



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CONOCIMIENTOS QUE SOBRE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE TIENE UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE LA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM 2011.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

NIDIA FABIOLA VARGAS GONZÁLEZ

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMIREZ SOBERÓN

ASESORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ



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.

## **A DIOS**

Por todas las bendiciones recibidas a lo largo de mi vida, ser mi guía en cada paso y nunca soltar mi mano.

## **A MIS PAPÁS**

Por todo su amor y apoyo incondicional, por impulsarme a seguir adelante día a día y por ser mi guía desde el comienzo. Porque este logro nunca lo hubiera conseguido de no ser por ustedes. Mil gracias por su confianza.

## **A MIS HERMANOS**

Ismael y Memo por todo su cariño y apoyo, por compartir todos estos años de lindos momentos. Porque sé están ahí siempre y por saber que puedo contar con ustedes.

## **A LUIS**

Por motivarme a nunca dejarme vencer ante ningún reto. Por ser participe en toda mi carrera de los buenos y malos momentos y siempre tener hermosas palabras de aliento.

## **A MIS AMIGAS**

Ale y Moni por darle el toque divertido a la universidad y por su apoyo en todos estos años.

## **A MI DIRECTORA DE TESINA**

C.D. María Concepción Ramírez Soberón por su colaboración, apoyo y paciencia en éste importante proyecto.

## **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Por brindarme más de lo necesario para una gran preparación.

Gracias

# ÍNDICE

	Página
1.INTRODUCCIÓN	4
2.ANTECEDENTES	6
3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
4.JUSTIFICACIÓN	28
5.OBJETIVOS	29
5.1 General	29
5.2 Específicos	29
6.METODOLOGÍA	30
6.1 Material y método	30
6.2 Tipo de estudio	31
6.3 Población de estudio	31
6.4 Muestra	31
6.5 Criterios de inclusión	31
6.6 Variables de estudio	32
6.7 Variable independiente y variable dependiente	32
7. RESULTADOS	33
8. CONCLUSIONES	41
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

# 1. INTRODUCCIÓN

---

La seguridad del paciente es una característica que se presenta mundialmente en todos los niveles de atención en salud y se ha convertido en uno de los ejes de la asistencia sanitaria en los últimos años.

Es una disciplina relativamente nueva, cuyo objetivo es reducir el daño sufrido por los pacientes como consecuencia de la atención sanitaria e identificar oportunidades para mejorar los resultados de las intervenciones médicas. Según el Grupo de Trabajo de Definición de Prioridades de Investigación en Seguridad del Paciente de la OMS, “diez millones de pacientes en todo el mundo son víctimas cada año de lesiones discapacitantes o mortales provocadas por una atención médica insegura”.

En el ámbito odontológico la seguridad de los pacientes ha sido una de las preocupaciones intrínsecas pero las propuestas son escasas y no existe en la bibliografía disponible ningún “plan de gestión de riesgos sanitarios” específico para odontología.

Se puede suponer que la razón por la que no se considera de alta prioridad en el ámbito sanitario es porque la morbilidad, mortalidad y el impacto financiero de un error humano en el entorno dental es significativamente menor que el observado en medicina y esto a su vez puede dar al odontólogo una falsa sensación de seguridad.

Sin embargo a pesar que la magnitud y la complejidad de las cuestiones de seguridad del paciente en odontología, difieren de las que se encuentran a nivel hospitalario, las actitudes hacia los temas de seguridad no deben ser subestimadas.

Es de suma importancia que los estudiantes de la Facultad de Odontología al ser parte de una educación en salud y al brindar atención a pacientes dentro de la misma, cuenten con la preparación necesaria para evitar en lo posible eventos adversos dentro de la práctica y proporcionen a cada uno de los pacientes una atención más segura.

## 2. ANTECEDENTES

---

La falta de seguridad de los pacientes es un problema que se presenta en todos los países –desarrollados o en vías de desarrollo- y en todos los niveles de atención en salud.

Los efectos indeseables derivados de la prestación de atención de salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismo o muerte. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte. La situación es más grave en los países en desarrollo, donde millones de personas sufren problemas crónicos de salud o discapacidades que hubieran podido evitarse, cuando no mueren por culpa de errores médicos, transfusiones de sangre sin garantías, medicamentos falsificados o de calidad inferior a la norma y sobre todo prácticas inseguras realizadas en condiciones de trabajo inadecuadas.<sup>1</sup>

Las principales características del problema son que afecta a un gran número de pacientes en todos los países; tiene numerosas causas, relacionadas con los sistemas y procedimientos así como los errores humanos; existen formas comprobadas de reducir el problema, pero muchos establecimientos de salud todavía no han adoptado esos métodos y no se brinda un contexto claro para la investigación como también para el seguimiento y la evaluación de la eficacia de las medidas correctivas.<sup>2</sup>

Las infecciones relacionadas con la atención médica afectan a cientos de millones de pacientes cada año, lo cual ocasiona altos costos imprevistos para el paciente y sus familiares, enormes cargas económicas adicionales para los diferentes sistemas de salud en el mundo, generan hospitalizaciones más prolongadas, pueden generar discapacidades y elevan la mortalidad. Es por ello que debe existir un control de calidad efectivo que

contemple la capacitación, el manejo de datos e información, el mantenimiento y uso de medidas adecuadas limpias y así proveer una atención segura.<sup>3</sup>

Para ayudar en la investigación y en la búsqueda de soluciones, es necesario contar con una taxonomía sobre cuestiones de seguridad del paciente, un conjunto común de conceptos, principios y normas para la notificación y el análisis. Es por ello que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente llevó a cabo un programa de trabajo que tuvo el propósito de definir los conceptos relativos a la seguridad del paciente y agruparlos en una clasificación internacionalmente reconocida que favorezca el aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente llevó a cabo un programa de trabajo con el propósito de definir los conceptos relativos a la seguridad del paciente y agruparlos en una clasificación internacionalmente reconocida que favorezca el aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas.

La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) se llevó a cabo con la finalidad de permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente). La CISP se ha ideado para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.

La CISP aún no es una clasificación completa, se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira ofrecer una



comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y unos conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias.

La CISP elaboró un marco conceptual formado por diez clases superiores que integran el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente y fueron concebidas para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente. Su objetivo es representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos y la recuperación de los incidentes.

Se han definido 48 conceptos clave y se les han asignado términos preferidos, los cuales representan el inicio de un proceso continuo orientado a lograr una comprensión internacional común cada vez mejor de los términos y conceptos relacionados con ella.

La finalidad del marco conceptual de la CISP es ofrecer un método de organización de los datos y la información sobre seguridad del paciente que es muy necesario y que permitirá agregarlos y analizarlos para facilitar la comprensión y transferencia de la información relacionada con la seguridad del paciente, así mismo con miras a:

- Comparar los datos sobre seguridad del paciente entre disciplinas, entre organizaciones, entre países y a lo largo del tiempo.
- Analizar los papeles que desempeñan los factores humanos y de los sistemas en la seguridad del paciente.
- Identificar posibles problemas de seguridad del paciente.
- Fijar prioridades y concebir soluciones relacionadas con la seguridad.

Las 10 clases superiores que integran el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente fueron concebidas para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente. Su objetivo es representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos y la recuperación de los incidentes.

