



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE**

REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2016 – 2017

PRESENTADA POR

FRANCIS FERNANDO CHÁVEZ ACOSTA

ASESOR

MANUEL JESÚS LOAYZA ALARICO

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

LIMA – PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE
REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2016 – 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR
FRANCIS FERNANDO CHÁVEZ ACOSTA**

**ASESOR
DR. MANUEL JESÚS LOAYZA ALARICO**

LIMA, PERÚ

2017

JURADO

Presidente: Carlos Bada Mancilla, doctor en Medicina.

Miembro: Ricardo Aliaga Gastelumendi, magíster en Administración.

Miembro: Cuellar Villanueva Paul Fernando, magíster en Administración.

A mis padres, por todo su apoyo y estar siempre a mi lado, enseñándome siempre con amor a ser mejor cada día

A mi abuela, por todo su amor y apoyo incondicional siendo mi ejemplo de perseverancia en esta vida

AGRADECIMIENTOS

A Pedro Navarrete, doctor en Salud Pública, por su asesoría en la tesis y todo su apoyo.

A Mercedes García, Mg.CD especializada en bioestadística, por su apoyo en la parte estadística del trabajo.

Al grupo de investigación de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte, por su apoyo en el desarrollo y asesoría.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes	
1.2 Bases teóricas	11
1.3 Definición de términos básicos	25
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
2.1 Formulación de hipótesis	
2.2 Variables y operacionalización	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	32
3.1 Diseño metodológico	
3.2 Diseño muestral	
3.3 Procesamiento y recolección de datos	33
3.4 Procesamiento y análisis de datos	34
3.5 Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
FUENTES DE INFORMACIÓN	68
ANEXOS	
Anexo1. Instrumento de recolección	

RESUMEN

Se determinó la relación que existe entre lo que conoce y practica el odontólogo frente al consentimiento informado con la percepción y satisfacción del paciente en el servicio de odontología de los centros de atención primaria.

Para ello, se les realizaron a 67 odontólogos un tipo de encuesta con la finalidad de medir el nivel de conocimiento y práctica sobre el consentimiento informado. Por otro lado, para medir el nivel de percepción y satisfacción, se realizó otro tipo de encuesta a tres de los pacientes de cada odontólogo visitado de forma aleatoria, en un total de 200 pacientes.

Luego de analizar los datos mediante la prueba χ^2 , se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento del odontólogo respecto al consentimiento informado con la práctica. ($p=0.23$ / Correlación = 0.278). Por otro lado, se halló una dependencia directa entre la práctica del consentimiento informado con la percepción de los pacientes. ($p=0.00$ / Correlación =0.965) y de la práctica correcta con la satisfacción. ($p=0.00$ / Correlación =0.844)

En conclusión este estudio arrojó evidencia que nos indica que el nivel de conocimiento y práctica de los odontólogos respecto al consentimiento informado, se relacionan con la percepción y satisfacción de los usuarios de salud.

Palabras clave: Consentimiento informado, Centro de atención primaria, Odontología

ABSTRACT

Determine the relationship between what the dentist knows and practices versus informed consent was determined with the perception and satisfaction of the patient in the dental service of primary care centers.

For this, 67 types of surveys were carried out to 67 dentists in order to measure the level of knowledge and practice about informed consent. On the other hand, to measure the level of perception and satisfaction, another type of survey was carried out on three of the patients of each dentist visited at random, in a total of 200 patients.

After analyzing the data through the chi2 test, significant differences were found between the levels of knowledge of the dentist regarding informed consent with the practice. ($p = 0.023$ / Correlation = 0.278). On the other hand, a direct dependence was found between the practice of informed consent and the perception of patients. ($p = 0.000$ / Correlation = 0.965) and of the correct practice with satisfaction. ($p = 0.000$ / Correlation = 0.844)

In conclusion, this study yielded evidence that indicates the level of knowledge and practice of dentists regarding informed consent; they are related to the perception and satisfaction of health users.

Keywords: Informed Consent, Primary Care Center, Dentistry

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas de un gerente o jefe responsable de un establecimiento de salud que hoy puede lidiar son los constantes reclamos y/o demandas por parte de los pacientes; los cuales afirman no haber sido bien informados de los tratamientos a realizarse, los pro y contra a él y las alternativas que existen para solucionar su problema. ¹

La bioética relaciona la ciencia de la vida y el conocimiento de los valores humanos; esta se sustenta en el principio de la autonomía, que es el respeto a la dignidad del hombre, y se manifiesta a través del consentimiento informado (CI).¹

El consentimiento informado es un compromiso que se establece durante la relación clínica entre el profesional de salud y usuario (paciente). ² Es un derecho bioético de respeto a la dignidad y libertad que tiene todo usuario, en poder recibir la información suficiente para tomar una decisión informada y razonada del procedimiento clínico; el cual incluye y explica la necesidad del tratamiento, así como sus riesgos, complicaciones, beneficios, alternativas y la aceptación de este último. ¹¹

Con la inserción del consentimiento informado en la historia clínica de los hospitales, centros de salud, clínicas y universidades; muchas veces frente a un tratamiento se piensa que la finalidad u obligación del personal de salud respecto a los pacientes

y a su organización es cumplir consiguiendo una firma del mismo. Sin embargo, esto no garantiza que el derecho de autonomía y de información del paciente haya sido respetado. Este proceso no debe verse como una actividad intrascendente, en la cual el profesional de salud consigue la autorización del paciente mediante una firma para obtener un respaldo legal, sino en respetar los principios bioéticos.^{3,4}

Un aspecto muy importante que como profesionales de la salud debemos de tener en cuenta es la relación médico-paciente, la relación que establezca el profesional con su paciente será fundamental para poder ganar su confianza, este nos pueda entender, y así no existir algún problema de comunicación. Así, finalmente lograremos que él se sienta satisfecho con la atención brindada, pueda estar seguro de regresar en caso lo necesite y/o recomendar a otra persona en el servicio.

Estudios como los de Alfaro⁵ o Amarilla⁶, las cuales analizaron la percepción del paciente frente al CI o el nivel de entendimiento de los mismos frente a este proceso, mostraron en sus resultados que existe una relación entre la satisfacción del paciente o discomfort para con la clínica, al no existir una correcta comprensión del CI y del tratamiento a realizarse.^{5,6}

Resulta así muy importante conocer cómo se está dando este proceso del CI con los pacientes de los diferentes niveles de atención de salud, ya que esto permitirá al responsable, jefe o gerente de salud, evaluar el desempeño bioético de su

personal a cargo y de su institución, para poder elaborar estrategias que orienten hacia una mejora en la calidad y satisfacción de sus usuarios.⁷

Galván⁸ al evaluar el nivel de conocimiento del CI en diferentes profesionales de salud pudo observar que el profesional médico tenía mejores resultados en comparación a las deficiencias mostradas por otros profesionales. Sin embargo, estudios como los de Silva⁹ o Novoa¹⁰ muestran que aún existe un poco de desinformación en todos los profesionales, al no respetar derecho de autonomía de los pacientes.^{8,9,10}

En las clínicas particulares, Centros de atención de nivel II (hospitales), Centros especializados entre otros, este proceso se da con mayor rigurosidad, exigencia, y detalle por la supervisión y auditoría constante de sus historias clínicas; sin embargo, se desconoce cómo se aplica este proceso por parte del personal de salud en zonas alejadas a la ciudad, como los centros de nivel de atención primaria (Nivel I), en los cuales además de lo preventivo, existe una parte recuperativa clínica como tratamientos quirúrgicos que se desarrollan en las diferentes especialidades; las cuales por más simples que parezcan muchas veces pueden traer complicaciones.

11

El servicio de odontología de un centro de salud en estas zonas rurales-urbanas tienen dentro de sus prestaciones de servicios las extracciones dentales de adultos y niños, las cuales son procedimientos quirúrgicos que muchas veces han traído

ciertos problemas postoperatorios. Por consiguiente es necesario que el cirujano-dentista antes de cada extracción explique de forma clara al paciente de todos los posibles riesgos, complicaciones y otras opciones a este procedimiento.

Por otro lado, como forma de testificar o evidenciar lo conversado con el paciente, se le puede entregar un documento donde esté todo lo escrito anteriormente; respetando así el derecho de información y los protocolos o reglas sanitarias basadas en los estándares internacionales de calidad al usuario de salud.¹¹

Estudios realizados a odontólogos de centros de atención primaria de salud de otros países, donde miden el nivel de conocimiento con respecto al CI; muestran dentro de sus resultados que no existe un alto o buen conocimiento por parte ellos al no respetar el principio bioético y derecho de los pacientes, haciéndoles firmar documentos sin explicación alguna del procedimiento.¹³

Finalmente, ya que es necesario observar y evaluar cómo se comporta este proceso en nuestro país; este estudio evaluó el proceso del consentimiento informado en dos aspectos: profesional (odontólogo) y pacientes que acuden a los centros de salud nivel I de la región Lambayeque-Perú. Analizando lo que conoce y practica el odontólogo frente al consentimiento informado, y el servicio que recibe el paciente; midiendo la percepción y satisfacción de este con el servicio brindado en odontología.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

En el 2016 se realizó un estudio en México cuyo propósito fue evaluar el conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales de salud en formación en el Hospital de Durango. Para ello, mediante un estudio descriptivo y observacional en 46 participantes entre médicos, odontólogos, enfermeros y obstetras; se evaluó mediante un cuestionario a cada grupo de profesionales. Encontrando dentro de los resultados que existe deficiencias en el conocimiento sobre el consentimiento informado (52.2%), y que el grupo de profesionales con mayor conocimiento al respecto eran los médicos (46.5%). Adicionalmente se resaltó el alto interés por mejorar los contenidos académicos en la Bioética.⁸

En el 2015 se realizó un estudio en Colombia cuyo propósito fue evaluar la percepción sobre el consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención de salud en Bogotá. Mediante dos tipos de encuestas se observó cómo se está llevando el proceso, analizando la información recibida por los pacientes. Dentro de los resultados se pudo observar que se si se está cumpliendo con el consentimiento verbal y escrito entre las diversas áreas cumpliendo con la normatividad vigente del país. Sin embargo, existe una proporción de paciente donde refieren tensiones, problemas y malestar frente a los diversos asuntos, como la diversidad de formas de aplicación y concepción. Los pacientes suelen ser

informados de forma verbal y escrita sólo en casos complejos. Aunque se observa un mejor comprensión del proceso por parte del paciente cuando se le realiza estos dos; la mayoría no desea perder mucho tiempo en este proceso y quiere que se lleve de forma rápida.¹⁴

En el 2015 se realizó un estudio en Colombia cuyo propósito fue analizar los formatos de consentimiento informado. Los problemas éticos legales y dificultades en el lenguaje. Para ello se analizó los documentos (consentimiento informados escrito) en los procedimientos más frecuentes en la atención de salud de 22 instituciones; cumpliendo 28 categorías consideradas imprescindibles y 8 deseables. Estas categorías fueron evaluadas según la normativa Colombiana y parámetros internacionales de Bioética y Atención en calidad de salud. De los 80 formatos ninguno cumplía con todos los estándares, el más alto cumplimiento se daba en la firma y el enunciado de aceptación al tratamiento (94% y 92%); los más bajos resultados se observó en la información sobre las desventajas y procedimientos (6.3%), siendo crítico las alternativas de tratamiento y ventajas o desventajas del mismo (2%).¹⁵

En el año 2015 se realizó un estudio en México cuyo propósito fue evaluar el consentimiento informado en la actualidad, observar su evolución desde un punto de vista de experto jurídico. Para ello se realizó revisión bibliográfica del siglo XX y mediante un análisis comparativo y crítico de un experto en derecho de la ciudad de México se concluyó que el consentimiento informado parte del derecho humano

sobre la autodeterminación sobre el propio cuerpo. La relación médico paciente ha pasado por varias circunstancias sociales e históricas. Que más importante es observar el consentimiento informado como un derecho de todo paciente frente a un procedimiento médico, que un deber del mismo. A pesar de ello, los médicos también tienen sus propios derechos que se oponen al anterior como la objeción de conciencia y el respeto irrestricto a su trabajo y profesionalismo, el cual se opondrá al derecho del paciente en algunas situaciones. ¹³

En el 2014 se realizó un estudio en Colombia cuyo propósito fue evaluar el proceso de consentimiento informado en dos instituciones hospitalarias de Bogotá, para el cual mediante encuestas a los pacientes de diversos servicios, se determinó como se está llevando el proceso de consentimiento informado en estos dos hospitales. Dentro del análisis de resultados se observó que en el Hospital San Ignacio el grado de escolaridad influye en captar la información relevante; sin embargo esto no se observa en la Clínica Palermo, demostrando que independientemente del grado de escolaridad o edad es posible transmitir la información en niveles adecuados y con un lenguaje sencillo. Esto facilita la comprensión y percepción de calidad de los pacientes con el hospital o clínica. Se pudo observar la importancia de la relación médico-paciente. ⁹

En el 2014 se realizó un estudio en el Perú se realizó una revisión bibliográfica nacional e internacional existente sobre los derechos de los pacientes que acuden a los servicios de salud, que participan de la docencia y en la investigación

biomédica con la finalidad de sensibilizar a los profesionales de salud y público en general sobre este tema. ¹⁶

En el 2013 se realizó un estudio en Perú cuyo propósito fue evaluar el nivel del consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital 2 de Mayo. Para ello se utilizó un cuestionario a 51 internos de universidades nacionales y particulares. Se observó que había una desinformación mayor al 50% (52.7%) de total de los internos de medicina próximo a graduarse. Solo obtuvo buenos resultados el 61.54% dentro de las universidades nacionales y 36% de universidades privadas. Y de estos solo el 25% tuvieron un conocimiento alto al medir el nivel de conocimiento y práctica. ¹⁰

