



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES EN

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DE CLÍNICA UVM

por

JORGE IGNACIO PIZARRO ZAPATA
ANDREA SALOMÉ SILVA CABRERA

**Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista y al grado
académico de Licenciado en Odontología**

Profesor guía: Dr. Marcos Faúndes Pinto

Julio, 2016

Viña del Mar. Chile

1. Identificación del autor

Nombre completo: Jorge Ignacio Pizarro Zapata Andrea Salomé Silva Cabrera	Fecha: 27 de junio del 2016
Dirección: Etchevers 399, Viña del Mar	Teléfono: 982054764 / 994499748
E-mail: jorg.pizarro@gmail.com andreasalomesilvac@gmail.com	

Título Tesis: Evaluación del conocimiento de derechos y deberes en atención odontológica en pacientes de clínica UVM

1. Autorización de Publicación de Tesis

Escuela: Escuela de Ciencias de la Salud
Carrera: Odontología
Título al que opta: Cirujano Dentista y al grado académico de Licenciado en Odontología
Profesor guía: Dr. Marcos Faúndes Pinto

A través del presente documento, autorizo al Centro de Recursos para la Enseñanza y el Aprendizaje, CREA, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el catálogo, siempre y cuando se respete su autoría, y sea citada correctamente, según las siguientes condiciones de acceso:

PÚBLICO	Autorizo publicar mi tesis para acceso público		
RESTRINGIDO	Autorizo publicar mi tesis luego de	6 meses	
		1 año	X
CONFIDENCIAL	No autorizo publicar mi tesis. (Sólo se publicará resumen y metadatos)		

FIRMA Y RUT ESTUDIANTE

Dedico esta tesis a

Familia

Quienes brindaron amor, comprensión y apoyo incondicional durante todo este tiempo.

Novio/a

Mi mejor amigo/a, quien con su cariño, comprensión, buen humor y paciencia, alentó para el logro de mis metas.

Amigos

Los que fueron un gran apoyo emocional y aportaron más de un consejo.

Maestros

Aquellos que entregaron los conocimientos, principios y herramientas para ser un buen profesional.

TABLA DE CONTENIDO

PRELIMINARES

Portada	1
Autorización de publicación de tesis	2
Dedicatoria	3
Tabla de contenido	4
Índice de Tablas, Gráficos e Ilustraciones	8
Resumen y palabras claves	12

CAPITULO I

Introducción	13
--------------	----

Planteamiento del problema

1.1.	Objetivos de investigación	14
1.1.1	Objetivo general	14
1.1.2.	Objetivos específicos	14
1.2.	Justificación del estudio	15
1.3.	Resultados esperados	15
1.4	Declaración de conflicto de interés	16

CAPITULO II

Marco teórico

2.1.	Derechos	17
2.2.	Los Derechos y Deberes de los Pacientes en Chile	18
2.2.1.	Historia	18
2.3.	Principios inspiradores de la ley	19
2.3.1.	Dignidad de las personas	19
2.3.2.	Autonomía de las personas en su atención de salud	20
2.3.3.	Derecho de las personas a decidir informadamente	20
2.3.4.	Respeto de los menores de edad	22
2.3.5.	Respeto de las personas en situación de salud	23

	terminal	
2.3.6.	Respeto de la autonomía frente a la investigación científica	23
2.3.7.	Respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual	23
2.3.8.	Confidencialidad de la información de salud	24
2.3.9.	Reconocimiento al derecho a la participación ciudadana en Salud	24
2.3.10.	Marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales	25
2.4.	Contenido del proyecto de ley	25
2.4.1.	El derecho a un trato digno	25
2.4.2.	El derecho a tener compañía y asistencia espiritual	26
2.4.3.	El derecho a la información	26
2.4.4.	La reserva de la Información de la ficha clínica	28
2.4.5.	La decisión informada	29
2.4.6.	Deberes de las personas en salud	29
2.5.	Normas gráficas en relación a los derechos y deberes de los pacientes	30
2.5.1.	Contenido de la carta	31
2.5.1.1.	Características de la carta	32
2.5.1.2.	Posición	33
2.6.	Causas del aumento de la presión legal en odontología	33
2.6.1.	Obligación de asistencia del odontólogo	34
2.6.2.	Falta profesional	34
2.7.	Proceso para la recolección de datos cuantitativos	35
2.7.1.	Requisitos de un instrumento de medición	35
2.7.2.	Relación entre la confiabilidad y la validez	36
2.7.2.1	Factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez	36
2.7.3.	Objetividad	36
2.7.4.	Procedimientos para construir un instrumento de medición	36
2.7.5	Codificación	37

2.7.6.	Nivel de medición	37
2.7.7	Cuestionarios	38
2.7.8.	Características que debe tener una pregunta	39
2.7.9.	Partes de un cuestionario	39
2.7.10.	Aplicación de cuestionario	39
2.7.11.	Escalamiento tipo Likert	40

CAPITULO III

Marco metodológico

3.1.	Diseño del estudio	42
3.2.	Población de estudio	42
3.2.1.	Criterios de inclusión	42
3.2.2.	Criterios de exclusión	42
3.2.3.	Muestreo	42
3.3.	Instrumento	43
3.3.1.	Diseño del instrumento	43
3.4.	Variable	48
3.4.1.	Variable independiente	48
3.4.2.	Variable dependiente	49
3.5.	Consentimiento informado	50
3.6.	Consideraciones éticas	50
3.7.	Análisis estadístico	51
3.8.	Planificación	51
3.8.1.	Cronograma de actividades	51

CAPITULO IV

Análisis de los resultados

4.1.	Encuesta piloto	52
4.2.	Encuesta final	55
4.2.1.	Caracterización de la muestra	55

4.2.2.	Conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información	58
4.2.2.1.	Nivel del conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información	62
4.2.3.	Difusión de información médico paciente	64
4.2.3.1.	Nivel de difusión de información médico paciente	66
4.2.4.	Canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes	67
4.2.4.1.	Nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes	69
4.2.5.	Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica	70
4.2.6.	Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica según género, edad, nivel educacional y sistema de salud	72
4.2.6.1.	Causas de la significación en la relación entre la variable “Nivel de Conocimiento en atención odontológica” y la variable independiente “Nivel educacional”	76
 CAPITULO V		
	Discusión	77
 CAPITULO VI		
	Conclusiones y sugerencias	
6.1.	Conclusión	81
6.2	Sugerencias	81
 BIBLIOGRAFÍA		83
 ANEXOS		85

Índice de Tablas / Gráficos / Ilustraciones

	Página
FIGURA 2-1: Esquema que muestra las relaciones entre elementos y su disposición en el plano.	32
FIGURA 2-2: Esquema de posición visual de la carta	33
	Página
CUADRO 3-1: Descripción de variable independiente	48
CUADRO 3-2: Descripción de cada variable dependiente y preguntas asociadas	49
	Página
GRÁFICO 4-1: Distribución del porcentaje de pacientes en clínica odontológica de Universidad Viña del Mar según género.	55
GRÁFICO 4-2: Distribución del porcentaje de pacientes en clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según edad.	55
GRÁFICO 4-3: Distribución del porcentaje en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según Nivel educacional.	56
GRÁFICO 4-4: Distribución del porcentaje en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según cobertura de salud	57
GRÁFICO 4-5: Distribución del porcentaje de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en torno a sus derechos en calidad de paciente.	60
GRÁFICO 4-6: Distribución del porcentaje de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus deberes en calidad de paciente.	61
GRÁFICO 4-7: Distribución del porcentaje de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad de Viña del Mar, respecto al hacer valer sus derechos como paciente.	62
GRÁFICO 4-8: Distribución del nivel de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus derechos, deberes y	64

difusión de información.

GRÁFICO 4-9: Distribución del nivel de difusión de información médico- paciente.	67
GRÁFICO 4-10: Distribución del nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los paciente	70
GRÁFICO 4-11: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica	71

	Página
TABLA 4-1: Estadístico Alfa de Cronbach	52
TABLA 4-2: Reactivos a eliminar según el Estadístico Alfa de Cronbach	52
TABLA 4-3: Análisis factorial	53
TABLA 4-4: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a la ley que establece sus derechos y deberes como paciente en atención de salud.	58
TABLA 4-5: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente.	58
TABLA 4-6: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, sobre la visualización de la gigantografía de derechos y deberes del paciente.	59
TABLA 4-7: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en torno a sus derechos en calidad de paciente.	59
TABLA 4-8: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus deberes en calidad de paciente.	60
TABLA 4-9: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, respecto al hacer valer sus derechos como paciente.	61
TABLA 4-10: Distribución del nivel de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus derechos, deberes y difusión de información.	63
TABLA 4-11: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a cuánta información reciben sobre tratamientos.	64
TABLA 4-12: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos.	65

TABLA 4-13: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a si la información que reciben es clara y detallada.	65
TABLA 4-14: Distribución del nivel de difusión de información médico paciente.	66
TABLA 4-15: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación al conocimiento que tienen sobre horarios de atención.	67
TABLA 4-16: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a las formas de pago en atención odontológica.	68
TABLA 4-17: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a los valores que se entregan en atención de salud.	68
TABLA 4-18: Distribución del nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes.	69
TABLA 4-19: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica.	71
TABLA 4-20: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según género.	72
TABLA 4-21: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y género.	72
TABLA 4-22: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según edad.	73
TABLA 4-23: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y edad.	73
TABLA 4-24: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según sistema de salud	74
TABLA 4-25: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y Sistema de Salud.	74
TABLA 4-26: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según nivel educacional	75
TABLA 4-27: Prueba de exacta de Fisher en variables nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y nivel educacional.	75
TABLA 4-28: Prueba de Chi cuadrado de Pearson en el Nivel de Conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y Nivel educacional.	76

RESUMEN

Actualmente las organizaciones sanitarias han pasado de estar centradas en los profesionales a poner en el centro a los usuarios. A partir de ello es tentativo poder medir el nivel de conocimiento que poseen acerca de la ley 20.584. Para lograr esto fue necesario disponer de un instrumento, el cual fue confeccionado y validado a través de un proceso metodológico, logrando así una buena herramienta de medición.

Objetivo: Determinar el grado de conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes usuarios de la clínica odontológica de la Universidad Viña del Mar.

Metodología. Estudio descriptivo transversal, en personas entre 18 y 80 años usuarios de la clínica odontológica de la Universidad Viña del Mar. Utilizando como instrumento de medición una encuesta tipo entrevista.

Resultados. Los participantes poseen un alto nivel de conocimiento en cuanto a sus derechos y deberes como pacientes correspondiente a un 58%, pero a su vez existe un porcentaje no menor de 42% que posee un nivel bajo del mismo. Se establece un nivel de significancia asociado al nivel educacional básico.

Conclusión: Se confeccionó un buen instrumento de medición, logrando un instrumento final validado. Al englobar todas las variables estudiadas se establece que hay un bajo nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica en un 42%, asociado significativamente al nivel educacional básico actuando este como un factor de riesgo.

Palabras clave: Conocimiento, derechos y deberes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica es parte de las variadas formas por las cuales las personas pueden lograr un estado pleno de salud, condición que a mediados del siglo XX fue garantizada por la OMS como un derecho fundamental de la raza humana. A partir de estos conceptos se establecen variados tópicos que tienden a regular y mejorar la relación bidireccional entre profesional de la salud y pacientes. Es por esto que en nuestro país, a partir de las reformas de salud impulsadas el año 2001, se desprende un proyecto de ley que finalmente el 1 de octubre de 2012 entra en vigencia como la Ley N° 20.584 sobre “Derechos y deberes de los pacientes” que establece cuales son los Derechos y Deberes de las personas, en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud. Por lo tanto, esta ley nace bajo el precepto de que existe la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, tanto por parte del profesional como por ellos mismos, destacando el derecho a la información oportuna de su salud y de los costos, la confidencialidad, el trato digno y la importancia que radica en el consentimiento informado. También de mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual de un lado y del otro, permitiendo así garantizar la salud como derecho inalienable de la población. Por ende, es necesario que los pacientes sean conscientes de su estado de salud, sus necesidades específicas, la intención de cada tratamiento, para conocer sus pronósticos, los riesgos, consecuencias, limitaciones y ser conscientes de sus responsabilidades y los de su dentista, lo que resulta en el éxito del tratamiento. En definitiva es deber del profesional informar, pues se orienta a satisfacer el derecho de principio de autodeterminación del paciente. Por ello surge la necesidad de valorar el conocimiento de los pacientes acerca de esta ley, para evaluar la difusión de información y desde ahí generar recomendaciones para mejorar la aplicación de la ley.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Objetivos de la investigación

1.1.1. Objetivo General

Determinar el grado de conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes usuarios de la clínica odontológica de la Universidad Viña del Mar.

1.1.2. Objetivo específico

- Construcción de instrumento de medición para evaluar el conocimiento de la ley de los derechos y deberes de los pacientes.
- Validación del instrumento de medición.
- Caracterizar la muestra en relación a la edad, género, nivel educacional y cobertura de salud.
- Evaluar el conocimiento de los pacientes en relación a sus derechos, deberes y difusión de información.
- Evaluar la difusión de información médico paciente.
- Evaluar la canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes.
- Evaluar la significancia y analizar las diferencias en conocimiento que existe de los derechos y deberes según: edad, género, nivel educacional y previsión de salud.

1.2. Justificación del estudio

Se requiere evaluar el grado de conocimiento de los pacientes de sus derechos y deberes, para determinar el alcance que ha tenido la ley, desde su promulgación hasta la fecha.

A nivel de trascendencia social. Los resultados obtenidos permitirán evaluar las deficiencias de información entre los distintos grupos etarios, educacional, género e ingresos, lo que permitirá poder establecer estrategias para entregar información de forma más clara, accesible y en el caso de que existieran brechas de desinformación significativas, crear un medio para acortarlas.

Esto ayudará a tener un universo de pacientes informados no sólo a nivel de sus derechos, sino que también de sus deberes. Determinará mejores relaciones entre los pacientes y profesionales de salud, debido a que permitirá tomar decisiones en conjunto, en relación a las acciones a seguir frente a la condición de salud que aqueja a las personas. De esta manera se disminuirá las problemáticas acontecidas producto de mala comunicación y de toma de decisiones unilaterales, evitando de esta forma que se desencadenen problemas mayores.

Según la información encontrada hasta la fecha, existen pocos estudios al respecto, los cuales sólo se enfocan en describir las consecuencias y no valorar el proceso que fomenta el conocimiento de la ley, por lo cual, es una forma de contribuir a conocer un tema, el cual es poco explorado y que permitirá generar estudios posterior.

1.3. Resultados esperados

Al ser nuestro estudio de tipo exploratorio, en el cual no existe información previa, se esperan resultados tentativos en relación a desconocimiento de los derechos y deberes por parte de los pacientes. También se espera encontrar alguna diferencia significativa según el nivel educacional de la población.

1.4. Declaración de conflicto de interés

Surge a partir de la necesidad del problema de investigación, que busca evaluar el conocimiento de derechos y deberes de los pacientes, solo relacionados a la atención en odontología, a pesar de que la ley es aplicable en todos los ámbitos de la atención en salud.

El estudio solamente evalúa la situación actual y no se tomarán medidas para poder intervenir y generar mayor conocimiento en la población en relación a la ley de derechos y deberes de los pacientes.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Derechos

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se establece que existen derechos inherentes a todo ser humano, sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados; el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional (1). Asimismo en el artículo 25 de esta declaración se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y atención médica. En relación a esto la OMS establece dentro de los principios de su constitución, qué el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (2).

En la actualidad el concepto de derecho y deberes resuena constantemente; esto debido al avance de la civilización. Éstos no surgen espontánea o automáticamente en la sociedad, sino que presionados por motivaciones externas a quienes se reclaman los deberes o de quienes exigen sus derechos. En algún momento, fueron más bien responsabilidades particulares o colectivas, las que se pretendía fuesen ejercidas, como forma de cumplir con obligaciones hacia terceros o divinidades (3). Sin embargo, estas concepciones sólo difieren por el mayor énfasis actual de lo que debe ser exigido, al tener mayor conciencia de la propia dignidad y por una más recta consideración de los atributos del hombre y de la mujer, como seres únicos, siempre originales y de potencialidad y libertad inembargables y de merecida legitimación (4-5).

Variadas categorías de derechos han sido reivindicados; son las organizaciones internacionales quienes decretaron salvaguardar los derechos humanos (1). Es por esto que algunas de las categorías consideran conceptos ancestrales, supuestamente inscritos en la moral de los pueblos. De este tipo son, por ejemplo, el derecho a la vida, a la libertad, a la individualidad, cuyas correspondientes vigencias dependen fundamentalmente del consenso

social. Otras, incorporan valores, conquistas para el bienestar o mejores relaciones entre personas o colectividades. El derecho a la educación, a la atención de la salud, a la vivienda digna, pudieran ser considerados dentro de esta categoría y, es evidente que, su accesibilidad depende, además de que sean aceptados socialmente, de que se den las condiciones económicas y de organización que los hagan factibles. La consigna de "salud para todos" impulsada por la OMS (6), ha respaldado y estimulado "oficialmente" una reivindicación que persiste en ser utópica en ausencia de medidas globales y decisiones que definan, más claramente, cuánta salud y cómo lograrla (7). Finalmente, han aparecido derechos que no son básicos de la existencia humana ni de las posibilidades de convivencia, pero son indispensables para que ambas sean gratificantes y se alcancen. Por lo tanto, son legitimados como esenciales para satisfacer los requerimientos de justicia y equidad a que aspira todo ser humano. A este tipo de derechos obedecen, los que se han dado en proclamar como derechos de los pacientes, en el ejercicio de atención de salud para cautelar el de la vida (8-9).

