluciones para la seguridad del paciente”, medidas claras y concisas propuestas en nueve soluciones, que han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo.⁴

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

- a) Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.



- b) Identificación de pacientes.
- c) Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- d) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- e) Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
- f) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- g) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- h) Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- i) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

De acuerdo a la ICPS, la seguridad del paciente se entiende como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.⁴

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. Es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables.

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el Gobierno Federal decidió incorporar la seguridad del paciente en los diferentes documentos oficiales que involucran las políticas públicas en salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en su eje 3er inciso 3.1, quinto objetivo, a la letra señala: “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y *seguridad para el paciente*” y “*lograr que los mexicanos cuenten con servicios eficientes de salud y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo*”.^{14,24}



El Programa Nacional de Salud 2007-2012, refiere en su tercer objetivo lo siguiente: “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, a través del cual el Gobierno propone mejorar las condiciones de salud de una población, para lo cual es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y que tomen en consideración la amplísima diversidad cultural del país.^{14,24}

Se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio incorrecto, prevención de caídas, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud; uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos; cambio de la cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.¹⁴

Estas acciones de carácter institucional forman parte del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y responden a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS), que en su artículo sexto plantea, entre otros objetivos del Sistema Nacional de Salud, “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones previstas”.²⁴

Así mismo, en los artículos 50 y 51 de la Ley General de Salud, se describen los derechos de los usuarios de los servicios de salud como “prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.¹⁴

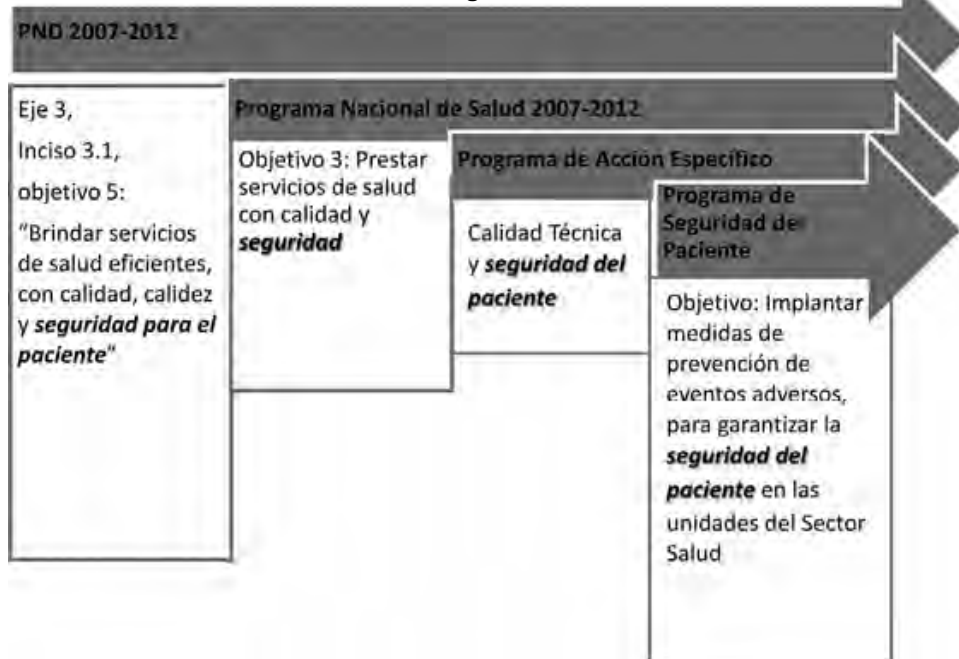


En la etapa de planeación para la elaboración del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, se convocó al Foro Ciudadano de Calidad en Salud 2007, para escuchar la voz de la ciudadanía, de los profesionales y organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad.^{14,24}

En materia de Seguridad del Paciente se propuso:

- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías, y con ello el ejercicio programático con el presupuestario.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.
- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de Calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y uso de información.

Imagen 10 Modelo del Marco Normativo del Plan Nacional de Desarrollo en favor de la Seguridad del Paciente



Fuente¹⁴ Art. "Seguridad del Paciente: Eje toral de la atención"

Cada año se establecen nuevas acciones y compromisos para lograr una medicina más segura; los sistemas de notificación de errores médicos son imprescindibles para resolver el reto de la investigación y desarrollo de acciones que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar y prevenir los eventos adversos práctica de la medicina.²⁵

Enseñanza de la seguridad del paciente en Odontología

La CONAMED a través de su artículo "La enseñanza de la Odontología y su relación con la Seguridad del Paciente" publicado en su revista, deja en claro el porqué de la atención de la enseñanza de la seguridad del paciente en ésta etapa formativa del Cirujano Dentista dejando al descubierto la realidad sobre el déficit de enseñanza sobre éste tema y los eventos adversos en el paciente.



Menciona que la etapa de formación de los profesionales de la salud, es la piedra angular que permite contribuir a brindar una atención de calidad y seguridad, fundamentada en la creación de una cultura del servicio, enfocada a las necesidades de los usuarios de los sistemas de salud, teniendo como base el factor humano y sustentado en valores y principios éticos, que faciliten establecer los criterios explícitos basada en la mejor evidencia disponible y que dicho proceso implique menos riesgos para los usuarios.²⁶

Acerca de la Seguridad del Paciente, el artículo maneja que las escuelas han descuidado la enseñanza sobre la gestión de riesgos y la prevención de eventos adversos, no identificando a la Odontología como una profesión potencialmente generadora de daños al paciente, lo que hace denotar una necesidad de atención, sobre todo por parte de las instituciones educativas para con la formación del Odontólogo.²⁶

Como consecuencia de lo anterior, destaca que desde la perspectiva legal, se ha comprobado que la inobservancia de principios de seguridad ha orillado a los pacientes a demandar no sólo a los cirujanos dentistas sino también a técnicos y personal auxiliar, en función de resultados adversos y secuelas de tratamientos que no les fueron advertidos, o por realizar procedimientos inadecuados, los cuales generan responsabilidad por parte del profesional de la salud.²⁶

En ese contexto se llega a la concordancia en que es a la odontología a la que le corresponde garantizar la seguridad, prevención, tratamiento y control de los procesos y procedimientos relacionados con el ejercicio de la profesión, obligándose a la aplicación e implementación de conceptos éticos, clínicos, científicos y legales para evitar dañar a sus pacientes.

En relación a la enseñanza de la Odontología, la CONAMED establece que es importante mencionar que la metodología docente que predomina en la mayoría de las escuelas corresponde a modelos tradicionales, que se han



visto superados por aquellos donde se favorece la participación activa de los estudiantes y los profesores que adoptan un papel distinto.

Es decir, el papel de facilitadores y orientadores del proceso de aprendizaje de los estudiantes, para que éstos no solo memoricen sino aprendan a buscar y analizar la información científica de una manera crítica.²⁶

“La forma de organización de las actividades clínicas de los alumnos, expresa la visión de la práctica profesional que las escuelas tienen y por lo tanto, transmiten a sus estudiantes”²⁶

Uno de los aspectos que llama más la atención, es el hecho de que la CONAMED en su artículo “La enseñanza de la Odontología y su relación con la Seguridad del Paciente” anteriormente mencionado, destaca que “a pesar de los esfuerzos de algunas instituciones educativas, por orientar la enseñanza clínica hacia una atención integral, se ha identificado que es más un ideal que una realidad, y la instrucción aún se enfoca principalmente en los procedimientos mismos, más que en la atención al paciente, derivándose en una visión utilitarista del alumno en su etapa de formación, misma que aplicará durante su ejercicio profesional”, lo que sin duda se reconoce como un llamado de atención a estudiar sobre este punto que puede ser factor importante en la seguridad del paciente y la presencia de eventos adversos.²⁶

En la actualidad el vínculo entre la odontología y la medicina resulta insuficiente para preparar a los estudiantes en el manejo de pacientes con problemas médicamente más complejos y para aprovechar las estrategias orientadas hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Además se reconoce la existencia de planes y programas de estudio con un matiz eminentemente restaurador, dejando un papel secundario a la prevención, consecuentemente alejados de los conceptos sobre seguridad en la atención dental de los pacientes.²⁶



Las Instituciones Educativas son las responsables de proporcionar el conocimiento necesario a sus estudiantes acerca de los riesgos a los que expone la práctica odontológica, sus efectos y medidas de prevención.

La presencia de eventos adversos y situaciones que sigan poniendo en riesgo la salud y vida de los pacientes se verá reflejado de manera directa e indirecta en la importancia que se de en promover en los centros de profesionalización, el desarrollo de una Práctica Odontológica dentro de los parámetros de Calidad y Seguridad.²⁶

2.3. Bioética y Responsabilidad Médica Profesional

Bioética

Puede concebirse como aquella parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos asociados a la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas.²⁷

La Bioética es la disciplina moral de la valoración y el respeto a la vida humana y la deontología médica, o sea, la ciencia de nuestros deberes como médicos con respecto a la atención brindada al enfermo, norma la conducta y el proceder del médico desde la época antigua, cuando Hipócrates, en su célebre Juramento, nos dejó plasmada la moral individual como condición primera, y con ésta guía, el médico casi siempre encontrará su camino en la atención al paciente.²⁷

El Dr. Van Rensselaer Potter es a quien se le atribuye la originalidad del término Bioética, que aparece por primera vez en el mundo en 1970 en su artículo "Bioethics, the science of survival" (Bioética, la ciencia de la supervivencia), *Biology and Medicine*, vol. 14, No. 1 Autumn 1970, pp 127-153.



