

# POR UNA CULTURA DE SEGURIDAD EN LAS FACULTADES DE ODONTOLOGÍA

*FOR A CULTURE OF SAFETY IN DENTAL SCHOOLS*

*RUMO A UMA CULTURA DE SEGURANÇA NAS ESCOLAS DE ODONTOLOGIA*

Gabriela Rueda Martínez<sup>1</sup>

## RESUMEN

Es necesario fundamentar teóricamente la inclusión de la cultura de seguridad del paciente en los currículos de las facultades de odontología, con el fin de impulsar comportamientos y acciones acordes con el derecho a los cuidados en salud seguros y de calidad. La presente es una investigación de revisión narrativa de la literatura científica, fundamentada en la bioética latinoamericana y los derechos humanos de los pacientes. Las interpretaciones se basan en el análisis del contenido de artículos y presentadas de acuerdo con la legislación sobre derechos humanos de los pacientes y el currículo en odontología. La cultura de seguridad es una intervención para propiciar vivencias que consoliden valores y conocimientos, asimismo, requiere estrategias que centren su adopción entre todos los actores, partiendo de la relación estudiante-paciente-docente.

**PALABRAS CLAVE (FUENTE DECS):** cultura de seguridad; seguridad del paciente; escuelas de odontología; educación en odontología; bioética; currículo.

DOI: 10.5294/pebi.2024.28.1.6

**PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO**

Rueda G. Por una cultura de seguridad en las facultades de odontología. *Pers Bioet.* 2024;28(1):e2816. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2024.28.1.6>

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7135-4293>. Universidad Santo Tomás Bucaramanga, Colombia. [gabriela.rueda@ustabuca.edu.co](mailto:gabriela.rueda@ustabuca.edu.co)

RECEPCIÓN: 13/11/2023  
ENVÍO A PARES: 14/11/2023  
APROBACIÓN POR PARES: 09/04/2024  
ACEPTACIÓN: 19/06/2024

**ABSTRACT**

It is necessary to theoretically substantiate the inclusion of the culture of patient safety in the curricula of dental schools to promote behaviors and actions in line with the right to safe and quality health care. This is a narrative review investigation of the scientific literature based on Latin American bioethics and the human rights of patients. The interpretations are based on a content analysis of the articles and presented per the legislation on the human rights of patients and the dental curriculum. Safety culture is an intervention that promotes experiences to consolidate values and knowledge; it also requires strategies that focus on its adoption by all actors, starting from the student-patient-teacher relationship.

**KEYWORDS (SOURCE: DECS):** safety culture; patient safety; odontology schools; odontology education; bioethics; curriculum.

**RESUMO**

É necessário fundamentar teoricamente a inclusão da cultura de segurança do paciente nos currículos das faculdades de odontologia, a fim de promover comportamentos e ações de acordo com o direito à assistência à saúde segura e de qualidade. Esta é uma revisão narrativa da literatura científica, baseada na bioética latino-americana e nos direitos humanos dos pacientes. As interpretações são baseadas na análise de conteúdo dos artigos e apresentadas de acordo com a legislação de direitos humanos dos pacientes e com os currículos odontológicos. A cultura de segurança é uma intervenção para promover experiências que consolidem valores e conhecimentos, e requer estratégias que focalizem sua adoção entre todos os atores, começando pela relação aluno-paciente-professor.

**PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS):** cultura de segurança; segurança do paciente; escolas de odontologia; educação odontológica; bioética; currículo.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en las facultades de odontología es un asunto multifactorial en el que interactúan los integrantes del equipo de salud bucal. Aspectos como la falta de conocimientos, experiencia y habilidades en los estudiantes de odontología son cruciales para la protección de los pacientes y su derecho a la salud bucal. Un antecedente relevante está relacionado en una investigación académica realizada en una facultad de odontología colombiana, en la cual se señala que la cultura de seguridad del paciente no ha sido totalmente implementada por el personal del equipo de salud bucal; los autores proponen que para superar esta situación es necesario realizar estudios que contribuyan con datos y acrecienten el interés de la comunidad académica odontológica colombiana (1).

Este artículo llama a la reflexión sobre la inclusión transversal, en los currículos de las facultades referidas, de la cultura de seguridad del paciente como herramienta capaz de transformar comportamientos y actitudes alineada con el respeto a la dignidad humana y a los derechos humanos de los pacientes. Por tanto, se defiende la integración de la cultura de seguridad desde los primeros semestres de la carrera en odontología, en los que se desarrolla la fundamentación de la profesión, hasta el último semestre, en el que tiene lugar el perfeccionamiento y profundización de los conocimientos. El objetivo es fundamentar teóricamente la inclusión de este importante tema en los currículos de las facultades de odontología, considerando en particular el contexto de América Latina.

El documento está conformado por cuatro partes. Inicia con la presentación de bases conceptuales útiles para

desarrollar los argumentos, continúa con la problematización en el contexto de la formación en las facultades de odontología, luego relaciona el problema con la perspectiva bioética en América Latina y finalmente presenta las conclusiones.