Las diez clases superiores son:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Cada clase cuenta con subdivisiones dispuestas jerárquicamente. Estos conceptos pueden estar representados por una serie de términos que den razón de dialectos regionales, diversos idiomas, distintas disciplinas clínicas o preferencias del proveedor de asistencia sanitaria o del paciente.

La clase *tipo de incidente* es un término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas, como «proceso clínico/procedimiento».

Aunque cada concepto de tipo de incidente es singular, un incidente relacionado con la seguridad del paciente puede clasificarse como más de un tipo de incidente.

La clase *resultados para el paciente* contiene los conceptos relacionados con las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Los resultados para el paciente pueden clasificarse según el tipo, el grado de daño, y el impacto social o económico.

En conjunto, las clases *tipo de incidente* y *resultados para el paciente* tienen por objeto agrupar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en categorías clínicamente pertinentes.

Existen cuatro clases que dan cuenta de la información descriptiva pertinente que confieren contexto al incidente, las cuales son:

- Las *características del paciente* clasifican la información demográfica del paciente, la razón original por la que se solicitó atención sanitaria, y el diagnóstico principal.
- Las *características del incidente* clasifican la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, como en qué momento y lugar del paso del paciente por el sistema de salud tuvo lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.
- Los *factores/peligros contribuyentes* son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo, y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la

seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.

- Los *resultados para la organización* se refieren a las repercusiones para la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente. Abarcan las consecuencias directas para la organización, como el aumento de los recursos asignados a la asistencia del paciente, la atención de los medios de comunicación o las ramificaciones jurídicas, a diferencia de las consecuencias clínicas o terapéuticas, que se consideran resultados para el paciente.<sup>4</sup>

Existe una relación compleja entre el tipo de incidente y los factores contribuyentes. Según el contexto, la circunstancia o el resultado, el mismo incidente o circunstancia puede ser percibido como un incidente o un factor contribuyente.

Un incidente se acompaña siempre de una serie de factores contribuyentes. Aunque un incidente puede ser un factor que contribuya a la aparición o al desarrollo de otro incidente, algunos factores contribuyentes no pueden ser incidentes en sí mismos. Por ello, un incidente puede designarse como un tipo de incidente principal según reglas administrativas específicas del contexto (p. ej., el incidente más próximo al resultado para el paciente identificado), el diseño de un sistema de información o el tipo de análisis de los datos.

Las clases *detección, factores atenuantes, medidas de mejora y medidas adoptadas para reducir el riesgo* dan cuenta de información relacionada con la prevención, la recuperación del incidente y la resiliencia del sistema.

Juntos, la detección y los factores atenuantes representan la recuperación del incidente (es decir, la prevención secundaria). Las medidas

de mejora son las utilizadas en la fase de rescate de la recuperación del incidente (es decir, la prevención terciaria).

Las medidas tomadas para reducir el riesgo representan el aprendizaje colectivo basado en la información clasificada en las diez clases y necesario para lograr la mejora del sistema, la reducción del riesgo y la mejora de la atención al paciente.

El concepto de recuperación del incidente, derivado de la ingeniería industrial y la teoría del error, es especialmente importante cuando se trata de aprender de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Es el proceso mediante el cual se identifica, comprende y corrige un factor o un peligro contribuyente, con lo que se impide que evolucione hacia un incidente relacionado con la seguridad del paciente. La recuperación del incidente y la *resiliencia* (en el contexto de la CISP, la *resiliencia* es «el grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes» para que una organización pueda recuperar su capacidad original de prestar funciones básicas) proporcionan el contexto para discutir la detección, la atenuación, la mejora y la reducción de riesgos.

La *detección* se define como una acción o circunstancia que permite descubrir un incidente. Por ejemplo, un incidente puede detectarse por un cambio en la situación del paciente o mediante un monitor, una alarma, una auditoría, un examen o una evaluación de riesgos. Los mecanismos de detección pueden estar incorporados al sistema como barreras oficiales o establecerse de forma no estructurada.

Los *factores atenuantes* son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente. Se conciben para reducir todo lo posible dicho daño una vez que el error se ha producido y ha puesto en marcha mecanismos de control del daño.

Juntas, la detección y la atenuación pueden impedir que la progresión de un incidente alcance al paciente o lo dañe. Si el incidente causa daño, pueden adoptarse medidas de mejora.

Las *medidas de mejora* son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente. Se aplican al paciente (tratamiento clínico de una lesión, presentación de disculpas) y a la organización (reunión informativa con el personal, cambios de cultura, gestión de reclamaciones).

Las *medidas adoptadas para reducir el riesgo* se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema. Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño o la probabilidad de daño asociado a un incidente. Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzadas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan.

### **Conceptos clave y términos preferidos de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**

Estos conceptos representan el inicio de un proceso continuo orientado a una comprensión internacional común cada vez mejor de los términos y conceptos del ámbito de la seguridad del paciente. El uso coherente de conceptos clave con definiciones acordadas y términos preferidos, unido a un marco conceptual amplio, pero adaptable, ayuda a los

investigadores a entender el trabajo de sus colegas facilitando así mismo la recopilación, la agregación y el análisis sistemáticos de información pertinente. Esto permite comparar entre sí establecimientos sanitarios y jurisdicciones, y hacer un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo.<sup>4</sup>

Los conceptos básicos manejados en seguridad del paciente son:

- Paciente.- Persona que recibe atención sanitaria.
- Atención sanitaria.- Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo.
- Salud.- La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».
- Seguridad.- Es la reducción del riesgo de daños innecesarios 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 prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- Peligro.- Una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

- Circunstancia.- Una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.
- Evento.- Algo que le ocurre a un paciente o que le atañe.
- Agente.- Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
- Seguridad del paciente.- Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con 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 prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- Gestión de riesgos sanitarios.- Trata de identificar, evaluar y tratar problemas que pueden causar daño a pacientes, llevar a denuncias de mala práctica y producir pérdidas económicas innecesarias a los proveedores sanitarios.
- Daño asociado a la atención sanitaria.- Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Incidente relacionado con la seguridad del paciente.- Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. En el contexto de la CISP, los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se denominarán simplemente incidentes. El uso del adjetivo «innecesario» en esta definición reconoce que en la asistencia sanitaria se producen errores,



infracciones, casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros. Incidente.- Puede ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso).