Él considera que la humanidad tiene la necesidad urgente de una nueva sabiduría que provea el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento del agua en la calidad de vida estos conceptos serían como una guía para la acción el conocimiento de cómo usar este conocimiento para un bien social y se convertiría en el prerrequisito para el mejoramiento en la calidad de vida. En concordancia con lo anterior, lo define como un estudio sistemático de la conducta humana en sus dimensiones morales sobre las ciencias biológicas y la atención al cuidado de la salud.^{28,29}

En 1971 Potter en su libro “Bioética, Puente al Futuro” indica que la bioética es el contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una disciplina nueva habla de que existen dos culturas que no pueden dialogar la una con la otra siendo éstas la ciencia y las humanidades dónde debe construirse un puente entre ellas creando así la Bioética.²⁹

La Bioética se encuentra basado bajo sus cuatro principios fundamentales de autonomía no maleficencia la beneficencia y la justicia y que conjuntamente tratan de preservar la vida y la dignidad de la persona humana y la protección de la sociedad, trata de iniciar una investigación interdisciplinaria que sirva de puente entre la ética y las ciencias biomédicas, para salvaguardar ambas y al hombre mismo; trata de vincular la ética con la biomedicina humanizándola, intentando ayudar particularmente a los pacientes a tomar conciencia de sus derechos a la salud, a la atención médica y a morir dignamente.^{27,28}

Autonomía: hace referencia una persona quiniela independencia respecto de controles externos y capacidad para obrar de acuerdo a una elección propia, es decir, se refiere al respeto por la autonomía de las personas en tanto sean capaces de decisiones informadas.²⁸



No maleficencia: esencialmente la obligación enunciada en este principio es la de no dañar intencionalmente. Algunos autores lo consideran el más básico y fundamental de la ética médica. Una de sus más antiguas versiones se encontraría en el precepto hipocrático *Primum non nocere*, "primero no hacer daño".²⁸

Beneficencia: el principio de beneficencia impone la obligación moral de actuar en beneficio de otros. No siempre precisan ser obedecidas totalmente y no constituyen cuando no se cumplen motivo de castigo o sanción legal. No se está obligado a ayudar por la ley positiva sino por valores personales.²⁸

Justicia: se define como dar a cada persona según sus necesidades, dar a cada uno según su mérito, tratar a cada uno de la misma forma.²⁸

Hipócrates, en su juramento, no incluyó el tema del estudio y del saber del médico; en cambio los códigos de ética médica de distintos países han incluido esto entre los grandes deberes médicos, iniciando con prestar al paciente el mejor servicio que se pueda ofrecer, respondiendo la confianza del paciente. Es necesario que el límite de la capacidad de ayuda médica sea la que haya alcanzado el conocimiento médico y no el que fije la ignorancia.²⁷

Código de Ética en Estomatología

En referencia a lo anterior, es importante mencionar que en el área de la odontología se cuenta con un código de ética, el cual resulta relevante por su propia naturaleza para el bien profesional y de la salud. Dentro de sus principios fundamentales se destacan que:



- El Cirujano Dentista es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humanas, razón por la cual la atención al público exige como obligación primaria, proporcionar servicios profesionales de la calidad con oportunidad y calidez.³⁰
- El Cirujano Dentista respetará y hará respetar su profesión procediendo en todo momento con prudencia.³⁰
- El Cirujano Dentista aplicará sus conocimientos en beneficio de la Salud Bucal y en ningún caso utilizar procedimientos que menoscaben al bienestar de los pacientes.³⁰
- El Cirujano Dentista debe observar el cumplimiento irrestricto de los derechos humanos del paciente.³⁰
- El Cirujano Dentista debe fomentar la investigación para crear, modificar, implementar los conocimientos científicos, así como nuevos modelos de la atención estomatológica.³⁰

Responsabilidad Médica Profesional

Es la obligación que tienen los médicos, su personal auxiliar y técnico de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, incluso dentro de ciertos límites cometidos en el ejercicio de su profesión.³¹

La profesión del estomatólogo cirujano dentista, personal auxiliar y técnico, así como demás profesiones; el que cometa o realice falta, infracción, hecho ilícito en el ejercicio de su profesión estará obligado a responder; primeramente ante su conciencia - responsabilidad moral - ante los demás -responsabilidad social- y en el momento en que se infrinja las normas morales y jurídicas falta o hecho ilícito constituye un delito el profesionista deberá de responder civil penal y administrativamente.³¹

2.4. Modelo PRECEDE en la Educación Para la Salud

Los eventos adversos a nivel mundial son estudiados por la necesidad de generar conocimientos sobre el tema con el fin de proporcionar y garantizar la seguridad al paciente, teniendo clara la génesis del error, que es en últimas lo que va a guiar el camino de la prevención y ha tomado tal importancia por tratarse de un tema que se convierte frecuente y preocupante hoy en día hacia diversos sentidos, tanto para repercusiones en la vida y salud del paciente, situaciones de carácter legal y económicos tanto para la sociedad y sector salud como para el paciente.

De acuerdo a ello en todo el mundo se han llevado a cabo estudios que ayuden a identificar el problema sobre eventos adversos, donde la epidemiología a través de la Educación para la Salud es de gran ayuda para alcanzar dicho objetivo. Así pues, se destaca la importancia de La Educación para la Salud, la cual se dedica a incrementar la información, motivaciones, habilidades y responsabilidad de los individuos y comunidades, y a trabajar por cambiar los factores sociales y ambientales que culminen en comportamientos intencionales y conscientes en pro de la salud.³²

Modelo PRECEDE

- 1. Estimar la calidad de vida de la población objeto.
- 2. Estimar los problemas específicos de salud que determinan parcialmente esa calidad de vida.
- 3. Estimar las conductas específicas que determinan los problemas de salud previamente identificados.





Para Green y Kreuter (1991), la educación para la salud se establece entonces como una herramienta de la promoción de la salud que reduce los costos y la dificultad de poner en práctica otras soluciones con estrategias más complejas para lograr las metas propuestas.³²

Se considera que de entre la gran variedad de modelos para la Educación de la Salud las prácticas promotoras, el más importante es el *PRECEDE*, pues admite un abordaje de las actividades en educación para la salud desde una perspectiva de aprendizaje (Polaino-Lorente, 1987), un punto de vista culturalista, que aboga por la inclusión y el respeto de las variables culturales (Juárez y Encinas, 2003), y un enfoque radical (Tones, 2002), que defiende la inclusión de acciones transformadoras en los niveles individual, social y cultural.³²

El Modelo PRECEDE fue construido bajo una visión multidisciplinaria e intersectorial, por Green, Kreuter, Deeds y Partridge, quienes lo publicaron en 1980 en la obra titulada: *Health Education Planning. A diagnostic Approach* (5). En 1991, Green y Kreuter publicaron la primera edición de *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*, en la cual, en una reorientación teórica, incorporaron lo ambiental y ecológico al Modelo PRECEDE y los factores de política, normativos y organizacionales en el desarrollo educacional y ambiental, lo cual denominaron PROCEED.³³



**Tabla 1. Modelos utilizados en Salud Pública en el siglo XX.**

Modelos	Autor/año
Análisis existencial	Binswanger 1957
Preventivo en salud	Leavell y Clark 1958
Creencias en salud	Hochbaum y Rosenstok 1958
Cambio organizacional	Bennis, Benne y Chin 1961
Sociedades abiertas	Nyswander 1967
Territorios de salud	La Framboise 1973
Campo de salud	Lalonde 1974
Locus de control en salud	Wallston y Wallston 1976
Psicosocial del comportamiento	Kar 1978
Acción en salud	Tones 1979
Salutogénico	Antonovsky 1979
Transtéorico del cambio	Prochaska 1979
Médico preventivo de educación	Vouri 1980
Precede	Green y Kreuter 1980
Indicadores positivos de salud	Catford 1983
Ecológico de salud	Hancock 1984; McLeroy 1988
Determinismo recíproco del cambio	Baranowski 1990
Triesférico de promoción	Tannahill 1990
Precede-proceed	Green y Kreuter 1991
Alianzas promotoras de salud	Gillies 1995
Análisis estratégico-HELPSAM	Haglund 1996

Fuente³⁴: Art "Teorías y modelos para la EPS".