En el 2013 se realizó un estudio en Colombia cuyo propósito fue evaluar los determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Para ello se exploró los factores que influyen en la aceptación de la atención recibida, mediante una encuesta a 55 pacientes y 8 a profundidad, mostrando en sus resultados que la atención oportuna y el brindar un profundo diagnóstico y explicación de opciones de tratamiento aumentan la satisfacción del usuario, así como la confianza con el profesional. ¹²

En el 2011 se realizó un estudio en Perú cuyo propósito fue evaluar cómo se está realizando el proceso de consentimiento informado en la clínica estomatológica de

la Universidad Cayetano Heredia. Para ello se otorgó a 90 pacientes una encuesta para evaluar la información recibida, el entendimiento y la autonomía de los pacientes respecto a este proceso. Sus resultados mostraron que la mayoría de sus pacientes (85%) si firmó un documento, y que fue favorable el entendimiento de los pacientes respecto al proceso ($P=0,000$) respetando y cumpliendo en su mayor parte con todo el proceso. En conclusión se observó un buen proceso de consentimiento informado, viéndose que el entendimiento o percepción clara del paciente frente al CI ayuda a mejorar el proceso, calidad y satisfacción; sin embargo se deben mejorar aun aspectos relacionados a la autonomía.⁵

En el 2010, en Uruguay se realizó un estudio en el cual se observó si los procesos de enseñanza y formación de preclínica en la Facultad de Odontología de la de la Universidad de la República respecto al proceso del consentimiento informado eran empleados en la parte clínica. Se pudo observar dentro de sus resultados que a pesar de haber recibido previamente los conocimientos, en la clínica mostraron un bajo nivel de conocimiento y práctica.¹

Del mismo modo en el 2010 en Paraguay se realizó un estudio para evaluar la percepción y comprensión de los pacientes sobre el consentimiento informado que acudían a la clínica de la Facultad de Odontología de la universidad Autónoma. Para ello se le aplicó una encuesta a 145 pacientes observándose dentro de los resultados que existe una percepción y comprensión regular o suficiente de 62%

respecto al proceso realizado con los alumnos de pre grado, con nivel de significancia $p=5,9$.⁶

Por otro lado, Brasil en 2010 se realizó un estudio sobre el consentimiento informado, evaluando el conocimiento y prácticas de los cirujanos dentistas respecto al CI mediante encuestas, teniendo como base legal su código de ética odontológica, código civil y penal y finalmente analizando el documento utilizado por ellos. Los resultados finalmente mostraron una relación directa entre lo que conoce y practica el profesional, mostrando deficiencia en su nivel de conocimiento respecto al consentimiento informado y una insatisfactoria aplicación del proceso.⁷

Por otro parte, en 2010 en Argentina luego de una evaluación previa deficiente del proceso de consentimiento informado llevado en la clínica de la facultad de odontología de la universidad Nacional de La Plata, se tomó dos grupos conformados por 20 odontólogos y con un diseño experimental a uno de los grupos se les capacitó respecto al consentimiento informado implementando nuevos conocimientos teóricos respecto al tema para mejorar su desempeño. Al analizar nuevamente su aspecto práctico en la clínica respecto al proceso del consentimiento informado se pudo observar respuestas favorables ($p<0,05$) en un 45% de los que recibieron la capacitación, observándose como los procesos de enseñanza mejoran el desempeño laboral.²

En el 2009 en Chile se realizó un este estudio sobre el nivel de conocimiento del consentimiento informado en 40 cirujanos dentistas egresados de la universidad Católica de Chile, observándose dentro de los resultados que existe una gran desinformación en cuanto a la finalidad, importancia y del adecuado proceso de consentimiento informado.⁸

Finalmente, en 2007 en Cuba se realizó un estudio para determinar si los odontólogos pertenecientes a los centros de atención primaria del Pinar del Río aplicaban el consentimiento informado con sus pacientes. A través de encuestas y guía de observación se pudo determinar que existe un bajo nivel de conocimiento por parte de los profesionales y que no se está realizando el proceso en su mayoría 70%.³

1.2 Bases teóricas

El consentimiento informado (CI)

Es la aprobación o aceptación del paciente a realizarse un procedimiento es el consentimiento del apoderado en caso de los menores de edad o de los familiares en caso de emergencia para realizar un procedimiento quirúrgico que pueda comprometer la vida del paciente; en ambos casos el profesional de salud debe de explicar de forma verbal los riesgos, complicaciones y beneficios del tratamiento; para luego plasmarlo en un documento el cual debe hacer firmar al paciente o representante legal .^{1,2,4}

Tiene como inicio histórico y base el código de Nuremberg de 1947 y luego más tarde la declaración de Helsinki. En el siglo XX en Estados Unidos comenzó su uso y exigencia para todos los procedimientos médicos; tomándose como un proceso legal, si no se comunicaba primero verbalmente a los pacientes los posibles riesgos ante una intervención quirúrgica y si este mediante una firma de aprobación aceptaba todo lo acordado anteriormente.^{12,13} En la década de los 70´este proceso adquirió mayor fuerza y rigurosidad por la aparición biotecnología moderna. En el Perú, se lleva acabo y la obligación por parte de todos los profesionales de salud de proporcionar la suficiente información del tratamiento, así como los riesgos y complicaciones, además de la aceptación y conformidad del paciente mediante su firma en un documento está consolidada en la Ley General de Salud, en el código civil y de protección al consumidor de la Constitución Política de 1993.^{23, 24} El CI es una declaración de voluntad efectuada por el paciente, luego de recibir información suficiente con respecto a su enfermedad y al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone médicamente aconsejable, como la más correcta para la solución de su problema de salud, decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.^{14,15}

Por ser parte del código civil y bioético es considerado un documento legal, en el cual el profesional de salud debe de explicar de acuerdo a la capacidad de entendimiento o grado de instrucción de cada paciente los posibles riesgos y complicaciones al procedimiento, así como la aceptación o rechazo de este; y es considerado un derecho del paciente y una obligación del profesional.⁵⁻⁸ Para dejar

constancia de que se les explicó de forma clara, sencilla y que se haya respetado el derecho de información del paciente existe el formulario del CI, el cual parte del documento que debe de firmar el paciente y es donde se detalla todo lo explicado verbalmente al paciente.^{16,17,18}

La odontología como profesión de la salud lleva acabo todo este riguroso proceso en sus diferentes especialidades: cirugía, endodoncia, ortodoncia, rehabilitación oral, periodoncia y odontopediatría poniendo mayor énfasis en los procedimientos quirúrgicos.^{19,20} Actualmente, ya no es el profesional que toma solo las decisiones sin consultar al paciente; y es el mismo que con orientación y con conocimiento de las diversas propuestas al tratamiento otorgadas por su doctor elige que procedimiento realizarse, entendiendo en su totalidad el beneficio y complicación de este.^{21, 22,23} El cirujano dentista en el Perú debe de cumplir todo este proceso y su incumplimiento es sancionado por no cumplir los aspectos éticos y legales basados en el Código de Ética Odontológica (CEO)/CFO-42/2003; código de defensa del consumidor (CDC); código civil (CC) y código penal (CP).^{24, 25}

En una acción judicial, por alguna complicación durante el procedimiento o post a este, el consentimiento informado es la única prueba para que el profesional pueda demostrar judicial y penalmente que explicó el posible riesgo o complicación al paciente, pero debe estar correctamente elaborado el proceso desde la explicación verbal simple, y la detallada lista de complicaciones, beneficios, riesgos y opciones de tratamiento.^{26,27} El consentimiento informado no es el contrato que establecemos

con el paciente; sin embargo, para un mejor proceso administrativo debemos de adjuntar estos dos a la historia clínica y desarrollar también una buena relación odontólogo-paciente la cual nos ayudará a establecer una mejor comunicación en caso de algún problema.²⁸

Elementos del documento sobre el consentimiento informado

En el documento del consentimiento informado debe incluir lo siguiente:

- Describir el tratamiento propuesto de tal forma que sea comprendido en su totalidad por el paciente y las razones para justificar que es la mejor elección (Ventajas y desventajas).
- Explicar todos los riesgos implícitos y potenciales complicaciones de dicho tratamiento.
- Discutir procedimientos o tratamientos alternativos que pudieran aplicarse al problema particular del paciente, incluyendo la alternativa de no hacer ningún tratamiento.

La Estomatología no está exenta de estos principios bioéticos y del consentimiento informado. Los dentistas deben expresar firmeza, bondad y simpatía hacia sus clientes; moderados para no realizar falsas promesas y dispuestos a explicar sus procedimientos profesionales.³¹

El CI en odontología

La práctica odontológica, está sujeta a realizar este proceso obligatoriamente, ya que dentro de sus procedimientos quirúrgicos existen riesgos, complicaciones y ciertas manifestaciones clínicas o signos post quirúrgicos. El profesional debe explicar todo al paciente y colocarlo el documento del CI.³ Por ello, es importante que el paciente sea consiente que la inflamación o edema post quirúrgico es parte del proceso y es un signo normal; y el odontólogo debe de recordar que cada procedimiento tiene riesgos o complicaciones diferentes y particulares por ejemplo la perforación de seno maxilar en caso de las primeras molares superiores, fracturas mandibulares en caso de terceras molares inferiores, fracturas de las tablas vestibulares, palatinas o linguales en caso de todas las extracciones, una alveolitis seca o húmeda, entre otros.^{32,33,34}

La firma obtenida en el proceso del consentimiento informado no libera del todo al profesional de responsabilidad por su actuación durante el procedimiento o post a él, pero si ayuda a esclarecer todo proceso legal el cual será investigado y evaluado; por otro lado, el no realizar este proceso es una falta grave sancionada.^{35,36,37}

Dificultades con la obtención del CI

Existen dificultades para la obtención de un correcto proceso del consentimiento informado entre ellas tenemos cuando un paciente está accidentado, pierde la conciencia y no puede hacer uso de su propia voluntad, a esto añadimos pacientes en estado de coma, pacientes con limitaciones médicas.³⁸ Otra dificultad son la

pacientes que no pueden entendernos, son todos los pacientes sin educación o grado de instrucción, ya que muchos de ellos no podrán entender al profesional por más sencillo que este explique el procedimiento, riesgo y complicaciones del tratamiento; podemos añadir a estos los adultos mayores.^{39,40} Por otro lado, tenemos a los menores de edad los cuales por más que puedan entendernos, su autorización verbal, y firma no es válida por carecer de mayoría de edad para tomar las decisiones.^{41,42}

Es por ello que es fundamental e importante que el profesional tome todos estos aspectos mencionados y de otra forma explicar y hacer firmar a algún familiar o representante legal del individuo a tratar, el cual por ciertas limitaciones médicas, académicas o de edad y presentar en forma escrita todo lo descrito verbal.^{43, 44,45}

Responsabilidad ética del odontólogo

Las situaciones ético-clínicas que presenta hoy día la odontología son variadas y hasta de distinto alcance legal.⁴⁶ Es así que la práctica odontológica se enfrenta actualmente con la definición de los límites y alcances del derecho del paciente a la información clínica, la implementación del proceso de consentimiento informado, la conceptualización de la confidencialidad, la atención clínica a pacientes menores, psiquiátricos o de alto riesgo, la investigación clínica odontológica en seres humanos, la accesibilidad a las prestaciones odontológicas, los procesos

universitarios de enseñanza y aprendizaje de las cuestiones éticas y normas legales que regulan esta profesión. ^{47, 48,49}

El servicio de odontología en un establecimiento de salud de nivel atención primaria

El primer nivel de atención es aquel establecimiento de salud con capacidad resolutive de satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, en un régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales y realizar actividades preventivas y de recuperativas (tratamientos). Dentro del nivel de atención primaria (I) se subdivide en las categorías I-1, I-2, I-3, y I-4. Los cuales pueden tener dentro de sus unidades productoras de servicios (UPSS), las prestaciones del servicio de odontología.⁵⁰

El Manual de estándares para establecimientos de Atención Primaria, nos refiere que el consentimiento informado en estos tipos de establecimientos de salud puede ser verbales o escritos y esto va a depender a la normativa del país, considerando algunos tratamientos indispensables realizarlo. ¹²

En el Perú, los procedimientos que obligatoriamente deben de tener consentimiento son:

- a. Procedimientos invasivos o quirúrgicos, como defina el centro.
- b. Anestesia general o local y sedación moderada o profunda.
- c. Sangre y derivados sanguíneos administrados al paciente.

- d. Pruebas como por ejemplo VIH o pruebas genéticas.
- e. Otros procedimientos y tratamientos de alto riesgo identificados por el centro.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan en los policlínicos deben de contar con un consentimiento informado escrito, estos incluyen los odontológicos.¹²

El servicio de odontología en la provincia de Lambayeque, tiene centros de salud ubicados en zonas de media, moderada y extrema pobreza, encontrándose alta incidencia de enfermedades bucales (Caries, periodontitis, pulpitis, necrosis pulpar, remanente radiculares, fluorosis dental, alteración de la erupción dentaria y otros).