2.2. Los Derechos y Deberes de los pacientes en Chile

2.2.1. Historia

El proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud enviado como primer paso de la Reforma de Salud en el año 2001, desató una gran cantidad de discusiones en todo ámbito de la sociedad. Juristas, abogados, jueces, médicos, mundo académico, y distintas agrupaciones y asociaciones vieron en esta iniciativa una oportunidad de discutir sobre temas que antes parecían reservados sólo a expertos. Hablar sobre derechos de los pacientes se hizo algo común en hospitales y universidades y la consagración legal del consentimiento informado atrajo el interés de académicos, profesionales y religiosos.

El Ministerio de Salud convocó a médicos, funcionarios de la salud, abogados, académicos, y otros profesionales para debatir sobre el proyecto de ley que mantuvo siempre las puertas abiertas para recibir comentarios y sugerencias. A su vez ha estado permanentemente preocupado de la tramitación que en el Congreso Nacional ha tenido este proyecto. El interés que estos temas tienen ha sido recogido por los integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados durante los años en que el mensaje del Ejecutivo sobre derechos y deberes de las personas en salud ha estado en tramitación; como asimismo por diversas mociones parlamentarias. La primera, del año 2000, Boletín Nº 2597-11, "Sobre Derechos de los Pacientes", presentado por los Diputados en ese entonces Guido Girardi, Enrique Jaramillo, Antonio Leal, Adriana Muñoz, María Antonieta Saa y Salvador Urrutia; la última, del año 2006,

Boletín 4270-11, con el mismo nombre, presentada esta vez por los actuales Senadores Guido Girardi, José Antonio Gómez, Alejandro Navarro, Carlos Ominami y Mariano Ruiz-Esquide. La inspiración de los derechos a garantizar se recoge de los distintos instrumentos de derecho internacional tales como pactos, convenios y declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos. Entre otros, cabe señalar la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Dichos instrumentos permiten traducir sus preceptos en normas jurídicas concretas, adaptados a las distintas situaciones en que su posible vulneración debe enfrentarse. Por ello, se considera que más que proponer nuevos derechos, este proyecto busca la explicitación de derechos contenidos en dichos instrumentos y en nuestra propia Carta Fundamental, pero aplicados esta vez a las situaciones concretas que se producen en la atención de salud (10). El proyecto es enviado a la cámara de diputados para que sea sometido al primer trámite constitucional el día 8 de agosto de 2006; proceso que terminó el día 8 de enero de 2008. A partir de aquí el proyecto de ley debió ser sometido al segundo trámite constitucional, esta vez por parte del senado, proceso que comenzó el día 15 de enero de 2008 y culminó el 8 de septiembre de 2011, momento en el cual entra en su tercer trámite constitucional culminando el 20 de diciembre de 2011. El proyecto es oficiado por parte del poder ejecutivo para su promulgación el 12 de abril de 2012. Finalmente, el 1 de octubre del año 2012 entró en vigencia la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud (11).

2.3. Principios inspiradores de la ley

2.3.1. Dignidad de las personas

Una de las críticas que más frecuentemente se formulan a los sistemas de salud, es la creciente deshumanización en las relaciones entre los actores de ellas y en el trato que reciben las personas atendidas. El extraordinario desarrollo científico y tecnológico, sumado a la progresiva institucionalización en la prestación de los servicios de salud, junto con poner en duda la existencia de la tradicional relación médico-paciente, caracterizada por un cierto paternalismo en las relaciones, pero al mismo tiempo por la cercanía del profesional tratante con el paciente y su familia, nos enfrentan a la demanda de las sociedades por el respeto a los derechos humanos siempre y en todo momento, especialmente en situaciones de necesidad,

como ocurre cuando solicita atención de salud. La dignidad inherente a la condición humana como fuente y explicación de estos derechos está largamente reconocida en la discusión acerca de la fundamentación de los derechos humanos. Así, el valor especial y único de cada miembro de nuestra sociedad, constituye a las personas en el fin de toda norma y estructura social. Los sistemas de salud, públicos y privados, deben responder a dicho mandato (10).

2.3.2. Autonomía de las personas en su atención de salud

Respetar la dignidad de las personas no es una mera afirmación declarativa o una bien fundada pretensión programática. Al contrario, ésta se traduce en formulaciones y hechos concretos, especialmente en el respeto por su libertad. Una sociedad democrática requiere avanzar en el desarrollo humano, una de cuyas expresiones es la ampliación de libertades, como la autonomía y control sobre el propio cuerpo y sobre las decisiones del entorno que conciernen a su integridad y al ejercicio de sus derechos. Este proyecto busca precisamente reconocer dicho espacio de soberanía personal (10).

2.3.3. Derecho de las personas a decidir informadamente

El ejercicio de la autonomía de las personas respecto de su salud apunta a que éstas tienen el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento. Este derecho, en principio, no tiene más limitaciones que excepciones basadas en razones de salud pública; en que los procedimientos médicos obedezcan a situaciones de emergencia, que no hagan posible recabar la voluntad de la persona; además, se da en ciertas situaciones. Por ejemplo, si una persona se hospitaliza, se entiende que acepta ciertos procedimientos o tratamientos asociados a dicha circunstancia. Asimismo, se plantea como requisito para el correcto ejercicio de este derecho el cumplimiento del deber de informar, correlativo al derecho a ser informado. Frente a procedimientos que impliquen alto riesgo vital, se plantea un requisito de escrituración.

Existe una relación médico-paciente asimétrica, debido a que el paciente acude al profesional ante una necesidad, motivado por desconocimiento de lo que le sucede y de cómo solucionarlo (12). El Consentimiento Informado tiene como objetivo establecer los derechos y deberes de ambas partes, tanto paciente como profesional (12). El conocimiento integral del tratamiento minimizará la ansiedad de los pacientes y promueve una mayor calidad de los servicios, mejorando la satisfacción del profesional y paciente (13) (14). El experto deberá

informar al paciente de su patología, los procedimientos a seguir, las posibilidades de tratamiento, su eventual cura y, en general, de todas aquellas prácticas que la correcta *praxis* médica establezca para el caso concreto, así como de los riesgos y otras alternativas terapéuticas (13) (15). Es así como en esta etapa surgen como determinantes cuatro puntos básicos en la relación médico-paciente: la veracidad, la intimidad, la confidencialidad y la fidelidad (15). En este orden de ideas podemos subrayar que las exigencias de información y consentimiento tratan de fomentar la idea de autonomía individual de la persona y de estimular la toma de decisiones propias de modo racional, ayudando al paciente en la toma de decisiones, entendiendo al proceso de información no como una concesión graciable del médico, sino como un verdadero derecho del paciente (16). Hoy la relación que se trata de adoptar apunta a una forma horizontal que respete las circunstancias éticas y morales de cada persona que acude a los servicios sanitarios, lo cual exige poner en práctica técnicas de información (17). Resulta claro que la única información eficaz es aquella que se proporciona antes de la intervención o el tratamiento, siempre y cuando sea proporcionada con una antelación suficiente y en condiciones que permitan la adecuada reflexión por parte del paciente (18). La manifestación de voluntad de éste deberá estar presente durante todo el curso del tratamiento, extendiéndose incluso a las consecuencias postoperatorias y a los cuidados posteriores al acto médico que deban adoptarse (15) (13). Otra problemática vinculada con la entrega de información, es determinar si existe obligación de volver a informar a pacientes que ya han sido notificados. En este punto el deber de información como obligación jurídica termina con la primera notificación a menos que se trate de una intervención completamente nueva (19) (14). Ahora bien, en aquellos casos en que se presuma que el paciente dispone de una información adecuada, sea por su propia formación o por haberse sometido con anterioridad a intervenciones equivalentes, el médico tendrá la obligación y deber de comprobar la información que posee el paciente a fin de determinar si ésta es completa y adecuada (19) (12). La información deberá apuntar no sólo al diagnóstico, sino que también al pronóstico, a las alternativas del tratamiento, a sus posibles complicaciones, e incluso, manifestar si los medios con los que se cuenta para realizar la respectiva intervención médica son los adecuados o no (15). De esta manera, los profesionales de la salud no sólo tienen un deber de informar, entendido éste como una transmisión de datos objetivos, sino que, además, y según lo requieran las circunstancias, la citada obligación conllevaría un deber adicional de aconsejar; esto es, de orientar a la otra parte en su decisión (20) (15). El médico debe explicar las ventajas e inconvenientes de una y otra posibilidad diagnóstica y terapéutica, pero manifestando su opinión sobre las razones por las cuales se inclinaría hacia una u otra opción; lo contrario supone abandonar al paciente en su desconocimiento, “asesorar no equivale bajo ninguna

circunstancia a convencer” (13). Al respecto conviene preguntarse si la información ha de entregarse verbalmente o por escrito. Por regla general, la información entregada al paciente deberá ser dada de forma verbal debiendo, además, ser complementada con la entrega de un folleto informativo (15). Dicha práctica ha sido ampliamente criticada, principalmente porque los formularios o folletos informativos no tendrían otra función que la de proteger al facultativo frente a posibles reclamaciones, desvirtuando así la verdadera finalidad de esta importante obligación que pesa sobre él. Es beneficiosa la entrega de un folleto de este tipo, siempre y cuando éste sea específico, personalizado y complementario de la información verbal. Será necesario que se emplee en la redacción de formularios para que lleguen a cumplir con la finalidad, palabras sencillas, evitando en la medida de lo posible los tecnicismos y sustituir éstos por su descripción con palabras comunes. Si es posible, conviene utilizar dibujos o gráficos, y todos los métodos a su alcance que permitan una lectura del texto lo más clara posible (15). En el proyecto enviado en el año 2001, el consentimiento informado se refería exclusivamente a procedimientos invasivos, entendiéndose por tales aquellos en los que se interviene en el cuerpo de una persona viva con fines diagnósticos o terapéuticos. Entendemos que limitar a estos procedimientos el derecho a decidir, es muy restrictivo. Por ser procedimientos cuya especial característica, es invadir el cuerpo humano o incluso poner en riesgo la salud o la propia vida humana, se han reglamentado de manera especial en este proyecto, exigiéndose que la información y la decisión deban estar por escrito (10).

2.3.4. Respeto de los menores de edad

Recogiendo lo que convenios y declaraciones internacionales obligan en materia de respeto de los menores de edad, el proyecto reconoce en los menores su calidad de sujetos de derechos, distinguiendo entre los menores de catorce años y los mayores de esa edad, los cuales pueden participar en las decisiones que involucran su propio cuerpo y su salud. Por otra parte, los primeros, aun cuando su voluntad es subrogada por sus representantes legales, deben ser informados y consultada su opinión, respetando sus condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal. En el caso de los segundos y menores de dieciocho años, el proyecto exige que ellos sean informados directamente por el profesional tratante; también se garantiza que no se pueda intervenir su cuerpo sin su consentimiento. Sin embargo, se regula el caso en que dicho profesional estime que existe una situación de grave riesgo para la salud o la vida del menor, informe a los padres y requiera su opinión, permitiendo que en casos de duda, consultar al comité de ética que corresponda (10).

2.3.5. Respeto de las personas en situación de salud terminal

Como una necesaria consecuencia de la consagración del derecho a consentir cualquier intervención que en el ámbito de la propia salud le sea propuesta por los profesionales tratantes, asoma la posibilidad que aún en una situación de salud de extrema precariedad, llamada en el proyecto “estado terminal”, la persona atendida pueda rechazar tratamientos que estime desproporcionados e innecesarios (10).

2.3.6. Respeto de la autonomía frente a la investigación científica

Desde el Código de Núremberg hasta las declaraciones de la Asamblea Médica Mundial, muchas convenciones internacionales se han firmado. Aun así, siguen siendo necesarias las herramientas legales que hagan efectivo el respeto del derecho a no ser sometido a investigaciones científicas sin la información previa necesaria para un adecuado consentimiento. Por la particular indefensión en que pueden encontrarse las personas frente a la investigación científica, especialmente durante su atención de salud, resulta necesario recoger las recomendaciones internacionales sobre la materia, que buscan proteger los derechos de las personas frente a los intereses que rodean a las investigaciones en seres humanos.

La experiencia internacional nos ha mostrado cuán fácilmente se expone a los sujetos a riesgos y peligros innecesarios o desproporcionados. Por lo anterior, el proyecto de ley, de manera breve, establece tres elementos básicos y necesarios. Por lo pronto, se consagra el consentimiento informado libre, expreso y exento de toda presión para participar en protocolos de investigación científica. Enseguida, se consagran las facultades del Ministerio de Salud para reglamentar y regular los aspectos necesarios para la actividad científica en Chile, respetando los criterios y exigencias éticas para que dichas actividades se desarrollen respetando los derechos de las personas que participan en ellos. Finalmente, se establece la facultad de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, como autoridad Sanitaria, para velar por el adecuado cumplimiento de dichas normas (10).

2.3.7. Respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual

Un párrafo especial se dedica a las personas con discapacidad psíquica o intelectual. La casi atávica discriminación que han sido víctimas las personas con enfermedades o patologías

de carácter mental, ha llevado a la comunidad internacional a enfrentar de manera exclusiva la situación de ellas, con especial mención en lo que se refiere a su atención de salud. El proyecto busca de alguna manera superar la distinción entre capaces e incapaces, recogiendo lo que la ciencia hoy acepta, esto es, la existencia de distintos niveles de competencia que debe ser reconocida, al menos en lo que concierne a las decisiones en materia de salud. La reducción de los casos de tratamientos involuntarios, la posibilidad de nombrar autónomamente un representante personal y la existencia de comisiones de protección de derechos de las personas con discapacidad mental, son las medidas básicas y primeras para impulsar el cambio cultural que se requiere para disminuir las brechas de discriminación que afectan a las personas con discapacidad psíquica o intelectual (10).

2.3.8. Confidencialidad de la información de salud

En relación al régimen de acceso al contenido de la ficha clínica, por un lado, el proyecto establece el respeto de la privacidad de la atención de salud misma y, por otro, que la información que surge de esta atención de salud, considerada como dato sensible de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.628, goce de una protección especial en cuanto a quiénes, cuándo y por qué, pueden acceder a ella. Más que discutir acerca de a quién le corresponde la propiedad de la materialidad de la ficha clínica, lo relevante es garantizar su resguardo por los prestadores y, al mismo tiempo, el régimen restringido bajo el cual terceros, no relacionados con la atención de salud, pueden tener conocimiento de la información de salud de una persona. El proyecto establece el criterio general de protección de la confidencialidad y, acto seguido, regula de manera pormenorizada las situaciones en que es finalmente necesario permitir que esta confidencialidad ceda en cada caso particular y bajo estrictas normas sobre su manejo (10) (21).

2.3.9. Reconocimiento al derecho a la participación ciudadana en Salud

Las personas, en tanto sujetos de derechos y basadas en el goce de autonomía, requieren que las instituciones de salud establezcan con ellas nuevas formas de relación. De ahí que el proyecto reconozca su derecho a participar en decisiones que conciernen a la salud colectiva, contribuyendo así no sólo a su propio desarrollo humano, sino que también a la transparencia y solidez de la democracia. El proyecto se encarga expresamente de señalar que toda persona tiene derecho a efectuar consultas y reclamos que estime pertinentes. También que los

usuarios pueden manifestar en forma personal o por escrito sugerencias y opiniones respecto a las atenciones recibidas (10).

2.3.10. Marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales

Especial significación tiene para el Ejecutivo la consagración legal de un sistema de tutela ética en el ámbito del otorgamiento de prestaciones asistenciales. Hoy podemos considerar que constituye un derecho y una garantía para las personas la existencia de comités de ética en los establecimientos de salud. Pero como la realidad nos indica, muchas veces resulta complejo para muchos establecimientos contar con comités de ética. Por ello, el proyecto permite a los establecimientos inscribirse a uno, de manera que en caso de conflictos éticos, exista esta instancia que permita una solución especializada. Se trata de una instancia no jurisdiccional, pero de amplio reconocimiento a nivel mundial (10).

2.4. Contenido del proyecto de ley

Lo primero que se realizó fue modificar el nombre de la ley, precisando desde el comienzo que el objetivo es regular los derechos y deberes de las personas durante la atención de salud. Lo anterior se fundamenta en que los derechos de las personas en salud pueden ser muchos más que los que esta ley, desde sus textos originales, es capaz de incluir. Además, el derecho básico a la salud, que en nomenclatura constitucional es el derecho a la protección de la salud, garantizado en el artículo 19, número 9, de nuestra Carta Fundamental, se ha desarrollado a través de textos legales precisos y complejos, entre los que destaca la ley N° 18.469, la ley N° 18.933, y la ley que, en el marco de la Reforma a la Salud, creó el Régimen General de Garantías en Salud (10) (11).

2.4.1. El derecho a un trato digno

El proyecto busca precisar especialmente lo que dice relación con la protección de la privacidad de la atención, y proteger a las personas de una exposición no deseada a filmaciones o toma de fotografías para uso publicitario o periodístico. Además, se propone entregar al Ministerio de Salud la facultad de regular la toma de fotografías o filmaciones con otros objetivos, los que, por su carácter específico y de detalle, no se considera necesario incluir en la ley. El proyecto establece que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. En

consecuencia, los prestadores deben emplear y velar para que en el establecimiento se utilice un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención. También deben adoptar y velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, como, por ejemplo, que las personas sean tratadas y llamadas por su nombre (10).

2.4.2. El derecho a tener compañía y asistencia espiritual

El proyecto consagra el derecho a que los prestadores faciliten a las personas la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias. Asimismo, establece que toda persona tiene derecho a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual, si así lo deseara, en conformidad con la ley. Las normas propuestas buscan prever las dificultades que podría generar que cada establecimiento tuviera normas distintas en materia de compañía a las personas hospitalizadas o atendidas. Por ello, en vez de encomendarles la reglamentación a normativas internas de cada establecimiento, el asunto se entrega a la regulación técnica del Ministerio de Salud (10).