El Modelo PRECEDE/PROCEED está fundamentado entre otras, en las ciencias sociales y del comportamiento, en la epidemiología, administración y educación. Como tal, se reconoce que el proceso salud-enfermedad en sus diversas expresiones, tiene múltiples causas, las cuales deben ser evaluadas con la finalidad de asegurar una adecuada intervención educativa para la promoción de la salud. La naturaleza amplia del Modelo permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios: escuelas, hospitales, ambiente laboral, comunidades.³³



Luego de ser transformado el PRECEDE en PRECEDE/PROCEED, pasó de siete fases a nueve, a saber: 1) Evaluación social. 2) Evaluación epidemiológica. 3) Evaluación ambiental y del comportamiento. 4) Evaluación educacional y ecológica. 5) Evaluación administrativa y de políticas. 6) Implementación. 7) Evaluación del proceso. 8) Evaluación del impacto. 9) Evaluación de resultados.³³

El modelo PRECEDE-PROCEED (Green y Kreuter, 1991) es una herramienta que facilita la elaboración de un amplio diagnóstico comunitario en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud y permite la participación activa de la población. El modelo hace posible proponer las estrategias de intervención más acordes con las necesidades que influyen en la salud de grupos sociales específicos.³²

Reúne los aportes de diferentes disciplinas, tales como la epidemiología, las ciencias de la educación, las ciencias sociales, las ciencias conductuales y la administración en salud. Señalan sus autores que la salud y los riesgos en salud son causados por múltiples factores, y por lo tanto se necesitan esfuerzos multidimensionales y multisectoriales para intervenir y generar acciones efectivas.³²

El modelo PRECEDE-PROCEED se ha puesto en práctica en amplios escenarios para promover la salud de diversos segmentos de la población. Entre esas aplicaciones se encuentran las hechas en escenarios escolares (cfr. Organización Panamericana de la Salud OPS/Fundación W.K. Kellogg, 1998), y en el manejo de temas de salud diferentes, como el de la nutrición (Horacek, Koszewski, Young y cols. 2000) y el de la atención hospitalaria (Fraser, 1998). Ha sido frecuentemente adaptado a las necesidades de cada contexto; en algunos casos los investigadores se valen de una fase del PRECEDE-PROCEED para complementar los diagnósticos realizados a la luz de otros modelos; las fases más usadas son las correspondientes a los diagnósticos comportamental, medioambiental y educacional.³²



El diagnóstico educativo del modelo de planificación PRECEDE

El modelo PRECEDE como tal, (acrónimo en inglés de *predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*) descrito por Green y Kreuter se diseñó como una forma de valorar las necesidades de la Educación para la Salud de una comunidad.³⁵

Los pasos básicos del PRECEDE incluyen el diagnóstico social, el diagnóstico epidemiológico, el diagnóstico del comportamiento y el diagnóstico administrativo. Este modelo parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento. Estos últimos se analizan más a fondo distinguiendo los factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia.³⁵

Estos factores son los que constituyen el centro de una intervención en Educación para la Salud dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable.

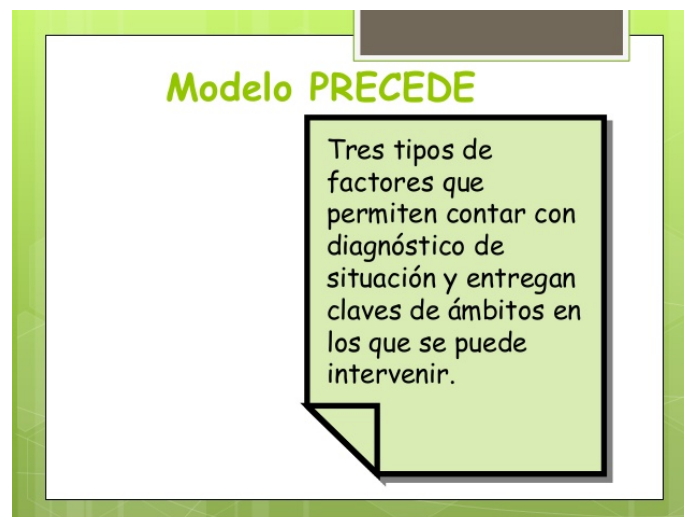
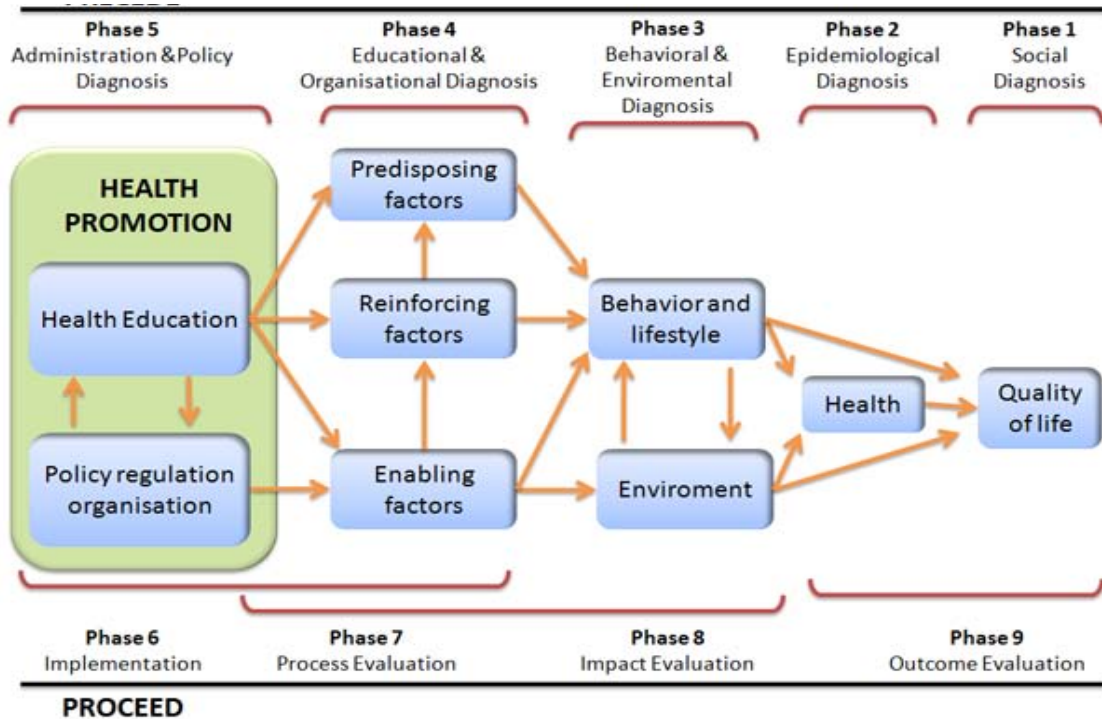


Figura 11. Modelo PRECEDE

Fuente³⁵

Todas las "causas" de la conducta que se han identificado en los modelos explicados en el tema 4 se pueden organizar siguiendo la clasificación propuesta por el modelo PRECEDE en su fase 4 (Diagnóstico educativo y organizativo).³⁵

Podemos identificar tres categorías de factores que afectan a la conducta individual o colectiva, incluyendo acciones de organizaciones en relación con el ambiente, cada uno de los cuales tiene un tipo diferente de influencia en la conducta.

Factores predisponentes: Son aquéllos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Son factores que aparecen en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación de las etapas del cambio.



Estos factores, los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, creencias, valores y habilidades y necesidades percibidas, están en relación con la motivación de una persona o grupo para actuar. Todos ellos pertenecen al dominio psicológico. Incluyen las dimensiones cognitivas y afectivas de conocer, sentir, creer, valorar, tener confianza en uno mismo o sentido de autoeficacia, etc.³⁵

Factores facilitadores: Ambiente de salud y otras influencias ambientales reales: Disponibilidad, accesibilidad, etc. Son condiciones de vida que actúan como “barreras” a la acción (disponibilidad de transporte). También incluyen las “nuevas habilidades” que una persona, organización o comunidad necesita para realizar un cambio conductual o ambiental. Los factores facilitadores se convierten en el objetivo inmediato de las intervenciones en un programa. Consisten en los recursos y nuevas habilidades necesarias para realizar la acción de salud y las acciones de la organización para modificar el ambiente.³⁵

Factores reforzadores: Son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un refuerzo o aprendizaje positivo o negativo y si ese refuerzo o aprendizaje es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta. Aparecen en la fase de acción y mantenimiento de las etapas del cambio.³⁵

Escala de Likert

Entre los modelos de estudio para la Educación para la Salud, se encuentra también “la Escala de Likert”. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado.



Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican el objeto de actitud que se está midiendo; el objeto de actitud puede ser cualquier cosa física individuo concepto o símbolo una marca de actividad o profesión edificio etc.



Tales frases o juicios deben expresar sólo una relación lógica. Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva, y desfavorable o negativa. Esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, de este modo cuanto más de acuerdo con la afirmación estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable.



Otras condiciones sobre la escala de Likert es que a veces se disminuye o se incrementa el número de categorías, sobre todo cuando los sujetos potenciales tienen una capacidad muy limitada de discriminación, o por el contrario muy amplia.