La misión de la atención Integral de Salud es conducir las acciones de salud integral de las personas, promoviendo las condiciones y estilo de vida saludables. Así como, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos de salud mediante una oferta de prestaciones de servicios o tratamientos de alta calidad el cual les brinden una mejor condición de vida.^{51, 52}

El servicio de odontología tiene dentro de sus prestaciones de servicio las siguientes prestaciones de servicios a actividades preventivas promocionales como los exámenes odontológicos u otras medidas profilácticas; y las actividades recuperativas como restauraciones y extracciones.⁵²

Aspectos éticos y penales

El código de protección y defensa del consumidor

En sus artículo 67º nos habla sobre la protección de la salud al consumidor y en el artículo 68º sobre la responsabilidad por la prestación de servicios de salud, ambos a su vez tienen gran relación con el consentimiento informado; en brindar información necesaria y entendible al usuario de salud y sobre la responsabilidad por parte del profesional o el centro de salud por no cumplir ciertos aspectos.²⁴

El artículo 67 º sobre la protección de la salud al consumidor dice:²⁴

67.1 El proveedor de productos o servicios de salud está en la obligación de proteger la salud del consumidor, conforme a la normativa sobre la materia.

67.2 La prestación de servicios y la comercialización de productos de salud a los consumidores se rigen por las disposiciones establecidas en la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, normas complementarias, modificatorias o las que la sustituyan y en lo que no se oponga por las disposiciones del presente código.

67.3 Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al consumidor, a sus familiares o allegados sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones, así como los aspectos esenciales vinculados al acto médico.

67.4 El derecho a la protección de la salud del consumidor es irrenunciable. Sin perjuicio del pleno reconocimiento de estos derechos conforme a la normativa de la

materia, los consumidores tienen, de acuerdo al presente código, entre otros, los siguientes derechos:

a. A que se les brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características, condiciones económicas y demás términos y condiciones del producto o servicio brindado.

b. A que se les dé, en términos comprensibles y dentro de las consideraciones de ley, la información completa y continua sobre su proceso, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias sobre los productos o servicios brindados.

c. A que se les comunique de forma suficiente, clara, oportuna, veraz y fácilmente accesible, todo lo necesario para que puedan dar su consentimiento informado, previo a la entrega de un producto o la provisión de un servicio.

67.5 Lo previsto en el código no afecta las normas que en materia de salud otorguen condiciones más favorables al usuario.

El artículo 68º sobre la responsabilidad por la prestación de servicios de salud

24

68.1 El establecimiento de salud es responsable por las infracciones al presente código generadas por el ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, de los técnicos o de los auxiliares que se desempeñen en el referido establecimiento, sin perjuicio de las responsabilidades que les correspondan a estos.

68.2 El establecimiento de salud también es responsable por los actos de los profesionales que de manera independiente desarrollen sus actividades empleando la infraestructura o equipos del primero, salvo que el servicio haya sido ofrecido sin utilizar la imagen, reputación o marca del referido establecimiento y esa independencia haya sido informada previa y expresamente al consumidor; sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 68.1. La responsabilidad del establecimiento de salud conforme a esta norma es solidaria.

El código de ética y deontología 2016

Sobre los deberes en relación a los pacientes: ⁵⁴

- Artículo 39° de la relación odontólogo- paciente (En concordancia con el artículo 4° de la Ley 27878).
- El cirujano dentista tiene la obligación moral de corresponder a la confianza de sus pacientes, atendiéndolos con conocimientos actualizados, competencia técnica, dedicación y esmero, aplicando su experiencia y buena fe para obtener el mejor resultado en el servicio profesional, tal como lo establece el artículo 6° D.S. 013-2006.
- El cirujano dentista no debe abusar de la confianza del paciente sometiéndolo a tratamientos sin consentimiento previo. La medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sancionara desde amonestación hasta la suspensión de (2) dos años.

- Artículo 40° del consentimiento informado (En concordancia con el artículo 4° y 27° de la Ley 26842, Ley General de Salud: Artículo 45° del código civil).
- El Cirujano dentista está obligado a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, sin exagerar las probabilidades de éxito. Asimismo, debe informar respecto de los riesgos y posibles complicaciones, secuelas o reacciones adversas de los mismos.
- Para realizar cualquier procedimiento o tratamiento, el cirujano dentista está obligado a obtener por escrito el consentimiento informado del paciente, del familiar o tutor responsable en caso no estuviera capacitado para autorizar un acto odontológico.
- La medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sanciona desde amonestación hasta suspensión no mayor de seis meses.⁵⁴

Satisfacción y calidad en odontología

La calidad percibida es la apreciación que hace el paciente de la adecuación resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria en la clínica dental. Es decir, el resultado de la comparación que el paciente tiene y recibe con los estándares que él considera mínimamente aceptables.

En la atención odontológica, la satisfacción del paciente se considera un aspecto fundamental entre los agentes clínicos y los usuarios. Se mide mediante encuesta y constituye una fuente de información para detectar problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de cara área.

El grado de satisfacción está incluido por las expectativas que dependen de otros factores como las experiencias previas, con el trato recibido, tiempo de espera, comodidad, grado de resolución obtenido. Como cualquier otro servicio sanitario se caracteriza por su intangibilidad, la interacción médico-paciente y la relación de esta es básica para el servicio. Existen ciertos estándares de calidad el cual proporcionará a los usuarios del servicio de odontología confiabilidad, comodidad, y profesionalismo.¹¹

Estándares internacionales de calidad ¹¹

Acerca del consentimiento Informado

Esta organización acreditable reconoce los derechos humanos básico de los pacientes.

- A los cuales, se les suministra en la medida de lo conocido, información completa acerca de su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronosis. Cuando no se recomienda médicamente suministrar dicha información a un paciente, la información se proporciona a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada. Además de tener el derecho de la oportunidad de participar en decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, excepto cuando dicha participación está contraindicada por razones médicas o por normas culturales.

- Los servicios dentales proporcionados o puestos a disposición por una organización acreditable satisfacen las necesidades de los pacientes y se suministran de acuerdo con las prácticas éticas y profesionales y los requisitos

legales. Este se aplicará a las organizaciones que proporcionan cuidado dental primario y odontología general y/o servicios maxilofaciales orales. Solicitando un consentimiento informado antes de los procedimientos.

Por otro lado, los servicios de anestesia en una organización acreditable son suministrados en un ambiente higiénico y seguro por profesionales de atención médica calificados a quienes el organismo rector les ha otorgado privilegios para prestar esos servicios.

Los siguientes estándares de la A a la H aplican a las organizaciones involucradas en la administración de sedación y anestesia según se define con anterioridad, incluyendo aquellas donde solo se administre anestesia local o tópica o sedación mínima.

A. Los servicios de anestesia suministrados en las instalaciones que son propiedad u operadas por la organización se limitan a aquellas técnicas aprobadas por el organismo rector según la recomendación de personal profesional calificado.

B. La supervisión adecuada de los servicios de anestesia suministrados por la organización es la responsabilidad de uno o más médicos o dentistas calificados.

C. Se desarrollan políticas escritas y procedimientos para los servicios de anestesia, que incluyen, entre otros:

1. Educación, capacitación y supervisión del personal.
2. Responsabilidades de anestesistas que no son médicos.
3. Responsabilidades de médicos y dentistas supervisores.

D. El paciente debe ser evaluado inmediatamente antes de la anestesia para evaluar los riesgos de la anestesia relacionados con el procedimiento que se realizará y se debe desarrollar y documentar un plan de anestesia.

E. El consentimiento del paciente se obtiene antes de la administración de anestesia o el procedimiento que se realizará.

F. La anestesia es administrada por anesthesiólogos, otros médicos calificados, dentistas y otros profesionales de atención médica calificados aprobados por el organismo rector.

H. Los registros médicos incluyen información ingresada relacionada con la administración de la anestesia.

1.3 Definición de conceptos básicos

Bioética: Como "el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinario entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida y el medio ambiente. ³¹

Categorización: Clasificación en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes. ⁵⁰

Consentimiento informado (CI): Es un documento médico-legal en el cual el paciente autoriza mediante su firma querer ya aceptar realizarse un procedimiento médico. ¹

Establecimiento de salud: Son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.⁵⁰

Nivel de atención primaria de salud: Establecimiento de salud con capacidad resolutive de satisfacer las necesidades básicas como prevención y recuperación.⁵⁰

Nivel de conocimiento del odontólogo: Se refiere al resultado de la encuesta de todo lo que conoce el odontólogo respecto al proceso del consentimiento informado.

1

Nivel de práctica del odontólogo: Se refiere al resultado de la encuesta de todo lo que practica el odontólogo frente al proceso del consentimiento informado con los pacientes. ¹

Nivel de percepción del paciente: Se refiere al resultado de la encuesta todo lo que observa, entiende, conoce el paciente respecto a cómo se lleva proceso del consentimiento informado en el servicio de odontología. ⁶

Nivel de satisfacción del paciente: Se refiere al resultado de la encuesta de cómo se siente el paciente respecto a cómo se lleva o se llevaría el proceso del consentimiento informado en el servicio de odontología. ⁶

Personal de salud: Es el personal sanitario el cual trabaja en un centro de salud. Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. ⁵¹

Principio de autonomía: Se trata del primero de los principios en la bioética principialista. Este tiende a considerar al paciente más como un sujeto necesitado de ayuda que como un individuo autónomo capaz de tomar decisiones por sí mismo. Aparece por tanto como un verdadero límite moral para las personas que trabajan en ámbito sanitario: les impide tratar a los sujetos autónomos con menor consideración de la que merecen. ³¹

Prestaciones de servicios odontológicas: Para usos del catálogo se define a los servicios odontológicos como los servicios de salud realizados por el personal de odontología con fines diagnósticos y/o terapéuticos en las diferentes unidades productoras de servicios de salud. ⁵³

Proceso del consentimiento informado: Se le llama al procedimiento por parte del profesional de salud, el cual consiste en brindar información sobre el tratamiento que se procederá a realizar al paciente hasta la comprensión de este y su firma en el documento (CI). ³

Relación médico paciente: Aquella interacción entre el profesional de salud y su paciente esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. ²⁴

Unidad productora de servicio: Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.⁵⁰

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis

H0: No existe relación entre lo que conoce y practica el odontólogo respecto al consentimiento informado, con la percepción y satisfacción del paciente frente a este proceso en el servicio de odontología de los centros de atención primaria de la Región de Lambayeque.

H1: Existe relación entre lo que conoce y practica el odontólogo respecto al consentimiento informado, con la percepción y satisfacción del paciente frente a este proceso en el servicio de odontología de los centros de atención primaria de la Región de Lambayeque.

2.2 Variables y su operacionalización

Variables:

Variables independientes: Lo que conoce y practica el odontólogo

Variable dependiente: La percepción y satisfacción de los pacientes

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
ODONTÓLOGO LO QUE CONOCE FRENTE AL CI	Se refiere al nivel del conocimiento del odontólogo en este proceso del CI, todo respecto a lo que conoce y las obligaciones que tiene en este proceso.	CUALITATIVO	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL CI Preguntas: 4,5,7,8, 11, 13 cuestionario odontólogo	ORDINAL	ALTO NIVEL	5 - 6 PUNTOS	ENCUESTA
					MEDIANO NIVEL	3 - 4 PUNTOS	ENCUESTA
					BAJO NIVEL	1 - 2 PUNTOS	ENCUESTA
ODONTÓLOGO LO QUE PRACTICA FRENTE AL CI	Se refiere al nivel de lo que practica como odontólogo frente al CI, todo respecto a las actividades que realiza el profesional en este proceso.	CUALITATIVO	NIVEL DE PRACTICA DEL ODONTOTÓLOGO FRENTE AL CI Preguntas: 6,9,10,12,15 cuestionario odontólogo	ORDINAL	ALTO NIVEL	5 – 6 PUNTOS	ENCUESTA
					MEDIANO NIVEL	3 – 4 PUNTOS	ENCUESTA
					BAJO NIVEL	1 – 2 PUNTOS	ENCUESTA

PACIENTE PERCEPCIÓN FRENTE AL CI	Se refiere al nivel de percepción del paciente frente al proceso del consentimiento informado, todo lo que observa, entiende, conoce respecto a este proceso en el servicio de odontología	CUALITATIVO	NIVEL DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE FRENTE AL CI PREGUNTAS: 7,8,9,10,12,13,14,15,16,19,20,21,22 cuestionario paciente	ORDINAL	ALTO NIVEL	11 - 13 PUNTOS	ENCUESTA
					MEDIANO NIVEL	6 - 10 PUNTOS	ENCUESTA
					BAJO NIVEL	1 - 5 PUNTOS	ENCUESTA
PACIENTE SATISFACCIÓN FRENTE AL CI	Se refiere al nivel de satisfacción del paciente frente al proceso del consentimiento informado, todo respecto a cómo se siente frente a este proceso en el servicio de odontología	CUALITATIVO	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE FRENTE AL CI PREGUNTAS: 11,17,18,23I cuestionario paciente	ORDINAL	ALTO NIVEL	4 PUNTOS	ENCUESTA
					MEDIANO NIVEL	2 - 3 PUNTOS	ENCUESTA
					BAJO NIVEL	1 PUNTOS	ENCUESTA

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Estudio de tipo analítico, observacional, correlacional y transversal.

Diseño no experimental.

3.2 Diseño muestral

Población del estudio: Estuvo conformada por los profesionales de salud (odontólogos) del nivel de atención primaria de la Red de Salud de la Región de Lambayeque, conformada por la red Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe. Por otro lado, por los usuarios de salud que acudieron dichos establecimientos (pacientes).

Muestra

Para el presente estudio se tomarán dos tipos de muestras:

1. Para odontólogos población muestral (67 odontólogos)
2. Para la población conformada por los usuarios de salud (pacientes del servicio de odontología de los establecimientos de atención primaria de la Región de Salud de Lambayeque; se tomará por conveniencia, seleccionando a tres pacientes del servicio de cada establecimiento el día que se visite y se sacará un promedio de sus respuestas.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencias por cuotas.