2.4.3. El derecho a la información

El proyecto hace una distinción en materia del derecho a la información. Por una parte, se establece que toda persona tiene derecho a que el prestador le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que ofrece o tiene disponibles, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas; también las condiciones previsionales de salud requeridas, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites por seguir para obtener la atención de salud; además de que le indique las condiciones y obligaciones que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales, contempladas en los reglamentos internos de cada uno de ellos; y las instancias y formas de efectuar reclamos. Asimismo, se obliga a que los prestadores coloquen y mantengan en un lugar público y visible, una carta de derechos de las personas en relación con la atención de salud. El proyecto también se encarga de establecer que toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan, tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan; así como saber quién, para su caso, autoriza y efectúa diagnósticos y tratamientos. Para evitar discusiones, el proyecto

establece que el equipo de salud comprende, a todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación en el campo de la salud. La definición incluye, por tanto, a profesionales y no profesionales; tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en este quehacer. El otro derecho a la información es el que tiene toda persona para conocer de parte del médico u otro profesional tratante su estado de salud, posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de tratamiento disponibles y el riesgo que ello pueda representar, así como el diagnóstico esperado, y el proceso previsible del post operatorio. Este derecho comprende el de recibir un informe que a lo menos contenga una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, los resultados de los exámenes, los procedimientos efectuados e indicaciones a seguir; una información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que les fueron aplicables, incluyendo, cuando corresponda, información de los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes lo atendieron. Además, toda persona puede solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que contenga el período de su tratamiento, el diagnóstico y los procedimientos aplicados. Asimismo, toda persona tiene el derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. El proyecto establece tres excepciones al derecho a la información: En primer lugar, cuando la condición de la persona no permita recibir la información directamente, padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, en esos casos la información debe ser dada a la o las personas que corresponda, que tengan la calidad de representante legal, cónyuge, parientes directos, amigos cercanos, apoderado personal o quién a cuyo cuidado se encuentre, ya sea transitoria o permanentemente. Sin perjuicio de lo anterior, el proyecto establece que recuperada la conciencia o la capacidad de comprender, la persona debe ser informada. Una segunda excepción ocurre tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información. En este caso, ésta le debe ser dada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre en ese momento, cuidando que ella se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, cuando a juicio del médico tratante se encuentre en condiciones de recibir y comprender dicha información. La tercera excepción tiene lugar cuando la persona, por escrito, ejerce su derecho a no ser informada. El ejercicio de este derecho constituye una manifestación voluntaria, consciente y esencialmente revocable. La persona puede designar, en este mismo acto, a quien o quienes en su nombre reciban la

información respectiva, los cuales también quedan obligados a respetar su derecho a no ser informado. Si la persona decide no designar un receptor de esta información, el médico o profesional tratante debe registrar los antecedentes relevantes asociados a las acciones vinculadas a la atención de salud y tomar los resguardos necesarios para la debida protección de dicha información. Con todo, en este último caso, la excepción no corre si lo exige la protección de la vida de otra persona o que por razones de orden sanitario resulte necesaria la adopción de conductas y hábitos particulares por parte de ella.

Este derecho a la información acerca del estado de salud de la persona implica que esta no puede ser revelada a terceros. Sin embargo, dicha regla tiene tres excepciones: En primer lugar, que razones de salud pública justifique que esa información sea entregada a terceros, en segundo caso, que la falta de información suponga un grave riesgo para la salud de terceros identificables, en tercer lugar, la información puede ser entregada a los familiares directos previa autorización de la persona. El proyecto se encarga de establecer que la información entregada a terceros en razón del tratamiento, deberá resguardar el derecho a la confidencialidad de la atención de salud y de la información personal que surge de ésta (10).

2.4.4. La reserva de la información de la ficha clínica

La ficha clínica es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona. En la definición de ficha clínica, se ha eliminado que ésta es propiedad de la persona atendida, pues a juicio del Ejecutivo, si bien la información de salud pertenece a la persona y como tal es protegida como dato sensible, de acuerdo a lo indicado en la ley N° 19.628, la materialidad de la ficha tiene un estatus especial, en el que lo relevante es establecer la custodia de su materialidad y debida protección de su información y, asimismo, el régimen de acceso tanto del propio titular como de terceros. Dicha cuestión se ha pretendido delimitar más precisamente, enumerando las distintas situaciones, circunstancias y alcances en los que la información contenida en la ficha es accesible para terceros. Entonces, la regla general es que la ficha clínica permanece en poder del prestador, siendo de su responsabilidad la reserva de su contenido. Ningún tercero que no esté directamente relacionado con la salud de la persona, puede tener acceso a la información que emane de la ficha clínica. Las personas autorizadas para acceder a esa ficha son responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y la identidad del titular de la ficha, reservando la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento (10).

2.4.5. La decisión informada

El proyecto consagra el derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. El ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal. Sin embargo, el proyecto se encarga de establecer que esta decisión debe constar por escrito en ciertos casos: Intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo importante para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma como el hecho de su entrega, deben constar por escrito y la persona tiene que haber sido informada acerca de lo que esos casos implican.

El proyecto consagra ciertas excepciones, en que no se requiere la manifestación de voluntad de la persona: en primer lugar, esto ocurre en caso que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones en que se requiere decisión informada escrita, supongan un riesgo para la salud pública, en segundo caso, es en aquellos casos en las que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable, y la persona no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad, y no sea posible obtener el consentimiento de la persona que subrogue su decisión, en tercer lugar, esto ocurre cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir. En estos casos, se deben tomar las medidas apropiadas sobre la base de lo que se conoce y de lo que es posible presumir acerca de la voluntad de la persona. El proyecto permite la alta voluntaria, ésta tiene lugar en el caso que la persona exprese su voluntad de no ser tratada, querer interrumpir el tratamiento o se niegue a cumplir las prescripciones médicas. En estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, puede decretar también el alta forzada. Sin perjuicio de lo anterior, la persona tiene derecho a ser derivada a otros prestadores de salud o a ser tratada en el mismo establecimiento si fuese posible, si existiendo otros tratamientos alternativos, la persona manifestare su deseo de recibirlos (10).

2.4.6. Deberes de las personas en salud

El proyecto establece que los deberes de las personas en salud constituyen la responsabilidad que éstas deben asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por

parte de un prestador determinado. Los usuarios deben respetar las normas vigentes en materia de salud. Para ello la autoridad competente debe implementar las medidas que aseguren una amplia difusión de ellas. Enseguida, el proyecto establece que la persona que solicita una atención de salud debe procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere, especialmente respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de financiamiento existentes, sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información. Asimismo, debe informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamos establecidos. El proyecto señala que todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deben cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, haciéndose responsables según corresponda de acuerdo con la ley. También el proyecto se encarga de consagrar que los usuarios deben tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos; igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y amigos. Como consecuencia de lo anterior, el trato irrespetuoso grave o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas u otros individuos, da derecho a la autoridad del establecimiento a ordenar el alta disciplinaria de la persona, la cual sólo procederá por sus propios actos o a requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas. Finalmente, el proyecto se encarga de señalar que la persona que solicita atención de salud debe colaborar con los miembros del equipo de salud que lo atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozca o le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento (10).

2.5. Normas gráficas en relación a los derechos y deberes de los pacientes

La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes establece que los prestadores de salud institucionales tanto públicos como privados deberán colocar en los establecimientos una carta donde se señala cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con su atención de salud. Esta carta deberá ser colocada en un lugar visible y de alta concurrencia de público, como por ejemplo: hall de ingreso, sala de espera, oficina de informaciones, ventanilla SOME. Según la ley, corresponde al Ministerio de Salud, determinar el contenido de esta carta. No obstante, previo a este proceso, lo que se hizo fue someter el documento a consulta pública voluntaria. El objetivo de la carta es dar a conocer a la población de manera visible algunos de

los principales Derechos y Deberes que le corresponden como usuario de salud, invitándolo si requiere de mayores detalles, a profundizar en la Ley N° 20.584. Además, se generó un manual con las especificaciones técnicas, con el fin de establecer los parámetros y normas de uso de la carta. Este instructivo, así como la carta, están disponibles en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para conocimiento de las instituciones de salud públicas o privadas, como también para los usuarios (22).

2.5.1. Contenido de la carta

Exige tus derechos:

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

Y cumple tus deberes:

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.

Toda persona podrá reclamar sus derechos ante el consultorio, hospital, clínica o centro médico privado que lo atiende. Si la respuesta no es satisfactoria podrá recurrir a la superintendencia de salud. (Extracto de la ley n°20.584 de derechos y deberes de los pacientes).

2.5.1.1. Características de la carta

La carta mide 125 centímetros de ancho y 121 cm de alto y tiene un margen blanco de 2 cm que no debe ser recortado. Esta medida garantiza su visibilidad y lectura, por lo tanto, se debe respetar su tamaño y proporción. La carta está dividida en dos partes: Los Derechos del Paciente que se ubican en el área superior del documento y que se ilustra con quince ejemplos y los Deberes de los Pacientes, en el área inferior, donde se explicitan seis. La gráfica comprende un título que es el texto de mayor tamaño que invita a los pacientes a exigir sus derechos y cumplir sus deberes. Luego se aprecian iconos que son imágenes utilizadas para representar la acción de la cual se habla. Tiene como objetivo atraer visualmente y complementar al texto. Por último, se encuentra el texto que describe cada una de las acciones, complementando la imagen. Los elementos que la componen han sido especialmente dibujados, por lo que es imprescindible respetar su morfología para no distorsionar sus características. En el siguiente esquema se muestran las relaciones entre elementos y su disposición en el plano. Éstas no podrán ser modificadas ni alteradas, a fin de conservar intacta la identidad visual de la marca.



Figura 1. Esquema que muestra las relaciones entre elementos y su disposición en el plano.

2.5.1.2. Posición

La carta debe ser ubicada en un lugar que permita una buena visibilidad y legibilidad. Se recomienda colocarla a una altura mayor a 1,5 metros sobre el suelo, de lo contrario, impide una correcta lectura (22).

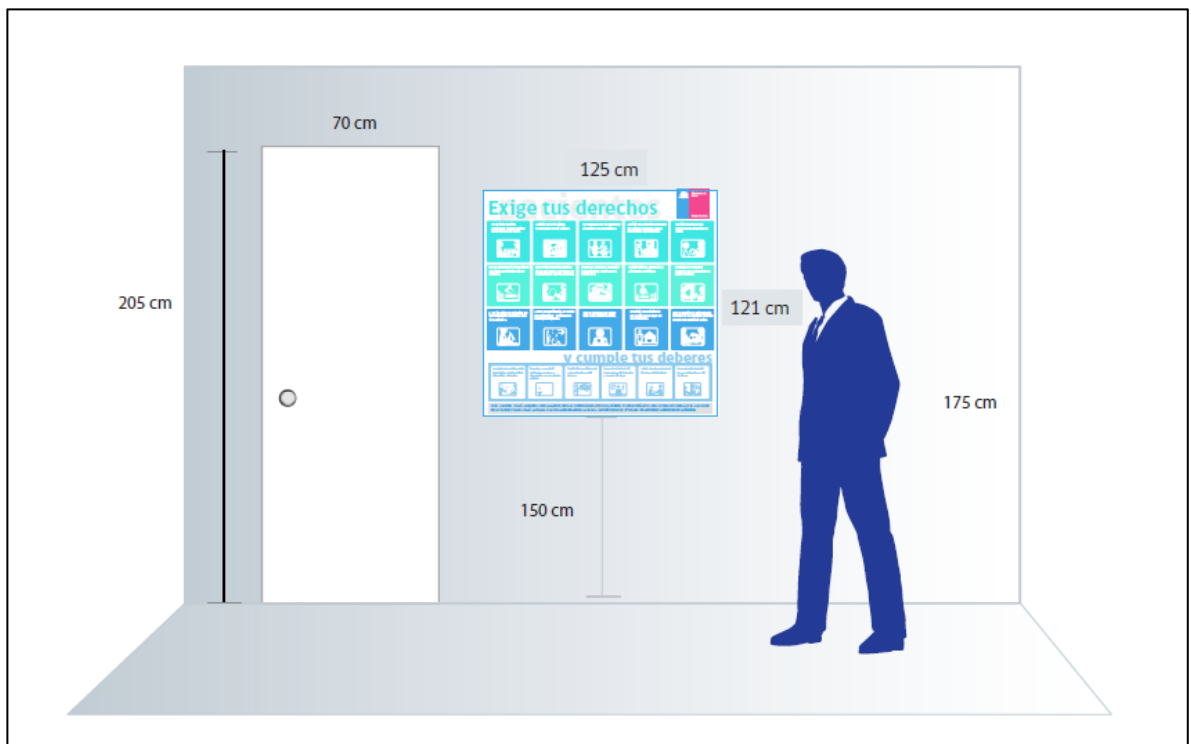


Figura 2. Esquema de posición visual de la carta

2.6. Causas del aumento de la presión legal en odontología

Existe un aumento de la exigencia a los resultados de los tratamientos odontológicos; esta situación no sólo se aprecia en la realidad chilena, sino que también se manifiesta en un sin número de países, inmersos en una realidad socio económica de estándares más elevados. Existen múltiples causas; entre ellas el fuerte crecimiento de los medios de comunicación y de su gran poder en la sociedad actual para crear en el inconsciente colectivo estándares de bellezas y de un ideal de sonrisa perfecta, en el cual muestran que es accesible y en donde centros odontológicos promueven una propaganda errada, garantizando un éxito absoluto, omitiendo complicaciones e información de dichos tratamientos. Estableciendo una creencia por parte de la población a que la odontología es una ciencia casi exacta con soluciones para todo.

Muchas veces son estos medios de comunicación la principal fuente de información que la población posee para adelantos tecnológicos y cuidados dentales. Un ejemplo de esto son los implantes dentarios, que se consideran la solución ideal para cualquier tipo de problema, omitiendo complicaciones, inconvenientes y posibilidades de fracaso; y frente a un inconveniente el paciente se sentirá engañado. Por lo que, es clave que el profesional de una información clara al paciente. Además, la sociedad actual es muy consciente de sus derechos y si consideran que no fueron respetados no duda en exigirlos, pero a su vez éstos no son conscientes de sus obligaciones. Actualmente debido al gran crecimiento de profesionales y de necesidades de los pacientes, se ha vuelto necesaria la apertura de centros odontológicos integrales, con cobertura de gran flujo de pacientes (macro-clínicas). Por lo cual, el quiebre de comunicación es muy común, pues debido a las muchas rotaciones de personal, un paciente con un problema no encuentre al profesional responsable de su tratamiento y las explicaciones y el tratamiento es efectuado por otro profesional. Además existe un cambio de relación entre dentista y paciente v/s la relación proveedor-consumidor. Esta relación también influye en las otras profesiones de la salud, como, por ejemplo, la medicina; específicamente cirugía plástica. Al asumir el rol de consumidor, el paciente se siente en la obligación de exigir resultados, dejando de lado el compromiso del profesional de hacer todo lo posible para mejorar la salud y cuyos resultados no son exactos. El problema es que no es comparable la prestación de otro tipo de servicio con la atención en salud, esto es lógico para todo funcionario de salud, pero para los pacientes, jueces y sociedad no lo es (23) (24).

2.6.1. Obligación de asistencia del odontólogo

El dentista debe atender con la misma propiedad y diligencia a todos los pacientes, independientemente de su condición individual, sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, naturaleza del problema de salud, o cualquier otra situación o circunstancia personal o social. El profesional se compromete a poner todos sus conocimientos y medios técnicos para informar, diagnosticar, curar y aliviar la dolencia del paciente (23).

2.6.2. Falta profesional

Las faltas profesionales pueden producirse, por acción u omisión, mediando culpa o negligencia. En la práctica judicial es muy complejo, y requiere detalladas pruebas periciales. Hay que conocer exactamente el tratamiento seguido, o el omitido, y saber si esto es o no un hecho aceptado por la ciencia a la luz de los conocimientos actuales. También es importante

conocer las circunstancias en las que se ha realizado el tratamiento (pacientes poco colaboradores, situación de urgencia, etc.) para valorar la calidad del tratamiento. Por otra parte, se debe establecer si la acción u omisión por parte del profesional es responsable de haber producido el daño, por lo que, se busca un nexo directo. En último término, es de vital importancia establecer si existió el adecuado procedimiento para informar al paciente sobre el tratamiento que se le realizaría o se podía efectuar y de haber obtenido su consentimiento. En el ámbito odontológico la mayoría de los daños son manifestados inmediatamente, el problema surge cuando es difícil establecer este nexo, ya que en algunas ocasiones estos daños son diferidos. Es aquí cuando surge la problemática de determinar la causalidad, ya que va a ser necesaria una investigación minuciosa, en donde se tomará en cuenta criterios cronológicos, topográficos, de continuidad sintomática y criterios de exclusión (24). Para establecer un correcto nexo de causalidad, debemos tener en cuenta la posible existencia de varias causas. Se distinguen 2 tipos, el origen principal de la lesión (es necesaria y suficiente para explicarla), y las concausas (son necesarias para su existencia pero no suficientes para producir la lesión) (23).

2.7. Proceso para la recolección de datos cuantitativos

Implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. Esto incluye determinar la fuente de donde se obtendrán los datos, donde se localizan las fuentes, el método para recolectar los datos y una vez recolectados prepararlos para que puedan analizarse y responder al planteamiento del problema (25).

2.7.1. Requisitos de un instrumento de medición

Confiabilidad: La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produzca resultados iguales (25).

Validez: Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia:

- a. Validez del contenido: se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida. Requiere tener representados prácticamente a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables a medir.
- b. Validez de criterio: establece la validez de un instrumento de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo.

- c. Validez de constructo: es la más importante de todas, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (25).

2.7.2. Relación entre la confiabilidad y validez

Un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido, si es así los resultados de la investigación no deben tomarse en serio. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido (25).