- Circunstancia notificable.- Es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.
- Cuasiincidente.- Incidente que no alcanza al paciente.
- Incidente sin daños.- Es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable.
- Incidente con daños (evento adverso) es un incidente que causa daño al paciente.
- Daño.- Alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.
- Evento adverso.- Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas. Resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error. Evento u omisión que surge durante la atención clínica y causa lesiones físicas o psicológicas a un paciente. Consecuencia negativa de la atención que da lugar a una lesión no buscada o una enfermedad que podía haber sido o no prevenible. Son causados por complicaciones

medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el servicio de urgencias.<sup>4,5,16</sup>

- Error.- Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.
- Infracción.- Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. Los errores son, por definición, involuntarios, mientras que las infracciones suelen ser intencionadas, aunque raramente maliciosas, y pueden llegar a hacerse rutinarias y automáticas en algunos contextos.
- Accidente.- Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que produce daños al paciente o cualquier otro tipo de daño (materiales, personal sanitario, etc.).
- Negligencia.- El hecho (por lo general por parte de un médico u otro profesional sanitario) de no proceder con la diligencia, la prudencia o la competencia ordinaria, razonable, habitual o esperable (que aplicarían habitualmente otros médicos acreditados al tratar a pacientes similares) en el desempeño de una obligación legalmente reconocida, lo que ocasiona daños, lesiones o pérdidas previsibles a

otros; la negligencia puede ser un acto de omisión (es decir, involuntario) o de comisión (es decir, intencionado), caracterizado por falta de atención, imprudencia, inadvertencia, desconsideración o desorden; en la atención sanitaria, la negligencia implica una práctica médica de calidad inferior a la «práctica de referencia» que habría ejercido un profesional con la misma formación en circunstancias similares.<sup>4,5,8</sup>

- Riesgo.- Probabilidad de que se produzca un incidente.
- Enfermedad.- Disfunción fisiológica o psicológica.
- Lesión.- Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- Sufrimiento.- Consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.
- Discapacidad.- Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- Control de infecciones.- Políticas y procedimientos utilizados para prevenir la transmisión de una infección de una persona infectada a otra. El término se utiliza en relación con la protección de los profesionales y otros trabajadores que puedan tener contacto con el paciente contagioso, y la protección de los demás pacientes. Las medidas de control de la infección comprenden el uso de indumentaria de protección, el lavado de manos, las precauciones contra pinchazos,

la descontaminación (del entorno y la ropa de cama del paciente), la eliminación de desechos y la correcta manipulación de las muestras de laboratorio.<sup>3,4,6</sup>

- Error profesional en odontología.- 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 acaban causando daño al paciente.<sup>5</sup>

La máxima “Ante todo, no hacer daño” se atribuye a Hipócrates. Si bien no se sabe si él en realidad la pronunció, esta oración perdura como una expresión de lo que debería ser el principio fundamental en la atención de salud; los profesionales de la salud deben hacer lo posible por mejorar la salud de los pacientes y no perjudicarla por culpa de errores.

El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe “Error es Humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro”, el cual concluyó que entre 44,000 y 98,000 personas mueren cada año como resultado de errores médicos prevenibles.<sup>9</sup>

El problema de la seguridad del paciente ha sido una preocupación que ha venido aumentando entre el público en los últimos años, por lo que un número cada vez mayor de profesionales de la medicina, de expertos en salud pública y de defensores de los pacientes no han dejado de abordarlo.

En la 55° Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2002, se aprobó una resolución sobre el tema en la que instaba a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”.<sup>11</sup>

Dos años después de aprobada dicha resolución en octubre de 2004, en la sede de la Organización Panamericana de Salud, la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad de 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 cuya meta es consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo.<sup>17</sup>

Una de las primeras iniciativas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es la de “Seguridad para el paciente en todo el mundo 2005 – 2006”, cuyo lema es “La atención con higiene es una atención más segura”. Tomando en cuenta 5 ámbitos principales: manos limpias, métodos limpios, productos limpios, entornos limpios y equipos limpios. La higiene de las manos es la medida primordial para reducir infecciones relacionadas con la atención médica, sin embargo aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento entre los prestadores de atención médica representa el principal problema.<sup>11</sup>

La campaña promueve una técnica de lavado de manos en cinco momentos esenciales, el cual centra su atención en:

- Mejorar las normas y prácticas de higiene de las manos en la atención médica y en ayudar a aplicar las intervenciones eficaces.
- Promover que los diferentes sistemas de salud adopten el Reto involucrando a sus pacientes, usuarios, familiares y a los prestadores de atención médica en los planes de acción para lograr mejoras.
- Esto bajo la premisa de que “una atención más limpia es una atención más segura”, no es una opción, sino un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad”.<sup>12</sup>

Según un estudio de la Universidad de Harvard, presentado en el programa 2005 de la nueva alianza, indica que el 70% de los efectos adversos producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporarias y un 14% de ellos en la muerte del paciente. Y también es grande el impacto económico de este problema. Otros trabajos han revelado que la hospitalización adicional, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, los ingresos perdidos, la discapacidad y el costo de gastos médicos oscila, de acuerdo al país, entre los 6 mil millones y 29 mil millones de dólares al año.<sup>7</sup>

En el 2006, el Dr. Poul Erik Petersen, jefe de del programa de salud bucal de la OMS, fue invitado a ser el primer ponente del premio memorial del Dr. John S. Zapp de la OSAP. Durante su asistencia a la reunión, él enfocó a la organización a trabajar con él como parte del desafío global de seguridad del paciente para traducir la evidencia científica actual y la información disponible para el control de infecciones con énfasis en los temas sobre cuidado de salud bucal. El objetivo de este trabajo era desarrollar un documento escrito, “Guías prácticas para el control de infecciones en ámbitos de salud bucal” para proporcionar un marco para el cuidado de salud bucal seguro.<sup>15</sup>

Por su parte la Organización Panamericana de Salud junto con la OMS en la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana de la 59° sesión del comité regional celebrada en Washington, DC, Estados Unidos en Octubre del 2007 publicó “Política regional y estrategia para asegurar la calidad del cuidado de salud, incluyendo seguridad del paciente”, donde se menciona que la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es un aspecto del cuidado de salud esencial que atañe los objetivos de salud nacional y así mismo la mala calidad de la atención de salud impone una muy pesada carga sobre la sociedad y los sistemas de salud. También presenta indicadores selectos de la calidad del cuidado de la salud y seguridad del paciente en la Región de las Américas. De igual manera se menciona que es importante tomar medidas inmediatas en los planos nacional y regional para asegurar que los sistemas de salud proporcionen efectivos, seguros, eficientes, accesibles, apropiados y satisfactorios cuidados de salud para los usuarios.<sup>13,14</sup>

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 cuyos objetivos primordiales entre otros son:

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.<sup>6</sup>

En México el 1° de octubre de 2008, la Secretaría de Salud se suma al esfuerzo propuesto por la OMS, lanzando la Campaña Sectorial “Esta en tus manos”, cuyos objetivos principales son:

- Proteger la seguridad de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud.
- Recordar a los profesionales de la salud la importancia la importancia que tiene la correcta higiene de manos en la prevención de infecciones.
- Homologar los criterios sobre las técnicas de higiene, capacitar al personal y facilitar el uso de .soluciones alcoholadas.<sup>12</sup>

Así mismo en Octubre de 2008 la Alianza mundial para la Seguridad del paciente de la OMS dio a conocer en declaración en Londres un documento en el cual los pacientes hablan en defensa de su Seguridad, menciona lo siguiente: “Nosotros, Pacientes en Defensa de su Seguridad, vislumbramos un mundo diferente en el cual los errores de la atención de salud no dañen a las personas. Somos socios en el esfuerzo por prevenir todo daño evitable en la atención de salud. El riesgo y la incertidumbre son compañeros constantes, por eso nos unimos en el diálogo y tomamos parte en la atención junto con los profesionales sanitarios. Unimos nuestras fuerzas como defensores de una atención que no cause daño ni en el mundo en desarrollo ni en el mundo desarrollado. Estamos comprometidos con la difusión de persona a persona, de pueblo a pueblo, de país a país. Tenemos derecho a recibir asistencia sanitaria segura y no dejaremos que prospere la



cultura actual del error y la negación. Pedimos honestidad, franqueza y transparencia. Haremos que reducir los errores de la asistencia sanitaria sea un derecho humano básico que preserve la vida en todo el mundo”.<sup>18</sup>