## BASES CONCEPTUALES

### *Cultura de seguridad*

La seguridad del paciente involucra la reducción y prevención de los daños innecesarios durante la atención y cuidados en salud, hasta un mínimo aceptable, e igualmente es reconocida como uno de los principios que guían la atención en salud. Por su parte, la cultura de seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización, e implica un modelo mental y de procedimientos compartido, que posiciona la seguridad como un objetivo común (2). De este modo, las creencias y valores compartidos mejoran las acciones y comportamientos entre los profesionales. Yamalik y Perea-Pérez resaltan que la cultura de seguridad del paciente implica identificar desaciertos latentes en el sistema que pueden derivar en errores por parte del equipo de salud bucal. Su esencia consiste en estimular la cooperación con los colegas del equipo, compartiendo las experiencias y los datos, tanto positivos como negativos, que conduzcan al aprendizaje continuo (2). Además, es importante reconocer que la enseñanza y el entrenamiento orientan el desarrollo de una cultura de seguridad desde la educación de pregrado universitario (3)<sup>2</sup>.

2 El sistema de educación superior en el campo odontológico varía según el continente; en América Latina, los cursos en odontología se ofertan a nivel de grado, a diferencia de otras regiones del mundo como Norteamérica y Europa.

La cultura de seguridad del paciente ha sido analizada en diversos estudios a nivel hospitalario en el contexto nacional e internacional (4-8). También han sido evaluada en la esfera de los hospitales universitarios, en los campos de la medicina, la enfermería y la farmacia (9-11). De acuerdo con una revisión sistemática sobre el tema, en estos campos del conocimiento se han planteado mayor número de protocolos (12). No obstante, en el campo de la odontología, la literatura científica comienza a emerger de forma lenta.

Una sólida cultura de seguridad del paciente es especialmente relevante en ambientes clínicos, y requiere de transformaciones actitudinales previas y compartidas entre sus integrantes, que se reflejen en un clima de seguridad. Al revisar la literatura sobre el tema, se registra que su implementación es un mecanismo para abordar las raíces de los eventos adversos, concepto que se presenta a continuación.

### ***Eventos adversos y su escasa notificación en odontología***

El evento adverso es entendido como un incidente imprevisto, indeseado y ocasionado por errores durante la atención en odontología, que tiene consecuencias negativas para la salud del paciente, incluyendo daño mental o psicológico, que suele también prolongar el tiempo de tratamiento (2). De acuerdo con algunos estudios, en odontología no existen estimaciones confiables sobre la frecuencia de eventos adversos en la atención clínica ambulatoria; este hecho hace que la investigación en seguridad del paciente en este contexto se encuentre en fases tempranas (13). Por otra parte, se ha revelado que las listas de chequeo en cirugía dental son una he-

rramienta para la minimización de los eventos adversos, especialmente la extracción de diente erróneo (14).

Con respecto a la notificación de eventos adversos en las facultades de odontología, la evidencia de estudios realizados en algunas universidades ha hecho posible llamar la atención de la comunidad académica sobre el tema. Se ha revelado que la frecuencia de eventos adversos es variable según el área de especialidad, la institución y el país de ejecución del estudio (15-17). Sin embargo, los daños a los pacientes durante la atención odontológica se registran tanto en profesionales altamente calificados como en quienes apenas inician su proceso formativo, hecho que refuerza la conveniencia de implementar la cultura de seguridad a partir de los ambientes formativos.

La escasa notificación de eventos adversos es evidente en la ejecución de procedimientos quirúrgicos realizados en las clínicas de pregrado de odontología, como se registró en una investigación realizada en una universidad colombiana que se orientó a la revisión de las historias clínicas y reveló descripciones incompletas sin su correspondiente control posquirúrgico (17). Con respecto al bajo índice de notificación en odontología, algunos autores afirman que podría deberse a que generalmente la naturaleza de las lesiones en odontología es leve; además resaltan algunas particularidades de la consulta odontológica que limitan el reporte, como el carácter ambulatorio y aislado de la práctica, sumado a la falta de familiaridad por parte de los profesionales con la cultura de seguridad del paciente (18).

El origen de la escasa notificación de los eventos adversos por parte de los odontólogos no es reconocido con precisión. La literatura expone posibles causas, entre las

que se destaca el hecho de que el profesional/estudiante asocie la notificación con situaciones como el castigo o la reprobación académica de las asignaturas clínicas; la presión subyacente a medidas legales o el señalamiento entre profesionales y compañeros (15-18). Dichas situaciones se deben a la cultura de culpa o castigo, que interfiere con una adecuada comunicación dentro de la institución. Cabe resaltar que la comunicación es uno de los elementos que garantiza relaciones éticas en el equipo de salud bucal.