2.7.2.1. Factores que pueden afectar la confiabilidad y validez:

- Improvisación: elegir un instrumento o desarrollar uno con poco o nulo conocimiento del proceso de elaboración de instrumentos de medición.
- Instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en nuestro contexto. (cultura y tiempo)
- El instrumento resulta inadecuado para las personas a quienes se les aplica.
- Estilos personales de los participantes.
- Condiciones en las que se aplica el instrumento de medición: ejemplo: ruido, iluminación.
- Falta de estandarización: ejemplo: Distintas preguntas entre participantes, o distinto orden.
- Si el instrumento es escrito y no es legible las instrucciones o falten páginas (25).

2.7.3. Objetividad

La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instrucciones y condiciones para todos los participantes) y en la evaluación de los resultados, así como al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento.

La validez, la confiabilidad y la objetividad no deben tratarse de forma separada. Sin alguna de las tres, el instrumento no es útil para llevar a cabo el estudio (25).

2.7.4. Procedimiento para construir un instrumento de medición

1° Redefiniciones fundamentales: reevaluar las variables de investigación, el lugar específico donde se recabarán los datos, quiénes y cuántos van a ser medidos.

2° Revisión enfocada de la literatura: instrumentos o sistemas de medición utilizados en otros estudios anteriores.

3° Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicaciones.

4° Toma de decisiones clave: A) Utilizar un instrumento de medición ya elaborado o desarrollar uno nuevo. B) Si es uno nuevo, decidir de qué tipo y cuál será su formato. C) Determinar el contexto de administración o aplicación.

5° Construcción del instrumento.

6° Prueba piloto: Consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra para probar su pertinencia y eficacia. A partir de esta prueba se calcula la confiabilidad y la validez inicial del instrumento.

7° Elaboración de la versión final del instrumento o sistema y su procedimiento de aplicación: Ajustar y modificar instrumento.

8° Entrenamiento del personal que va a administrar el instrumento y calibrarlos.

9° Obtener autorizaciones para aplicar el instrumento.

10° Administración del instrumento.

11° Preparación de los datos para el análisis.

12° Análisis.

2.7.5. Codificación

Codificar los datos significa asignarles un valor numérico o símbolo que los represente. Es decir, a las categorías de cada ítem y variable se les asigna valores numéricos o signos que tienen un significado. La codificación es necesaria para analizar cuantitativamente los datos (aplicar análisis estadísticos) (25).

2.7.6. Nivel de medición

- a. Nivel de medición nominal: Hay 2 o más categorías del ítem o la variable. Las categorías no tienen orden ni jerarquía. Los números utilizados en este nivel de medición tienen una función puramente de clasificación.
- b. Nivel de medición ordinal: Hay varias categorías, pero además mantienen un orden de mayor a menor.

- c. Nivel de medición por intervalos: Además del orden o la jerarquía entre categorías, se establecen intervalos iguales en la medición.
- d. Nivel de medición de razón: Además de tener todas las características del nivel de intervalos, el cero es real y es absoluto.

2.7.7. Cuestionarios

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Básicamente se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuesta a los participantes, quienes deben acotarse a éstas. Pueden ser dicotómicas o incluir varias opciones de respuesta. Existen preguntas cerradas donde el participante puede seleccionar más de una opción o categoría (posible multi respuesta), en ocasiones el encuestado tiene que jerarquizar opciones, o en otras designar puntaje a una o a diversas. *Ventajas*: son más fáciles de codificar y preparar para su análisis, requieren un menor esfuerzo por parte de los encuestados y toma menos tiempo en contestar (25).

Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual, el número de categorías de respuesta es muy elevado.

En ocasiones, sólo basta una pregunta para recolectar la información necesaria sobre la variable considerada. Es recomendable hacer solamente las preguntas necesarias para obtener la información deseada.

Siempre que se pretenda realizar análisis estadístico, se requiere codificar las respuestas de los participantes a las preguntas del cuestionario y que cuando se tienen preguntas cerradas es posible pre codificar las opciones de respuesta.

Es conveniente iniciar con preguntas neutrales o fáciles de contestar, para que el participante se adentre en la situación.

No existe una regla al respecto del tamaño del cuestionario, si es muy corto se pierde información y si resulta largo llega a ser tedioso (25).

2.7.8. Características que debe tener una pregunta

- Deben ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados. Deben evitarse términos ambiguos, confusos y de doble sentido.
- Deben ser lo más breve posible.
- Deben formularse con un vocabulario simple, directo, y familiar.
- No pueden incomodar a la persona encuestada ni ser percibidas como amenazantes.
- Las preguntas deben referirse preferentemente a un solo aspecto o una relación lógica.
- Las preguntas no habrán de inducir las respuestas.
- Las preguntas no pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada, ya que es una manera de inducir respuestas.
- Evitar preguntas que nieguen el asunto que se interroga.
- No deben hacerse preguntas racistas ni sexistas ni que ofendan a los participantes.

2.7.9. Partes de un cuestionario

- Portada: Debe ser atractiva. Debe incluir el nombre del cuestionario y el logotipo de la institución que lo patrocina.
- Introducción: Debe incluir el propósito general del estudio, motivaciones para el sujeto encuestado (importancia de su participación), agradecimiento, tiempo aproximado de respuesta, espacio para que firme o indique su consentimiento (a veces innecesario), identificación de quién o quiénes lo aplican, explicar brevemente cómo se procesarán los cuestionarios y una cláusula de confidencialidad del manejo de información individual, instrucciones claras y sencillas. Cuando el cuestionario es aplicado mediante entrevista, la mayoría de tales elementos son explicados por el entrevistador.
- Agradecimiento final.
- Formato, preguntas y categorías.

2.7.10. Aplicación del cuestionario

- Auto administrado: Se proporciona a los participantes, quienes lo contestan (las respuestas las marcan ellos) y lo recolectamos otro día.
- Entrevista telefónica: Son la forma más rápida de realizar una encuesta. El nivel de rechazo suele ser menor que la entrevista frente al participante.
- Entrevista personal:

- Implica una persona calificada para aplicar el cuestionario; hace las preguntas y anota las respuestas. No deben sesgar o influir en las respuestas. Su propósito es lograr que se culmine exitosamente cada entrevista. Debe ser neutral pero cordial y servicial.
- El mismo instrumento es aplicado a todos los participantes, en condiciones lo más similares que sea posible.
- El entrevistador pregunta y el entrevistado responde.
- Se busca que sea individual, sin la intrusión de otras personas que puedan opinar.
- La mayoría de las preguntas suelen ser cerradas.
- El entrevistador y el propio cuestionario controlan el ritmo y la dirección de la entrevista.
- El entrevistador procura que el patrón de comunicación sea similar
- Se aconseja que se busque un lugar lo más discreto, silencioso y privado que sea posible.
- Idealmente después de una entrevista se puede preparar un informe que indique si el participante se mostraba sincero, la manera como respondió, el tiempo que duró la entrevista, el lugar donde se realizó, las características del entrevistado y aspectos que se consideren relevantes.
- Cuando se tiene población analfabeta, con niveles educativos bajos, es conveniente la administración de cuestionario por entrevista (25).

2.7.11. Escalamiento tipo Likert

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que exprese su reacción eligiendo una de las categorías de la escala. Sólo puede marcarse una respuesta, de lo contrario se considera un dato inválido.

Las opciones de respuesta o categorías pueden colocarse de manera horizontal o en forma vertical. Por lo general son cinco categorías, pero esta cantidad puede variar según la capacidad de discriminación de los participantes, las cuales pueden ser limitadas (dos a tres categorías) o de lo contrario amplias (siete o más categorías). Pero el número de categorías de respuesta tiene que ser el mismo para todos los ítems.

Los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente.

Las afirmaciones pueden tener una dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y es importante saber para codificar las alternativas de respuesta. Si la afirmación es positiva, cuanto más de acuerdo con la frase estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable. Por lo tanto, cuando la afirmación es positiva se califica el estar de acuerdo con la puntuación mayor. Si la afirmación es negativa, cuanto más de acuerdo con la frase estén los participantes, su actitud será más desfavorable, lo que implica una puntuación menor.

Las puntuaciones de la escala de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados de cada frase.

La escala original con frases se ha extendido a preguntas y observaciones. En ocasiones la escala se incluye en la pregunta (25).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal. Se realiza una medición en un periodo de tiempo para cada sujeto de estudio. Dentro de sus ventajas es que son poco costosos, se pueden realizar en poco tiempo y no involucra seguimiento. Se realiza este tipo de estudio por ser el problema de investigación poco explorado, estudiado y poco abordado, por lo tanto, es útil para obtener información, a través de la exploración e indagación del medio, para establecer algún tipo de parámetro sobre la situación actual, que permita enfocar estudios posteriores.

3.2. Población de estudio

Usuarios de la clínica odontológica de la Universidad de Viña del Mar entre 18 y 80 años durante el primer semestre del año 2016.

3.2.1. Criterios inclusión

- ≥ 18 años y ≤ 80 años.
- Usuarios de atención odontológica que se encuentren en la sala de espera.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Que presenten algún tipo de discapacidad (Sordos, no videntes, patologías neurológicas que afecten su juicio).
- Pacientes dependientes de terceros.

3.2.3. Muestreo

En esta investigación se utilizó un muestreo por Conveniencia, en donde el investigador seleccionó directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento fue utilizar como muestra los individuos a los que se tienen fácil acceso.

Corresponde a un tipo de muestreo no probabilístico, ya que para este tipo de estudio exploratorio, los probabilísticos resultan excesivamente costosos.

Los muestreos no probabilísticos, no sirven para realizar generalizaciones (estimaciones inferenciales sobre la población), debido a que no se tiene certeza de que la muestra extraída sea representativa, pues no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Se seleccionan los sujetos de acuerdo a determinados criterios, procurando en lo posible, que la muestra sea representativa.

Se seleccionó este tipo de muestreo por utilizar individuos pertenecientes a la clínica odontológica de la Universidad de Viña del Mar.

3.3. Instrumento

Se realizó una encuesta de tipo entrevista, con preguntas cerradas y respuestas con escala Likert y codificación de la siguiente manera: Nada, Ninguno (1), Poco, Insuficiente (2), Algo, Algunas ocasiones (3), A menudo (4), Mucho, Siempre (5). Se formularon 12 preguntas, a partir de tres ítem principales, los cuales buscan determinar el nivel de conocimiento de los pacientes en relación a sus derechos, a sus deberes y la forma en que se facilita la difusión de esta información dentro de los recintos de salud.

3.3.1. Diseño del instrumento

El instrumento de medición adecuado debió registrar datos observables que representan los conceptos o variables que deseamos investigar. La aplicación de un instrumento permitió medir las variables de interés, esta medición fue efectiva cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representó las variables que se tuvieron en mente.

En una primera etapa, se evaluaron las variables de la investigación, el lugar donde se recabarán los datos, el propósito de tal recolección, quiénes y cuándo van a ser medidos, las definiciones operacionales y el tipo de datos que se quieren obtener (respuestas verbales, respuestas escritas, conductas observables).

El segundo paso, involucró encontrar, mediante la revisión de la literatura, instrumentos o sistemas de medición utilizados en otros estudios anteriores para medir las variables de interés, lo cual permitiera identificar qué herramientas pueden ser de utilidad. Al no encontrar estudios

similares a los objetivos planteados y por tratarse de un estudio exploratorio, se establecieron variables planteadas por los investigadores para poder generar nuestro propio instrumento de medición.

Posteriormente, establecimos el dominio de las variables a medir y sus indicadores. En esta etapa se trató de identificar y señalar con precisión los componentes, dimensiones o factores que teóricamente integran la variable. De igual manera, se establecieron los indicadores de cada dimensión. En este momento, se estableció el tipo de instrumento de medición, para lo cual determinamos realizar una encuesta tipo entrevista con preguntas cerradas. Para que el instrumento de recolección de datos se construya adecuadamente debe cumplir con tres requisitos esenciales que son confiabilidad, objetividad y validez.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales.

La objetividad se refiere al grado en que el instrumento no es susceptible a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La validez es un concepto del cual pueden tenerse tres tipos de evidencia, los cuales son la evidencia relacionada con el contenido, evidencia relacionada con el criterio y evidencia relacionada con el constructo.

La validez de contenido se refiere al grado en que la medición de un instrumento representa al concepto o variable medida. Un instrumento de medición requiere tener representados prácticamente a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables a medir. El dominio de contenido de una variable normalmente está definido o establecido por la literatura (teoría y estudios). En nuestro caso en particular al corresponder a un estudio exploratorio, donde las fuentes previas son escasas, se debió comenzar por adentrarse en el problema de investigación y a sugerir cómo puede estar constituido tal dominio. De este modo, a partir de la literatura y de los objetivos planteados en el problema de investigación se establecieron preguntas que pudiesen medir las principales dimensiones de las variables en cuestión.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor. El principio de la validez de criterio es sencillo; si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares.

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico, evaluando en qué grado las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con otras mediciones de otros conceptos, de acuerdo con modelos e hipótesis derivadas teóricamente (que conciernen a los conceptos que se están midiendo). Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o un esquema teórico. La validez de constructo incluye tres etapas:

1. Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base de la revisión de la literatura).
2. Se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que soporte la variable en relación con otras variables. Para efectos de esta encuesta, se utilizará la validez de expertos o *face validity*, la cual se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”. Se encuentra vinculada a la validez de contenido y, de hecho, se consideró por muchos años como parte de ésta. Regularmente se establece mediante la evaluación del instrumento ante un comité de cinco expertos, para los cuales consideramos a: Dra. Jimena Ibarra Cirujano dentista, Dr. David Tapia Cirujano dentista, Darío Espinosa Farías Enfermero, Dra. María Francisca De la Fuente Médico cirujano, Juan Antonio Galindo Sociólogo.

A partir de sus opiniones se modificó la redacción de la introducción. Además se propuso dentro de las categorías de antecedentes generales eliminar el sistema de salud del usuario. Y dentro del nivel educacional, considerar la que esté completa.

Se sugirió cambiar las categorías de respuestas. Ya que las propuestas se consideraron confusas y poco claras para la interpretación del usuario. Con el objetivo de generar respuestas claras para evitar “contaminar el dato”.

En relación a las preguntas de la encuesta. Se refirió modificar la redacción de las preguntas, para que fueran más claras y evitar respuestas dicotómicas. Agregar signos de interrogación, eliminar o modificar aquellas preguntas reiterativas, ambiguas y que no indica nada objetivo.

Fue necesario calibrar y entrenar a los encuestadores. Esta etapa consistió en entrenar las expresiones faciales y corporales, tono de voz, claridad, modulación, vestimenta y actitudes frente a la población de estudio. Esto fue realizado en forma conjunta por los tesisistas.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto la cual consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra para probar su pertinencia y eficacia (incluyendo instrucciones), así como las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. Esta prueba fue realizada a treinta personas dentro de las dependencias clínicas odontológicas de la Universidad Viña del Mar.

A partir de esta prueba se realizó un análisis estadístico para poder calcular la confiabilidad y la validez iniciales del instrumento y evaluar la posibilidad de modificaciones del mismo. Para finalmente establecer una versión definitiva del instrumento.

La encuesta fue realizada por los integrantes que estuvieron desarrollando la tesis. Nos dirigimos a la clínica odontológica de la Universidad de Viña del Mar, para coordinar una fecha determinada.

Una vez que se contó con la aprobación y que se designó la fecha, acudimos vestidos con un delantal blanco, el cual contó con la identificación de los encuestadores.

Se llevaron cincuenta encuestas por cada entrevistador en formato de hoja carta y se evaluó los criterios de inclusión de la encuesta dentro de los presentes para poder dirigirnos a cada uno de los potenciales entrevistados.

Seleccionado el posible entrevistado nos acercamos, saludamos cordialmente, nos presentamos, señalamos la institución a la cual pertenecemos y explicamos que era un estudio que serviría para evaluar una tesis profesional acerca del grado de conocimiento de los

derechos y deberes de los pacientes en la atención odontológica. Se les pidió su ayuda para que contestaran algunas preguntas que no llevarían mucho tiempo, sus respuestas serían confidenciales, anónimas y las opiniones de los encuestados serían sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarían datos individuales, se les pidió que contestaran el cuestionario con la mayor sinceridad posible, no existían respuestas correctas e incorrectas y solamente podían marcar una sola opción. Teniendo en cuenta las consideraciones éticas, debió contarse con la aprobación por parte del sujeto encuestado, para poder realizar la encuesta. Cada una de las preguntas fueron leídas por el encuestador y las respuestas se marcaron por el mismo. Nos despedimos, manifestando nuestro agradecimiento por su tiempo y colaboración. Éste proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un periodo de 3 semanas.

3.4. Variables

3.4.1. Variable independiente

Cuadro 1: Descripción de variable independiente

Variable	Descripción	Tipo / Escala	Operacionalización
Edad	Según edad al momento de la encuesta	Cuantitativa Continua	≥ 18 años y ≤ 80 años Según la edad en años cumplidos
Género	Según sexo biológico de pertenencia	Cualitativo Nominal Dicotómica	Masculino (1) Femenino (2)
Nivel Educativo	Según nivel de escolaridad terminado	Cualitativa Ordinal	Ninguno (1) Básica (2) Media (3) Técnica (4) Superior (5)
Sistema salud	Según Sistema de salud perteneciente	Cualitativo Nominal	Fonasa A (1) Fonasa B (2) Fonasa C (3) Fonasa D (4) Isapre (5) Capredena (6) Ninguno (7)

3.4.2. Variable dependiente

Cuadro 2: Descripción de cada variable dependiente y preguntas asociadas

Objetivo	Preguntas
Evaluar el conocimiento de los pacientes en relación a sus derechos, deberes y difusión de información.	1. ¿Cuánto conocimiento posee sobre la ley que establece sus derechos y deberes como paciente en la atención en salud? 2. ¿Cuánto comprende de la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente? 3. Dentro del servicio de salud que usted acude, ¿Cuánto es lo que puede visualizar de la gigantografía de la ley de los derechos y deberes del paciente? 4. ¿Cuánto conocimiento posee usted sobre sus derechos como paciente? 5. Cuando acude a un servicio de atención, ¿Qué tanto conoce de los deberes que usted como paciente debe cumplir? 6. Cuando usted se ve involucrado en una situación que lo desfavorece, ¿Qué tan a menudo hace valer sus derechos como paciente?
Evaluar la difusión de información médico paciente	1. Al momento de conocer lo que padece ¿Cuánta es la información que recibe sobre las opciones de tratamiento a las que puede acceder? 2. Para elegir su tratamiento ¿Cuánta información recibe sobre las ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos en relación a las opciones de tratamiento? 3. Cuando usted acude por atención odontológica ¿Qué tan a menudo Recibe información clara y detallada en relación a lo que padece?
Evaluar la canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes	1. ¿Cuánto conocimiento tiene acerca de los horarios de atención en salud odontológica? 2. ¿Qué tan a menudo se informa usted de las distintas formas de pago que disponen los recintos de atención odontológica? 3. ¿Cuánta información se le entrega acerca de los valores en su atención en salud?