De igual manera establece que los pacientes colaborarán de manera conjunta a manera de socios para:

- La creación y promoción de programas para la seguridad del paciente y el empoderamiento de los pacientes.
- La promoción y puesta en marcha de un diálogo constructivo con todos los socios pertinentes para la seguridad del paciente.
- La creación de sistemas que permitan informar y abordar el daño provocado por la atención de salud a escala mundial.
- La definición de las prácticas óptimas para abordar el daño provocado por la atención de salud de todo tipo y la promoción de esas prácticas en todo el mundo.<sup>10</sup>

La Guía de Programas de Seguridad del Paciente de la OMS, elaborada desde una perspectiva multiprofesional, se publicó por primera vez en 2009, para proporcionar a las facultades de Medicina una orientación pedagógica a la hora de enseñar el tema de la seguridad del paciente. A raíz del creciente reconocimiento de los daños causados por la atención médica, la OMS inició una revisión de la Guía e invitó a la FDI, Federación Dental Internacional a participar como protagonista en el proyecto junto a la Confederación Internacional de Parteras y la Alianza Mundial de Profesiones de Salud, de la que forman parte la FDI, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación Farmacéutica Internacional y la Asociación Médica Mundial.<sup>15</sup>

Donde el Dr. David Alexander, Director Ejecutivo de la FDI, afirmó: “La FDI se complace en colaborar con la Organización Mundial de la Salud y

otros líderes en el ámbito sanitario como la OSAP y la IFDEA (que son miembros de la FDI), en este importante trabajo para mejorar la Seguridad del Paciente” y agregó: “Al igual que los esfuerzos que hemos desplegado en la creación y distribución del Manual de Ética Odontológica, la revisión exhaustiva de un recurso serio y de calidad en materia de seguridad del paciente en el ámbito odontológico responde a una obvia necesidad planetaria”.<sup>15</sup>

Por otro lado en el 2009 en Colombia se publica una Guía técnica “Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, cuyo propósito es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la implementación práctica de los lineamientos mencionados en su documento del 2008 en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, ya sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.<sup>16</sup>

En Ginebra, Suiza, el 25 de marzo del 2010, la FDI participa en la revisión oficial de la Patient Safety Curriculum Guide (PSGC) (Guía de Programas de Seguridad del Paciente) de la OMS, a la par de Organización de Seguridad y Procedimientos de Asepsia (OSAP), la Federación Internacional de Asociaciones y Educadores Odontológicos (IFDEA) y otras importantes asociaciones profesionales de medicina a nivel mundial.<sup>15</sup>

Así mismo en el 2010 en Colombia se publica “Gestión de riesgos adversos en Odontología” en el que se hace una solicitud a notificar voluntariamente, día a día, las actividades de los colaboradores del sector salud, pues se pueden presentar oportunidades de detectar eventos

adversos generados en los procedimientos y los profesionales deben tener la capacidad de identificarlos, registrarlos, gestionarlos o promover la gestión necesaria para evitar la recurrencia de dichos eventos adversos, con el fin de contribuir a mejorar la seguridad de la atención de los usuarios y a reducir costos sin degradar la calidad.<sup>12</sup>

En nuestro país se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud, uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de infecciones, importancia del factor humano en los eventos adversos, cambio de cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención. Aunque en el ámbito dental no se ha creado aún ningún programa o protocolo específico para odontología.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

La falta de seguridad hacia los pacientes es un problema que se presenta a nivel mundial y aunque la preocupación por no hacer daño al paciente ha sido algo intrínseco a la práctica sanitaria desde su inicio, conseguir una atención segura debe ser una prioridad en todas las profesiones sanitarias.

En el ámbito dental no debe dejarse de lado este problema pues, a pesar de que los daños son por lo general más leves es importante considerar que la odontología debe ser más activa en todo lo relacionado con la seguridad del paciente.

La pregunta que surge es que tanto conocen y que tanta importancia le dan los alumnos de la facultad al tema de seguridad del paciente.

## 4. JUSTIFICACIÓN

---

Debido a que este tema no es del todo conocido ni abordado en el programa de estudios de la Facultad es imperante establecer la importancia que tiene el que los estudiantes de la Facultad de Odontología conozcan y aprendan acerca de la seguridad del paciente y así poder llevar a cabo una práctica más segura.

Al obtener información acerca de los conocimientos y actitudes de los estudiantes de la facultad hacia la seguridad del paciente se podrán detectar los principales problemas y mejorar las medidas dentro de la práctica en su educación y posterior desarrollo profesional.

## **5. OBJETIVOS**

---

### **5.1 GENERAL**

Determinar los conocimientos que sobre seguridad del paciente tiene una muestra de alumnos de la Facultad de Odontología, de la UNAM en el periodo 2011 – 2012.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- Determinar el nivel de conocimientos que tiene una muestra de alumnos de la Facultad de Odontología, sobre seguridad del paciente por grado escolar.
- Determinar el nivel de conocimientos que tiene una muestra de alumnos la Facultad de Odontología sobre seguridad del paciente por sexo.

## 6. METODOLOGÍA

---

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Con el fin de evaluar los conocimientos de los alumnos se elaboró un cuestionario con preguntas alusivas al tema, que se repartieron en los grados de segundo a quinto, se eliminó el primer año porque se consideró que todavía no se cuenta con la información necesaria ya que este trabajo se llevó a cabo a los dos meses de haber dado inicio el ciclo escolar.

La encuesta se llevó a cabo en las aulas de la Facultad de Odontología, de la UNAM, que fue elegida por ser una escuela de salud educativa que atiende un gran número de pacientes cada año y que brinda atención a los mismos dentro de la misma facultad.

La encuesta se conformó de 16 preguntas: 15 de ellas de opción múltiple y una última abierta para evaluar un concepto básico dentro del tema a tratar.

Los recursos empleados para este trabajo fueron los siguientes:

- Recursos humanos:
  - Tutora
  - Asesora
  - Tesista
  
- Recursos materiales
  - Hojas de encuesta
  - Lápices

- Recursos financieros
  - Corrieron a cargo de la tesista.
  
- Infraestructura:
  - Aulas de la Facultad de Odontología, UNAM.

## **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Este trabajo es un estudio transversal descriptivo.

## **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Alumnos inscritos en la Facultad de Odontología, de la UNAM, México D.F. en el periodo escolar 2011 - 2012

## **6.4 MUESTRA**

84 alumnos de género femenino y masculino 18 a 27 años de edad, del turno matutino de segundo a quinto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología, UNAM.

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Estudiantes de 18 a 27 años de edad de México D.F.
- Estudiantes inscritos en el ciclo escolar 2011 – 2012 del turno matutino de segundo a quinto año de la Facultad de Odontología, que quisieron participar.



## **6.6 VARIABLES DE ESTUDIO:**

- Grado escolar: Se asentará en año cursado.
- Edad: Se asentará en años cumplidos.
- Conocimientos del tema: Se determinará como presentes o ausentes.