Si bien se le atribuyen a la cultura de culpa responsabilidades sobre los eventos adversos, difícilmente se materializan estrategias efectivas para prevenirlos; por lo tanto, es conveniente que los mecanismos para impulsar la cultura de seguridad enfatizen en la responsabilidad individual sobre acciones inseguras de forma proporcional y justa, con miras al diálogo abierto y al aprendizaje continuo.

Del mismo modo, un obstáculo verificado para la cultura de seguridad está en la alta variabilidad de la caracterización de los eventos registrados en las evoluciones de las historias clínicas, lo que refleja la falta de un lenguaje común sobre seguridad del paciente dentro de las facultades (19). Así, se revela un vacío en los conocimientos sobre seguridad del paciente entre los equipos de salud bucal.

### ***Iatrogenia***

Es un concepto directamente relacionado con los eventos adversos, definido como el daño no intencional causado por el profesional de salud durante un procedimiento o en la prescripción de un fármaco. Se afirma que la iatrogenia puede ser causada por factores externos al profesional,

como condiciones laborales o requerimientos administrativos, instalaciones o equipos de trabajo inadecuados que aumentan el riesgo de daño (20). Asimismo, se reconoce la iatrogenia como un fenómeno social muy frecuente entre todos los profesionales de la salud (21).

### ***Mala praxis o dispraxis***

Es un concepto jurídico que se refiere al resultado de obrar de forma incompetente por incumplimiento de los principios éticos en el ejercicio profesional, causando un grave daño físico o mental al paciente. Hay que destacar que la ocurrencia de la mala praxis puede presentarse por factores externos, por ejemplo, la sobreoferta de programas de formación en odontología, que puede dejar vacíos en competencias y habilidades necesarias para una actuación profesional responsable (22).

Para el ejercicio de la práctica odontológica éticamente correcta se requiere que los diagnósticos, pronósticos y procedimientos sean coherentes con la *lex artis*, es decir, el conjunto de preceptos y técnicas a los cuales la actuación de un profesional debe ajustarse durante el ejercicio de su arte u oficio. Además, el odontólogo debe aplicar parámetros jurídicos, sanitarios y administrativos; es pertinente destacar que los relacionados con el ámbito jurídico son la pericia, la prudencia y la diligencia (23).

### ***Derechos humanos de los pacientes***

Consisten en los derechos aplicados al contexto de los cuidados en salud que propenden por una relación entre profesional de salud y paciente más cooperativa y simétrica. El término “cuidados en salud” alude al conjunto de acciones humanas demarcadas por la relación entre profesional y paciente, que se orientan hacia la cons-

trucción de la terapéutica, el alivio del sufrimiento y la promoción del bienestar del paciente (24).

## PROBLEMATIZACIÓN

### *Principios éticos en juego durante la educación odontológica*

En la mayoría de las facultades de odontología se fundamenta el proceso de aprendizaje clínico en el modelo de atención docencia-servicio, es decir, el vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud. Este hecho modifica la relación clínica conformada por paciente-profesional, que pasa a ser integrada por tres actores: profesor, paciente y estudiante. Se ha afirmado que esta relación se hace más compleja porque a ella se integran otras personas que hacen posible la atención, como los auxiliares de salud bucal y los asistentes administrativos (25).

El modelo de atención docencia-servicio se distingue porque todos los procedimientos odontológicos ejecutados por el estudiante deben estar avalados por el profesor previamente, y fundamentados en las guías de manejo clínicas aceptadas por la comunidad académica internacional. Cabe mencionar que los estudiantes de odontología deben cumplir con requisitos clínicos, representados en la ejecución y finalización de tratamientos odontológicos con el fin de demostrar las competencias adquiridas durante su formación. El cumplimiento de estos requisitos es necesario para que el estudiante sea promovido.

Por su parte, los integrantes del equipo de salud bucal son responsables de notificar la ocurrencia de eventos adver-

sos en el ámbito formativo y colaborar en la formulación de estrategias para prevenir que ocurran nuevamente.

En este contexto, es preciso examinar el rol del estudiante, quien durante el ejercicio de su formación puede cometer errores, aun cuando es supervisado por el profesor, situaciones que reflejan su vulnerabilidad. Como parte de su proceso formativo, el estudiante debe ser consciente de sus propias fallas y omisiones; para ello es necesario que el docente lo prevenga respecto a dicha vulnerabilidad y que más bien permita una crítica constructiva en la que se analice, de forma empática junto al estudiante, cuáles aspectos de la atención y los cuidados clínicos deben perfeccionarse en favor de la seguridad y satisfacción del paciente, lo que promueve también el seguimiento a los protocolos de seguridad establecidos. Igualmente, el profesor debe proponer estrategias para mejorar las destrezas clínicas necesarias para la práctica e incentivar la creatividad y proactividad del estudiante para la toma de decisiones.

Resulta evidente, entonces, que el papel del docente es fundamental dada su participación en la transformación de criterios, actitudes y comportamientos de los estudiantes; sus decisiones impactan en el trato que el estudiante ofrece a su paciente, hecho que repercute en el *ethos* del futuro egresado de odontología, y en general en la dignificación de la profesión.