Criterios de selección de pacientes

Criterios de inclusión

- Pacientes que firmen la autorización para el estudio.
- Pacientes Mayores de edad (de 18 a 60 años)
- Pacientes LOTEPE

Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna limitación como: sordera, retraso.
- Pacientes no colaboradores
- Pacientes niños y adultos mayores
- Tiempo de atención en el centro de salud

3.3 Procesamiento y recolección de datos

El método empleado para la recolección de datos, fue a través de dos tipos de encuestas validadas y tomadas de otras investigaciones referentes; para ello primero a odontólogo participe del estudio, se le explicó brevemente los objetivos o fines del estudio, para su participación se le hizo firmar un permiso o autorización para el estudio (Anexo 1), y por último se le otorgó una encuesta con 15 preguntas. (Anexo 2)

Por otra parte, al paciente también se le explicó brevemente el objetivo o fin de estudio y para su participación se le hizo firmar el CI para el estudio, seguido a esto se le otorgó otro tipo de encuesta, la cual consta de 23 preguntas. (Anexo 3)

Instrumentos de recolección

- Encuesta 1 (para el odontólogo) fue tomada como base del estudio de Roges³ y fue modificada para el presente estudio; por ello pasó una validación del Área de Investigación de la USMP-Filial Norte y por el Centro de Investigación de Salud Pública de la Facultad de Medicina USMP.
- Encuesta 2 (para el paciente) Fue tomada como base del estudio de Amarilla ⁽⁶⁾ y fue modificada para el presente estudio; por ello pasó una validación del Área de Investigación de la USMP-Filial Norte y por el Centro de Investigación de Salud Pública de la Facultad de Medicina USMP por ello pasó por una validación por el Centro de Investigación de Salud Pública de la Facultad de Medicina USMP.

3.4 Procesamiento y de análisis de los datos

Para el almacenamiento y procesamiento de la información, se creará una base de datos utilizando el programa Excel (Microsoft Corp.), y se codificaron los datos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico computarizado SPSS versión 19.

Se utilizó la prueba Chi cuadrado por ser tipo de variables cualitativas y la prueba de correlación

3.5 Aspectos éticos

Se realizó un documento de consentimiento informado para el estudio, el cual especifica el fin de estudio y todos los procedimientos a realizarse. Este documento fue otorgado a todo los integrantes participes del estudio (odontólogos y pacientes) para ser firmado por ellos autorizando su aprobación. (Anexo 1)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Odontólogos de la Red Chiclayo-Lambayeque y Ferreñafe que participaron en el estudio – 2016

	NÚMERO DE ODONTÓLOGOS	NÚMERO DE		TIEMPO DE SERVICIO		
		MASCULINO	FEMENINO	<5	5 a10	>10
RED CHICLAYO	35	28	7	12	22	1
RED LAMABAYEQUE	19	15	4	8	9	2
RED FERREÑAFE	13	9	4	4	9	0

La mayor cantidad de odontólogos fueron de la Red de Chiclayo y el mayor porcentaje fue de género masculino con tiempo de servicio entre 5 a 10 años.

Tabla 2. Pacientes de la Red Chiclayo-Lambayeque y Ferreñafe que participaron en el estudio - 2016

	NÚMERO DE PACIENTES	ETAPAS DE VIDA					GRADO DE INSTRUCCIÓN		
		M	F	JOVEN	ADULTO	A.MAYOR	PRIMARIA	SECUNDARIA	TECNICA/SUP
RED CHICLAYO	105	13	92	99	5	1	98	6	1
RED LAMABAYEQUE	57	7	50	3	50	4	50	7	0
RED FERREÑAFE	39	1	38	1	23	15	23	16	0

La mayor cantidad de pacientes fueron de la Red Chiclayo, en la mayoría jóvenes y adultos. Se observó que en la mayoría solo tenían grado de instrucción primaria.

Resultados de los odontólogos

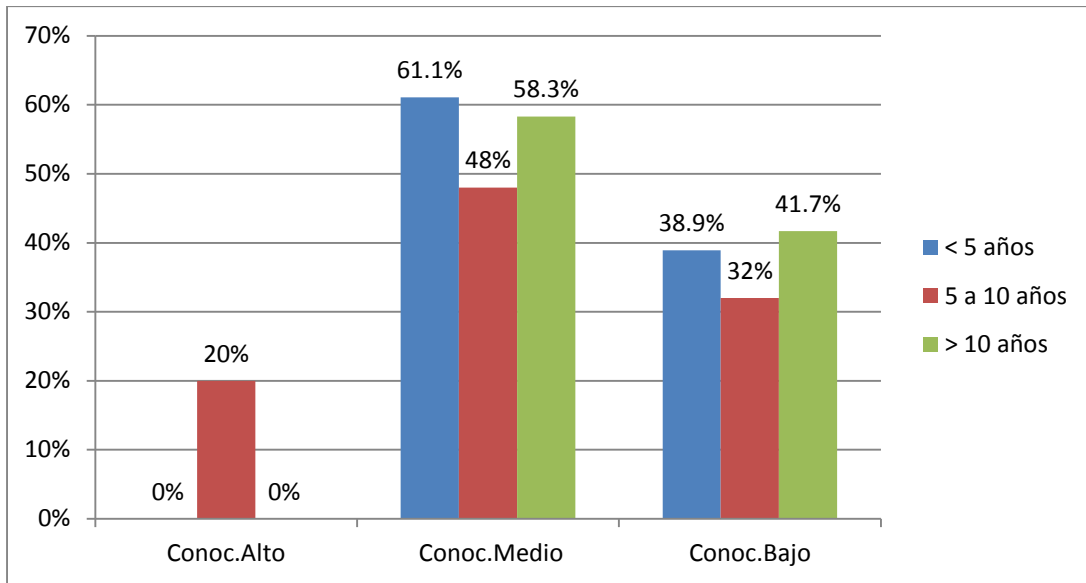
Tabla 3. Relación entre el tiempo de servicio laboral del odontólogo con el nivel de conocimiento frente al consentimiento informado Centros de atención primaria del MINSA de la Red de Chiclayo-Lambayeque y Ferreñafe – 2016

TIEMPO DE SERVICIO	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	Alto	Medio	Bajo	
Menor 5 años	0 (0%)	11 (61.1%)	7 (38.9%)	18 (26.9%)
5 – 10 años	5 (20%)	12 (48%)	8 (32%)	25 (37.3%)
Mayor 10 años	0 (0%)	14 (58.3%)	10 (41.7%)	24 (35.8%)
TOTAL	5 (7.5%)	37 (55.2)	25 (37.3%)	67 (100%)

P=0.058 / Prueba Chi cuadrado

De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 37.3% (25) tuvo entre 5 a 10 años de servicio laboral, de los cuales un 48% (12), tenían un nivel conocimiento medio sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 20% (5) tenían un nivel de conocimiento alto; los odontólogos que tenían mayor de 10 años de ejercicio laboral fue un 35.8% (24), de los cuales un 58.3% (14) tenían un conocimiento medio sobre el consentimiento informado y ningún odontólogo (0%) tuvo conocimiento alto.

Gráfico 1. Relación entre el tiempo de servicio laboral del odontólogo con el nivel de conocimiento frente al consentimiento informado Centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 37.3% tuvo entre 5 a 10 años de servicio laboral, de los cuales un 48%, tenían un nivel conocimiento medio sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 20% tenían un nivel de conocimiento alto; los odontólogos que tenían mayor de 10 años de ejercicio laboral fue un 35.8%, de los cuales un 58.3% tenían un conocimiento medio sobre el consentimiento informado y ningún odontólogo (0%) tuvo conocimiento alto.

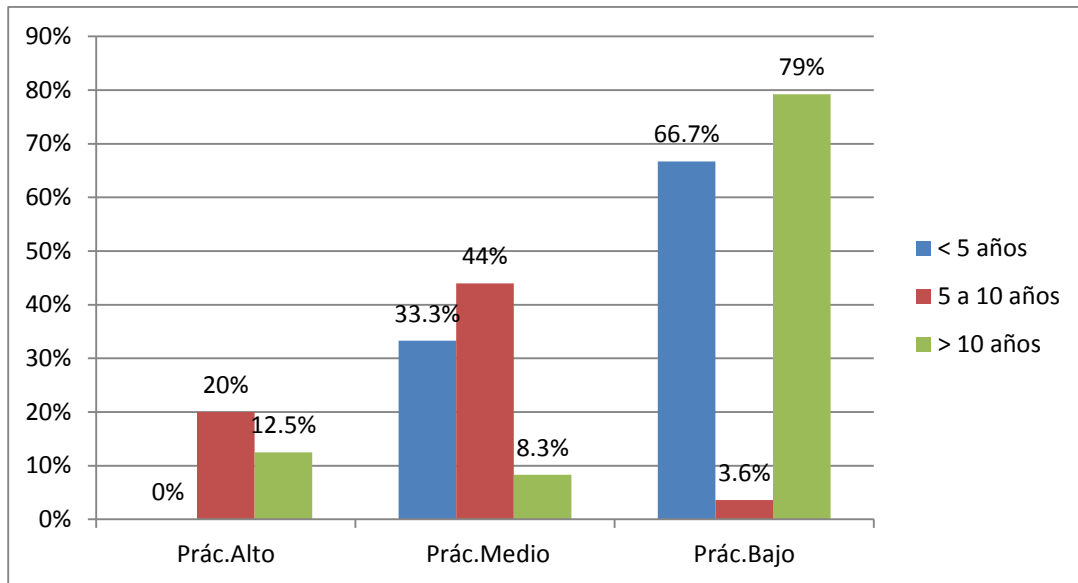
Tabla 4. Relación entre el tiempo de servicio laboral del odontólogo con el nivel de práctica frente al consentimiento informado Centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016

TIEMPO DE SERVICIO	NIVEL DE PRACTICA						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
Menor 5 años	0	(0%)	6	(33.3%)	12	(66.7%)	18	(26.9%)
5 – 10 años	5	(20%)	11	(44%)	9	(3.6%)	25	(37.3%)
Mayor 10 años	3	(12.5%)	2	(8,3%)	19	(79.2%)	24	(35.8%)
TOTA	8	(11.9%)	19	(28.4%)	40	(59.7%)	67	(100%)

P=0.010 / Prueba Chi cuadrado

De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 37.3% (25) tuvo entre 5 a 10 años de servicio laboral, de los cuales un 44% (11), tenían un nivel de práctica medio sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 20% (5) tenían un nivel de práctica alto; los odontólogos que tenían mayor de 10 años de ejercicio laboral fue un 35.8% (24), de los cuales un 79.2% (19) tenían un nivel de práctica bajo sobre el consentimiento informado y solo un 8.3% (2), tuvo un nivel bajo de las prácticas de manejo del consentimiento informado.

Gráfico 2. Relación entre el tiempo de servicio laboral del odontólogo con el nivel de práctica frente al consentimiento informado Centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 37.3% tuvo entre 5 a 10 años de servicio laboral, de los cuales un 44%, tenían un nivel de práctica medio sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 20% tenían un nivel de práctica alto; los odontólogos que tenían mayor de 10 años de ejercicio laboral fue un 3.8%, de los cuales un 79.2% tenían un nivel de práctica bajo sobre el consentimiento informado y solo un 8.3%, tuvo un nivel bajo de las prácticas de manejo del consentimiento informado.

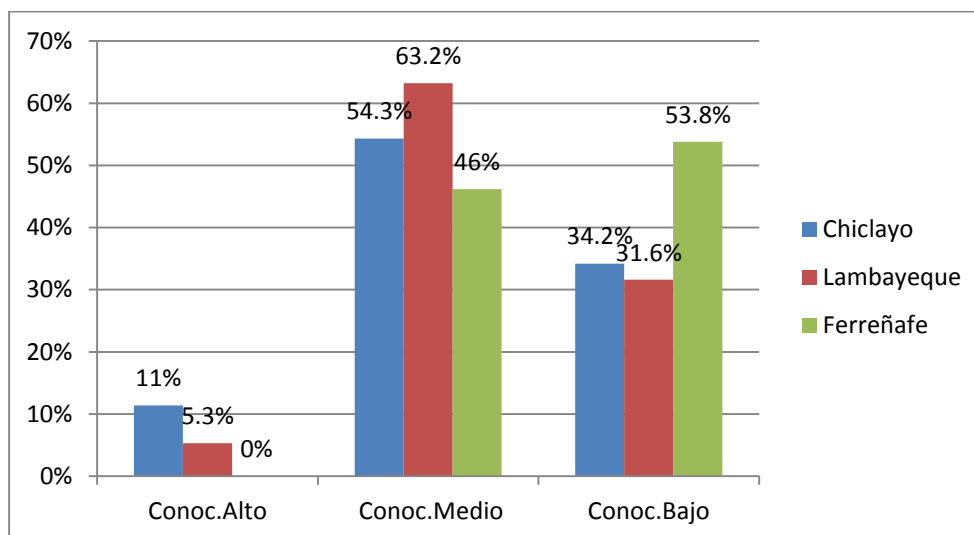
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento del odontólogo frente al consentimiento informado Centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016

REDES	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	Alto	Medio	Bajo	
Chiclayo	4 (11.4%)	19 (54.3%)	12 (34.2%)	35 (52.2%)
Lambayeque	1 (5.3%)	12 (63.2%)	6 (31.6%)	19 (28.4%)
Ferreñafe	0 (0%)	6 (46.2%)	7 (53.8%)	13 (19.4%)
TOTAL	5 (7.5%)	37 (55.2%)	25 (37.3%)	67 (100%)

P=0.485 / Prueba Chi cuadrado

De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 52.2% (35) pertenecieron a la red Chiclayo, de los cuales un 54.3% (19), tenían un nivel conocimiento medio sobre el uso del consentimiento informado, y solo un 11.4% (4) tenían un nivel de conocimiento alto; solo un 19.4% (13) de odontólogos pertenecía a la red Ferreñafe; de los cuales un 53.8% (7) tenían un nivel de conocimiento bajo sobre el manejo de los consentimientos informados, y ningún odontólogo tenía conocimiento alto sobre el manejo de este instrumento.