## **6.7 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE**

- Variable independiente:
  - Los conocimientos que sobre seguridad del paciente tienen una muestra de alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, 2011.
  - Edad
  - Sexo
- Variable dependiente:
  - Seguridad del paciente.

## RESULTADOS

De un total de 84 encuestas contestadas por estudiantes de odontología. El género se distribuyó de la siguiente manera (Figura 1):

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
ESTUDIANTES ENCUESTADOS	63	21	84

Figura1

Fuente directa

La distribución porcentual de los alumnos que conformaron la muestra por grado que cursan actualmente fue:

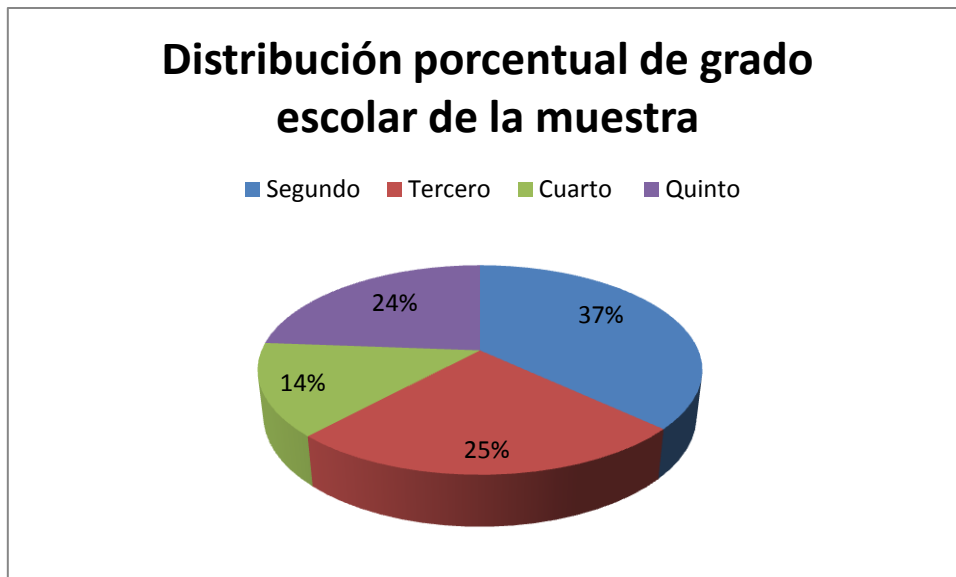


Figura 2

Fuente directa

31 alumnos (37%) corresponden a segundo año, 21 (25%) a tercer año, 12 (14%) a cuarto año y 20 (24%) a quinto año. (Figura 2)

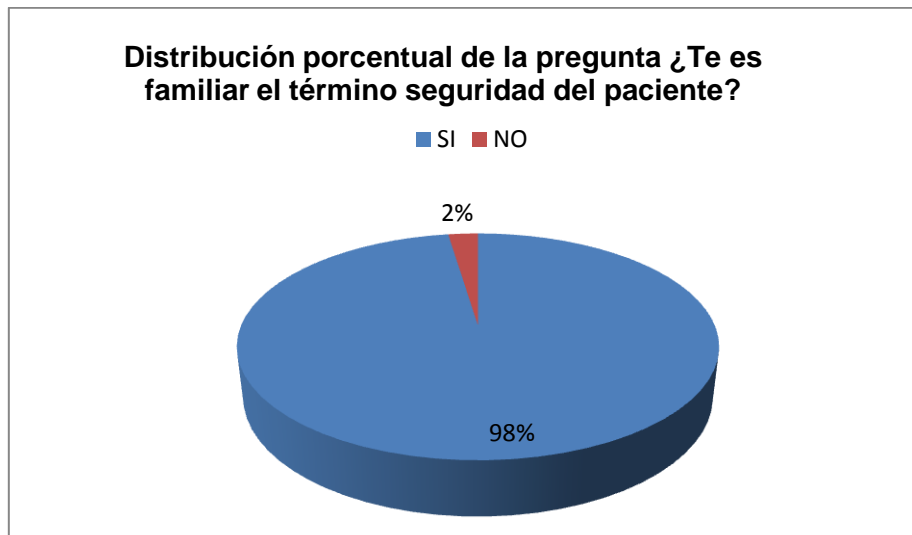


Figura 3

Fuentes directa

De los 84 encuestados a 82 les es familiar el término seguridad del paciente. (Figura 3)

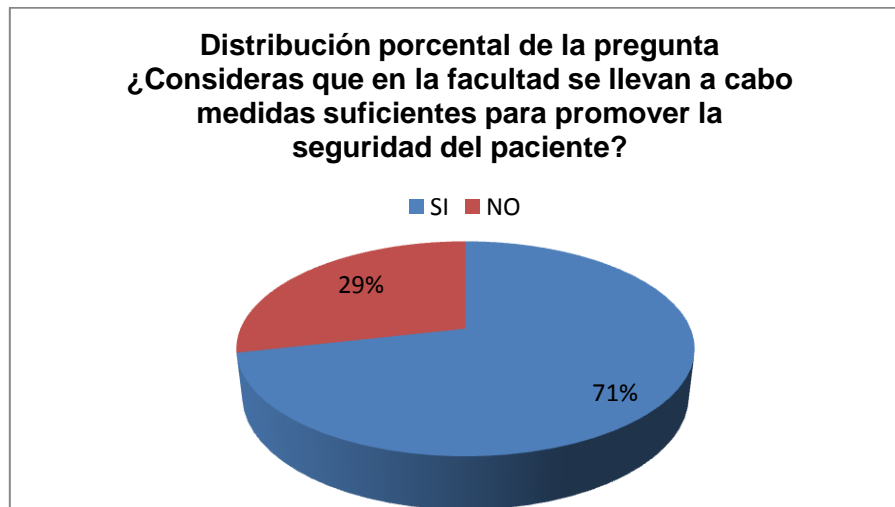


Figura 4

Fuente directa

60 (71%) alumnos, consideran que en la facultad se llevan a cabo medidas suficientes para promover la seguridad del paciente, los 24 (29%) restantes consideran insuficientes las medidas. (Figura 4)

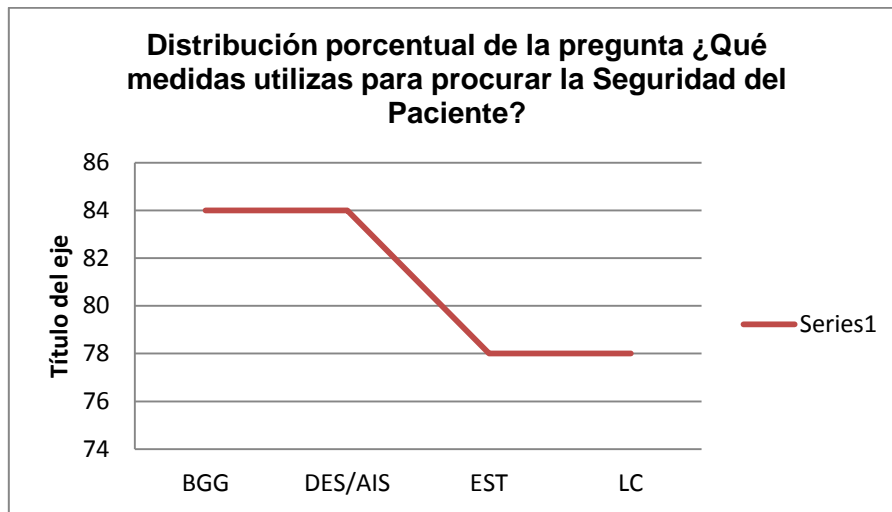


Figura 5

Fuente directa

Dentro de las medidas que se utilizan en las clínicas de la facultad el 100% dice utilizar gorro, bata, guantes (BGG), así como desinfección y aislamiento de la unidad (DES/AIS), 78 alumnos (92%) esterilizan el material, incluyendo piezas de mano (EST) y utilizan lentes de seguridad y campo para el paciente (LC). (Figura 5)