La consideración de las subjetividades y las asimetrías en la relación clínica entre docente, paciente y estudiante es esencial para la reflexión sobre valores éticos que llegan a permear los atributos de la cultura de seguridad en las facultades de odontología. Las asimetrías que potencialmente limitan el desempeño clínico pueden relacionarse con la autoridad del docente frente a la

falta de conocimientos y habilidades del estudiante y también frente a la vulnerabilidad del paciente que padece una enfermedad bucal. Por otra parte, la condición del paciente puede afectarse negativamente debido a su instrumentalización por parte del estudiante, quien en algunas oportunidades lo percibe como un medio para alcanzar sus requisitos académicos. Por ende, la voluntad e intereses del paciente corren el riesgo de verse desconsiderados en este contexto deshumanizante de los cuidados odontológicos (25).

La cultura de seguridad aplicada a los ambientes propios de consultorios odontológicos ha sido explorada en artículos científicos de varios países (26-29). En Colombia el tema no ha sido analizado suficientemente, a pesar de la complejidad de las relaciones que se entretienen bajo el modelo docencia-servicio y el reconocimiento del problema de la falta de notificación de eventos adversos durante el proceso enseñanza-aprendizaje. Ante este escenario, se plantea la siguiente pregunta: ¿por qué la cultura de seguridad debe ser un elemento transversal del currículo en las facultades de odontología?

## MÉTODOS

Para el desarrollo de la investigación se hizo una revisión de la literatura científica con el fin de contribuir con aportes teóricos a la cultura de seguridad en las facultades de odontología. Se partió de la búsqueda y análisis bibliográfico de artículos extraídos de las bases de datos PubMed, Medline y Google Académico, utilizando descriptores como “cultura de seguridad del paciente”, “odontología” y “facultades de odontología”, en inglés, español y portugués, contenidos en el título, resumen o tema. No hubo un límite temporal de publicación de los artículos, que fueron seleccionados intencionalmente

con el fin de problematizar aspectos sobre la cultura de seguridad en el contexto de la formación en odontología en América Latina.

Con el fin de responder a la pregunta de investigación, se plantearon dos ejes de análisis: la legislación sobre derechos humanos de los pacientes en el continente y el currículo en odontología. Estos ejes parten de la perspectiva bioética latinoamericana, que se desarrolla bajo el marco referencial de los derechos humanos por ser directrices establecidas universalmente, que buscan la protección de la salud como bien ético básico y, además, procuran el diálogo y la construcción de consensos, en este caso, orientados a la implementación curricular de una cultura de seguridad del paciente en odontología. Hay que resaltar que, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (30), el derecho a la salud posee cuatro elementos, entre los que se destaca la calidad; a su vez, la seguridad del paciente se configura como un atributo de la calidad. Por lo tanto, el derecho a los cuidados en salud seguros exige que su prestación no cause daños evitables y requiere alta calificación de los profesionales de salud.

## RESULTADOS

### ***Normativas sobre derechos humanos de los pacientes en América Latina***

La perspectiva de los derechos humanos de los pacientes se fundamenta en la comprensión del paciente como ser holístico que propende por la garantía del respeto de su dignidad durante todo el proceso clínico. Conceptualmente, los derechos humanos de los pacientes son una rama del derecho internacional de los derechos humanos y comprenden el conjunto de directrices formuladas

por autoridades internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y el Sistema Europeo de Protección de los Derechos Humanos (24).

Desde el enfoque de la bioética latinoamericana, se ha afirmado que la legislación sobre los derechos de los pacientes influye directamente en la integración de la cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud, particularmente en lo que respecta al derecho a la asistencia en salud segura y calificada, que hace parte de los derechos mencionados. Por esta razón, se ha promovido la adopción de normativas en los países del continente; a su vez, los derechos de los pacientes y su vínculo intrínseco con la cultura de seguridad debe ser promovida desde las universidades, especialmente por los docentes especialistas en bioética, con el fin de que este campo incentive el aprendizaje reflexivo y el pensamiento crítico sobre el ejercicio profesional y las relaciones a que da lugar (31). Por lo tanto, esta cultura se manifiesta en los contenidos impartidos en las disciplinas humanísticas, como también en las asignaturas clínicas, en las que el estudiante adquiere destrezas para realizar una atención de alta calidad. De hecho, las asignaturas clínicas propician vivencias que forjan la cultura de seguridad en todos los integrantes del equipo de salud bucal.

Estudios realizados por investigadores en derechos humanos han destacado que la legislación sobre los derechos de los pacientes en América Latina no se ha concretado y que, de manera general, los Estados no garantizan el derecho a una atención en salud segura y de calidad; en particular, Colombia es uno de los países que aún no cuenta con una ley nacional de derechos de los pacientes (31). Por tanto, la responsabilidad de reivindicar los

derechos de los pacientes queda en manos de instancias como el Tribunal Nacional de Ética Odontológica, que recibe, gestiona y resuelve los casos de mala práctica de la profesión en Colombia. Pero también la academia, y para nuestro caso las facultades de odontología, tienen una tarea pendiente de incorporar, de manera integral en el currículo, acciones que fortalezcan la relación entre estudiante, profesional y pacientes, que son parte fundamental de las experiencias de aprendizaje dirigidas a los cuidados odontológicos de alta calidad.