Gráfico 3. Relación entre el nivel de conocimiento del odontólogo frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 52.2% pertenecieron a la red Chiclayo, de los cuales un 54.3%, tenían un nivel conocimiento medio sobre el uso del consentimiento informado, y solo un 11.4% tenían un nivel de conocimiento alto; solo un 19.4% de odontólogos pertenecía a la red Ferreñafe; de los cuales un 53.8% tenían un nivel de conocimiento bajo sobre el manejo de los consentimientos informados, y ningún odontólogo tenía conocimiento alto sobre el manejo de este instrumento.

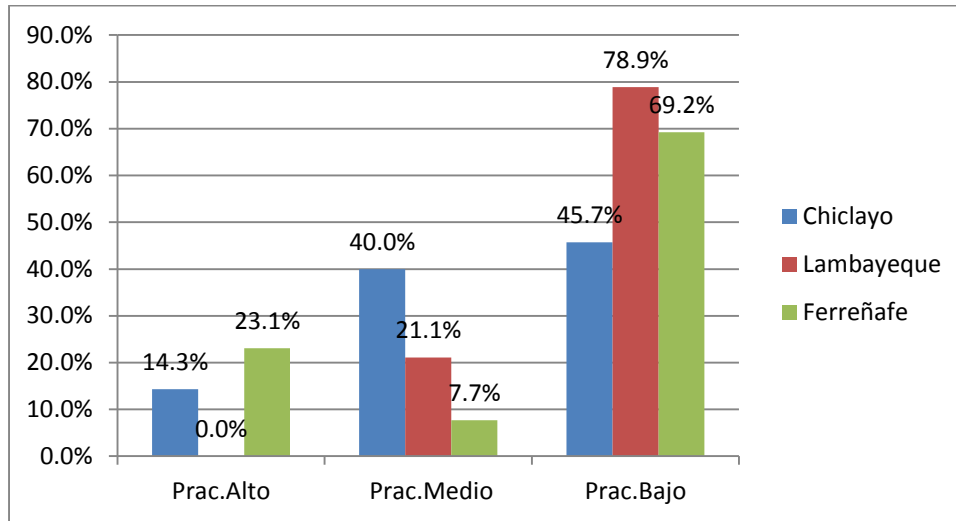
Tabla 6. Relación entre el nivel de práctica del odontólogo frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016

P=0.036 / Prueba Chi cuadrado

REDES	NIVEL DE PRACTICA						TOTAL
	Alto		Medio		Bajo		
Chiclayo	5	(14.3%)	14	(40%)	16	(45.7%)	35 (52.2%)
Lambayeque	0	(0%)	4	(21.1%)	15	(78.9%)	19 (28.4%)
Ferreñafe	3	(23.1%)	1	(7.7%)	9	(69.2%)	13 (19.4%)
TOTAL	8	(11.9%)	19	(28.4%)	40	(59.7%)	67 (100%)

De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 52.2% (35) perteneció a la red Chiclayo, de los cuales un 45.7% (16), tenían un nivel de práctica bajo sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 14.3% (5) tenían un nivel de práctica alto; los odontólogos que pertenecían a la red Ferreñafe fue un 19.4% (13) de los cuales un 69.2% (9) tenían un nivel de práctica bajo y solo un 7.7% (1) tenían un nivel medio de práctica sobre el manejo de este instrumento.

Gráfico 4. Relación entre el nivel de práctica del odontólogo frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016



De los 67 (100%) odontólogos evaluados, se halló que un 52.2% perteneció a la red Chiclayo, de los cuales un 45.7%, tenían un nivel de práctica bajo sobre el uso del consentimiento informado, de los cuales solo un 14.3% tenían un nivel de práctica alto; los odontólogos que pertenecían a la red Ferreñafe fue un 19.4% de los cuales un 69.2% tenían un nivel de práctica bajo y solo un 7.7% tenían un nivel medio de práctica sobre el manejo de este instrumento.

Resultados de los pacientes

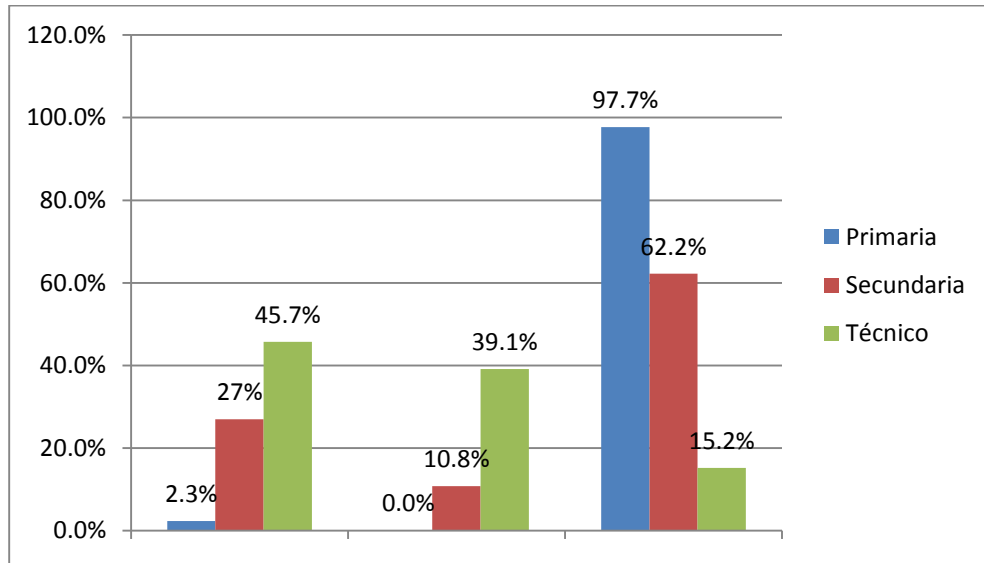
Tabla 7. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes con el nivel de la percepción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016

GRADO INSTRUCCIÓN	NIVEL DE PERCEPCIÓN						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
Primaria	1	(2.3%)	0	(0%)	42	(97.7%)	43	(21.5%)
Secundaria	30	(27%)	12	(10.8%)	69	(62.2%)	111	(55.5%)
Técnico	21	(45.7%)	18	(39.1%)	7	(15.2%)	46	(23%)
TOTAL	52	(26%)	30	(15%)	118	(59%)	200	(100%)

P=0.000 / Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 55.5% (111) de pacientes tenían grado de instrucción secundaria, de los cuales un, 62.2% (69) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 10.8% (12) tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% (43) tuvo grado de instrucción de primaria de los cuales un 97.7% (42) presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 0% (0) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

Gráfico 5. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes con el nivel de la percepción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 55.5% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria, de los cuales un, 62.2% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 10.8% tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% tuvo grado de instrucción de primaria de los cuales un 97.7% presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 0% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

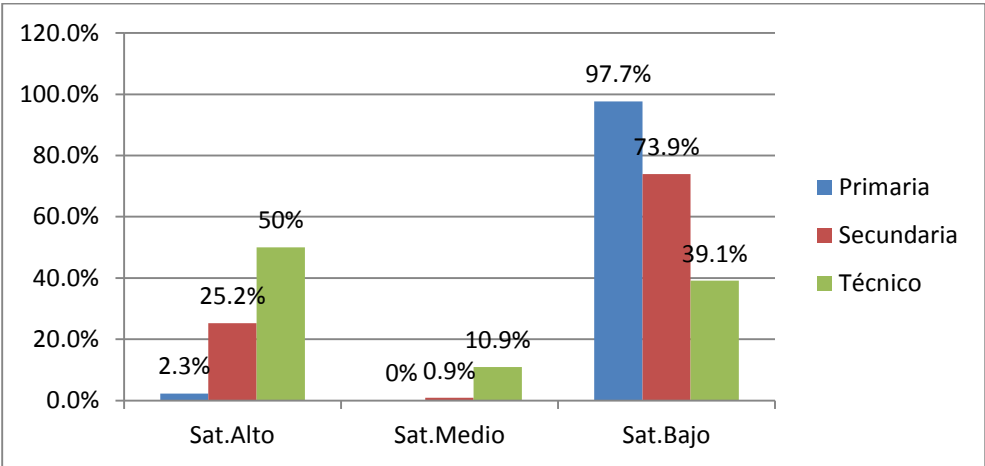
Tabla 8. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes con el nivel de satisfacción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016

GRADO INSTRUCCIÓN	NIVEL DE SATISFACCIÓN						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
Primaria	1	(2.3%)	0	(0%)	42	(97.7%)	43	(21.5%)
Secundaria	28	(25.2%)	1	(0.9%)	82	(73.9%)	111	(55.5%)
Técnico	23	(50%)	5	(10.9%)	18	(39.1%)	46	(23%)
TOTAL	52	(26%)	6	(3%)	142	(71%)	200	(100%)

P= 0.000 / Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 55.5% (111) de pacientes tenían grado de instrucción secundaria, de los cuales un, 73.9% (82) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 0.9% (1) tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% (43) tuvo grado de instrucción de primaria de los cuales un 97.7% (42) presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 0% (0) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

Gráfico 6. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes con el nivel de satisfacción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 55.5% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria, de los cuales un 73.9% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 0.9% tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% tuvo grado de instrucción de primaria de los cuales un 97.7% presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 0% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

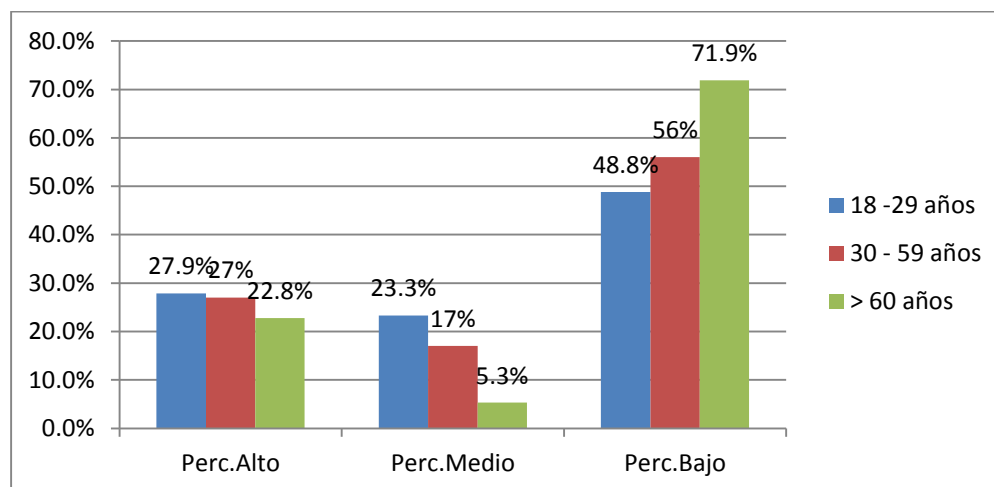
Tabla 9. Relación entre la edad de los pacientes con el nivel de la percepción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016

EDAD	NIVEL DE PERCEPCIÓN			TOTAL
	Alto	Medio	Bajo	
18 – 29 años	12 (27.9%)	10 (23.3%)	21 (48.8%)	43 (21.5%)
30 – 59 años	27 (27%)	17 (17%)	56 (56%)	100 (50%)
Mayor 60 años	13 (22.8%)	3 (5.3%)	41 (71.9%)	57 (28.5%)
TOTAL	52 (26%)	30 (15%)	118 (59%)	200 (100%)

P= 0.070 / Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 50% (100) de pacientes tenían entre 30-59 años, de los cuales un, 56% (56) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 17% (17) tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% (43) estuvo entre 18-29 años, de los cuales un 48.8% (21) presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 23.3% (10) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

Gráfico 7. Relación entre la edad de los pacientes con el nivel de la percepción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 50% de pacientes tenían entre 30-59 años, de los cuales un, 56% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 17% tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% estuvo entre 18-29 años, de los cuales un 48.8% presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 23.3% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

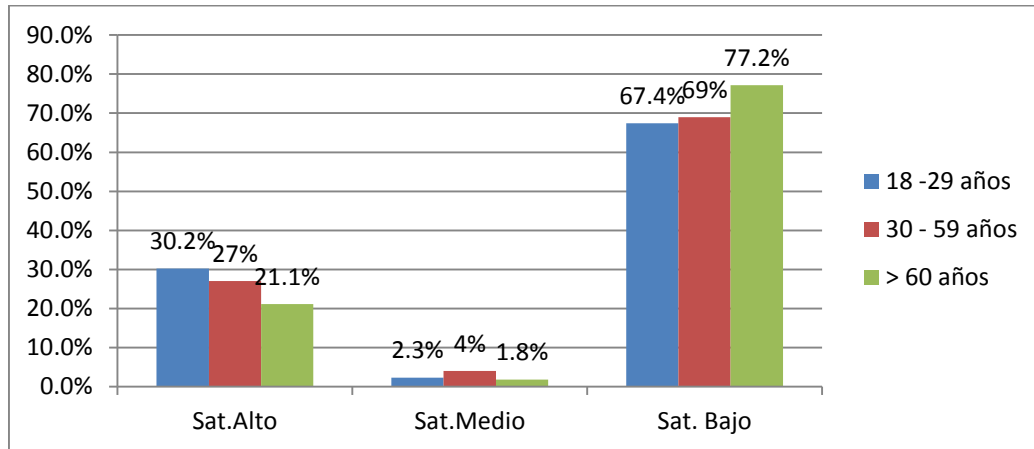
Tabla 10. Relación entre la edad de los pacientes con el nivel de satisfacción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016

EDAD	NIVEL DE SATISFACCION						TOTAL
	Alto		Medio		Bajo		
18 – 29 años	13	(30.2%)	1	(2.3%)	29	(67.4%)	43 (21.5%)
30 – 59 años	27	(27%)	4	(4%)	69	(69%)	100 (50%)
Mayor 60 años	12	21.1%)	1	(1.8%)	44	(77.2%)	57 (28.5%)
TOTAL	52	(26%)	6	(3%)	142	(71.1%)	200 (100%)

P=0.735/ Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 50% (100) de pacientes tenían entre 30-59 años, de los cuales un 69% (69) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 4% (4) tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% (43) estuvo entre 18-29 años, de los cuales un 67.4% (29) presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 2.3% (1) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

Gráfico 8. Relación entre la edad de los pacientes con el nivel de satisfacción frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA de la Red de Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que un 50% de pacientes tenían entre 30-59 años, de los cuales un 69% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 4% tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 21.5% estuvo entre 18-29 años, de los cuales un 67.4% presento un nivel bajo de percepción sobre el consentimiento informado y un 2.3% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción medio de este documento.