Si los participantes tienen poca capacidad de discriminar, se pueden considerar dos o tres categorías. Por el contrario, si son personas con un nivel educativo elevado y gran capacidad de discriminación, pueden adquirirse 7 categorías pero debe recalcarse qué número de categorías de respuesta tiene que ser el mismo para todos los ítems.

Un aspecto muy importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente. En el caso de que se emitan actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto, porque entonces aunque se presenten conjuntamente se califican por separado.

En términos generales, una escala Likert se construye con un elevado número de afirmaciones que califica en el objeto de actitud, y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Al construir la escala se debe asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará, y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.³⁶

Modelo Precede VS Escala de Likert

En la atención de problemas de Educación y promoción de la Salud como los son los Eventos Adversos, se considera de suma importancia la participación social que permitan el análisis en aspectos de carácter educativo, conductual, sociodemográfico, entre otras, por lo que en ese sentido, se el Modelo Precede adquiere mayor importancia, ya que, ofrece



como ventaja la posibilidad de realizar un amplio diagnóstico, buscando asegurar el éxito del programa de educación para la salud, e incluye consideraciones acerca de dos etapas o fases diferentes de la acción en promoción de la salud. Siendo a primera, *Precede*, que apunta al diagnóstico y evaluación con fines educativos de factores determinantes de la calidad de vida de la población objetivo; está compuesta por cinco fases de diagnóstico y evaluación de las características de la población, sus necesidades, las causas de la problemática y las posibilidades de llevar a cabo las intervenciones. Y la segunda etapa, *PROCEED*, que está constituida por cuatro fases que se dirigen a analizar las políticas, normas, y estructuras de las organizaciones como parte de variables ambientales que influyen en la adopción de conductas poco saludables, y también a evaluar el proceso del programa instrumentado, su impacto y sus resultados.^{32,33}

Situación contraria a la que pudiera encontrarse y obtenerse de la escala de Likert, donde solo podríamos basarnos y analizar aspectos conductuales a favor y en contra, sin embargo, los aspectos sociales, administrativos, educativos y todos aquellos factores que pudieran actuar positiva o negativamente en la presencia del problema quedarían desapercibidos y difícilmente se puede llegar al verdadero objetivo que es identificar el problema e implementar programas de acción para intervenir en ello y evaluar si es posible resolverlo.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los eventos adversos son acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente relacionados con el procedimiento asistencial, que invariablemente se pueden presentar en la práctica médica y odontológica de manera inherente al error humano, sin embargo, el hecho de no conocer el impacto que sobre la salud tienen los eventos adversos, el control y prevención puede generar múltiples consecuencias que dañan tanto a la integridad del paciente al perjudicar su salud como situaciones legales negativas para el odontólogo.

Las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud como son las universidades, deben enfatizar la formación de sus egresados en un contexto de ética y prevención, pero cuando esto se deja de lado por omisión en los planteamientos curriculares, o porque no se jerarquizan los saberes como prioritarios, el resultado es una elevada probabilidad de que los futuros profesionales no se anticipen al daño y esto puede involucrar hasta la seguridad del paciente.

La Facultad de Odontología de la UNAM ha puesto particular interés en que la prevención sea uno de los contextos de formación profesional de sus egresados, y más aún en las generaciones próximas, al diseñar un nuevo plan de estudios por competencias, pero no existen estudios hasta el momento que sirvan de punto de partida para conocer, a través de un sondeo aplicando un modelo de evaluación que jerarquice resultados sobre cuáles son los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores tanto positivos como negativos que sus estudiantes sintieron expuestos para identificar, prevenir o controlar a los eventos adversos, por lo tanto la pregunta de investigación que sustenta a la presente investigación es:

¿Cuáles son las principales razones que los estudiantes encuestados expresaron tener para desarrollar una práctica encaminada a prevenir la presencia de eventos adversos durante la práctica odontológica durante su vida estudiantil?



4. JUSTIFICACIÓN

Mediante el presente estudio se pudieron conocer algunos aspectos sobre la necesidad y la importancia que adquiere el conocimiento de los eventos adversos, así como de responsabilidad y ética profesional en su práctica diaria que tienen una muestra de alumnos pasantes de la Facultad de Odontología. El estudio cobra importancia si se tiene en cuenta que se presentan las razones más importantes argumentadas por los encuestados que guíen decisiones académicas en el nuevo plan de estudios.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Jerarquizar las principales razones que una muestra de pasantes de la Facultad de Odontología tienen respecto al manejo, prevención y control de eventos adversos mediante el modelo PRECEDE.

5.2 Objetivos Específicos

- Determinar por sexo los factores predisponentes que han motivado y no a conocer sobre eventos adversos.
- Determinar por sexo los factores facilitadores que actuaron tanto positivamente como negativamente para prevenir eventos adversos.
- Determinar por sexo los factores reforzantes que permitieron o no, lograr la prevención de eventos adversos.



6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

En la búsqueda de evaluar cuál es la percepción sobre la presencia de eventos adversos en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM se realizó una investigación utilizando el modelo PRECEDE para evaluar los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes positivos y negativos que influyen sobre los alumnos para la prevención, manejo y control de eventos adversos.

Para coleccionar la información generada por una muestra de alumnos pasantes de la Facultad de Odontología se diseñó un instrumento de recolección de información mismo que se aplicó, de manera anónima.

A los asistentes al Seminario de Titulación impartido en el auditorio de la Clínica Periférica de Padierna de la Facultad de Odontología de la UNAM, previo a la aplicación de la encuesta, se les informó a los alumnos sobre el objetivo del estudio y se solicitó que sus respuestas fueran de manera anónima. (Fotografía 1 y 2)

Fotografía 1 "Clínica Periférica de Padierna", F.O. UNAM



Fuente Directa.

Fotografía 2 “Auditorio de la Clínica Periférica de Padierna”, F.O. UNAM



Fuente Directa.

A cada uno de los alumnos se les suministraron lápices, goma y las encuestas solicitando fueran respondidos de manera anónima, la encuesta se constituyó por seis ítems:

1.- Para evaluar Factores Predisponentes Positivos (FP+)

- Menciona las razones que SI te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.

2.- Para evaluar Factores Predisponentes Negativos (FP-)

- Menciona las razones que NO te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.

3.- Para evaluar Factores Facilitadores Positivos (FF+)

- Menciona aspectos que SI te facilitaron prevenir eventos adversos.



4.- Para evaluar Factores Facilitadores Negativos (FF-)

- Menciona aspectos que NO te facilitaron prevenir eventos adversos

5.- Para evaluar Factores Reforzantes Positivos (FR+)

- Menciona que observaste cuando SI lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica

6.- Para evaluar Factores Reforzantes Negativos (FR-)

- Menciona que observaste cuando NO lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica

La información se capturó utilizando el programa Excel para calcular las frecuencias de respuesta en cada ítem y jerarquizar las 4 respuestas más comunes. Al final, la información se presenta en términos de proporciones y promedios.

6.2 Tipo de estudio

- Transversal

6.3 Población de estudio

- 118 Alumnos de la quincuagésima cuarta promoción del seminario de titulación de la carrera de Cirujano Dentista 2015 de la UNAM que se presentaron en la fecha de aplicación de la encuesta y aceptaron responderla.

6.4 Tamaño de muestra

- 118 formularios aplicables a los alumnos, de los cuales 90 corresponden a mujeres y 28 a hombres.



6.5 Criterios de inclusión

- Alumnos inscritos en la quincuagésima cuarta promoción del Seminario de titulación
- Alumnos que aceptan y firman en consentimiento informado para contestar la encuesta
- Alumnos de cualquier edad y sexo indistinto, sin importar el año de egreso.
- Cuestionarios llenados en su totalidad
- Cuestionarios que llevaran la firma del encuestado

6.6 Variables (dependiente, independiente)

Independiente:

- Formación profesional adquirida en la Facultad

Dependiente:

- Conocimiento sobre eventos adversos

Recursos

- **Humanos:** Un tutor y un investigador (pasante)
- **Materiales:** Formatos de encuesta, lápices y gomas para borrar
- **Financieros:** Corrieron a cargo del tesista



6.7 Consideraciones éticas

Se solicitó el consentimiento debidamente informado y firmado por parte del encuestado y en todo momento se guardó discreción y fidelidad en el manejo de la información, tomando como referente y de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, así como al Reglamento de la Ley General de Salud enfocados a la investigación en su título segundo donde se tratan los aspectos éticos de la investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio en la que “deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.^{37,38}

Debido a que ésta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17, y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el artículo 21 donde se afirma que queda explicado a detalle todo lo referente a la investigación hecha.³⁸



7. RESULTADOS

Del presente estudio, los resultados obtenidos demuestran que del total de encuestados, el 28% correspondió al sexo masculino y el 72% al femenino (Imagen12). La encuesta se dividió en tres rubros que en el presente estudio se presenta en seis cuadros, dos para explicar el comportamiento de los factores Predisponentes positivos y negativos, dos para los factores Facilitadores positivos y negativos y dos corresponden a la explicación de los factores Reforzantes positivos y negativos. Es importante mencionar que se solo se dará mención a algunas de las respuestas que representaron el lugar más bajo en porcentaje de preferencias (Imagen 11).