3.5. Consentimiento informado

Dentro de la encuesta se incorporó una reseña explicativa del procedimiento en el cual el paciente va a formar parte.

Mediante la firma de este documento, da consentimiento para participar en el trabajo de investigación (Tesis) sobre el Grado de conocimiento de derechos y deberes de los pacientes en la atención odontológica.

Dando fe de que participó de manera voluntaria y que la información que aportó es confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, por lo tanto, no afectará su situación personal. Sabiendo éste que puede dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

3.6. Consideraciones éticas

Para una correcta ejecución de la investigación fue necesario establecer un compromiso ético y moral en la pregunta de investigación y la intención con que se utilizarían los datos obtenidos con la colaboración de los participantes. Así como también explicitar como sería almacenada y tratada la información, asegurando confidencialidad y anonimato. Los registros se guardaron en un lugar seguro y no contenían ningún nombre que pudiera servir para identificar a los participantes.

Existió un compromiso por parte del investigador con establecer una adecuada redacción y un correcto lenguaje de los ítems. Además de recoger de una manera justa y no sesgada las respuestas.

El cuestionario y la entrevista ejecutados informaron claramente los objetivos de la investigación, la identificación de los investigadores y la necesidad de disponer del consentimiento de los participantes, así como respetar su derecho a no participar. Fue necesario que los encuestados comprendieran los procedimientos y dar su plena aprobación a los mismos.

Se requirió la aprobación de un comité de examen ético perteneciente a la universidad, lo cual debió solicitarse en una fase temprana para evitar demoras. Con el objetivo de proteger el derecho de los pacientes con un consentimiento libre e informado para su participación (la información que se entregó a los pacientes debió ser adecuada, suficiente y comprensible),

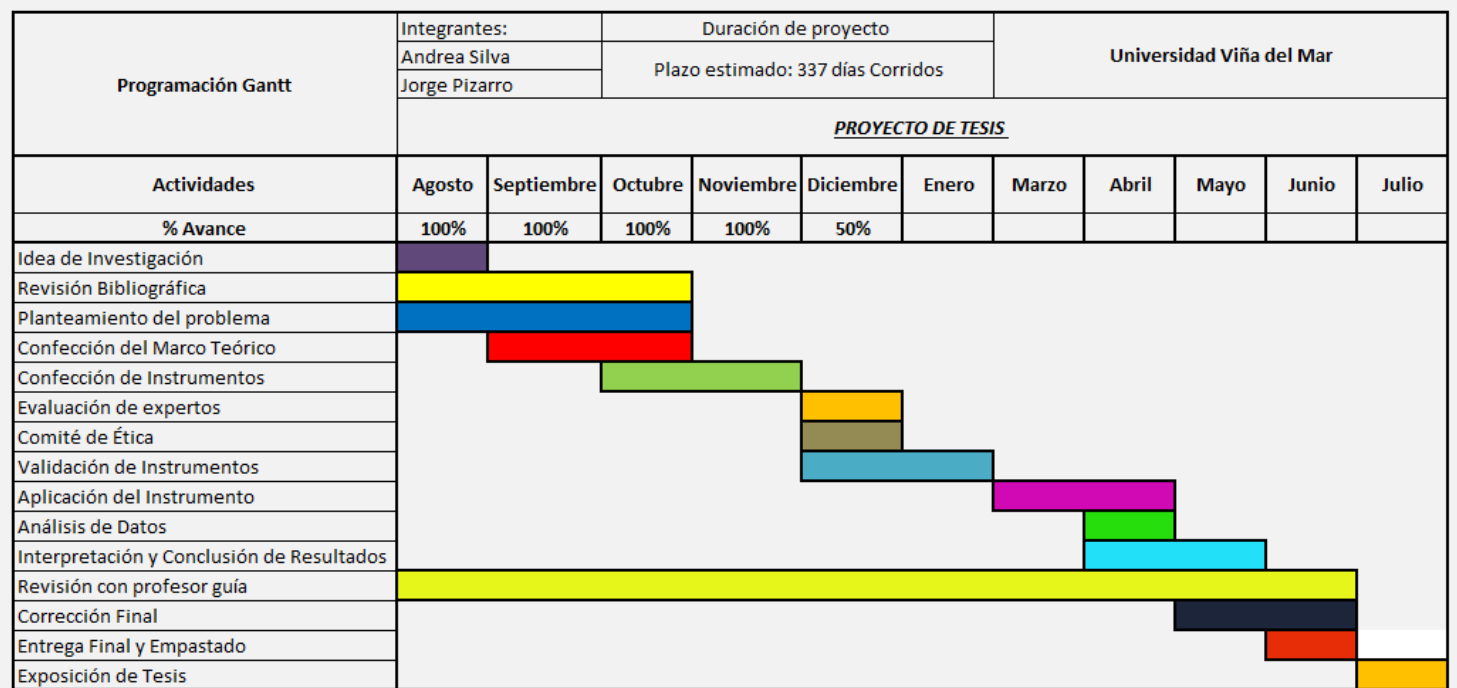
ponderar en la investigación propuesta, los riesgos versus los beneficios y que la investigación se realizó de acuerdo a parámetros de justicia en cuanto al diseño científico.

3.7. Análisis estadístico

Una vez que los datos han sido codificados, transferidos y guardados en un archivo y limpiados de errores, se procedió a analizarlos. El análisis cuantitativo de los datos se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS, los cuales tomaron en cuenta los niveles de medición de las variables y por medio de la estadística descriptiva se evaluó la distribución de frecuencias y la significancia.

3.8. Planificación

3.8.1 .Cronograma de actividades



CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Encuesta piloto

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach a través del Software Estadístico SPSS.

Tabla 1: Estadístico Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,839	14

Para señalar que un instrumento es fiable según el estadístico del Alfa de Cronbach, el resultado debe ser mayor que 0,8. En la Tabla 1 se muestra que este análisis obtuvo un coeficiente de 0, 839 lo que significa que existe una alta confiabilidad en el instrumento recolector de datos.

Tabla 2: Reactivos a eliminar según el Estadístico Alfa de Cronbach

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	45,53	81,568	,511	,826
P2	44,60	85,421	,364	,835
P3	44,73	79,720	,530	,824
P4	44,87	79,706	,617	,819
P5	44,53	79,085	,530	,824
P6	46,07	80,064	,584	,821
P7	45,20	75,200	,686	,812
P8	46,27	82,478	,540	,825
P9	43,53	95,430	-,271	,848
P10	45,40	80,317	,452	,830
P11	44,13	80,189	,508	,826
P12	43,70	93,872	-,019	,846
P13	45,47	76,326	,611	,818
P14	45,60	78,317	,461	,831

En la Tabla 2 se observa el análisis del Alfa de Cronbach según reactivos (preguntas) del instrumento. Para determinar si un ítem o reactivo debe ser eliminado, la “Correlación total de elementos corregida” debe ser mayor que 0,4. Como se indica en rojo en la tabla, los reactivos P2, P9 y P12 presentan una correlación menor que 0,4 por lo que deben ser eliminados o modificados.

Tabla 3: Análisis factorial

Matriz de componente rotado^a

	Componente		
	1	2	3
P14	,804	-,164	,132
P13	,766	,007	,335
P6	,682	,352	-,135
P10	,669	,034	,046
P8	,632	,272	-,034
P1	,628	,358	-,219
P7	,627	,406	,160
P9	-,452	-,109	,298
P3	,131	,860	,100
P4	,337	,792	-,082
P2	-,062	,767	,265
P12	-,228	-,132	,775
P11	,249	,335	,756
P5	,232	,439	,700

-Método de extracción: análisis de componentes principales.

-Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a.

-La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Posteriormente fue necesario realizar un análisis factorial del mismo, mediante el cual se determinaron tres dimensiones, las que a su vez estaban asociadas a un distinto número de

ítems (preguntas del cuestionario). Lo cual es posible ver en la Tabla 3 en donde los ítems pertenecientes a cada dimensión están determinados con distinto color.

Por último, se estableció una versión final del instrumento, dentro del cual a partir de los análisis estadísticos fue necesario modificar las dimensiones en torno a los cuales se agruparon los distintos ítems. Además fue necesario modificar la redacción de las preguntas de modo que dentro de su estructura permitiera cuantificar las respuestas. A partir del estadístico Alfa de Cronbach se recomienda la eliminación de las preguntas N° dos, nueve y doce, optando solo por eliminar las dos últimas y modificando la primera de ellas. En última instancia se ordenaron las preguntas a partir de la disposición que se estableció en el análisis factorial.

Fórmula para población infinita

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 / 2 * p * q}{e^2} = \frac{(1,96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384$$

Elementos:

E: Margen de error (0.05)

Z²σ: Nivel de confianza (1.96)

p: Probabilidad de éxito o proporción esperada (0.5) (población beneficiaria odontológica)

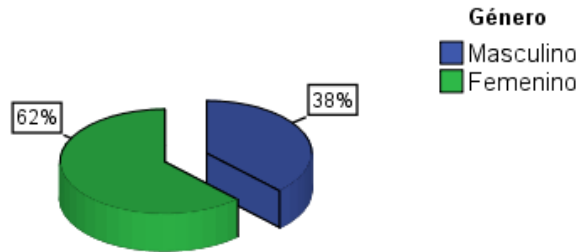
q: Probabilidad de fracaso o proporción esperada (0.5) (diferencia con el total de personas que se atienden en el establecimiento)

A partir de la fórmula recientemente descrita se pudo obtener el tamaño muestral, el cual fue obtenido a partir de un universo infinito debido que no se contaban con los datos necesarios de una población específica.

4.2. Encuesta final

4.2.1. Caracterización de la muestra

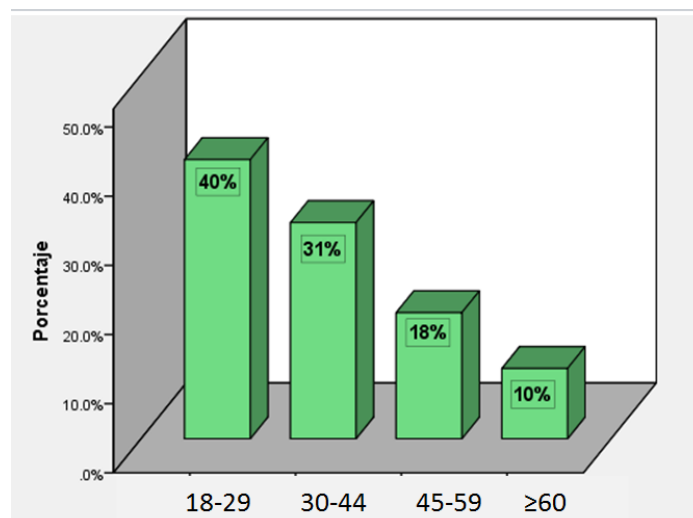
Gráfico 1: Distribución del porcentaje de pacientes en clínica odontológica de Universidad Viña del Mar según género.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 1 se indica la distribución del porcentaje de pacientes en clínica odontológica de Universidad Viña del Mar que respondieron el instrumento, según género. Del total de pacientes, el 62% de la muestra corresponde al sexo femenino (239 mujeres), mientras que el 38% pertenece al género masculino (145 hombres).

Gráfico 2: Distribución del porcentaje de pacientes en clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según edad.

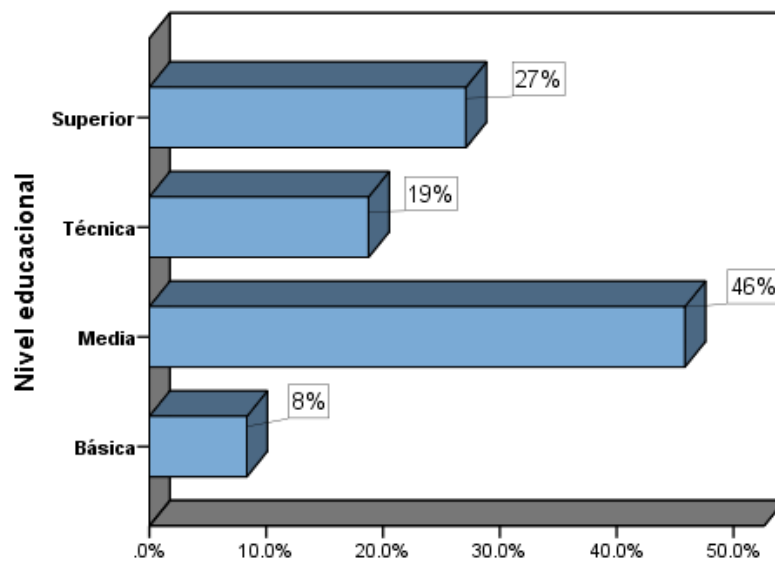


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 2 representa la distribución de la variable edad. Cabe destacar que se presentó en el instrumento como pregunta abierta. No obstante, en el programa estadístico SPSS se transformó en función de las siguientes categorías: a) 18-29 años; b) 30-44 años; c) 45-59 años; y d) 60 años o más.

En el respectivo gráfico se observa que el porcentaje que se encuentra en mayor concentración corresponde al rango de 18-29 años con el 40% del total (155 casos), seguido por los de 30-44 años (120 casos lo que equivale al 31% del total) y el 18% de 45-59 años. Finalmente, se destaca que la menor frecuencia se encuentra en los usuarios ≥ 60 años, con 39 casos registrados, lo que representa $\frac{1}{4}$ del grupo de entre 18-29 años (10%).

Gráfico 3: Distribución del porcentaje en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según Nivel educacional.

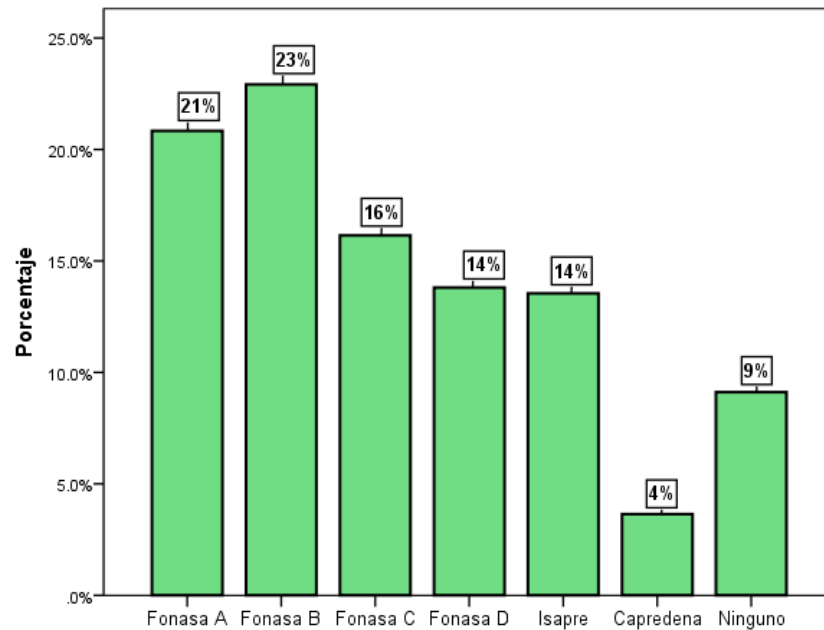


Fuente: Elaboración propia.

La variable nivel educacional, fue operacionalizada con los siguientes indicadores de respuesta: Básica; Media; Técnica; y Superior. Del total de casos la mayor concentración porcentual se encuentra en los pacientes que presentan educación media con un 46% de la muestra, equivalente a 176 casos. Adicionalmente, se observa una importante concentración en el nivel educacional superior, con 27% del total, mientras que el 19% corresponde a usuarios que declararon tener educación técnica (72 casos). Finalmente, la menor concentración en

porcentaje se observa en los pacientes que señalaron tener sólo educación básica con un 8% del total, lo que corresponde a 32 pacientes.

Gráfico 4: Distribución del porcentaje en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, según cobertura de salud.



Elaboración propia.

Como se indica en el gráfico 4, las categorías existentes dentro del Sistema Nacional de Salud son: Fonasa A; Fonasa B; Fonasa C; y Fonasa D. Conjuntamente, se indica el tipo de afiliación Capredena, sistema perteneciente a las Fuerzas Armadas. Por otro lado, se observa el sistema privado de las Isapres y la categoría ninguno. Es posible apreciar homogeneidad en dos conjuntos de categorías de afiliación. El primero corresponde a los usuarios de atención odontológica que se encuentran afiliados a Fonasa letra A y letra B (21% y 23%, respectivamente). El segundo a los afiliados a Fonasa letra C, letra D e Isapre (16%, 14% y 14%, respectivamente). Por otra parte, el 9% del total declara no tener ningún tipo de afiliación de salud, mientras que el menor porcentaje se concentra en los pacientes que son pertenecientes a las Fuerzas Armadas (4%). Como última observación, es posible señalar que el sistema de salud preponderante en los usuarios de atención odontológica que respondieron el cuestionario, es el público (74% en Fonasa y 4% en Capredena).