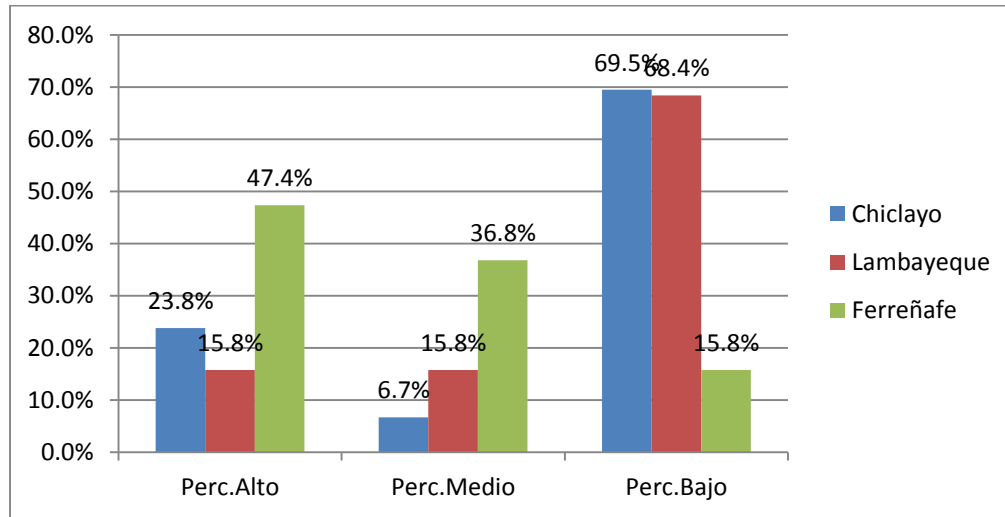
Tabla 11. Relación entre el nivel de la percepción de los pacientes frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe – 2016

REDES	NIVEL DE PERCEPCION			TOTAL
	Alto	Medio	Bajo	
Chiclayo	25 (23.8%)	7 (6.7%)	73 (69.5%)	105 (52.5%)
Lambayeque	9 (15.8%)	9 (15.8%)	39 (68.4%)	57 (28.5%)
Ferreñafe	18 (47.4%)	14 (36.8%)	6 (15.8%)	38 (19%)
TOTAL	52 (26%)	30 (15%)	118 (59%)	200 (100%)

P= 0.000 / Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 52.5% (105) de pacientes pertenecían a la red de Chiclayo, de los cuales un, 69.5% (73) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 6.7% (7) tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 19% (38) de los pacientes eran asistentes a la red Ferreñafe, de los cuales un 47.4% (18) presento un nivel alto de percepción sobre el consentimiento informado y solo un 15.8% (6) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción bajo de este documento.

Gráfico 9. Relación entre el nivel de la percepción de los pacientes frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 52.5% de pacientes pertenecían a la red de Chiclayo, de los cuales un, 69,5% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y solo un 6.7% tuvo un nivel de percepción medio de este documento. Un 19% de los pacientes eran asistentes a la red Ferreñafe, de los cuales un 47.4% presento un nivel alto de percepción sobre el consentimiento informado y solo un 15.8% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de percepción bajo de este documento.

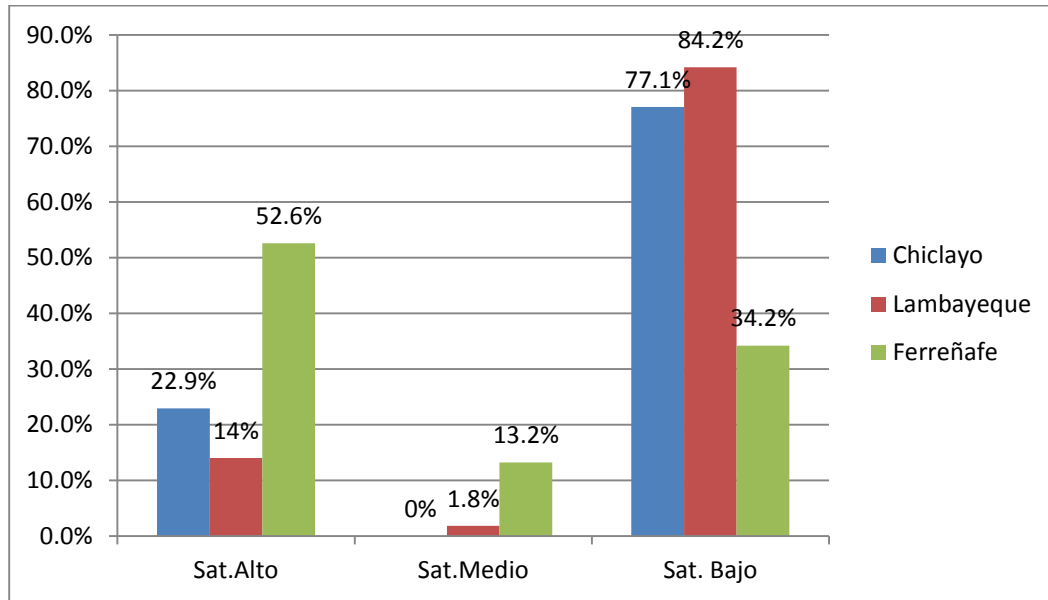
Tabla 12. Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe - 2016

REDES	NIVEL DE SATISFACCION			TOTAL
	Alto	Medio	Bajo	
Chiclayo	24 (22.9%)	0 (0%)	81 (77.1%)	105 (52.5%)
Lambayeque	8 (14%)	1 (1.8%)	48 (84.2%)	57 (28.5%)
Ferreñafe	20 (52.6%)	5 (13.2%)	13 (34.2%)	38 (19%)
TOTAL	52 (26%)	6 (3%)	142 (71%)	200 (100%)

P=0.000 / Prueba Chi cuadrado

De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 52.5% (105) de pacientes satisfacción a la red de Chiclayo, de los cuales un, 77.1% (81) pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y 0% (0) tuvo un nivel de satisfacción medio de este documento. Un 19% (38) de los pacientes eran asistentes a la red Ferreñafe, de los cuales un 34.2% (13) presento un nivel alto de satisfacción sobre el consentimiento informado y solo un 13.2% (5) de los pacientes evaluados tuvo un nivel de satisfacción medio de este documento.

Gráfico 10. Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes frente al consentimiento informado en los centros de atención primaria del MINSA según la ubicación de las redes: Lambayeque, Chiclayo y Ferreñafe



De los 200 (100%) pacientes evaluados, se tuvo que: un 52.5% de pacientes satisfacción a la red de Chiclayo, de los cuales un, 77.1% pacientes tenían un nivel de percepción bajo sobre el uso del consentimiento informado y 0% tuvo un nivel de satisfacción medio de este documento. Un 19% de los pacientes eran asistentes a la red Ferreñafe, de los cuales un 34.2% presentó un nivel alto de satisfacción sobre el consentimiento informado y solo un 13.2% de los pacientes evaluados tuvo un nivel de satisfacción medio de este documento.

Tabla 13. Correlación entre lo que conoce y practica el odontólogo frente al Consentimiento Informado, con la percepción y satisfacción del paciente en el servicio de odontología de los centros de atención primaria de la Región de Lambayeque - 2016

CORRELACIÓN		Percepción	Satisfacción	Conocimiento	Práctica
Percepción	Correlación de Pearson	1	,965**	,204	,855**
	Sig. (bilateral)		,000	,097	,000
	N	67	67	67	67
Satisfacción	Correlación de Pearson	,965**	1	,148	,844**
	Sig. (bilateral)	,000		,233	,000
	N	67	67	67	67
Conocimiento	Correlación de Pearson	,204	,148	1	,278*
	Sig. (bilateral)	,097	,233		,023
	N	67	67	67	67
Práctica	Correlación de Pearson	,855**	,844**	,278*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,023	
	N	67	67	67	67

La percepción que tienen los pacientes frente al consentimiento informado mostró una relación significativa con la satisfacción de estos pacientes, hallando una dependencia directa entre ambas variables.

La percepción que tienen los pacientes frente al consentimiento informado mostró una relación significativa con la práctica que ejerce el odontólogo, hallando una dependencia directa entre ambas variables.

La satisfacción que tiene el paciente sobre el consentimiento informado se relaciona con la práctica ejercida por el profesional odontólogo, demostrando una dependencia alta entre ambas variables.

El conocimiento que tiene el profesional odontólogo sobre el consentimiento informado se relaciona con la práctica ejercida por el profesional odontólogo, demostrando una dependencia entre ambas variables.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Se pudo observar que existe una relación entre lo que conoce y practica el odontólogo respecto al consentimiento informado, con la percepción y satisfacción del paciente frente al proceso. Dentro de los resultados se pudo encontrar una correlación y dependencia entre todas las variables. Mientras el odontólogo tenía una bajo conocimiento y práctica respecto al consentimiento informado, se pudo observar una mala comprensión y satisfacción del usuario de salud.

Individualmente se pudo observar que existe una correlación de 0,278 entre el nivel de conocimiento y práctica del odontólogo frente al consentimiento informado. Viéndose en los resultados finales del total de odontólogos un nivel de conocimiento regular (55.2%) y un nivel de práctica bajo (59.7%). Estos resultados obtenidos, son semejantes a los que mostró Garbin en Brasil, donde evaluó a través de una encuesta el nivel de conocimiento y práctica de los cirujanos-dentistas de centros de atención primaria respecto al consentimiento informado; mostrando dentro de sus resultados un nivel bajo de conocimiento y deficiencia en el proceso.⁷ A su vez, estos resultados, concuerdan con los estudios de Galván; el cuál al evaluar el nivel de conocimiento de diferentes profesionales de salud (médicos, odontólogos, enfermeros y obstetras), pudo observar que el 52% de sus profesionales tenían un nivel bajo de conocimiento respecto al consentimiento informado (46.5%), obteniendo los odontólogos los peores resultados (11.8%).⁸

Por otro lado, al analizar el nivel de conocimiento y práctica de los odontólogos respecto al consentimiento informado, se pudo observar que dentro de las tres redes de salud de la región Lambayeque (Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe), los odontólogos de la red Lambayeque obtuvieron mejores resultados (63.2%) en comparación a las otras redes de salud. Estos resultados pueden deberse a que la mayoría de los odontólogos de esta red (Lambayeque) tienen un tiempo de servicio entre 5 a 10 años. Y en la investigación se observó que esta covariable se asocia y relaciona directamente al nivel de conocimiento o práctica de los odontólogos respecto al consentimiento informado ($p=0,058/ p=0,010$). Estos datos obtenidos pueden estar relacionados a los años de experiencia del profesional en el tema laboral, administrativo, y de la buena relación médico-paciente. Sin embargo, los odontólogos que tenían más de 10 años de experiencia laboral mostraron deficiencias y bajos resultados; esto puede ser debido a la evolución en el tiempo del proceso y de la relación médico-paciente de un “modelo paternalista” a un modelo de relación de “igual a igual”, el cual está basado en el trato dual entre el profesional de salud y el paciente. Actualmente las universidades han evolucionado y han incluido la bioética como parte fundamental y esencial de todos sus procedimientos; desde pre grado se les enseña a los estudiantes, sus deberes como futuro profesionales y los derechos de los usuarios de salud (pacientes). Sin embargo, para llevar a cabo correctamente o entender los diferentes procesos es necesario siempre un poco de experiencia profesional. ¹

Al igual que los estudios de Roges en Cuba, y de Novoa en Perú se pudo observar que el profesional al mostrar un nivel de conocimiento bajo respecto al consentimiento

informado, su práctica respecto al proceso presentaba deficiencias (Nivel bajo 59.7%).¹⁰

Por otro lado, se pudo observar que la mayoría de los odontólogos cumplen en realizar un consentimiento informado verbal a sus pacientes; y sólo algunos lo consiguen por escrito en un documento. Estos resultados son semejantes a los de Escobar; el cual, al analizar 22 instituciones de salud, no encontró el documento con la firma del paciente en muchos procedimientos médicos que necesitaban un consentimiento informado escrito. Los estándares internacionales de calidad y el Manual para establecimientos de salud; nos refieren que el profesional, debe de respetar el derecho de información del paciente en todo procedimiento clínico, y para los que se usen anestesia de tipo general, local o tópica e involucren un procedimiento quirúrgico, debe de realizarse antes de dicho procedimiento un consentimiento informado escrito.^{12, 64}

Entre otros resultados se observó que el 55% de los odontólogos incluyen a sus pacientes para la toma de decisiones y respecto a los procedimientos quirúrgicos (extracciones dentarias); se observó que solo el 43.28% realizan un consentimiento informado antes de las cirugías y el 56.72% de odontólogos lo ven necesario sólo en cirugías complejas (extracciones de terceras molares y piezas retenidas), la cuales se llevan a cabo en el Nivel II. Sin embargo, Moyra es diversos estudios y casos clínicos nos muestran complicaciones y riesgos operatorios en extracciones dentales simples como alveolitis, comunicación bucosinusal, atragantamiento, fractura de la tabla ósea, entre otras más. Por otro lado, no debemos de olvidar que la necrosis pulpar y la pulpitis de un diente puede ser tratada a través de un tratamiento de endodoncia, y no siempre

se debe realizar una extracción, la cual desencadena otros problemas en el sistema como mal oclusiones y dolores articulares. Por ello, es muy importante que cuando existan posibilidades de salvar la pieza dentaria, nuestros odontólogos realicen referencias a un nivel II.