Formato de Encuesta

Imagen 11. Fuente Directa.

La Facultad de Odontología ha implementado líneas de investigación epidemiológica, una de ellas se aboca al diseño de programas de Educación para la Salud, por lo tanto, te solicitamos contestes lo más verás la siguiente encuesta de forma anónima y la entregues el día indicado. Tu apoyo es de vital importancia, gracias.					
Conducta ante los eventos adversos producidos en la práctica odontológica (PRECEDE)					
FP +	Menciona las razones que SI te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.				
FP -	Menciona las razones que NO te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.				
FF+	Menciona aspectos que SI te facilitaron prevenir eventos adversos.				
FF-	Menciona aspectos que NO te facilitaron prevenir eventos adversos.				
FR+	Menciona que observaste cuando SI se lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica.				
FR-	Menciona que observaste cuando NO se logró prevenir algunos eventos adversos en la práctica odontológica.				



FACTORES PREDISPONENTES (positivos y negativos)

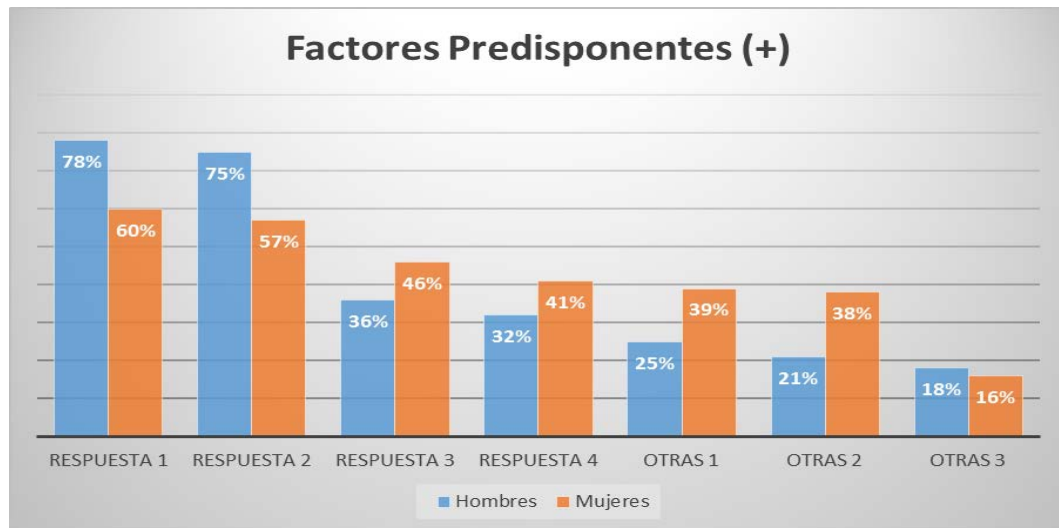
Las respuestas por género en todos los factores variaron a excepto de las dos primeras razones en algunos casos, respecto a los factores predisponentes que son los que motivan a prevenir eventos adversos, se observó que tanto para hombres como para mujeres la primera razón argumentada fue “no dañar al paciente” pero en mayor porcentaje esta respuesta se dio en los hombres. Dar atención de calidad al paciente fue la segunda afirmación en los hombres y la tercera en mujeres, para ambos sexos la ética y la responsabilidad están considerados entre las cuatro primeras razones positivas variando en porcentaje y en jerarquía. Otras respuestas fueron más en sentido legal y resolución de problemas odontológicos. (Cuadro 1) (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Cuadro 1. FACTORES PREDISPONENTES (+)				
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)	
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%
Menciona las razones que Sí te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.	➤ No dañar al paciente	78%	➤ No dañar al paciente	60%
	➤ Dar atención de calidad al paciente	75%	➤ Autosuperación por conocimiento personal	57%
	➤ Ser ético y responsabilidad profesional	36%	➤ Dar atención de calidad al paciente	46%
	➤ Por el cuidado de mi propia seguridad	32%	➤ Ser ético y responsabilidad profesional	41%
	<i>Otras Respuestas:</i>		<i>Otras Respuestas:</i>	
	➤ Llevar un buen nivel académico	25%	➤ Prevenir experiencias desagradables en consulta.	39%
	➤ Evitar experiencias negativas	21%	➤ Saber resolver urgencias en consulta.	38%
	➤ Evitar problemas legales	18%	➤ Experiencias que uno mismo vivió o provocó.	16%

Fuente Directa.

GRÁFICO 1



Fuente Directa.

Para los Factores Predisponentes Negativos, observamos que la respuesta de mayor frecuencia se ve muy marcada para ambos sexos en la Arrogancia y falta de interés por el tema, considerando éstas como razones que no los motivan a saber de eventos adversos, sin embargo, cabe destacar que en algo que concuerdan sobre todo en el 3^{er} lugar es sobre una falta de información brindada por el docente en clase, algo que llama la atención pues deja al descubierto que es unánime el sentir desatención por parte de la Facultad hacia estos aspectos. Entre otras razones se habla de falta de tiempo debido a enfocar más atención hacia terminar cantidad de trabajos que a calidad, lo que hace entender que el enfoque educativo se estará basando más hacia ser utilitarista y deficiencias para la enseñanza en clínica.

Obsérvese que solo en las dos primeras opciones de respuesta el porcentaje es mayor para el sexo masculino. Las respuestas menos frecuentes tienen tendencia a situaciones más personales en respecto a no sentirse preparado para un tratamiento y falta de confianza. (Cuadro 2)

El porcentaje mayor en cada una de las respuestas correspondieron a los varones. (Gráfico 2).

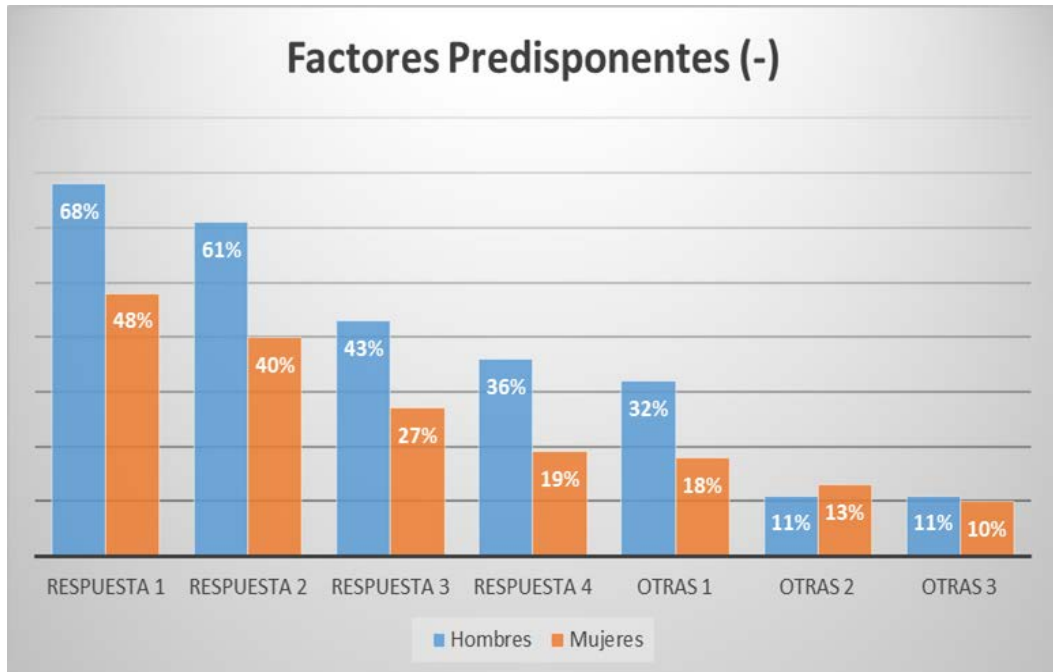


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cuadro 2. FACTORES PREDISPONENTES (-)				
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)	
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%
Menciona las razones que NO te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología	➤ Arrogancia y exceso de confianza	68%	➤ Falta de interés del tema (pereza y conformismo)	48%
	➤ Falta de interés del tema	61%	➤ Arrogancia y exceso de confianza	40%
	➤ Falta de información brindada por del docente en clase	43%	➤ Falta de información brindada por el docente en clase	27%
	➤ Que algunos profesores lo resuelvan sin explicar	36%	➤ Falta de tiempo, presionar por dar prioridad a trabajos y materia	19%
	<u>Otras respuestas</u>		<u>Otras Respuestas</u>	
	➤ Falta de tiempo, presionar por dar prioridad a trabajos y materia	32%	➤ Ninguna, no hay razones para no conocerlos	18%
	➤ Falta de preparación para el tratamiento	11%	➤ Falta de confianza personal, miedo al fracaso	13%
	➤ Falta de información bibliográfica	11%	➤ Falta de preparación para el tratamiento	10%

Fuente Directa.

GRÁFICO 2



Fuente Directa.