4.2.2. Conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información

Tabla 4: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a la ley que establece sus derechos y deberes como paciente en atención de salud.

¿Cuánto conocimiento posee sobre la ley que establece sus derechos y deberes como paciente en la atención en salud?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	10	2.6%
A menudo	31	8.1%
Algo / Algunas situaciones	107	27.9%
Poco / Insuficiente	103	26.8%
Nada / Ninguna	133	34.6%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

A los pacientes de centros de atención odontológica, se les preguntó sobre cuanto conocimiento poseen sobre la ley que establece derechos y deberes en calidad de pacientes en atención de salud. De acuerdo a la lectura de la Tabla 4, se destaca que la mayoría de usuarios que respondieron el cuestionario declaran no tener conocimiento, correspondiente a un 35% del total. Complementariamente, los usuarios que señalaron tener poco y algo de conocimiento sobre el tema, representan el 55% del total de casos (27% y 28%, respectivamente). Finalmente, sólo el 3% del total declaró tener mucho conocimiento.

Tabla 5: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente.

¿Cuánto comprende de la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	100	26%
A menudo	88	22.9%
Algo / Algunas situaciones	84	21.9%
Poco / Insuficiente	49	12.8%
Nada / Ninguna	63	16.4%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 al considerar las categorías “mucho” y “a menudo” como un indicador de respuesta positivo, “algo” como indicador de respuesta neutral y “poco” y “nada” como indicador

de respuesta negativa, se obtiene los siguientes resultados. Del total de usuarios que respondieron positivamente, se obtiene el 49%, mientras que los usuarios que plantean lo opuesto representan el 29% del total. En general, se observa una homogeneidad en las respuestas, las cuales oscilan porcentualmente entre 13% y 26%.

Tabla 6: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, sobre la visualización de la gigantografía de derechos y deberes del paciente.

Dentro del servicio de salud que usted acude, ¿Cuánto es lo que puede visualizar de la gigantografía de la ley de los derechos y deberes del paciente?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	113	29.4%
A menudo	90	23.4%
Algo / Algunas situaciones	86	22.4%
Poco / Insuficiente	50	13%
Nada / Ninguna	45	11.7%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6 la mayor concentración porcentual se encuentra en los usuarios que declararon visualizar “siempre” la gigantografía (29%), seguido por los casos que señalaron “a menudo” y “algo” con un 23% y 22%, respectivamente. Por otro lado, teniendo en cuenta las respuestas negativas, se observa que representan el 24% del total de casos.

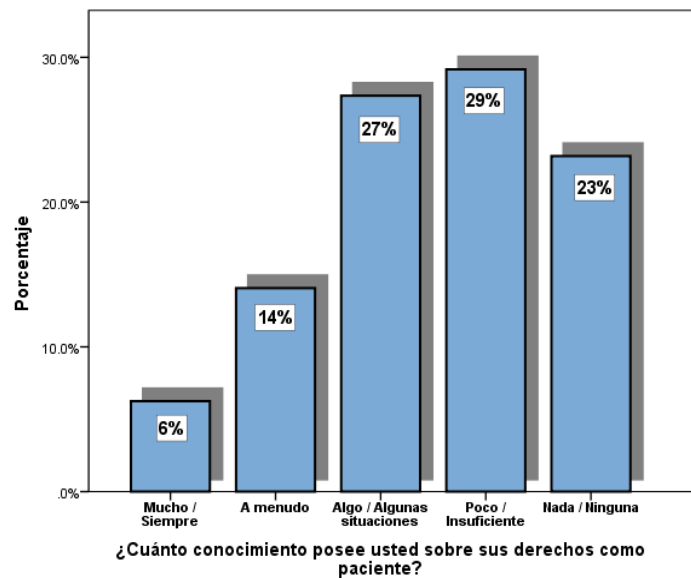
Tabla 7: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en torno a sus derechos en calidad de paciente.

¿Cuánto conocimiento posee usted sobre sus derechos como paciente?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	24	6.3%
A menudo	54	14.1%
Algo / Algunas situaciones	105	27.3%
Poco / Insuficiente	112	29.2%
Nada / Ninguna	89	23.2%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7 del total de casos, se destaca que 217 usuarios declararon conocer “poco” o “algo” respecto a sus derechos en calidad de pacientes, lo que representa el 56% del total con un 29% y 27%, respectivamente, constituyendo más de la mitad de los casos. En esta dirección, un importante porcentaje planteó conocer “nada” sobre el tema en cuestión (23% equivalente a 89 pacientes), mientras que únicamente el 6% sostuvo saber mucha información respecto a sus derechos.

Gráfico 5: Distribución del porcentaje de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en torno a sus derechos en calidad de paciente.



Fuente: Elaboración propia.

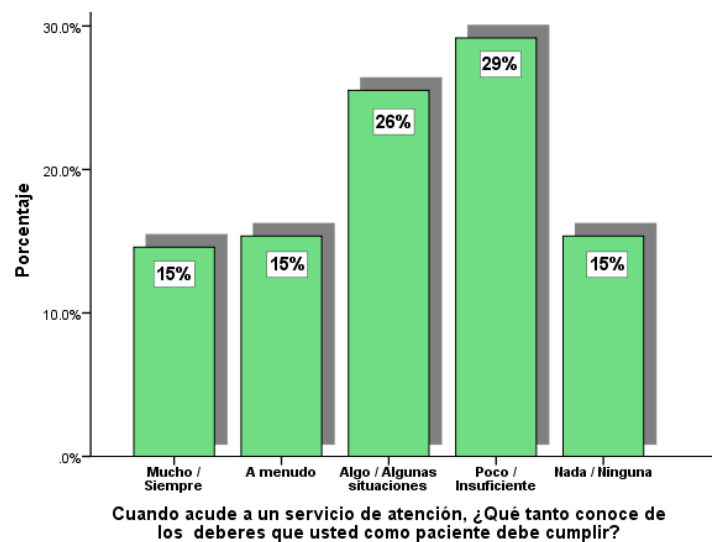
Tabla 8: Distribución del conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus deberes en calidad de paciente.

Cuando acude a un servicio de atención, ¿Qué tanto conoce de los deberes que usted como paciente debe cumplir?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	56	14.6%
A menudo	59	15.4%
Algo / Algunas situaciones	98	25.5%
Poco / Insuficiente	112	29.2%
Nada / Ninguna	59	15.4%
Total	384	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 8, el 29% de total declararon saber “poco” respecto a sus deberes (112 pacientes). En segundo lugar, le siguen los usuarios que señalaron saber “algo” sobre sus derechos (26%), mientras que para las categorías de respuesta “nada” y “a menudo”, coincide el porcentaje de pacientes que declararon en el instrumento dichas aseveraciones (15,4% para cada caso). Por otro lado, la menor concentración de porcentaje se encuentra en los 56 pacientes que señalan tener “mucho” conocimiento sobre sus deberes (14% del total).

Gráfico 6: Distribución del porcentaje de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus deberes en calidad de paciente.



Fuente: Elaboración propia.

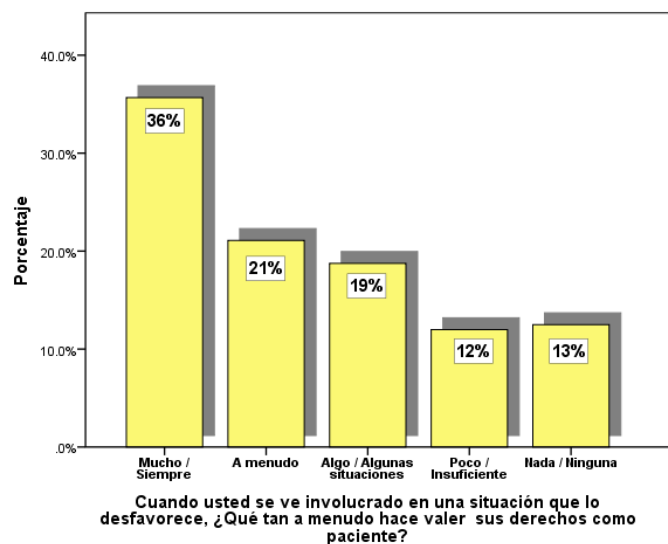
Tabla 9: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, respecto al hacer valer sus derechos como paciente.

Cuando usted se ve involucrado en una situación que lo desfavorece, ¿Qué tan a menudo hace valer sus derechos como paciente?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	137	35.7%
A menudo	81	21.1%
Algo / Algunas situaciones	72	18.8%
Poco / Insuficiente	46	12%
Nada / Ninguna	48	12.5%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia

Se destaca por primera vez en la lectura estadística de las tablas referidas hasta ahora, un porcentaje del 36% en la categoría de respuesta “siempre” o “mucho”. De forma ascendente, se observa que el 21% de los pacientes declararon que “a menudo” hacer valer sus derechos, seguido en tercer lugar por “en algunas situaciones” con un 19%. Finalmente, se presenta un porcentaje homogéneo respecto a los usuarios que declararon defender sus derechos “poco” y “nada” con un 12% y 13%, respectivamente.

Gráfico 7: Distribución del porcentaje de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad de Viña del Mar, respecto al hacer valer sus derechos como paciente.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 7 ilustra la pregunta sobre qué tan a menudo los usuarios hacen valer sus derechos como pacientes, información vertida en la tabla anterior (Tabla 9).

4.2.2.1. Nivel del conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información

A continuación se presenta el Nivel del conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información, correspondiente a la primera dimensión o factor de la variable principal del estudio. La dimensión se midió a través de la creación de un nivel compuesto por la suma de los reactivos o preguntas del cuestionario, específicamente las preguntas uno, dos, tres, cuatro, cinco y seis, indicadas en las tablas referidas anteriormente. Se debe considerar que para cada reactivo es posible un mínimo de puntaje 1 (categoría Nada/Ninguno) y un máximo de puntaje 5

(Siempre/Mucho), por lo que para el caso de esta dimensión, el puntaje mínimo posible fue 6 y el puntaje máximo posible fue 30, para cada usuario que respondió el cuestionario.

Al respecto, para determinar un puntaje de corte en el nivel, se estableció la mediana (medida de tendencia central) como criterio estadístico para determinar el nivel alto y bajo de conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información. La mediana en la distribución numérica desde el número 6 hasta el número 30 es de 18. Entonces, los puntajes y los niveles quedan distribuidos de la siguiente manera: a) Nivel bajo de conocimiento (6 a 17 puntos); b) Nivel alto de conocimiento (18 a 30 puntos).

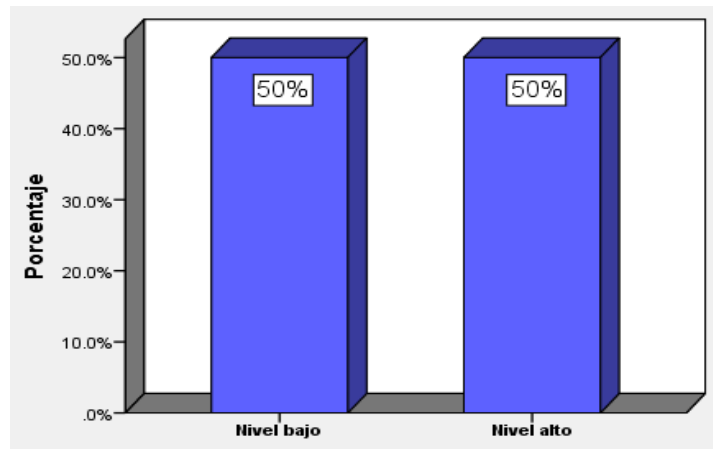
Tabla 10: Distribución del nivel de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus derechos, deberes y difusión de información.

Nivel de conocimiento en pacientes en relación a sus derechos, deberes y difusión de la información	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel alto de conocimiento	194	50%
Nivel bajo de conocimiento	194	50%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 10, se puede observar que tanto el nivel alto como el nivel bajo de conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información, representan el 50% del total de casos (194 pacientes presentan nivel alto y 194 pacientes nivel bajo de conocimiento).

Gráfico 8: Distribución del nivel de conocimiento en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a sus derechos, deberes y difusión de información.



Fuente: Elaboración propia

4.2.3. Difusión de información médico paciente

Tabla 11: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a cuánta información reciben sobre tratamientos.

Al momento de conocer lo que padece ¿Cuánta es la información que recibe sobre las opciones de tratamiento a las que puede acceder?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	96	25%
A menudo	85	22.1%
Algo / Algunas situaciones	105	27.3%
Poco / Insuficiente	75	19.5%
Nada / Ninguna	23	6%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 11, se puede observar que la mayor parte de los usuarios consideran que “algo” de información reciben respecto a los tipos de tratamiento (105 casos, lo que equivale al 27% del total), 2 puntos porcentuales más que los pacientes que señalaron “siempre” recibir esa información (96 usuarios). Por otro lado, se observa un porcentaje importante de pacientes que plantean recibir “a menudo” y “poca” información de ese tipo (22% y 20%, respectivamente), mientras que la menor parte se concentra en los que respondieron la categoría nada (6%).

Tabla 12: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos.

Para elegir su tratamiento ¿Cuánta información recibe sobre las ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos en relación a las opciones de tratamiento?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	78	20.3%
A menudo	84	21.9%
Algo / Algunas situaciones	96	25%
Poco / Insuficiente	80	20.8%
Nada / Ninguna	46	12%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

Del total de casos registrados, se puede identificar una importante homogeneidad en las respuestas de los usuarios que respondieron el cuestionario. Desglosando de forma descendente según las categorías de respuesta, se señalan en el siguiente orden: algo/algunas situaciones (25%); a menudo (22%); poco/insuficiente (21%); mucho/siempre (20%). Se destaca, por otro lado, que la menor proporción y coincidentemente con la lectura de la mayoría de las tablas, se concentra en los pacientes que declaran recibir ninguna información respecto a los aspectos del tratamiento referidos en la pregunta.

Tabla 13: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a si la información que reciben es clara y detallada.

Cuando usted acude por atención odontológica ¿Qué tan a menudo recibe información clara y detallada en relación a lo que padece?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	135	35.2%
A menudo	93	24.2%
Algo / Algunas situaciones	76	19.8%
Poco / Insuficiente	59	15.4%
Nada / Ninguna	21	5.5%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 13 se observa una mayor heterogeneidad en las respuestas de los usuarios, destacándose que la mayor concentración del porcentaje se encuentra en pacientes que declararon recibir “siempre” ese tipo de información (35%). En segundo lugar, se observa un porcentaje importante de personas que señalaron recibir “a menudo” información clara y detalla

(24%), mientras que otros plantearon recibir “algo” y “poca” información, representando el 35% del total (20% y 15%, respectivamente). Por último, se aprecia que sólo 21 consideran que no han recibido “nada” de información clara y detalla, lo que equivale al 6% del total de casos.

4.2.3.1. Nivel de difusión de información médico paciente

El nivel de difusión de información médico paciente corresponde a la segunda dimensión de la variable dependiente del estudio. Al igual que el nivel de conocimiento en derechos, deberes y difusión de la información (dimensión 1), se establece exactamente el mismo procedimiento estadístico en términos de sumatoria del puntaje, utilización de la mediana como criterio estadístico para realizar el puntaje de corte y el establecimiento de un nivel alto y bajo.

Para el caso del nivel de difusión de información médico paciente (segunda dimensión o factor), se encuentra compuesto por los reactivos siete, ocho y nueve del cuestionario (referidos en las tablas 11, 12 y 13), lo que indica que el puntaje mínimo posible fue de 3 y el puntaje máximo posible fue de 15. La mediana entre la enumeración 3 al 15 es de 9, por lo que los puntajes y niveles quedaron de la siguiente manera: a) Nivel bajo de difusión de información médico paciente (3 a 8 puntos): b) Nivel alto de difusión de información médico paciente (9 a 15 puntos).

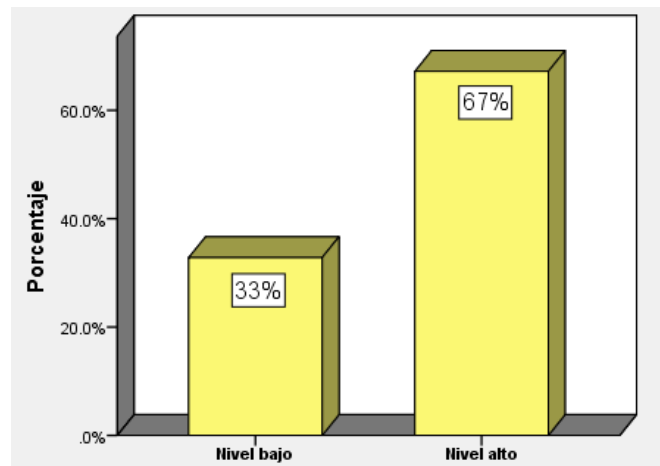
Tabla 14: Distribución del nivel de difusión de información médico paciente.

Nivel de difusión de información médico paciente	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel alto de difusión de información	258	67.2%
Nivel bajo de difusión de información	126	32.8%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 14 del total de casos registrados, se destaca que la mayoría de los pacientes presentaron un nivel alto de difusión de información médico paciente (258 casos, lo que representa el 67% del total). No obstante, existe un porcentaje importante de usuarios que presentan un nivel bajo de difusión de información médico paciente correspondiente a un 33%.

Gráfico 9: Distribución del nivel de difusión de información médico- paciente.



Fuente: Elaboración propia.

4.2.4. Canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes

Tabla 15: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación al conocimiento que tienen sobre horarios de atención.