En Colombia, los derechos de los pacientes han sido regulados en conjunto con los deberes, como es previsto en la Resolución 4343 de 2012, que establece los lineamientos sobre la carta de los derechos y deberes del afiliado y del paciente en el marco del sistema de salud colombiano. Esta norma contiene recomendaciones que deben seguir las instituciones de salud en la elaboración de la carta referida, que es entregada a cada paciente al momento de efectuar la afiliación al sistema de salud (32).

La Resolución 4343 constituye un avance en el reconocimiento de los derechos; no obstante, llama la atención la doble designación de afiliado y de paciente, ya que los derechos humanos de los pacientes obligan a proteger a todos los pacientes, sean afiliados a determinado sistema de salud o no. De acuerdo con Albuquerque, el término *paciente* tiene dos connotaciones: la vulnerabilidad atribuida a su condición de enfermo y la relación con el profesional de la salud, por el hecho de que el paciente delibera junto a él las decisiones sobre su tratamiento (24). Por lo tanto, *paciente* es aquel que se encuentra bajo cuidados de salud y es titular de derechos. Por el contrario, la denominación de *usuario*, *afiliado* o *consumidor* se refiere a una persona que

utiliza determinado servicio y, por lo tanto, la relación del paciente se traza con este y no con el profesional, lo que se traduce una relación de prestación de servicios y no de ejercicio de derechos.

Esta discusión invita a que, desde las facultades de odontología de América Latina, se aliente la cultura de seguridad como estrategia transversal curricular, de manera que la comunidad sea consciente de humanizar el trato con el paciente en la práctica odontológica, particularmente en los ambientes formativos, a través de la utilización de términos coherentes con el ejercicio de los derechos humanos de los pacientes, de modo que el atraso legislativo del país no sea motivo para impedir el reconocimiento de sus derechos en el cuidado odontológico.

### ***Principio de cuidado centrado en el paciente y cultura de seguridad del paciente***

Se trata de uno de los principios que fundamentan los derechos humanos del paciente, y se basa en el modelo de cuidados en salud que involucra al mismo paciente, a sus familiares y al equipo de profesionales de la salud, considerando al primero como agente de los cuidados y beneficiario de los servicios. El modelo se caracteriza por la participación y comunicación de informaciones entre los actores mencionados (24).

Este principio busca garantizar que los tratamientos en salud atiendan las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente, considerando sus valores éticos; es en este punto en el que la dignidad humana se constituye como el valor fundamental para la materialización del cuidado centrado en el paciente según el principio de que la cultura de seguridad refleja el compromiso de los profesionales de la salud y de los funcionarios para actuar

con mayor conciencia de la fragilidad de los pacientes. De hecho, el compromiso de los profesionales ha sido relacionado con una elevada cultura de seguridad del paciente (33), y se ha demostrado la relación significativa entre el compromiso de ambos y los puntajes asignados a dicha cultura (34). En este sentido, la cultura de seguridad del paciente reafirma el respeto a los derechos humanos.

En el campo de la odontología, una revisión integradora sobre la seguridad del paciente (35) dejó ver que aspectos relacionados con la ergonomía organizacional, por ejemplo, fallas en los ambientes de trabajo, en el agendamiento de los pacientes y en las líneas de responsabilidad, son factores que afectan potencialmente la seguridad del paciente en los cuidados odontológicos. Estos casos demuestran que la cultura de seguridad debe influir en aspectos propios de la formación de los estudiantes, como el proyecto pedagógico de las facultades de odontología.

### ***Sobre el currículo oculto en odontología y la cultura de seguridad***

El currículo responde a experiencias de aprendizaje de los estudiantes y también a intereses sociales y económicos; por lo tanto, no es un elemento neutral, ya que obedece al contexto cultural, social y político del país y de la región en donde se desarrolla el programa académico. Los currículos incorporan competencias que configuran el perfil académico-profesional y que se desarrollan en el transcurso de la formación del estudiante, e integran competencias específicas o “duras”, asociadas a los procesos cognitivos y al desarrollo de destrezas manuales para la ejecución de técnicas y protocolos clínicos. Por su parte, las competencias transversales o “blandas”

son aquellas reconocidas también como competencias genéricas, necesarias para el ejercicio idóneo de toda profesión y liderazgo personal (36).