Por otra parte, la prueba de correlación mostró una dependencia entre la variable nivel de práctica de los odontólogos respecto al consentimiento informado con la percepción y satisfacción de los pacientes (0,855 / 0,844). Al analizar la relación entre la percepción del paciente frente al CI y la satisfacción que tiene este con el proceso; se observó que existe asociación entre estas dos variables. Sin embargo, entre los 200 pacientes que participaron se observó un nivel de percepción bajo con un promedio de 59%. Y un nivel de satisfacción bajo con un promedio de 71%. Estos resultados concuerdan con los estudios recientes de Escobar, el cual puede observar que se está llevando mal a cabo este proceso en su país; y al no darse de forma correcta, existe una mala recepción de información por parte de los pacientes, la cual causa tensiones, problemas y malestar posprocedimientos quirúrgicos.¹⁴ Por otro lado, estos resultados obtenidos no son semejantes a los que mostró Alfaro o Amarilla, cuando analizaron la percepción de los pacientes que acuden a las clínicas odontológicas especializadas de dos facultades de odontología, y esto puede ser debido a que la mayor parte de la población atendida en estas clínicas universitarias, son personas conocidas por los alumnos; y estos tienen un nivel de educación distinta el cual puede ser un determinante en el estudio.^{5,6}

Por ello, cuando analizamos la relación que existe entre la percepción de los usuarios con su grado de instrucción (primaria, secundaria y técnica) se observó que los que tienen un grado superior o técnico tuvieron mejores resultados en la comprensión del proceso (nivel alto 45.7%), que los que sólo tenían sólo educación primaria (nivel bajo 97.7%). Por otro lado, cuando se analizó la relación entre percepción de los usuarios con las etapas de vida (edad joven, edad adulta, y edad adulta mayor) se observó también que no existe un relación significativa entre estas variables. Estos resultados obtenidos son semejantes a los que mostró Gutiérrez al evaluar el proceso de consentimiento informado y la percepción de los pacientes atendidos en dos hospitales, concluyendo que la edad del paciente no influye si la explicación es minuciosa, detallada y hecha en un lenguaje sencillo.¹⁶

En lo cotidiano, la odontología acostumbra y se expresa solo en un contrato verbal, basado de confianza mutua. Y por ello, raramente se puede observar odontólogos presentando a sus pacientes contratos o formatos explicando por escrito nuevamente la información brindada. Sin embargo, los constantes reclamos, y demandas a profesionales de salud vistos en los últimos años; nos enseñan la importancia de realizar antes de cualquier procedimiento odontológico, un consentimiento informado de tipo verbal y escrito. Y aunque la situación o realidad de la práctica privada es muy distinta a la brindada en los establecimientos de atención primaria; ya sea por la cartera de tratamientos, costos, servicios, tiempo de atención, formación de los profesionales o remuneración. El servicio que debe brindar un profesional de salud con sus pacientes

debe ser el mismo, no solo realizando correctos diagnósticos y buenos tratamientos; sino también respetando los principios bioéticos con los pacientes.¹³

CONCLUSIONES

El estudio muestra que existe relación (0,278) entre lo que conoce y practica el odontólogo frente al proceso del CI con la percepción y la satisfacción del paciente en el servicio de odontología de los centros de atención primaria de la Región de Lambayeque.

Los odontólogos de los centros de atención primaria de la Región de Lambayeque tienen un nivel de conocimiento medio de 55.2%, y un nivel de práctica bajo de 59.7%, respecto al consentimiento informado. Por otro lado, los usuarios (pacientes) tienen un nivel bajo de percepción y satisfacción (71% / 59%). Concluyendo que existe dependencia y relación entre la práctica respecto al CI con la percepción y satisfacción de los usuarios.

Finalmente, se concluye que existe una asociación entre todas las variables y covariables estudiadas; excepto de la covariable edad del paciente, la cual no muestra resultados significativos. Por otra parte, la red que mostró mejores resultados respecto a cómo llevan el proceso, fue la red de Chiclayo.

RECOMENDACIONES

Realizar una charla o exposición de los resultados obtenidos a los jefes de micro redes, de establecimientos y a los coordinadores de la estrategia de salud bucal; para poder mostrar los problemas, debilidades y fortalezas respecto al proceso del consentimiento informado en el servicio de odontología.

Realizar una capacitación de Bioética a los odontólogos de la Red Lambayeque, alcanzando los derechos de los pacientes y los deberes u obligaciones como odontólogos frente al consentimiento informado. Y evaluar nuevamente el nivel de conocimiento respecto al proceso.

Realizar una capacitación a los odontólogos sobre los formatos de referencia y contra referencia; y recordarles de todas las consecuencias que le trae a un paciente el perder dientes. Esto con la finalidad de que los profesionales, puedan referir a un nivel II, cuando aún puedan salvarse las piezas dentarias de los pacientes.

Gestionar con los coordinadores de la estrategia de salud bucal, para un cronograma de visitas, supervisiones y auditorias para las historias clínicas, observando el cumplimiento del formato del CI y el contenido de este.

Realizar una charla a los responsables o jefes de establecimientos para los usuarios (pacientes), para que estos puedan hacer la réplica en sus establecimientos a cargo, y sensibilicen al usuario a valer sus derechos bioéticos en todos los servicios de salud.

Gestionar con los coordinadores de estrategia de salud bucal, para un cronograma de charlas educativas y de sensibilización a los pacientes, para el cuidado de sus dientes e importancia de estos en boca. Esto con la finalidad, a que nuestros usuarios de salud deseen realizarse tratamientos de endodoncia mediante referencias a nivel II de salud.

Mejorar el modelo de atención, aumentando el nivel de conocimiento, práctica para finalmente la percepción y satisfacción de los usuarios de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Miguel R, Salveraglio I, Zemel M, Piovesan S, Cocco L. El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata. 2006. Acta Bioeth; 12(1): 81-7.
2. Zemel M, Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario.2012. Revista Redbioética UNESCO; 1(5): 94 – 106.
3. Roges A, Sanchez S, Sanabria J, Sosa H, Moleiro M. Application of the Informed Consent by the dentists in Primary Health Care. 2007. Revista Habanera de Ciencias Médica; 3(9).
4. Guix J, Balaña F, Carbonell J, Perez R, Surroca RM, Nualartl L. Cumplimiento y Percepción del Consentimiento Informado en un sector sanitario de Cataluña.1999. Rev. Esp. Salud Pública; 73(6): 20-8.
5. Alfaro L, García C. Percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011. RevEstomatol Herediana.; 21(1):5-12.
6. Amarilla A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología. 2011. Rev. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2): 43-49
7. Garbin C, Garbin A. El Consentimiento informado en la clínica Odontológica. 2007. Acta Odontológica Venezolana; 45 (1):37-43.

8. Galván M, Huerta H, Galindo M, Barrientos A, Morales M. Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales de formación en salud. 2016. Revista Investigación en Educación Médica; 5(18): 108-114.
9. Silva J. Proceso de Consentimiento informado en dos instituciones hospitalarias en Bogota. Revista Latinoamericana Bioetica; 14(1): 9-18.
10. Novoa R. Nivel del Consentimiento Informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital 2 de Mayo. Revista Medica; 14(1): 17-21.
11. Manual de acreditación para servicios de atención médica. Acreditas Global. 2015. Pag 19-39.
12. Lopez J, Pilataxi, Rodriguez L. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Revista Javeriana; 12(24): 22-28.
13. Alonso H, Aja J. El consentimiento informado en la actualidad. Evolución desde un punto de vista de experto jurídico. 2015. Anales de Radiología México; 14(1): 172-177.
14. Escobar M, Carrera C. Percepción sobre el consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención de salud en Bogota. 2015. Revista Latinoamericana Bioetica; 15(1): 14-25.

15. Escobar M, Novoa E. Análisis de los formatos de consentimiento informado. Problemas éticos legales y dificultades en el lenguaje. *Revista Latinoamericana Bioética*; 16(1): 14-37.
16. Gutierrez W. Los derechos de los pacientes. 2014. *Revista Sociedad de Medicina Interna*. 27 (1) 33-39
17. Leonor R. Consentimiento informado en odontología. Un análisis teórico práctico. 2009. *Acta Bioethica*; 15(1): 100-105.
18. Triana J. La ética: Un problema para el odontólogo. 2006. *Acta Bioethica*; 12(1): 75-80.
19. Patitó J, Guzmán C, Trezza F, Stingo N. Tratado de medicina legal y elementos de patología forense. Buenos Aires. 2003. *Rev. Quórum*; 20(3): 40-45.
20. Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. Ética y odontología una introducción. 2007. *Centros Interdisciplinarios de Estudios de Bioética*; 7(4): 24-28
21. López I. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. 2001. *Rev Mex Patol Clin Mar*; 48(1): 3-6.
22. Menegon V. Consentindo ambigüidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. 2004. *Cad. Saúde Pública*; 20(3): 845-854.

23. Hernández EB. Aproximación al régimen jurídico de la atención farmacéutica. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada, España. 2006. Editorial de la Universidad de Granada; 4(1):163-175.
24. Cascarino J. Cómo redactar un consentimiento informado. 2008. Revista del Círculo Odontológico Argentino; 6(4): 12-6.
25. Silva R. El consentimiento informado en odontología. En Odontología legal y antropología forense. Río de Janeiro. 2002. Rev. Guanabara Koogan; 20(4); 13-17.
26. Larracilla A. El consentimiento informado de la investigación. Rev. Cubana; 8(3): 10-08.
27. López C, Baca R, Hipólito L, Donado M. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. 2003. Revista COE; 8(6): 633-641.
28. Hardy E, Bento S, Osis M. Consentimento informado. Experiência de pesquisadores brasileiros na área da regulação da fecundidade. 2004. Cad. Saúde Pública; 20(1): 216-23.
29. Dayal L, Cannel H. Informed consent and the practice of good dentistry. 1995. Br Dent J; 1(78): 454-60.
30. Cannavina C, Cannavina G, Walls T. Effects of evidence based treatment and consent on professional autonomy. 2000. Br Dent J; 188(6): 302-6.
31. Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. Ética y Odontología. Una Introducción. 2007. CIEB Universidad de Chile; 7(7): 105-114.

32. Ley General de la Salud en el Perú N°26842. Capítulo II. De los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros. Artículo 40°.
33. Constitución Política Peruana 1993. Código de Protección y Defensa del Consumidor. Capítulo IV. Artículo 87°-88°.
34. Doyal L., Cannell H. Informe consent and the practice of good dentistry. 1995. Br dent J; 178(12): 454-60.
35. Grez L. Ética en la atención de urgencia. 1999. Revista Pediátrica de Chile; 70(4): 12-15.
36. Terra M, Majolo M, Carillo V. Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia. 2000. Ortodontia; 33(3): 74-83.
37. Goiris F. Conceituações jurídico legais relativas ao exercício da implantodontia. 1995. BCI; 2(3): 39-46.
38. Ramos D, Feller C., Gorab R. Atualização na clínica odontológica do São Paulo. 2000. Artes Médicas; 4(2): 21-25.
39. Vacarezza R.Y. De los derechos del paciente Rev. 2000. Méd. Chile; 128(12): 69-73.
40. Sales A, Sales H, DaSilva R, Ramires I. El nuevo código de ética odontológico y el ejercicio clínico del cirujano dentista. 2004. Revista Odontologica de Aracatuba; 25(2):9-13
41. Weingarten C. Responsabilidad por prestaciones odontológicas. Buenos Aires: 1997. Rev. Astrea; 9(7): 11-17.

42. Rule J, Veatch R. Ethical questions in Dentistry.1993. Quintessence Publishing Co; 1(9): 9-3.
43. Pérez T, Otero J. El paradigma biosocial en la atención primaria de salud. 2004. Revista Habanera de Ciencias Médicas; 3(9): 10-15.
44. Manietti J, Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D, Alvarado J. Los principios bioético en la Atención Primaria de Salud. 2006. Revista Cubana de Medicina; 19(5): 20-26.
45. Bebeau M, Thoma S. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. 1994. Journal of Dental Education; 58(9): 684-692.
46. Buendía A, Álvarez C. Nivel de conocimiento de la Bioética en Carreras de Odontología de dos Universidad de América Latina. 2006. Revista Odontológica; 12(1): 41-47.
47. Ortiz P. Acerca del Código de Ética del Colegio Médico del Perú. Fundamentos teóricos. 2008. Acta Medica Perú; 25(1): 6-47.
48. Couceiro A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. 2008. Educación médica; 11(2): 69-76.
49. León F. Ética y Bioética. 2008. Acta Bioethica; 14 (1): 11-18.
50. Costa A, Almendro C. Los principios de la Bioética. 2006. Acta Bioethica; 32(3):6-8.
51. Hernández E. Aproximación al régimen jurídico de la atención farmacéutica. 2006. Revista de la Universidad de Granada. 12(3): 163-17.