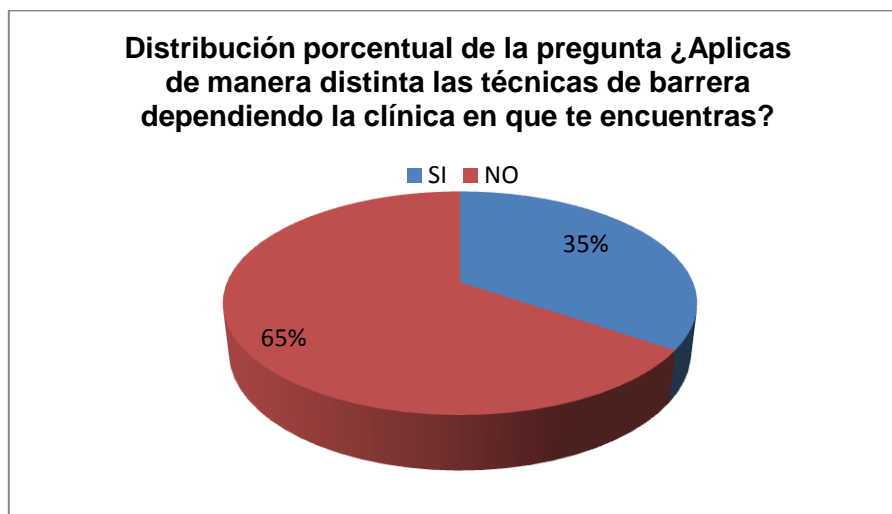


Figura 6

Fuente directa

29 (35%) alumnos aplican distintas técnicas de barrera dependiendo la clínica en que se encuentran y 55 (65%) las aplican de forma indistinta. (Figura 6)

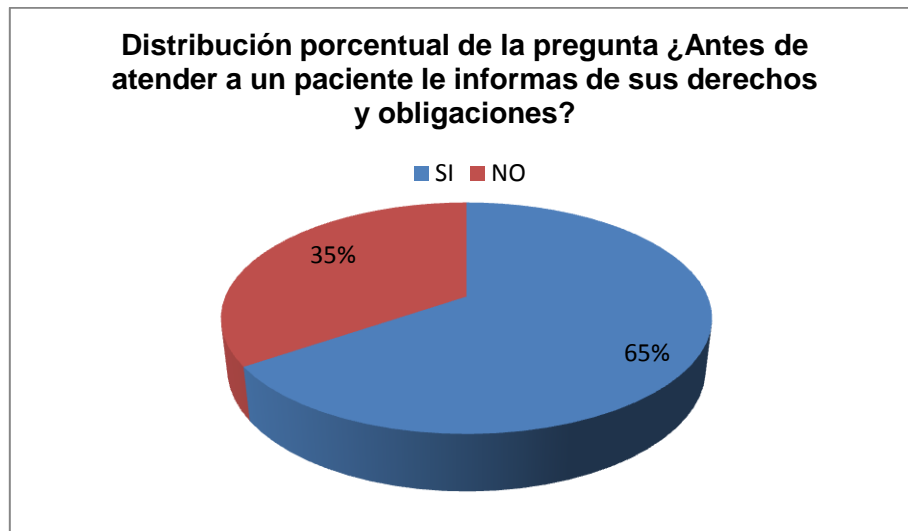


Figura 7

Fuente directa

Respecto a informar a los pacientes acerca de sus derechos y obligaciones antes de ser atendidos 55 alumnos (65%) contestaron de forma afirmativa, mientras que 29 (35%) no lo hacen de manera rutinaria. (Figura 7)

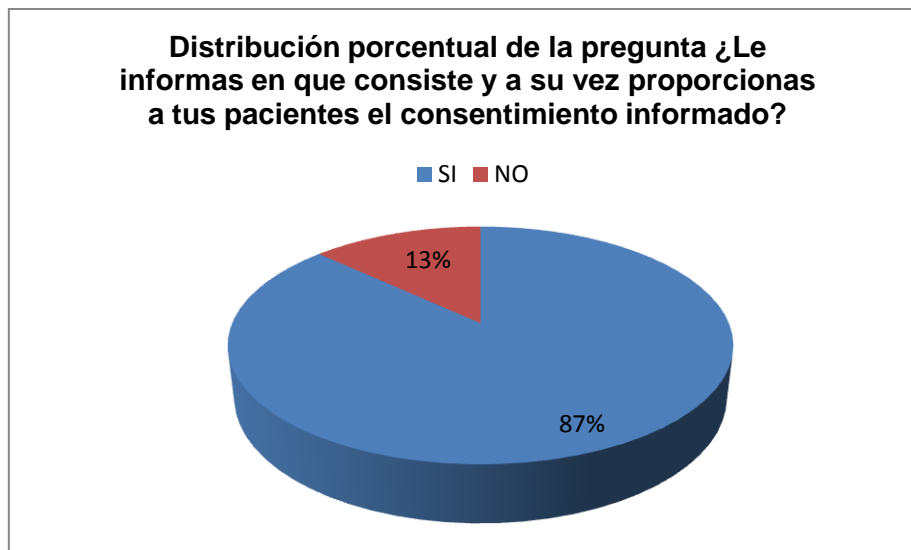


Figura 8

Fuente directa

Es importante resaltar que casi la totalidad de alumnos, 73 (87%) proporcionan a cada paciente el consentimiento informado, sin embargo existen alumnos, 11 (13%) que todavía no lo llevan a cabo. (Figura 8)

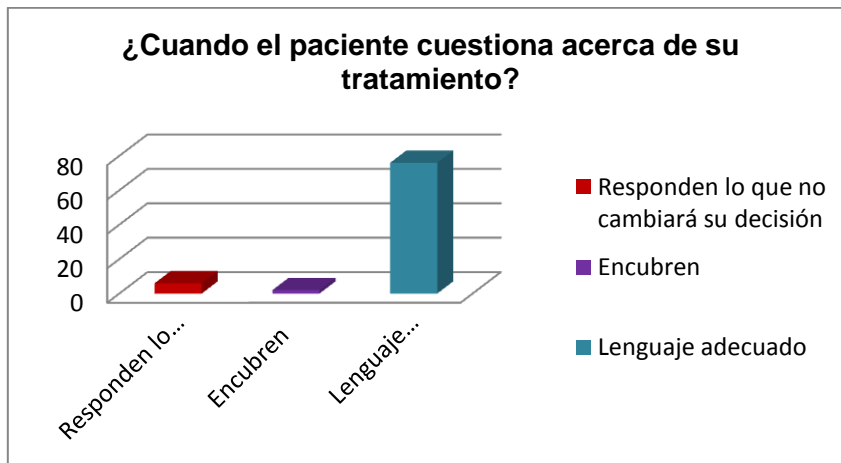


Figura 9

Fuente directa

Con respecto a los cuestionamientos que el paciente realiza acerca de su tratamiento los 84 afirman brindar alguna respuesta, 76 de ellos responden con lenguaje adecuado para cada paciente (Lenguaje adecuado), 6 responden lo que consideran no cambiará su decisión de tomar el tratamiento (Lo que consideran no cambiará decisión), sin embargo es importante resaltar que existen alumnos, 2, que consideran que es mejor encubrir información para no asustarlo (Encubren). (Figura 9)