¿Cuánto conocimiento tiene acerca de los horarios de atención en salud odontológica?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	79	20.6%
A menudo	84	21.9%
Algo / Algunas situaciones	73	19%
Poco / Insuficiente	64	16.7%
Nada / Ninguna	84	21.9%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 15 se destaca principalmente que los resultados obtenidos indican una homogeneidad importante en las respuestas de los usuarios, más incluso que en las tablas observadas anteriormente. En primer lugar, el mayor porcentaje se encuentra en las categorías de respuesta “a menudo” y “nada/ninguno” (22% para cada indicador). En segundo lugar, se destaca que existe un porcentaje importante de pacientes que declararon saber “mucho” acerca de los horarios de atención (21%), mientras que el menor porcentaje se concentra en los usuarios que plantearon saber “poco” sobre dicho tema (64 casos, equivalente al 17% del total).

Tabla 16: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a las formas de pago en atención odontológica.

¿Qué tan a menudo se informa usted de las distintas formas de pago que disponen los recintos de atención odontológica?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	133	34.6%
A menudo	72	18.8%
Algo / Algunas situaciones	65	16.9%
Poco / Insuficiente	72	18.8%
Nada / Ninguna	42	10.9%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 16, del total de casos la mayoría considera que “siempre” están informados sobre dicho aspecto (35%), mientras que la minoría piensa lo contrario (11%). Adicionalmente, se observa una homogeneidad en los usuarios que declararon informarse “a menudo” (19%), “algunas situaciones” (17%) y “poco” (19%), en relación a la pregunta en cuestión.

Tabla 17: Distribución de la opinión en pacientes de clínica odontológica de Universidad Viña del Mar, en relación a los valores que se entregan en atención de salud.

¿Cuánta información se le entrega acerca de los valores en su atención en salud?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho / Siempre	116	30.2%
A menudo	76	19.8%
Algo / Algunas situaciones	80	20.8%
Poco / Insuficiente	71	18.5%
Nada / Ninguna	41	10.7%
Total	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 17 se indica que, en primer lugar la mayoría considera que recibe “mucho” información sobre los valores en atención de salud (30%). En segundo lugar, se observa una distribución homogénea en las respuestas “a menudo” (20%), “algo” (21%) y “poco” (19%), referido a la pregunta en cuestión. Finalmente, se destaca que la menor concentración del porcentaje se encuentra en los usuarios que declararon que no reciben información sobre valores de atención odontológica (11%).

4.2.4.1. Nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes

El nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes, corresponde a la tercera y última dimensión (factor) de la variable dependiente del estudio. Al igual que en las primeras dos dimensiones, se establece el mismo procedimiento estadístico en relación a la sumatoria del puntaje total, utilización de la mediana como criterio estadístico para realizar el puntaje de corte y el establecimiento de un nivel alto y bajo.

Para el caso del nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes, se encuentra compuesto por los reactivos diez, once y doce del cuestionario (referidos en las tablas 15, 16 y 17), lo que indica que el puntaje mínimo posible fue de 3 y el puntaje máximo posible fue de 15. La mediana entre la enumeración 3 al 15 es de 9, por lo que los puntajes y niveles quedaron de la siguiente manera: a) Nivel bajo de canalización de información (3 a 8 puntos): b) Nivel alto de canalización de información (9 a 15 puntos). Como se aprecia, se repite la mediana utilizada en la dimensión 2, y por tanto, los puntajes de corte.

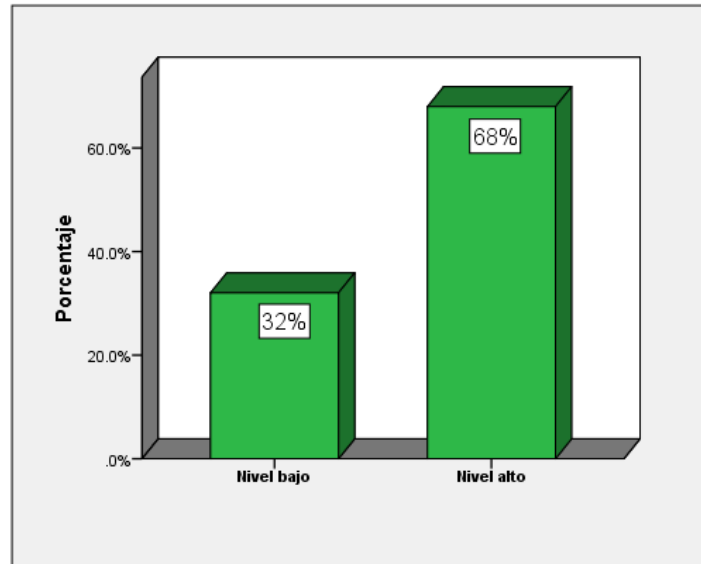
Tabla 18: Distribución del nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes.

Nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel alto de canalización de información	261	68%
Nivel bajo de canalización de información	123	32%
Total	384	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 18 se observa que la mayor concentración del porcentaje se encuentra en los usuarios que presentan un nivel alto de canalización de información (68%), mientras que la menor frecuencia se observa en el nivel bajo (123 casos, equivalente al 32% del total).

Gráfico 10: Distribución del nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los paciente



Fuente: Elaboración propia.

4.2.5. Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica.

Con objeto de determinar un puntaje observable y medible en la opinión de los usuarios, considerando todos los reactivos, se construyó una escala para medir el puntaje total con los 12 reactivos del instrumento recolector de datos. En este sentido y siguiendo el mismo procedimiento estadístico efectuado con las tres dimensiones de la variable principal del estudio, se realizó la sumatoria total del puntaje obtenido por cada paciente, para luego determinar un nivel en función de su puntaje.

Al respecto, se señala que el puntaje mínimo posible para la escala general fue de 12 puntos, mientras que el puntaje máximo fue de 60 puntos, por sujeto. La mediana de la frecuencia que comienza desde el número 12 consecutivamente hasta el número 60, es de 36, por lo que los puntajes de corte y los niveles quedaron distribuidos de la siguiente manera: a) Nivel bajo de conocimiento (12 a 35 puntos); b) Nivel alto de conocimiento (36 a 60 puntos).

Desde este procedimiento estadístico, se pudo establecer el nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, escala que contempla los 12 reactivos del instrumento.

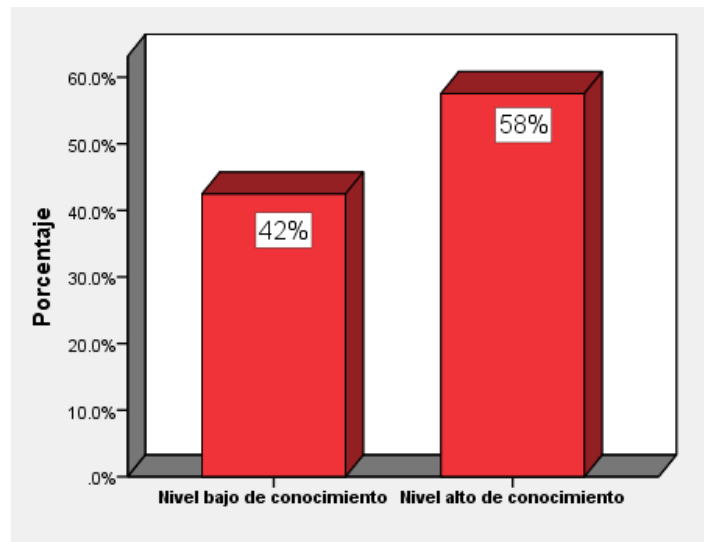
Tabla 19: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica.

Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel alto de conocimiento	221	57.6%
Nivel bajo de conocimiento	163	42.4%
Total	384	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 19 se destaca que la mayoría de los pacientes presentan un nivel alto de conocimiento (221 casos que corresponde al 58% del total), mientras que el porcentaje de pacientes que tienen un nivel bajo de conocimiento corresponden al 42%, según la escala general del instrumento.

Gráfico 11: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica



Fuente: Elaboración propia.

4.2.6. Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según género, edad, nivel educacional y sistema de salud.

A continuación se cruzan las variables nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica (escala general) y las variables independientes del estudio: Género, Edad, Nivel educacional y Sistema de salud, con el motivo de establecer las principales diferencias porcentuales entre las variables del estudio.

Tabla 20: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según género.

Nivel de conocimiento	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nivel alto de conocimiento	86	22.4%	135	35.2%	221	57.6%
Nivel bajo de conocimiento	59	15.4%	104	27.1%	163	42.4%
Total	145	37.8%	239	62.2%	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 20 del total de casos, en relación al 58% de pacientes que presentaron nivel alto de conocimiento, el 35% corresponde a mujeres (135 casos), mientras que el 23% son hombres (86 usuarios). Por otro lado, en torno al nivel bajo de conocimiento obtenido por los usuarios (42%), las mujeres presentan mayor proporción comparada con los hombres (27% frente al 15%, respectivamente).

Tabla 21: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y género.

Test	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)
Prueba exacta de Fisher			0.596
N° de casos válidos	384		

Fuente: Elaboración propia.

El test exacto de Fisher es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas. Para que exista una asociación entre ambos

elementos el valor de significación debe ser menor a 0.05 para que estadísticamente sea predictivo y asociativo.

A partir de la Tabla 21 es posible establecer que la variable género no tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre los derechos y deberes de los pacientes en atención odontológica. Esto está determinado por la prueba exacta de Fisher con 0.596. Por lo tanto, el nivel de significancia es mayor a 0.05, rechazando la hipótesis de investigación y aceptando la nula. No hay relación entre las variables.

Tabla 22: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según edad.

Nivel de conocimiento	Edad									
	18 – 29 Años		30 – 44 Años		45 – 59 Años		≥ 60 Años			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel alto	86	22.4%	68	17.7%	42	10.9%	25	6.5%	221	57.6%
Nivel bajo	69	18%	52	13.5%	28	7.3%	14	3.6%	163	42.4%
Total	155	40.4%	120	31.3%	70	18.2%	39	10.2%	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 22 se observa que de los 221 casos que presentaron un nivel alto de conocimiento (58% del total), al desglosarlo según edad, se observa que la mayor proporción se encuentra en el tramo entre 18–29 años (22%), mientras que la menor proporción concierne a la categoría ≥ 60 años (7%). En lo que respecta al 42% de usuarios que presentaron un nivel bajo de conocimiento, se observa nuevamente que el tramo entre 18-29 años tiene la mayor proporción (18%).

Tabla 23: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y edad.

Test	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)
Prueba exacta de Fisher	1.145		0.768
N° de casos válidos	384		

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la Tabla 23 es posible establecer que la variable edad no tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre los derechos y deberes de los pacientes en atención odontológica. Esto está determinado por la prueba exacta de Fisher con un valor de 0.768. Por lo tanto, el nivel de significancia es mayor a 0.05, rechazando la hipótesis de investigación y aceptando la nula. No hay relación entre las variables.

Tabla 24: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según sistema de salud

Nivel de conocimiento	Sistema de salud (%)							Total (%)
	Fonasa A	Fonasa B	Fonasa C	Fonasa D	Isapre	Capredena	Ninguno	
Nivel alto	11.5%	12.5%	8.1%	8.9%	8.3%	2.6%	5.7%	57.6%
Nivel bajo	9.4%	10.4%	8.1%	4.9%	5.2%	1%	3.4%	42.4%
Total	20.8%	22.9%	16.1%	13.8%	13.5%	3.6%	9.1%	100%

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 24 del total de casos registrados, según el nivel alto de conocimiento (58%) y sistema de salud, se observa que la mayor concentración del porcentaje se encuentra en los tramos de Fonasa B (13%) y A (12%), mientras que el menor porcentaje se concentra en el sistema Capredena (3%). Coincidentemente, para el caso del nivel bajo de conocimiento (42%), según sistema de salud, se observa la misma tendencia anterior: mayor concentración del porcentaje en los tramos B (10%) y A (9%) de Fonasa, mientras que el 1% de usuarios que están inscritos en Capredena representa la menor proporción.

Tabla 25: Prueba exacta de Fisher en variables Nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y Sistema de Salud.

Test	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)
Prueba exacta de Fisher	4.666	6	0.575
N° de casos válidos	384		

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 25 se observa que la variable sistema de salud no tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre los derechos y deberes de los pacientes en atención odontológica. Esto está determinado por la prueba exacta de Fisher con

0.575. Por lo tanto, el nivel de significancia es mayor a 0.05, rechazando la hipótesis de investigación y aceptando la nula. No existe relación entre las variables.

Tabla 26: Distribución del nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica, según nivel educacional

Nivel de conocimiento	Nivel educacional									
	Básica		Media		Técnica		Superior			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel alto	10	2.6%	103	26.8%	44	11.5%	64	16.7%	221	57.6%
Nivel bajo	22	5.7%	73	19%	28	7.3%	40	10.4%	163	42.4%
Total	32	8.3%	176	45.8%	72	18.8%	104	27.1%	384	100%

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 26 se observa que del total de usuarios que tienen un alto y bajo nivel de conocimiento, la mayor concentración se encuentra a nivel de educación media (46% respecto del total), particularmente 27% (nivel alto) y 19% (nivel bajo). Por otro lado, los usuarios que declararon tener un nivel básico educativo, presentan las menores proporciones tanto para el nivel alto como para el nivel bajo de conocimiento (3% y 6%, respectivamente).

Tabla 27: Prueba de exacta de Fisher en variables nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y nivel educacional.

Test	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)
Prueba exacta de Fisher	9.970		0.018
N° de casos válidos	384		

Fuente: Elaboración propia.

Como se explicó anteriormente para que exista una relación estadísticamente significativa entre las variable el valor de significación debe ser menor a 0.05. Considerando esto es posible ver en la Tabla 27 que la variable nivel educacional tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre los derechos y deberes de los pacientes en atención odontológica. Esto está determinado por la prueba exacta de Fisher con 0.018. Por lo tanto, el nivel de significancia es menor a 0.05, aceptando la hipótesis de investigación y rechazando la nula. Existe relación entre las variables.

4.2.6.1 Causa de la significación en la relación entre la variable dependiente “Nivel de Conocimiento en atención odontológica” y la variable independiente “Nivel educacional”.

Tabla 28: Prueba de Chi cuadrado de Pearson en el Nivel de Conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica y Nivel educacional.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor experimental	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.18	3	0.017 a
N de casos válidos	384		

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se puede establecer que existe evidencia para señalar una dependencia entre las variables, dado que hay una significación de 0.017 entre ambas variables.

Tabla 29: Discrepancias entre los valores observados y esperados

Nivel de conocimiento	Nivel educacional				Total
	Básica	Media	Técnica	Superior	
Nivel alto	3.85	0.03	0.16	0.29	4.33
Nivel bajo	5.22	0.04	0.21	0.39	5.86
Total	9.07	0.07	0.37	0.68	10.19

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se debe identificar los valores más altos alcanzados según la variable dependiente e independiente, a modo de saber dónde se encuentran las mayores contribuciones al valor experimental, que para el caso de las variables Nivel de Conocimiento en atención odontológica y Nivel educacional, es de 10.19. Como se observa en franjas amarillas, se identificaron las mayores contribuciones en el nivel alto y bajo de conocimiento del nivel educacional básico y en el resto de los niveles educacionales solamente en el nivel bajo. Por tanto, se aprueba la hipótesis de que el nivel básico si tiene relación con el nivel de conocimiento y por tanto, se puede señalar que existen dependencia y significación estadística tanto en el nivel alto como bajo del conocimiento en atención odontológica, en relación al nivel básico educativo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

A partir de los resultados de este estudio fue posible establecer que existe un bajo nivel de conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes en relación a su atención odontológica, lo cual es importante tener en consideración, ya que la ley se encuentra en vigencia desde finales del 2012. Este estudio es el primero que se realiza para evaluar los alcances de la ley en nuestro país, destacando la creación de un instrumento adecuado para ello.

Dentro del estudio se midieron tres dimensiones las cuales buscaron evaluar; dimensión uno el conocimiento de los pacientes en relación a sus derechos, deberes y difusión de información, dimensión dos la difusión de información médico paciente y dimensión tres la canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes. Al compararlas se observa una discrepancia entre ellas, esto se explica debido a que al analizar la primera dimensión es posible observar una distribución homogénea en el nivel de conocimiento, esto contrasta con la segunda y tercera dimensión, que resultaron con mayores niveles de difusión. A pesar de que existen altos niveles en la canalización de información tanto del médico como del recinto asistencial, existe una falta de integración del conocimiento con respecto a la dimensión uno. A partir de esto, se puede suponer que la formación académica que tienen los profesionales de la salud, juega un papel importante en la canalización de información, ya que cumplen con la ley de los derechos y deberes, realizando habitualmente en la rutina de atención la entrega de información pertinente a las opciones de tratamiento, ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos, como un deber ético del ejercicio profesional. A diferencia *Simón P. y cols*, plantean que *los pacientes* no conocen los significados de la carta de sus derechos y lo que cuenta es que, en general, no se sienten bien informados debido a que existe una comunicación deficiente con el profesional de salud (26).

Por otro lado, pese a que existe un desconocimiento de los derechos y deberes, las personas comprenden que deben hacer valer sus derechos cuando se sienten afectados, lo cual podría cuestionar el hecho de que actualmente los usuarios de la atención en salud ven a ésta como un bien de consumo y que por lo mismo tienen el privilegio a reclamo cuando sienten que no han sido satisfechas sus necesidades, enfocándose solamente en resultados finales. Esto

también es compartido en los estudios realizados por *Perea y cols.* donde plantean que existe una evolución de la relación dentista-paciente hacia una proveedor-consumidor (23). Esta relación también influye en las otras disciplinas de la salud, como por ejemplo, medicina, específicamente cirugía plástica (23). Al asumir el rol de consumidor, el paciente se siente en la obligación de exigir resultados, dejando de lado el compromiso del profesional de hacer todo lo posible para mejorar la salud y obviando el hecho que muchas veces los resultados no son siempre los esperados (23). El problema es que la atención en salud no es comparable a prestaciones de otro tipo de servicios, esto es lógico para todos los profesionales de la salud, pero no para los pacientes, jueces y sociedad (23). El artículo publicado por *Dekker D. y cols* plantea algo similar, una entrevista realizada a un grupo de dentistas determino que estos están bien informados con respecto a la ley, sin embargo un porcentaje de ellos considera que el principio de esta ley dará lugar a la comercialización de la relación médico paciente (27). A raíz de esto sería interesante evaluar cuales son las razones que consideran los pacientes para ejercer un reclamo, ahondando en qué o cuáles son las circunstancias que los hacen sentir vulnerables en sus derechos, considerando que son ellos mismos los que declaran tener un desconocimiento de éstos. Es importante señalar que existen pocos estudios al respecto, ya que la mayoría se centra en los derechos de los pacientes y no en sus deberes, por lo cual sería interesante realizar más estudios al respecto.