FACTORES FACILITADORES (positivos y negativos)

Las respuestas más frecuentes para factores facilitadores positivos, demuestran que algunos hechos que facilitaron la prevención de eventos adversos se ven reflejados en la Realización de una buena Historia Clínica más para los hombres que para las mujeres, para las mujeres destacan más el prepararse por iniciativa propia previa a un tratamiento y en 2do lugar la Historia Clínica. El resto de las respuestas, denota que para hombres, el conocimiento empírico de las experiencias pasadas les resulta más provechoso que investigar por su cuenta y que resolver dudas.

En mujeres, el aprendizaje por iniciativa propia y en clase es fundamental para enfrentar eventos adversos, lo que puede considerarse como preferencia por investigar y estar al día en la información, que aprender de experiencias negativas propias o ajenas.

Otras respuestas de menor frecuencia fueron buenas enseñanzas de parte del docente, así como llevar a cabo correctos protocolos de control de infecciones y de tratamientos.

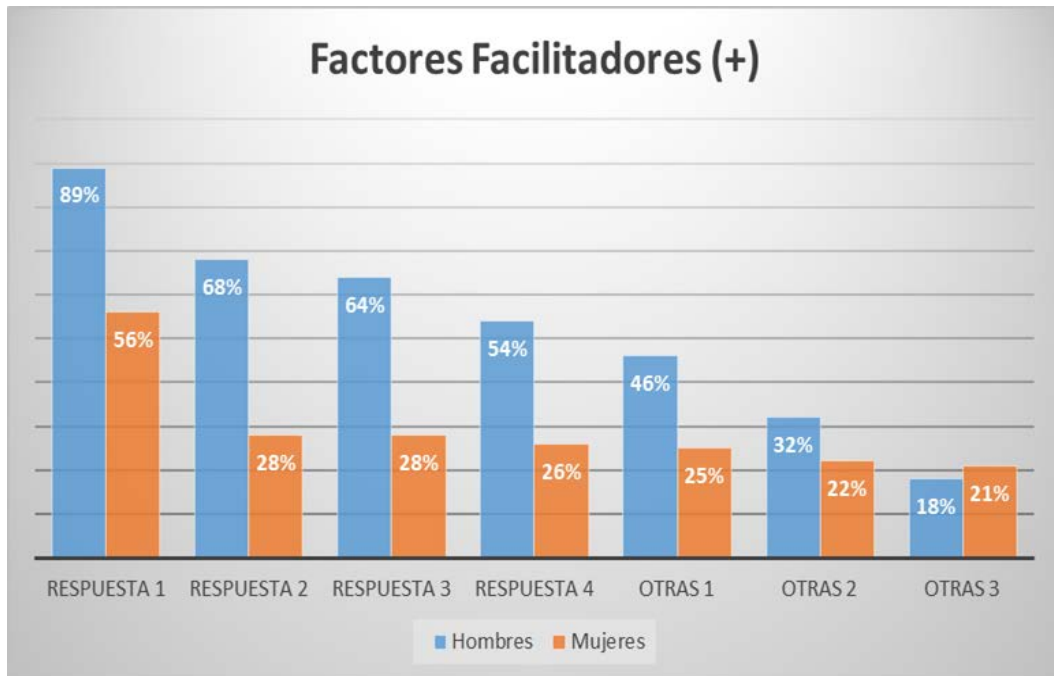
Lo que llama la atención es que son los hombres los únicos que manejan el hecho de ética y responsabilidad como factor que ayude a prevenir eventos adversos aunque sea en menor cantidad, a diferencia de las mujeres que no lo mencionan (Cuadro 3) (Gráfico 3).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cuadro 3. FACTORES FACILITADORES (+)					
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)		
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	
Menciona aspectos que Sí te facilitaron prevenir eventos adversos	➤ Realizar una buena Historia Clínica y tener Auxiliares de Diagnóstico	89%	➤ Iniciativa propia de buscar información del tema	56%	
	➤ Experiencias pasadas propias y ajenas de tratamientos	68%	➤ Realizar una buena Historia Clínica y tener Auxiliares de Diagnóstico	28%	
	➤ Iniciativa propia de buscar información del tema	64%	➤ Buenas enseñanzas por parte del docente en clase	28%	
	➤ Haber resuelto dudas preguntando al docente	54%	➤ Conocimiento adecuado de realización de tratamientos	26%	
	<i>Otras Respuestas</i>			<i>Otras Respuestas</i>	
	➤ Buenas enseñanzas por parte del docente en clase	46%	➤ Llevar a cabo correctos protocolos de control de infecciones	25%	
	➤ Nociones sobre eventos adversos	32%	➤ Realizar investigación (protocolos) de tratamientos	22%	
	➤ Ética y responsabilidad	18%	➤ Asesoría en clínica de los profesores	21%	

Fuente Directa.

GRÁFICO 3



Fuente Directa.



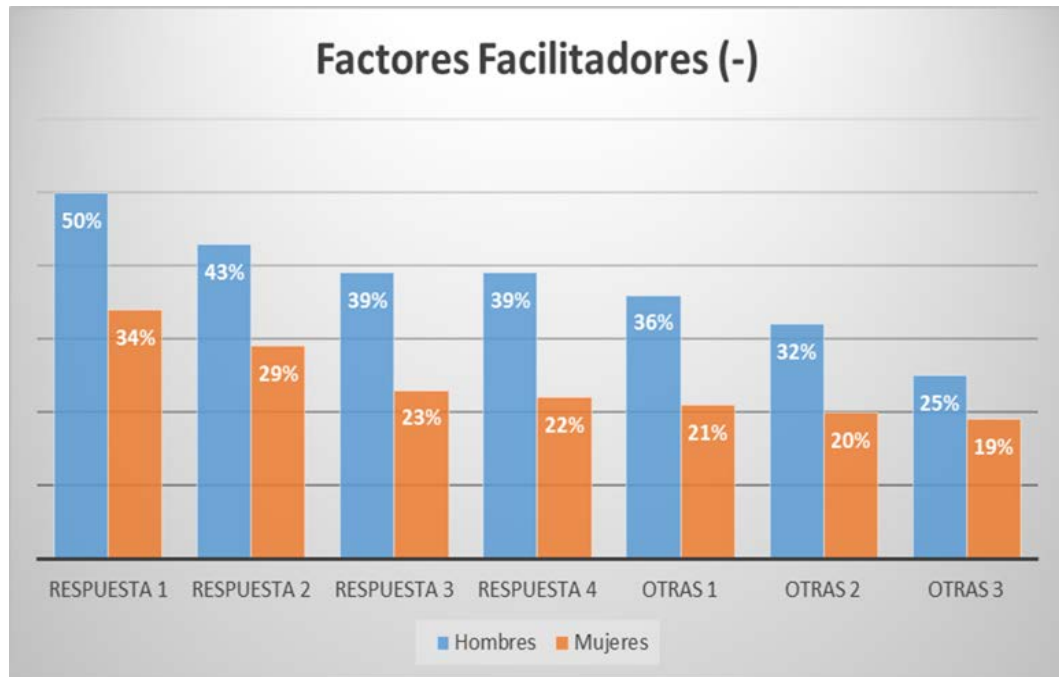
En los factores Facilitadores Negativos, tanto para hombres como mujeres coinciden en que el “desconocimiento del tema por ser poco espacio que se brinda en la facultad” es un factor crucial que no es facilita o ayuda para saber prevenir y enfrentar eventos adversos en la práctica, algo que apunta directo al sistema educativo en un sentido preocupante y que puede ser el punto de atención al problema, ya que el resto de las respuestas llegan a ser variadas en sentidos distintos. Además de reconocer que la falta de interés por el tema más en hombres que en mujeres tampoco ayuda a prevenir eventos adversos.

Entre otras respuestas, los hombres exponen el hecho de que priorizar la cantidad de trabajos sobre la calidad no ayuda a prevenir eventos adversos por enfocarse a terminarlos. Y así mismo ambos sexos creen que la falta de experiencia puede llegar a ser factor de dificultad para prevenir un evento adverso (Cuadro 4) (Gráfico 4).

Cuadro 4. FACTORES FACILITADORES (-)				
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)	
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%
Menciona aspectos que NO te facilitaron prevenir eventos adversos	➤ Desconocimiento del tema por ser poco espacio que se brinda en la Facultad	50%	➤ Desconocimiento del tema por ser poco espacio que se brinda en la Facultad	34%
	➤ Falta de interés por el tema	43%	➤ No contar con material necesario de calidad	29%
	➤ Falta de conocimiento de protocolos de seguridad	39%	➤ Falta de conocimiento de los tratamientos (no hacer protocolos)	23%
	➤ Falta de honestidad del paciente al proporcionar sus datos de salud	39%	➤ Falta de interés por el tema	22%
	Otras Respuestas		Otras Respuestas	
	➤ Presión de la materia o profesor al priorizar la cantidad Sobre la calidad en trabajo	36%	➤ Falta de honestidad del paciente al proporcionar sus datos	21%
	➤ Falta de experiencia	32%	➤ Falta de tiempo en clínica	20%
	➤ Insuficiente orientación del docente	25%	➤ Falta de experiencia en clínica	19%

Fuente Directa.