El currículo oculto, también denominado currículo paralelo, se desarrolla de forma simultánea al aprendizaje formal, y se refiere a la apropiación de valores y de cultura, por parte del estudiante, en las aulas y fuera de ellas, particularmente en los lugares de práctica clínica extramural (36). En este sentido, es un proceso de interiorización que emerge de la cotidianidad de las vivencias clínicas y de la influencia de los docentes como modelo a seguir, y que repercute en la formación ética de los profesionales de la salud porque allí es que el estudiante establece su propia escala de valores. Cabe destacar que, en odontología, la investigación sobre el currículo oculto es escasa (37). Para autores chilenos, este currículo es relevante en las prácticas clínicas, especialmente por su relación con la adopción de comportamientos y actitudes de los estudiantes hacia sus pacientes (38); en este punto, una cultura de seguridad consolidada será evidente en el ambiente de trabajo clínico.

El currículo oculto juega un papel esencial en el proceso formativo, razón por la cual lo experimentado por el estudiante en su día a día debe ser coherente con los contenidos teóricos y con las actitudes, valores y comportamientos de quienes le acompañan y supervisan. Un estudio cualitativo-hermenéutico realizado en una facultad de odontología colombiana reveló distanciamientos entre el currículo oculto y el declarado (39). A partir de este caso, se puede afirmar que una cultura de seguridad instituida y defendida en la academia será fructífera para que el currículo oculto no vaya en contra de lo establecido formalmente en las facultades.

Un punto para reflexionar sobre el currículo oculto de las facultades de odontología es la inclusión de los contenidos en bioética. Estudios realizados en facultades de odontología latinoamericanas dan cuenta de las deficiencias en la formación ética de los estudiantes, producto de la desproporción de los contenidos de esta disciplina durante el proceso formativo, en comparación con los contenidos clínicos; este hecho se evidencia en las estructuras curriculares (40-41), lo que puede sugerir vacíos en valores y principios éticos necesarios para el ejercicio de la profesión. Más aún, otras investigaciones han registrado que la cultura de culpa permea la formación clínica de los profesionales (15), lo cual va en contravía de la formación humanística impartida, además, de la consolidación de competencias transversales para ejercer un real cuidado odontológico centrado en el paciente.

Más allá de los contenidos impartidos en la disciplina de bioética, la falta de conocimientos y de un lenguaje compartido sobre seguridad del paciente se constituye en una cuestión que merece atención en las facultades como un todo. De acuerdo con el Proyecto Tuning América Latina, las competencias genéricas se agrupan en cuatro factores: proceso de aprendizaje, valores sociales, contexto tecnológico e internacional y habilidades interpersonales. Las asignaturas de los planes de estudio se asocian a cada uno de estos factores (38).

Es importante señalar que la cultura de seguridad del paciente está inmersa no solo en la dimensión sobre los valores sociales y el proceso de aprendizaje, sino que también abarca las habilidades interpersonales, que concretamente relacionan con competencias como la capacidad para tomar decisiones, las habilidades interpersonales, la capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes, la capacidad de trabajo en equipo, la capacidad para

organizar y planificar el tiempo y, finalmente, la capacidad para actuar ante nuevas situaciones; estos aspectos han sido considerados en el contenido de instrumentos metodológicos para evaluar aspectos relacionados con la cultura de seguridad a nivel internacional (42-43).

Preocupa que las competencias referidas resultaron ser las menos frecuentes en los currículos de la carrera de odontología de universidades en Chile (38), hecho que dificulta la materialización de las competencias correspondientes al factor de valores sociales porque la comunicación empática, el trabajo en equipo y la planificación de actividades implican en su esencia compromiso ético, respeto por la pluralidad y responsabilidad individual y colectiva; es decir, el incentivo de competencias relativas a las habilidades interpersonales no puede distanciarse del refuerzo de los valores sociales y del compromiso ético.

En este sentido, la implementación de una cultura de seguridad en las facultades de odontología puede ser una intervención que refuerce el desarrollo de las competencias asociadas a las habilidades interpersonales, siempre y cuando su promoción no se restrinja a una única disciplina como la bioética, ya que la cultura de seguridad permea el establecimiento de relaciones óptimas para el desempeño en las disciplinas académicas entre estudiantes y sus docentes, y favorece la labor de los auxiliares de salud oral y los auxiliares administrativos de las clínicas.

Por otra parte, la evaluación y análisis de los atributos de la cultura de seguridad del paciente a través de instrumentos válidos y confiables es un paso para comenzar a acrecentar el interés de la comunidad académica,

replantear prácticas de enseñanza-aprendizaje tanto en las disciplinas teóricas como clínicas y, finalmente, aumentar el volumen de producción científica sobre el tópico en Colombia.

Las ideas presentadas en este documento pueden complementarse con el análisis sucinto de los currículos de las facultades de odontología colombianas y de los cursos orientados a las competencias transversales, en conjunto con el perfil de permanencia y de egresado planteado por la institución. Del mismo modo, la ejecución de investigaciones cuantitativas y cualitativas que den respaldo a actividades relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en las facultades de odontología es una apuesta para un modelo pedagógico más participativo.