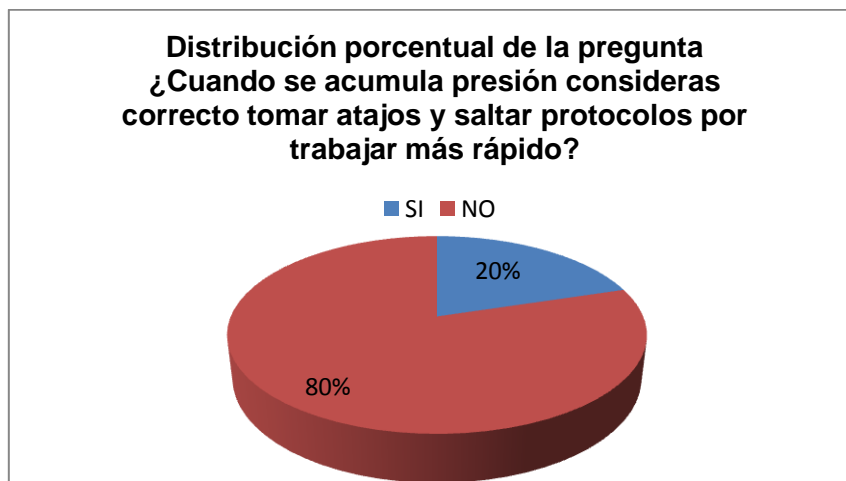


Figura 10

Fuente directa

67 (80%) alumnos a pesar de la presión que se pudiera acumular no consideran correcto tomar atajos, ni saltar protocolos por realizar el trabajo más rápido, pero 17 (20%) si lo hacen. (Figura 10)

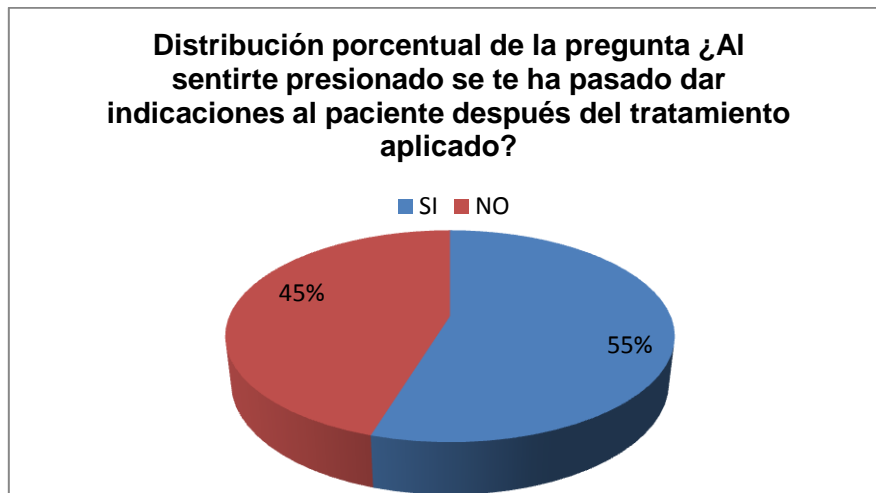


Figura 11

Fuente directa

Sin embargo al sentirse presionados por la espera de otro paciente, a 46 alumnos (55%) se les ha pasado dar indicaciones después del tratamiento aplicado. (Figura 11)

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A nadie cuando este no tiene potencial de dañar al paciente	4	5%
Intentas solucionarlo y si lo consigues no le informas a nadie	16	19%
Cause daño o no le informas solo al profesor a cargo	20	24%
Cause daño o no le informas al profesor y al paciente	44	52%

Figura 12

Fuente directa

44 alumnos informan al profesor a cargo y al paciente de un error cometido cause este o no daño, 20 lo hacen sólo al profesor encargado, 16 intentan solucionarlo y si lo consiguen no informan a nadie y 4 no le informan a nadie cuando suponen que el error no tiene potencial de dañar al paciente. (Figura12)

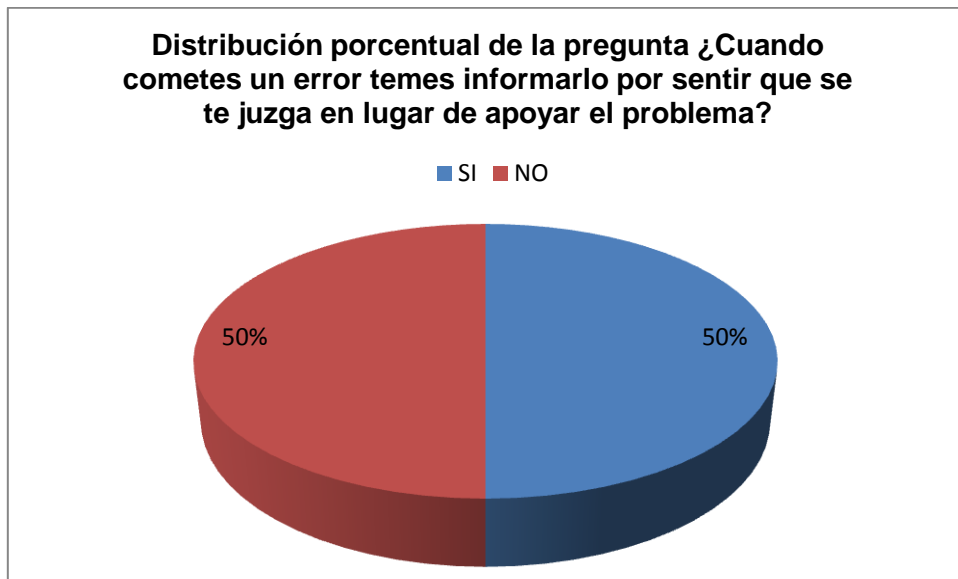


Figura 13

Fuente directa

La mitad de los alumnos dicen sentir temor de informar cuando un error fue cometido porque dicen se les juzgará el lugar de apoyarlos en el problema. (Figura 13)