GRÁFICO 4



Fuente Directa.

FACTORES REFORZANTES (positivos y negativos)

Es una realidad que tanto para hombres como mujeres, la Gratitude y confianza del paciente es el máximo reforzante para conocer y prepararse sobre eventos adversos, pues siendo ésta la respuesta con mayor frecuencia se observa que es el valor humano un factor fuerte para superarse. En hombres la Satisfacción personal es un factor igual de importante, más que no haber dañado la salud del paciente ó haber realizado tratamientos de calidad y valorar la importancia de prepararse, que a diferencia de las mujeres, ellas consideran que haber hecho un tratamiento de calidad refuerza el conocimiento para evitar eventos adversos, más que la satisfacción personal y que estar preparado previamente sobre el tema. Entre otras respuestas se obtuvo que en menor cantidad su conocimiento se refuerza a través de la experiencia y del hecho de ver recuperada la salud del paciente. (Cuadro 5) (Gráfico 5).

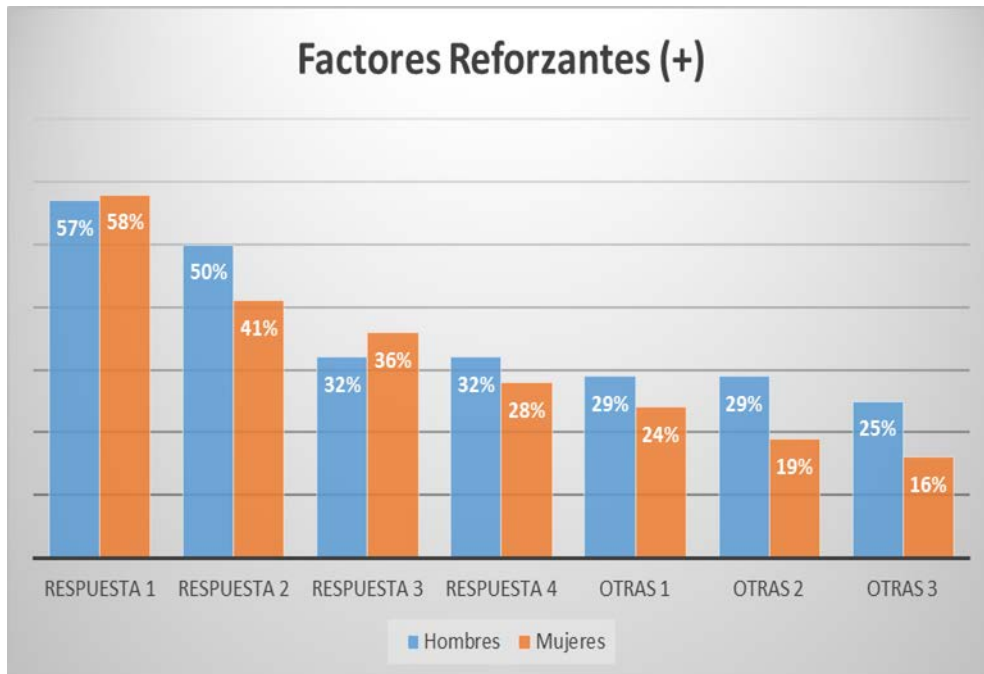


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cuadro 5. FACTORES REFORZANTES (+)					
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)		
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	
Menciona que observaste cuando SI lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica.	➤ Gratitud y confianza del paciente.	57%	➤ Gratitud y confianza del paciente.	58%	
	➤ Satisfacción personal (superación profesional).	50%	➤ Haber realizado tratamientos de calidad.	41%	
	➤ Valorar la importancia de prepararse.	32%	➤ Satisfacción personal (superación profesional).	36%	
	➤ No haber dañado la salud del paciente.	32%	➤ Valorar la importancia de prepararse.	28%	
	<i>Otras Respuestas</i>			<i>Otras Respuestas</i>	
	➤ Haber realizado tratamientos de calidad.	29%	➤ Adquirir más confianza y tranquilidad.	24%	
	➤ Haber adquirido más experiencia.	29%	➤ No haber dañado la salud del paciente.	19%	
	➤ Ver la salud del paciente recuperada.	25%	➤ Ver la salud del paciente recuperada.	16%	

Fuente Directa.

GRÁFICO 5



Fuente Directa.



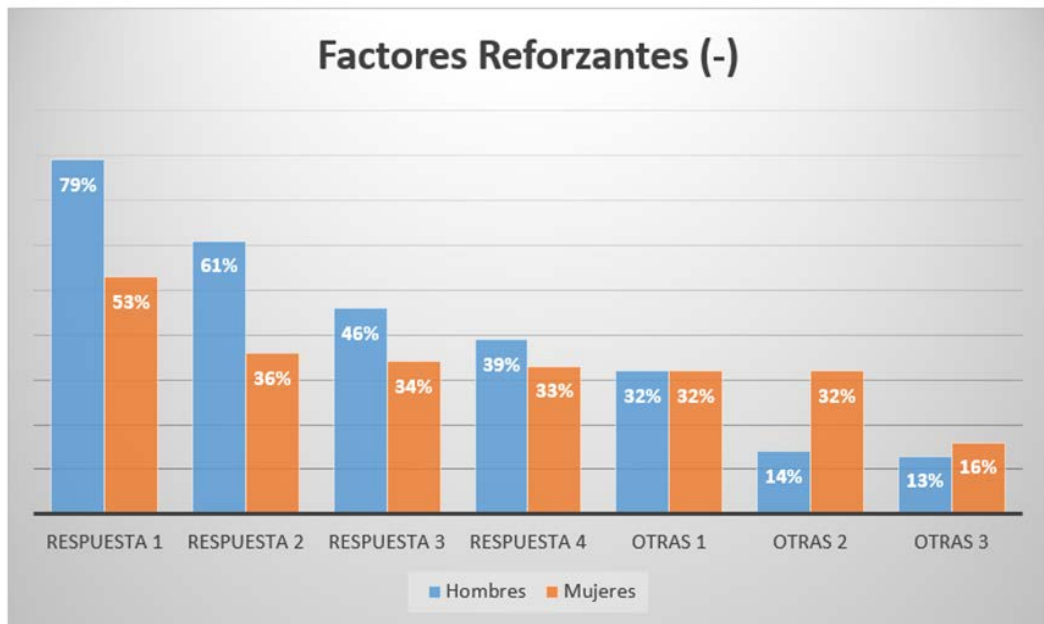
En cuanto a los factores reforzantes negativos, los hombres y mujeres consideran principalmente que la Inconformidad, molestia y pérdida de credibilidad del paciente es el factor que implica mayor responsabilidad e impulsa a conocer sobre eventos adversos. Algo a destacar, es que, los hombres a diferencia de las mujeres consideran el sentimiento de insatisfacción personal y personal como más importante o determinante para querer conocer sobre eventos adversos, pues las mujeres lo consideran en mucho menor medida, siendo su última categoría de respuestas importantes. Aun así, se observa que las mujeres valoran la importancia de prepararse después de haber enfrentado un evento adverso más que los hombres al observar la jerarquía de las respuestas. Nótese que en cuanto a la práctica, ambos sexos consideran que el fracaso en sus tratamientos lo consideran importante en la 3ra categoría de importancia. Se observa que entre las otras respuestas no reforzantes de menor frecuencia se encuentran la seguridad del paciente (pues no lo están considerando tan importante como lo anterior), además de buscar evitar experiencias desagradables personales (Cuadro 6) (Gráfico 6).

Cuadro 6. FACTORES REFORZANTES (-)				
Sexo Masculino (n = 28)			Sexo Femenino (n = 90)	
ITEM	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%	RESPUESTAS DE MAYOR FRECUENCIA	%
Menciona que observaste cuando NO lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica	➢ Inconformidad, molestia y pérdida de credibilidad del paciente.	79%	➢ Inconformidad, molestia y pérdida de credibilidad del paciente.	53%
	➢ Desconfianza, molestia e impotencia personal y profesional.	61%	➢ Valoras la importancia de prepararse para evitarlos (más interés).	36%
	➢ Fracaso de mis tratamientos.	46%	➢ Fracaso de mis tratamientos.	34%
	➢ Valoras la importancia de prepararse.	39%	➢ Desconfianza, molestia e impotencia personal y profesional.	33%
	<u>Otras Respuestas</u>		<u>Otras Respuestas</u>	
	➢ Afección leve o grave a la salud del paciente.	32%	➢ Afección leve o grave a la salud del paciente.	32%
	➢ Valoras la importancia de los protocolos de seguridad.	14%	➢ Experiencias desagradables personales (miedo, estrés, etc.)	31%
	➢ Experiencias desagradables personales (miedo, estrés, etc.)	13%	➢ Daño a mi prestigio.	16%

Fuente Directa.



GRÁFICO 6



Fuente Directa.