## CONCLUSIONES

La investigación formativa, así como la cultura de seguridad del paciente, son ejes transversales de los currículos de las facultades de odontología porque contribuyen a la evolución del pensamiento crítico, la participación en la toma de decisiones clínicas y el trabajo en equipo en todo el proceso de formación. El reconocimiento de los posibles eventos adversos durante el proceso de formación y las formas de evitar el daño a sus pacientes conforman parte esencial de las competencias genéricas necesarias para forjar odontólogos idóneos, capaces de asumir responsabilidades y cooperar para el alcance de ambientes de formación seguros orientados a ofrecer cuidados odontológicos de alta calidad.

Conforme lo expuesto, el fortalecimiento curricular de las competencias transversales en las facultades de odontología es necesario para alcanzar coherencia entre el currículo formal y el currículo oculto; es en este punto

en el que la implementación de la cultura de seguridad se traduce en una expresión del derecho a la salud, teniendo en cuenta el modelo docencia-servicio; además, es útil para transformar el paradigma de la jerarquización de cursos clínicos sobre aquellos orientados al refuerzo de competencias blandas. Por lo tanto, la cultura de seguridad no puede limitarse a un único curso y requiere otras estrategias que centren su adopción en todos los actores de la comunidad académica de la facultad, partiendo de la relación entre estudiante, paciente y docente. Igualmente, son requeridas condiciones académicas, administrativas y de infraestructura para cumplir las metas planteadas en el currículo.

En este sentido, la cultura de seguridad es una intervención para propiciar vivencias que consoliden valores y conocimientos; asimismo, requiere estrategias que centren su adopción entre todos los actores, partiendo de la relación estudiante-paciente-docente.

Finalmente, la seguridad del paciente, como expresión del respeto al derecho a la salud, debe ser regulada por los Estados; la academia tiene vital responsabilidad de impulsar la creación de legislación sobre los derechos humanos de pacientes, considerando la cultura de seguridad como característica del principio del cuidado centrado en el paciente. Los vacíos jurídicos relacionados con los derechos humanos de los pacientes no deberían ser un obstáculo para que la cultura de seguridad del paciente conforme parte integral de los currículos de las profesiones de la salud, especialmente, la odontología.

---

## REFERENCIAS

---

1. Duque JD, Arcos F. Seguridad del paciente en servicios odontológicos [disertación]. [Medellín]: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; 2021. 60 p. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/21740>
2. Yamalik N, Perea-Pérez B. Patient safety and dentistry: ¿what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the patient culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int Dent J.* 2012;62(4):189-96. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x>
3. Bailey E, Dungarwalla M. Developing a patient safety culture in primary dental care. *Prim Dent J.* 2021;10(1):89-95. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050168420980990>
4. Salazar AM, Restrepo DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Rev Cuid.* 2020;11(2):1-14. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
5. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc Enferm.* 2011;17(3):97-111. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
6. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SJ, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112-18. DOI: <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.112>
7. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized clinical trial. *BMJ Med Educ.* 2018;318(1):158. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
8. Huang DT, Clermont G, Sexton JB ... Angus D. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med.* 2007;35(1):165-76. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000251505.76026.CF>
9. Pinheiro M, Da Silva J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria universitaria de un hospital universitario. *Enferm Global.* 2017;16(45):309-352. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>
10. Álvarez-Hernández SL. Cultura de seguridad del paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de