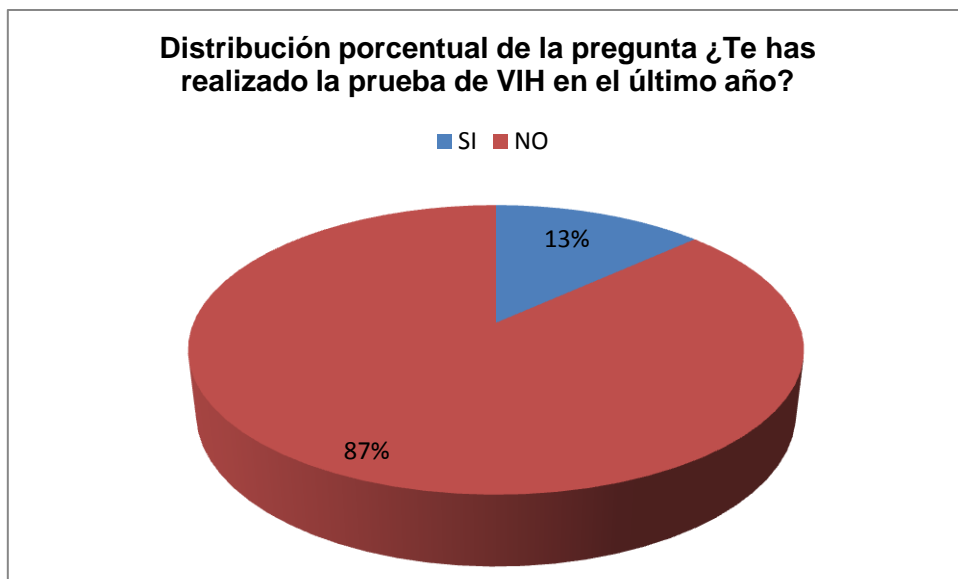


Figura 14

Fuente directa

73 alumnos (87%) niegan haberse realizado la prueba de VIH en el último año. (Figura 14)



**Distribución porcentual de la pregunta ¿Te has aplicado las vacunas te hepatitis B y su refuerzo así como la de tétanos?**

VACUNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEPATITIS B	13	15%
TETANOS	11	13%
AMBAS	46	55%
NINGUNA	14	17%
TOTAL	84	100%

Figura 15

Fuente directa

14 alumnos (17%) no han recibido vacunas a pesar estar en contacto con pacientes, por varios años de su carrera, mientras que 83% han recibido alguna de ellas o ambas. (Figura15)

Dentro de las acciones que se consideran para promover la seguridad de paciente dentro de la facultad el alumno considera adecuado el pegar carteles visibles al paciente, la entrega de folletos al paciente en el momento de su admisión, así como la creación de campañas temporales que orienten al paciente.

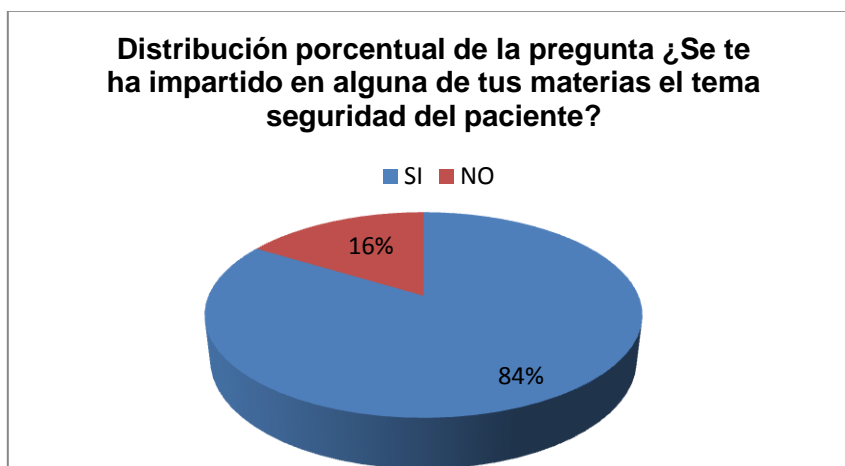


Figura 16

Fuente directa

72 alumnos dicen que sí se les ha impartido el tema de la seguridad del paciente en alguna materia que han llevado, 14 lo niegan rotundamente, sin embargo los 84 coinciden en que debería formar parte del temario.(Figura16)

## CONCLUSIONES

---

Es evidente que la seguridad del paciente ha sido una preocupación intrínseca dentro de la atención dental que se brinda en cada una de las clínicas de la Facultad de Odontología, sin embargo, al no estar integrado como tema del programa de estudios de ningún curso dentro de la carrera, saltan a la luz las dudas acerca de aspectos muy importantes y por lo tanto es necesario una ampliación y profundización de los conocimientos referidos a la seguridad del paciente odontológico.

Es vital que exista una formación continua de profesionales en Seguridad del Paciente y que ello incluya un sistema de notificación inmediata en el que se pueda hacer el seguimiento de los eventos adversos y fallas peligrosas dentro de las clínicas de la facultad para facilitar el aprendizaje y ello sirva de base para realizar medidas preventivas.

Así mismo es esencial que los pacientes tomen parte activa y que los profesionistas, tomen en cuenta las dudas e inquietudes que pudieran surgir antes, durante y después de cualquier tratamiento. Responsabilizarse acerca de las propias acciones y hacer lo posible para que no ocurran errores similares en el futuro.

El principal reto debe ser no culpar ni castigar, sino evitar que ocurran los errores, ya sean humanos o del sistema educativo. Debe exigirse mayor transparencia en la comunicación de información acerca del reconocimiento de los errores, después de todo errar es humano, pero se tiene el deber de aprender de ellos y de encontrar la forma para que en lo posible no vuelvan a causar daño.

“ERRAR ES HUMANO. OCULTAR LOS ERRORES ES INACEPTABLE. NO APRENDER DE ELLOS .....NO TIENE PERDÓN” Sir Lian Donalson

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. **Loachamin** E. La seguridad de los pacientes: Una tarea para América Latina. Ecuador. 2008.
2. **Donalson** Lian. La Seguridad del Paciente: "No hacer daño". Reino Unido, Inglaterra. 2004.
3. **Miller** C. Plamondon T. Phillips A. Recomendaciones de la OSAP para el Procesado de Instrumental en Odontología. 1993.
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. OMS. 2009.
5. **Perea** B. Santiago A. García F. et al. Seguridad del paciente en odontología: plan de gestión de riesgos sanitarios en odontología. Madrid, España. 2009.
6. **Villa** V A. Protocolo de Seguridad en los gabinetes odontológicos. Sevilla, España. 2009.
7. **Leong** P. Alfrow J. Weber P. et al. Actitudes hacia las normas de seguridad en las escuelas dentales de EE.UU. San Francisco, California. 2008.
8. **Vincent** C Neale G. Adverse events in British hospitals. 2001.
9. Comité para la Calidad de la Atención de Salud en América, Instituto de Medicina. Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
10. EU. Luxembourg Declaration on Patient Safety. 2005.
11. Quality of care: patient safety. Fifty- fifth World Health Assembly. 2002.
12. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. OMS, Patient Safety. 2009.
13. Regional Policy and strategy for ensuring quality of health care, including patient safety. 59th sesión of the regional committee. Washington, D.C.,USA. 2007.

14. Resolution of ensuring the quality of health care including patient safety. 140th sesión of the executive committee. Washington, D.C., USA. 2007.
15. La FDI se asocia a la OSAP para mejorar los estándares globales de seguridad del paciente. Ginebra, Suiza, 2010.
16. Gestión de eventos adversos – Odontología. Colombia. 2010.
17. World Alliance for Patient Safety URL [http://www.who.int/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/patient_safety/en/) 2009.
18. <http://www.hcvsinfronteras.org.ar/wp-content/uploads/2008/10/alianzamundialporlaseguridaddelpacienteomsops.jpg>