8. CONCLUSIONES

El Modelo Precede como herramienta para evaluar la percepción sobre los eventos adversos, nos permite dar cuenta de la falta de una cultura por la seguridad del paciente en la práctica odontológica a nivel licenciatura, por lo que consideramos absolutamente fundamental fomentar esta cultura de la seguridad del paciente entre los dentistas ejercientes, los pacientes y los gestores de la asistencia odontológica (pública o privada).

La inclusión de la temática de calidad, seguridad y temas afines en la atención estomatológica, en los planes y programas de formación, capacitación y educación continua de la Facultad de Odontología sería de vital importancia para atender no solo el aspecto de prevención en la práctica sino también de adoptar una conciencia ética por parte del Odontólogo hacia el paciente. Sobre ello concordamos y proponemos al igual que Jorge Estrada Triana, establecer los contenidos mínimos para cada área temática y proponer la modalidad para su inclusión en las mallas curriculares (asignatura, módulo, materia optativa, diplomado para titulación, curso extracurricular, entre otros), definir los mecanismos para la incorporación en los planes y programas de formación, capacitación y educación continua para el odontólogo, así como también, elaborar instrumentos y herramientas para la evaluación de la implantación de esta nueva estructura académica y a largo plazo la evaluación de su incorporación a la práctica odontológica

Se reconoce que las Instituciones Educativas como la Facultad de Odontología de la UNAM, son las responsables de proporcionar el conocimiento necesario a sus estudiantes acerca de los riesgos a los que expone la práctica odontológica, sus efectos y medidas de prevención. Por tanto, será necesario promover en los centros de profesionalización el desarrollo de una Práctica Odontológica dentro de los parámetros de Calidad y Seguridad, a través de un proyecto permanente y de constante



actualización, que favorezca la disminución de los eventos adversos que se presentan de manera constante durante el proceso de atención a la salud bucodental.

Es una realidad que el error médico puede ser producto de una actividad individual, grupal, o recaer en una organización de salud. Su presencia como evento adverso se encuentra relacionado directamente en las fallas que puedan haber en cuanto a conocimiento, seguimiento de reglas, habilidades o aspectos técnicos, y el hecho de ignorar su importancia así como de las necesidades que deben atenderse, se estaría faltando al cumplimiento de los valores y guías éticas que nos forman, pues consideramos que son vitales para una verdadera, adecuada y reconocida atención profesional en la salud.

Es primordial la creación de una cultura profesional sobre considerar los errores como existentes, pero que pueden ser prevenidos a futuro con un análisis, generación de conocimientos útiles para la prevención y la modificación de las prácticas clínicas identificadas como responsables, además de la creación de un ambiente protegido, libre de culpas, que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos, lo cual permitirá tener una valiosa información para el trabajo preventivo. El uso de reportes anónimos de incidentes en los servicios hospitalarios ha permitido identificar, analizar y crear políticas de prevención. Igualmente permite cuantificar los hechos y establecer metas en el tiempo.

Avedis Donabedian, maestro de la calidad en medicina, en la opinión acerca de la importancia del conocimiento como método preventivo: "...Para controlar algo, es necesario conocerlo; para conocerlo hay que definirlo y para definirlo hay que poder medirlo..."



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perea B, Santiago A, García F, Labajo E, Villa A. Seguridad del paciente en Odontología: gestión de riesgos sanitarios en Odontología. 2011; 16 (6): e805-9.
2. Alluéa N, Chiarelloa P, Bernal E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, Eugenia Sarsanedas E, Costa F. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac. Sanit. 2014; 28 (1): 48–54.
3. Languas S. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. Rev. Vía Salud 2009; abr-jun (48) 6-21.
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. OMS. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. Guía curricular sobre la seguridad del paciente. OMS. Versión preliminar en español. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf
6. Borrel F. Seguridad clínica en atención primaria. Enfoque sistémico. Elsev. Aten Primaria. 2012; 44(7): 417-424.
7. Perea B. Seguridad del paciente en Odontología. Cient. Dent. 2011; 8(1): 9-15.
8. Aguirre-Gas H, Vázquez Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir. Ciruj. 2006; 74: 495-503.



9. Cárcamo C. Atajos, beneficios, cegueras y distracciones, una nueva clasificación de los errores médicos. *Rev Chil Salud Pública* 2010; Vol 14 (1): 34-39.
10. Megan-Jane J. Patient safety ethics and human error management in ED contexts Part 1: Development of the global patient safety movement. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007;; 13-20.
11. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Sal. Uni.* 2007; 23 (1): 112-119.
12. Acosta E. 015 105 FO UNAM. SEM PREV ODONT. – Seguridad del paciente. 2013. Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=vjqPXO_onXE&list=FL9AlIPJelwIhzJsArwHqoNA&index=1
13. Ceriani-Cernadas José M, “La OMS y su iniciativa ‘Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente’”, *Arch Argent Pediat*, 2009; 107(5):385-6. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
14. Delgado M, Márquez H, Santacruz J. La seguridad del paciente: eje toral de la atención. Trabajo técnico de la DGCES. Disponible en:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_011.pdf
15. Fernández N. Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Arch. Argent. Pediatr.* 2004; 102 (5)/402.



16. Ruelas E, Sarabia O, Tobar W. Seguridad del paciente hospitalizado. México D.F.: Editorial médica panamericana, 2007. 122p. ISBN 978-968-9874-26).
17. Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS, *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009. Disponible en:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
18. Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil Terróna N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten. Prim.* 15 Junio 2006; 38 (1) 25-32. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13090027&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=148&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38n01a13090027pdf001.pdf
19. Mena N. Patricia. Error Médico y eventos adversos. *Rev Chil. Pediatr.* 2008; 79 (3): 319-326.
20. Suresh G, Horbar J, Plsek P, Garay J, Edwards W, Shiono P et al. Reporte Anónimo Voluntario de errores médicos en terapia intensiva neonatal. *Pediatrics.* 2004; 113 (6): 20-21.
21. Portales médicos. Fuente electrónica:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1283/1/Conocimiento-que-poseen-las-enfermeras-intensivistas-sobre-el-cuidado-al-paciente-politraumatizado-con-soporte-ventilatorio-antes-y-despues-de-participar-en-un-programa-educativo-teorico--practico.html>



22. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA, et al. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg.* 2010 May; 251:976-80.
23. Greenberg CC, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Gustafson ML, Zinner MJ, et al. Making the operating room of the future safer. *Am Surg.* 2006 Nov; 72:1102-8.
24. Secretaría de Salud (SS)/DGCES, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud, México, SS, 2007.*
25. Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. *Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Rev. CONAMED. Abr-Jun 2008; 13 (1): 17-22.*
26. Triana J, La enseñanza de la Odontología y su relación con la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED.* 2014; 19 (1): S3-S4.
27. Garza R. *Bioética, La toma de decisiones en situaciones difíciles. 1ª.ed. México D.F.: Editorial Trillas, 2006. Pp103-106.*
28. Garzón F. *Bioética. 1ª.ed. Bogotá: Editorial Editores 3R Colección Bioética, 2000.*
29. Hernández J. *Bioética General. 1ª.ed. México: Editorial Manual Moderno, 2002.*
30. *Código de Ética para el Área de Estomatología de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. México.2015.*



31. Gisper J. Conceptos de bioética y responsabilidad profesional médica. 3ª.ed. México: Editorial Manual Moderno, 2005. Pp.41-50.
32. García J, Owen E, Flores L. Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. Rev Psico. Y Sal. Ene-Jun 2005; 15 (1): 135-151.
33. Blank M. El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. Salus Rev. Fac. Cienc. Sal. Abril 2006; 10 (1): 18-25.
34. Cabrera G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Rev Colombia Médica. 2004; 35 (3): 164-168.
35. Universidad de Cantabria. Metodología de la Educación Para la Salud. Fuente electrónica disponible en:
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>
36. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª.ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2006. Pp 341-349.
37. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Internet. 2008. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
38. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Internet. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unicidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>



10. ANEXOS

Encuesta aplicada para evaluar la percepción sobre los eventos adversos basado en el Modelo de Educación para la Salud PRECEDE-PROCEED.

Formato de Encuesta.

La Facultad de Odontología ha implementado líneas de investigación epidemiológica, una de ellas se aboca al diseño de programas de Educación para la Salud, por lo tanto, te solicitamos contestes lo más verás la siguiente encuesta de forma anónima y la entregues el día indicado. Tu apoyo es de vital importancia, gracias.					
Conducta ante los eventos adversos producidos en la práctica odontológica (PRECEDE)					
FP +	Menciona las razones que SI te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.				
FP -	Menciona las razones que NO te motivaron para conocer los eventos adversos que se pueden producir por parte del estudiante de odontología.				
FF+	Menciona aspectos que SI te facilitaron prevenir eventos adversos.				
FF-	Menciona aspectos que NO te facilitaron prevenir eventos adversos.				
FR+	Menciona que observaste cuando SI se lograste prevenir algún evento adverso en la práctica odontológica.				
FR-	Menciona que observaste cuando NO se logró prevenir algunos eventos adversos en la práctica odontológica.				