- Colombia [disertación de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2019. 79 p. Disponible: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76771>
11. Kwon KE, Nam DR; Lee ME, Kim SJ, Lee Jae-Eun MS, Jung SY. Status of patient safety culture in community pharmacy settings: A systematic review. *J Patient Saf.* 2023;19(6):353-61. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001147>
  12. Abutayyem H, Lovely M, Luke A, Khan Y, Muhammad M, George BT. Significance of patient safety and safety culture in dental schools-a systematic review. *Open Dent J.* 2021;15:241-49. DOI: <https://doi.org/10.2174/1874210602115010241>
  13. Ensaldó-Carrasco E, Suárez-Ortegon MF, Carson-Stevens A, Cresswell K, Bedi R, Sheikh A. Patient safety incidents and adverse events in ambulatory dental care: a systematic scoping review. *J Patient Saf.* 2021;17(5):381-91. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000316>
  14. Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley L. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health.* 2015;15(152). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0136-1>
  15. Manrique JA, Chávez BC, Manrique C, Manrique JE. Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Rev Estomatol Herediana.* 2022;32(1):42-51. DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4182>
  16. Huertas MF, González J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Análisis de eventos adversos reportados a dirección de clínicas en una facultad de odontología de Bogotá-Colombia. *Acta Odont Latinoam.* 2017;30(1):19-25. Disponible en: <https://actaodontologica.com/vol-30---issue-1-june-2017/>
  17. Andrade Y, Báez F, Contreras JN, Gallardo C, Giraldo F, Hernández R. Prevalencia de complicaciones durante y después de los procedimientos quirúrgicos de pregrado y posgrado de periodoncia de la Universidad Santo Tomás entre los años 2015- 2018 [trabajo de grado]. [Bucaramanga]: Universidad Santo Tomás; 2020, 63 p. Disponible: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/24061?show=full>
  18. Christiani JJ, Rocha MT, Valsecia M. Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontol Colomb.* 2015;5(2):21-32. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
  19. Pérez W, Pita A, Ramos CA, Moncada J, Güiza E, Rodríguez A. Eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. *Universitas Odontol.* 2017;36(77):2027-3444. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aear>
  20. Sharpe VA, Faden AI. Conceptual and ethical dimensions of medical harm. En: *Medical harm: historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998. pp. 115-52. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527029.007>
  21. Domeq Y, Freire J, Quertz O, Columbié JL. Consideraciones actuales sobre iatrogenia. *Medisan.* 2020;24(5):907. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v24n5/1029-3019-san-24-05-906.pdf>
  22. Díaz-Torres LM, Implicaciones bioéticas de la dispraxis odontológica y su relación con la formación educativa. *Colomb Forense.* 2016;4(2):37-43. DOI: <https://doi.org/10.16925/cf.v4i2.2240>
  23. Araújo JC, Lex artis y dispraxis implicaciones bioéticas y ética biojurídica: un problema para la práctica odontológica. *Rev Nac Odontol.* 2020;16(1):1-22. DOI: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.01.05>
  24. Albuquerque A. *Bioética e direitos humanos.* Sao Paulo: Loyola; 2011.
  25. Piovesan S. Situaciones dilemáticas que perciben los estudiantes de odontología en sus prácticas clínicas desde un enfoque bioético [disertación de maestría]. [Montevideo]: Universidad de la República; 2015. 199 p. Disponible en: <https://www.cse.udelar.edu.uy/>
  26. Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H. Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. *J Dent Educ.* 2008;72(4):431-37. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2008.72.4.tb04508.x>

27. Ramoni R, Walji MF, Tavares A, White J, Tokede O, Vaderhobli R, Kalendarian E. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. *J Dent Educ*. 2014;78(5):745-56. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.5.tb05726.x>
28. Cheng H-C, Yen A-M, Lee Y-H. Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers: A nationwide cross-sectional survey. *J Dent Sci*. 2019;14:263-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2018.12.001>
29. Choi EM, Mun SJ, Chung WG, Noh HJ. Relationships between dental hygienists' work environment and patient safety culture. *BMC Health Services Res*. 2019;19:299. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4136-8>
30. Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible de salud. Observación general 14. Ginebra: ONU; 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
31. Albuquerque A, Paranhos D. Mapeo de los derechos de los pacientes en América Latina. Informe Final. *Rev Red Bioética/Unesco*. 2020;11,2(22):129-46.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4343 de 2012. Por la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las instituciones promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones (19 de diciembre). Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_4343\\_de\\_2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_4343_de_2012.pdf)
33. Mossburg SE, Himmelfarb D. The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: A systematic review. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1307-19. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000519>
34. Janes G, Mills T, Budworth L, Johnson J, Lawton R. The association between health care staff engagement and patient safety outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf* 2021;17: 207-16. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000807>
35. Correa CD, Sousa P, Reis CT. Patient safety in dental care: an integrative review. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(10). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00197819>
36. Frinkler M, Caetano JC, Ramos FR. Modelos, mercado y poder: elementos del currículo oculto que se revelan en la formación en odontología. *Trab Educ Saúde*. 2014; 12(2):343-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200008>
37. Humeres P, Medel G, Montenegro U. ¿Cómo se articulan los aspectos éticos con la formación clínica de los futuros odontólogos en Chile? Una pregunta crucial. *FEM*. 2022;25:63-71. DOI: <https://doi.org/10.33588/fem.252.1179>
38. Soto AM, Baños JE, Pérez J, Moyano E. Generic competencies: a review of dental curriculum programs in Chile. *Int J Odontostomat*. 2021;15(4):928-37. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2021000400928>
39. Franco-Cortés A.M. La investigación formativa en la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia: vivencias de los estudiantes de pregrado. *Rev Nac Odontol*. 2015;11(21):37-47. DOI: <https://doi.org/10.16925/od.v11i21.946>
40. Peña C, Ocharán AE, Ustrell TJM. Ética en el currículo odontológico en 30 facultades de odontología en Latinoamérica y España. *Int J Odontostomat*. 2023;17(1):33-7. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2023000100033>
41. Torres de Freitas SF, Kovaleski DF, Boing AF, Ferreira de Oliveira W. Stages of moral development among brazilian dental students. *J Dent Educ*. 2006;70(3):296-306. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2006.70.3.tb04086.x>
42. Agency for Healthcare and Quality. Surveys on patient safety culture TM (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2022 User Database Report Part I. *AHRQ Publ*. 2022;22(23). Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
43. Agency for Healthcare and Quality. SOPS® Medical office survey on patient safety; 2023. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/medical-office-survey-english.pdf>