Al analizar los datos del conocimiento y visibilidad de la gigantografía se observa una distribución de forma homogénea, por lo cual es posible evidenciar que los usuarios identifican de alguna u otra forma la gráfica, pero los resultados no permiten arrojar datos contundentes que determinen que este medio gráfico de difusión de información tenga el efecto adecuado para poder dar a conocer la ley. Esto lo comparte *Simón P. y cols.* en su publicación en donde evaluó la visibilidad de los carteles con los derechos y deberes de los pacientes, la ilegibilidad de los mismos y el desconocimiento de la relevancia de los derechos y deberes, los participantes del estudio afirman conocer la gráfica y haber leído la misma de forma superficial, pero no se han detenido a leerlos en profundidad (26). En este sentido, concluyen que los carteles y demás información gráfica se perciben no como mensajes de información relevantes dirigida a los pacientes sino como un decorado más del hospital (26). Además se puede evidenciar falencias en el diseño de la carta gráfica de la ley, al involucrar demasiada información, contraste inadecuado entre los colores que posee y su localización, la cual podría ser mejorada al establecer parámetros más específicos de ella, debido a que si bien se establece que debe quedar en un lugar visible, muchas veces su ubicación no permite generar una instancia de lectura adecuada (26).

Al enfocarnos en la dimensión dos, se establece que la difusión médico-paciente se encuentra dentro de un nivel relevante. No obstante hay un importante número de usuarios que considera que existe un bajo nivel de difusión, esto según *Simón P. y cols*, es debido a que los pacientes frecuentemente quedan con dudas y deseen preguntar al profesional para poder ampliar su información, pero consideran que esto hay que hacerlo con moderación porque puede causar molestias al profesional (26). En general, los participantes esperan conocer a fondo todo lo que tenga que ver con su proceso de atención, sin embargo no está asimilado a un derecho que les pertenece, sino que más bien lo asocian a una actitud voluntariosa del profesional de salud (26). De acuerdo a lo anteriormente planteado *Darios P. y cols.* establecen que dentro de los deberes de los profesionales esta informar al paciente para respetar el principio de autonomía en la toma de decisiones, por lo que no es una concesión graciable del médico, sino un verdadero derecho del paciente (15). Esto queda claramente establecido en el artículo 10 de la ley 20.584 que señala que “Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante” (10).

Analizando la dimensión tres, fue posible encontrar un alto nivel de canalización de información entre los recintos asistenciales y los pacientes, por lo que se puede inferir que la prioridad de los pacientes es contar con la información de los costos antes de tomar cualquier decisión y a su vez son los recintos quienes se encargan de garantizar de que ellos cuenten con la información necesaria. Según *Legaré F. y cols.* el conocimiento de este tipo de información es crucial en la toma de decisiones tanto para escoger el lugar como para efectuar los tratamientos debido que a medida que se reducen los costos se opta por el lugar y también existe un mayor involucramiento de los pacientes con los médicos en la toma de decisiones (28).

Cuando se contrasto el nivel de conocimiento de derechos y deberes en atención odontológica con sexo, edad, sistema de salud y nivel educacional, se estableció una asociación significativa con este último, el nivel educacional básico el que contribuyo mayormente en el menor nivel de conocimiento. Esto es compartido por *Stuart J. y cols.* que manifiesta que mientras mayor sea la complejidad y el número de años que se invierten en la educación, existe un incremento en el desarrollo de capacidades cognitivas específicas (29).

Es conveniente señalar las limitaciones presentes durante la confección del instrumento, así como las que se originaron durante la aplicación del mismo. Dentro de este ámbito se puede considerar que para la construcción del instrumento, fue imposible establecer una validez de criterio, debido a la poca cantidad de estudios que asimilaban el enfoque de la presente tesis,

que evaluó las implicancias de la aplicación de la ley de los derechos y deberes de los pacientes.

Con respecto al lugar donde fue realizada la encuesta, se seleccionó las dependencias clínicas de la Universidad Viña del Mar, por conveniencia de los investigadores. La mayoría de los encuestados habían ingresado hace poco como usuarios, por lo que esto facilitó la realización del estudio, pues se enfocaron en sus experiencias pasadas.

Por otro lado, es necesario hacer notar que la evaluación del conocimiento se establece únicamente en relación a la atención odontológica, a pesar de que la ley es aplicable a todas las atenciones que se realizan en el área de la salud. A partir de esto fue necesario explicar a los encuestados que no consideraran las experiencias que poseían en la atención médica en salud, por lo que se ratificó en cada pregunta que el enfoque estaba orientado a la atención en salud odontológica, por lo que bajo ese criterio existían veces en que las respuestas se veían modificadas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Conclusión

Se logró confeccionar un buen instrumento de medición, con un diseño tipo encuesta, el cual se validó a partir de un criterio de expertos, una prueba piloto y análisis por métodos estadísticos, logrando un instrumento final validado.

En la población estudiada, existe una distribución igualitaria en conocimiento respecto a derechos, deberes y difusión de información. Se determinó un alto nivel de difusión entre el médico y paciente de un 67%. De la misma forma se estableció un alto nivel de canalización entre el recinto asistencial y el paciente de un 68%.

Por último al englobar todas las variables estudiadas se establece que hay un bajo nivel de conocimiento respecto a derechos y deberes en atención odontológica en un 42%, asociado significativamente al nivel educacional básico actuando este como un factor de riesgo.

Es el primer estudio de este tipo, que evalúa la trascendencia de la ley por medio de un instrumento validado que permite extrapolar los resultados a la población, lo cual puede ayudar a generar políticas que pretendan mejorar el conocimiento de la ley.

6.2 Sugerencias

Aplicar el instrumento confeccionado en otra población para evaluar la correlación de datos.

Realizar estudios con metodologías cualitativas para evaluar cuales son las razones que motivan a los pacientes a presentar reclamos en atención en salud, considerando que estos desconocen sus derechos.

Efectuar nuevos estudio que se enfoquen en los deberes de los pacientes.

Confeccionar un nuevo estudio que evalúe si los profesionales conocen la ley y si la cumplen. Considerando la percepción que tienen ellos del conocimiento que poseen las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 217 A (III). 10 de diciembre 1948. París Francia.
- (2) CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL. 19 de junio al 22 de julio de 1946. Constitución de la organización mundial de la salud. 1948. Nueva York EEUU. Organización de las Naciones Unidas.
- (3) Mc MANUS IC, Gordon D, Winder BC. 2000. Duties of a Doctor: UK doctors and Good Medical Practice. *Quality in Health Care* 9:14-22.
- (4) Roa A. 1998. Ética y Bioética. Chile. Andrés Bello. 151p.
- (5) MATURANA H. 2000. *El sentido de lo humano*. 10ª edición. Chile. Ed. Dolmen: 241
- (6) TWELFTH PLENARY MEETING. World Health Assembly Resolution. Reorienting Medical Education and Medical Practice for Health for All. 12 de mayo 1995. Ginebra, Suiza. Organización mundial de la salud.
- (7) CALLAHAN D. 1996. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report*. 28: S1-S26.
- (8) SOTOMAYOR MA. 1997. Derecho a la Salud. ¿Aspiración o derecho efectivo? Programa Regional de Bioética. 5: 47-62.
- (9) MANN JM. 1997. Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights. *Hastings Center Report*. 3: 6-13.
- (10) CHILE. Ministerio de Salud. 2012. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 24 de mayo 2012.
- (11) SKOKNIC AM. 2009. Informe de la comisión de salud en carácter de investigadora de las eventuales irregularidades acaecidas en el hospital regional de talca. Chile. Camara de diputados. 64 paginas.
- (12) LLAMAS E. 2002. La llamada culpa médica: Doctrina general y especialidades problemáticas. *Estudios jurídicos*. Ministerio Fiscal: 509-510.
- (13) SÍLVIA H. 2011. Terms of informed consent for users of dental clinics in Brazil: legal and ethical issues. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (Supl. 1):805-812,

- (14) HORVAT L. HOREY D. ROMIOS P. 2014. Cultural competence education for health professionals. Cochrane Consumers and Communication Group
- (15) PARRA S. 2013. The obligation to inform the patient. Issues on the right to be informed. *Revista Médica Chile*. 141: 1578-1583
- (16) GUERRERO J. 2004 Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria, Valladolid. *Lex Nova*: 47.
- (17) BARRERA CR, NEGRÓN CP. 2015. Rights and duties policy implementation in Chile: health-care professionals' perceptions. *Health Expect*.
- (18) GALÁN JC. 2011. Responsabilidad civil médica. Madrid: Thompson-Civitas: 533.
- (19) RIBOT J. 2010. Selección de estudios jurisprudenciales de Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil, Responsabilidad Extracontractual. Cizur Menor Aranzadi: 135-53.
- (20) FABRE-MAGNAN M. 1992. De l'obligation d'information dans les contrats: essai d'une théorie. *LGDJ*: 385.
- (21) VALENZUELA S. 2015. Reflexiones entorno a la ley 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. *Revista Médica Chile*: 143:96-100
- (22) GOBIERNO DE CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2012. Manual técnico de Normativa grafica para carta de derechos y deberes de los a pacientes en instituciones de salud [norma grafica]
- (23) PEREA – PÉREZ B, LABAJO GONZÁLEZ ME, SANTIAGO- SÁEZ A Y ALBARRÁN JUAN ME. 2013. Responsabilidad profesional en odontología *Revista Española Medicina Legal*: 39(4):149-156
- (24) GISBERT- CALABUIG JA. 2004. Medicina Legal y Toxicología. Sexta edición. Barcelona España. Ed. Masson.
- (25) HERNANDEZ R. 2007. Metodología de investigación. Quinta edición. Ed. McGraw Hill. 736p.
- (26) SIMÓN P. 2007. Patient satisfaction with the process of computerisation, consent and decisión making during hospitalisation. *An Sist. Sanit. Navar*. 30 (2): 191-198
- (27) DEKKER D. 2001. Informed consent in dutch dental practice: knowledge, attitudes and self-efficacy of dentists. *Patient educ. Couns*: 185-92
- (28) LEGARÉ F. 2014. Twelve myths about shared decisión making. Department of family medicine and emergency medicine, Canada: 281-286
- (29) STUART J. 2015. Is Education Associated With Improvements in General Cognitive Ability, or in Specific Skills?. Department of Psychology and Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology, The University of Edinburgh: 573-582

Anexo 1: Aprobación del comité de ética

**Solicitud aprobación de trabajo de investigación por parte del
Comité de Ética de la UVM.**

Fecha: 09/12/15

Alumnos: Jorge Pizarro Zapata / Andrea Silva Cabrera

Título del estudio: (podría ser modificado)	Evaluación del grado de conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes en la atención odontológica publica privada de la ciudad viña del mar
Docente Investigador	Marcos Faúndes Pinto – Vezna Sabando Franulic
Nivel:	Pregrado
Criterios deontológicos	Secreto profesional de confidencialidad de datos entregados Apoyar el avance de la profesión mediante procesos de investigación científica, a nivel local, cumpliendo las normas éticas Poner a disposición publica los resultados de la investigación
Objetivo del estudio	Determinar el grado de conocimiento de los derecho y Deberes de los pacientes en usuarios de centros de atención odontológica pública y privada de la ciudad de viña del mar
Métodos y metodología	Estudio descriptivo transversal El método que se va a utilizar para la recolección de datos es un instrumento tipo encuesta con preguntas cerradas y respuestas tipo Lickers
Se solicita consentimiento de los participantes.	Si
Señale la indexación de la revista enviara el artículo.	Tesis para optar a Título de Cirujano Dentista
Observaciones Comité de Ética de la UVM. (No rellenar) CÓDIGO	

Anexo 2:



Carta para solicitar criterio de expertos

Viña del mar, Diciembre del 2015

Estimado/a:

Reciba un cordial y afectuoso saludo. La presente tiene como finalidad solicitar sus conocimientos y experiencias para la validación del instrumento de recolección de datos de la investigación titulada: “Evaluación del grado de conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes en la atención pública y privada de la ciudad Viña del Mar”.

Recurrimos a usted, por cuanto conocemos su larga trayectoria profesional y posee amplios conocimientos en el área metodológica de la investigación.

Es por ello que le agradecemos observar la pertinencia y coherencia de los ítems, en relación a los objetivos propuestos en el trabajo, la claridad y objetividad de las preguntas, así como realizar las observaciones que considere pertinente, su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación. Para este fin se adjunta instrumento, objetivo general y objetivos específicos.

Sin más que hacer referencia y esperando una pronta y satisfactoria respuesta.

Nos despedimos atentamente: Jorge Pizarro Zapata y Andrea Silva Cabrera alumnos de Odontología de la Universidad del Viña del Mar.

Anexo 3: Encuesta piloto



Evaluación del conocimiento de los pacientes en centros de atención público y privado de sus derechos y deberes en la atención odontológica

Buenos días (tardes): Somos estudiantes de Odontología de la Universidad Viña del Mar. Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca del conocimiento de los pacientes con respecto a sus derechos y deberes en la atención odontológica. Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales. Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha.....

Firma.....

Género	Edad (años)	Nivel educacional:	Lugar de atención	Sistema salud
☐ M ☐ F		☐ Ninguno ☐ Básica ☐ Media ☐ Técnica ☐ Superior	☐ Público ☐ Privado	☐ Fonasa ☐ Isapre ☐ Capredena ☐ Ninguno

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Usted está al tanto de la existencia de una ley que protege sus derechos en la atención en salud.					
2. Cuando usted acude por atención odontológica ¿Recibe información clara y detallada en relación a lo que padece?					
3. Al momento de conocer lo que padece ¿Recibe información de las opciones de tratamiento que puede recibir en el recinto de salud?					
4. Para elegir su tratamiento ¿Recibe información sobre las ventajas,					

desventajas, complicaciones y pronósticos en relación a las opciones de tratamiento?					
5. Considera usted que le informan oportunamente los valores en su atención en salud.					
6. ¿Cree usted que tiene un claro conocimiento de lo que son sus derechos como paciente?					
7. Cuando usted se ve involucrado en una situación que considera irregular, hace valer sus derechos como paciente.					
8. Usted está al tanto de la existencia de una ley que establece sus deberes en la atención en salud.					
9. Cuando acude a recibir atención odontológica usted es claro y honesto en señalar cada una de las enfermedades, medicamentos e información relevante en relación a su salud.					
10. Cuando acude a un servicio de atención, ¿está al tanto de que existen deberes que usted como paciente debe cumplir?					
11. Se informa usted de las distintas formas de pago que usted dispone en su recinto médico.					
12. Tiene conocimiento de que las atenciones en salud odontológica dispone de horarios de atención.					
13. Dentro del servicio de salud que usted acude, identifica y visualiza claramente la gigantografía de la ley de los derechos y deberes del paciente.					
14. Comprende la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente.					

Encuestador: Jorge Pizarro Zapata y Andrea Silva Cabrera, alumnos Quinto año Universidad
Viña del Mar



Anexo 4: Encuesta final

Evaluación del conocimiento de los pacientes en centros de atención público de sus derechos y deberes en la atención odontológica

Buenos días (tardes): Somos estudiantes de Odontología de la Universidad Viña del Mar. Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca del conocimiento de los pacientes con respecto a sus derechos y deberes en la atención odontológica. Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales. Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Muchas gracias por su colaboración

Fecha.....

Firma.....

Género	Edad (años)	Nivel educacional:	Sistema salud
☐ M ☐ F		☐ Ninguno ☐ Básica ☐ Media ☐ Técnica ☐ Superior	☐ Fonasa A ☐ Fonasa B ☐ Fonasa C ☐ Fonasa D ☐ Isapre ☐ Capredena ☐ Ninguno

	Nada Ninguna 1	Poco Insuficiente 2	Algo Algunas ocasiones 3	A menudo 4	Mucho Siempre
1. ¿Cuánto conocimiento posee sobre la ley que establece sus derechos y deberes como paciente en la atención en salud?					
2. ¿Cuánto comprende la gigantografía que explica los derechos y deberes del paciente?					

3. Dentro del servicio de salud que usted acude, ¿Cuánto es lo que puede visualizar de la gigantografía de la ley de los derechos y deberes del paciente?					
4. ¿Cuánto conocimiento posee usted sobre sus derechos como paciente?					
5. Cuando acude a un servicio de atención, ¿Qué tanto conoce de los deberes que usted como paciente debe cumplir?					
6. Cuando usted se ve involucrado en una situación que lo desfavorece, ¿Qué tan a menudo hace valer sus derechos como paciente?					
7. Al momento de conocer lo que padece ¿Cuánta es la información que recibe sobre las opciones de tratamiento a las que puede acceder?					
8. Para elegir su tratamiento ¿Cuánta información recibe sobre las ventajas, desventajas, complicaciones y pronósticos en relación a las opciones de tratamiento?					
9. Cuando usted acude por atención odontológica ¿Qué tan a menudo Recibe información clara y detallada en relación a lo que padece?					
10. ¿Cuánto conocimiento tiene acerca de los horarios de atención en salud odontológica?					
11. ¿Qué tan a menudo se informa usted de las distintas formas de pago que disponen los recintos de atención odontológica?					
12. ¿Cuánta información se le entrega acerca de los valores en su atención en salud?					

Encuestador: Jorge Pizarro Zapata y Andrea Silva Cabrera, alumnos Sexto año Universidad Viña del Mar