52. López I. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. 2001. Revista Mexicana de Patologías Clínicas; 48(1): 03-6.
53. Menegon V. Análise documental dos termos de consentimento informado utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. 2004. Cad. Saúde; 20(3): 45-54.
54. Miguel R. Consentimiento informado en Odontología. La Plata. 2004. Edufolp; 4(6): 62-89.
55. OPS/OMS. Guía latinoamericana para la implementación de códigos de ética en los laboratorios de salud. Washington D.C. 2007. 18 Pag.
56. Arredondo EI, Gómez L, Hernández JA, Martínez Sol JG, Medrano N. Evaluación de los cirujanos dentistas que cumplen con los criterios del expediente clínico según la norma oficial mexicana. Revista Med. México; 2(1); 33-44.
57. Norma técnica de bioseguridad DGSP.V-INT. Lima, 2005.
58. Resolución ministerial. NTS N° 021-MINSA I DGSPN.03. Norma Técnica de Salud. Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
59. Resolución Ministerial. N° 538- 2005/ MINSA. Plan Nacional de Salud Bucal.
60. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2009.
61. Ley N° 29571, Código de protección y defensa del consumidor. 2010.

62. Resolución Ministerial. N° 882-2005/MINSA NT N° 036 Técnica De Atenciones Odontológicas Básicas Integral en Poblaciones Excluidas Y Dispersas.


63. Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú. Lima 2016.

64. Joint commission international accreditation standards for primary care centers. 2008. Pag.36.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Mediante la presente, Yo.....
de.....años de edad, identificado con DNI.....domiciliado
en.....
con teléfono.....; acepto libremente participar en este estudio
el cual tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y práctica de los
odontólogos frente al Consentimiento Informado en sus prácticas profesionales y
observar la percepción y satisfacción de los pacientes frente a este proceso, para
ello los datos tomados serán confidenciales, solo con fines del estudio a participar.
Finalmente, mediante la presente declaro tener conocimiento informado de los
objetivos de estudio, y acepto a participar en el mismo.



Firma del participante



Huella digital

Anexo 2. Cuestionario a odontólogo

El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación. Su participación en este trabajo, contestando a las preguntas para proceder, es voluntario. Emplee un lapicero para rellenar el cuestionario. Marque con claridad la opción elegida con una aspa (X) o con check (). Para fin de estudio, la encuesta es anónima. Le aseguramos que todas sus respuestas son de carácter completamente confidencial, gracias por su colaboración

1. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

2. ¿Cuánto tiempo tiene usted formado como cirujano-dentista?:

- a) Menos de 5 años
- b) De 6 a 10 años
- c) De 11 a 15 años
- d) Más de 15 años

3. ¿En qué tipo de sistema de salud usted trabaja?

- b) MINSA
- c) ESSALUD

4. ¿Sabe Usted qué es Consentimiento Informado?

- a) El permiso verbal del paciente a la realización del tratamiento.
- b) La autorización del paciente a través de un documento firmado para la realización del tratamiento.
- c) Las propuestas diversificadas de planes del tratamiento.
- d) La firma del contrato con el paciente para la realización del tratamiento.

5. ¿Cree usted que es necesario obtener del paciente y/o representante legal su firma en un documento para lograrse un tratamiento odontológico? ¿Por qué?

- a) Sí es necesario, como medio de esclarecimiento para el paciente
- b) Sí es necesario, como prueba legal para el Cirujano-dentista y paciente.
- c) No es necesario, es suficiente con un permiso verbal.
- d) No es necesario, es suficiente con su firma en la hoja entregada del SIS.

6. Pide usted autorización al paciente y/o representante legal para la toma las decisiones del tratamiento

- a) Siempre, en todos los tratamientos.
- b) A veces, en algunos tratamientos.
- c) Muy pocas veces, solo cuando me acuerdo.
- d) Nunca, creo que no es necesario.

7. ¿Cree usted que es necesario el uso del consentimiento informado en la especialidad de cirugía bucal, siendo el caso de las extracciones dentales?

- a) Siempre, en todas las cirugías.
- b) A veces, solo en cirugías complejas.
- c) Muy pocas veces, solo cuando me acuerdo.
- d) Nunca, creo que no es necesario.

8. Respecto al consentimiento informado usted informa al paciente sobre

- a) Plan del tratamiento.
- b) Otras opciones al tratamiento.
- c) Riesgo y complicaciones del tratamiento.
- d) El estado de su salud bucal.

9. Antes de ejecutar el tratamiento odontológico, usted solicita:

- a) Una aprobación verbal del paciente y/o responsable legal.
- b) Un consentimiento firmado del paciente y/o responsable legal.
- c) No solicito nada, apenas ejecuto el tratamiento.
- d) No solicito nada, porque es todo escrito previamente en el contrato establecido.

10. Cómo usted establece un contrato de prestación de servicio con su paciente y/o representante legal:

- a) No logro tal contrato.
- b) Logro un contrato solo verbalmente.
- c) Logro un contrato, imprimo una copia para el paciente
- e) El plan del tratamiento ya es un contrato.

11. ¿Cree usted que es necesario el uso del consentimiento informado en la especialidad de odontopediatria?

- a) Siempre, cuando atiendo niños.
- b) A veces, solo en tratamientos complejos para niños.
- c) Muy pocas veces, solo cuando me acuerdo.
- d) Nunca, Creo que no es necesario.

12. ¿Sabiendo que la Odontología oferta más de una alternativa de tratamiento para determinados casos, usted presenta esas alternativas a su paciente y/o representante legal?

- a) Presento solo que soy yo capaz a ejecutar
- b) Presento todas las alternativas para el caso.
- c) Presento la alternativa más costosa
- d) Presento la alternativa más cómoda

13. ¿Para usted, quién debe decidir en la decisión final sobre qué tratamiento debe ejecutarse, entre las posibles opciones?

- a) El profesional, pues es él quién sabe lo que es bueno para cada caso.
- b) El paciente, pues es él quién está pagando.
- c) El profesional y el paciente, a través de un acuerdo común entre ellos.
- d) El gerente o jefe del establecimiento de salud.

14. ¿En el momento de manifestarle el tratamiento que su paciente recibirá, de qué forma usted lo explica?

- a) De manera clara, para que el paciente entienda lo que yo estoy hablando.
- b) De manera técnica, demostrando mi alto conocimiento científico del tema.
- c) De manera técnica, pero explicando las dudas que el paciente puede tener.
- d) No explico, solo hago el tratamiento al paciente.

15. ¿En el servicio de odontología donde usted labora. ¿Se lleva de forma adecuada el proceso del consentimiento informado (CI)?

- a) Si, en todo aspecto.
- b) A veces, con algunos pacientes.
- c) No, porque no contamos con el documento del CI y el consentimiento solo es verbal.
- d) No, porque el documento del CI debe ser mejorado.

Anexo 3: Cuestionario al paciente

Instrucciones

Emplee un lapicero para responder el cuestionario, y marque con claridad la opción elegida con un aspa (X) y complete con sus datos donde corresponda. Para fin de la investigación, este cuestionario es anónimo. Le aseguramos que todas sus respuestas tienen carácter completamente confidencial, gracias por su colaboración.

1. Persona que responde el cuestionario
 - a) Paciente ()
 - b) Apoderado del paciente ()

2. Sexo:
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()

3. Edad de usted.

4. Distrito donde vive.

5. Grado de instrucción
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Técnica ()
 - d) Universidad ()

6. Su edad está comprendida entre
 - a) 18 – 29 años
 - b) 30 – 59 años
 - c) > a 60 años

7. Sabe usted que significa consentimiento informado
 - a) Es la aprobación escrita del odontólogo que se va a realizar un tratamiento.
 - b) Es el permiso verbal del paciente para la realización del tratamiento.
 - c) Es la aprobación del SIS para que el paciente pueda realizarse un tratamiento.

- d) Es el permiso verbal del jefe del establecimiento para realizar un tratamiento al paciente.
 - e) Es la aprobación del paciente a su tratamiento a través de su firma en un documento.
8. En relación con la información recibida por usted en la clínica
- a) Se me informó de mis obligaciones y derechos como paciente de la clínica o establecimiento solo verbalmente.
 - b) No se me informó de mis obligaciones y derechos como paciente de la clínica o establecimiento.
 - c) Se me proporcionó la información de manera oportuna cuando la solicite.
 - d) Se me informó de mis obligaciones y derechos como paciente de la clínica o establecimiento verbalmente y se me entregó esa información en un documento, el cual me hicieron firmar.
 - e) Se me proporcionó un folleto o tríptico informándome de mis obligaciones y derechos como paciente de la clínica o establecimiento.
9. En relación con la información recibida por usted en el servicio de odontología
- a) El profesional utilizó un lenguaje poco entendible.
 - b) El profesional utilizó un lenguaje sencillo y claro.
 - c) El profesional mostró su alto conocimiento a través de un lenguaje técnico.
 - d) El profesional realizó muy bien el tratamiento sin tanta explicación y protocolo.
 - e) El profesional entregó un tríptico o folleto con la información solicitada.
10. En relación con la información recibida escrita en el consentimiento informado
- a) Se me informó sobre los beneficios del tratamiento recibido.
 - b) Se me informó sobre las distintas opciones de tratamiento que podría realizarme.
 - c) Se me informó sobre los riesgos y posibles complicaciones del tratamiento.
 - d) Se me informó sobre mi derecho a realizarme o negarme al tratamiento.
 - e) Se me informó sobre todo lo anterior.
11. En relación a la información y atención que usted recibió en el servicio.

- a) Estoy satisfecho porque recibí una clara información verbal.
- b) Estoy satisfecho porque se me permitió hacer preguntas y aclararon mis dudas.
- c) Estoy satisfecho porque recibí información verbal clara y luego escrita.
- d) Estoy poco satisfecho porque tuve dificultad para entender los documentos escritos que me proporcionaron.
- e) Estoy poco satisfecho con la información y atención brindada.

12. En relación con las decisiones para realizar procedimientos clínicos

- a) La decisión del tratamiento, fue tomada solo por el profesional.
- b) Soy yo quien toma las decisiones del tratamiento en forma autónoma.
- c) Las decisiones fueron tomadas en conjunto con el profesional.
- d) Prefiero consultar en otras fuentes antes de tomar una decisión del tratamiento.
- e) Las decisiones fueron tomadas en conjunto con mi familia.

13. En relación con las decisiones para realizar procedimientos clínicos

- a) He firmado un documento protocolar del SIS antes de cada tratamiento.
- b) He firmado un documento o consentimiento de autorización de mi tratamiento en general.
- c) He firmado un documento o consentimiento de autorización antes de recibir cada tratamiento a realizarme.
- d) A y C
- e) A y B

14. En relación con las decisiones para realizar procedimientos clínicos

- a) Me siento presionado por el profesional de salud para la toma de decisiones.
- b) Me dan alternativas de tratamientos según el caso, para poder elegir el que más me convenga.
- c) Siento que existe una sola alternativa de tratamiento para mi caso o problema.
- d) Elijo la alternativa de tratamiento según el costo a pagar.
- e) No me dan alternativas de tratamiento, y solo el profesional realiza los tratamientos.

15. En relación a los valores del operador profesional

- a) Me siento seguro y el ambiente de confianza lo establece el profesional que me atiende.
- b) El profesional demuestra puntualidad en sus atenciones.
- c) El profesional demuestra ser responsable en todo momento.
- d) Percibo que se me trata con la misma atención y respeto que los demás pacientes.
- e) Siento que el profesional muestra mucha distancia y le da poca confianza a sus pacientes.

16. Con respecto al tratamiento y/o especialidad en cual me encuentro actualmente

- a) Sí, firmé un consentimiento informado
- b) No, firmé un consentimiento informado
- c) Solo di mi consentimiento verbal
- d) Solo firmé el formato SIS
- e) No se me pidió mi consentimiento

17. ¿Cómo se siente usted frente a este proceso de consentimiento informado, donde primero se le debió explicar de forma clara verbalmente su tratamiento, ventajas, desventajas, riesgos y complicaciones; y después de todo lo acordado, plasmarlo en un documento el cual lleve su firma?

- a) Me siento satisfecho y de acuerdo con todo este proceso.
- b) Me siento medianamente satisfecho por tanto trámite y proceso
- c) No me siento satisfecho y pero creo que es necesario
- d) No me nada satisfecho
- e) Me da igual si se da el proceso

18. ¿Se siente usted más seguro que todo lo informado con respecto a su tratamiento verbalmente sea luego plasmado en un documento, para finalmente usted pueda leerlo y firmarlo?

- a) Me siento más seguro
- b) Me siento poco seguro
- c) Me da igual el proceso
- d) No me siento seguro

19. Si se atiende o se atendiera su hijo en el servicio de odontología. ¿Cree usted que se debe considerar o es necesario llevar todo el proceso de consentimiento informado, y usted autorice mediante su firma lo acordado con el doctor?

- a) Si creo que es necesario y se debe considerar
 - b) No creo que es necesario
 - c) Me es indiferente si se considera
20. Antes de realizarse usted un tratamiento como una extracción dentaria, endodoncia, tratamiento integral o que su niño sea atendido. A usted le explicaron verbalmente su plan de tratamiento con sus posibles riesgos y complicaciones
- a) Si me explicaron
 - b) No me explicaron
 - c) No recuerdo
21. Luego de explicarle verbalmente su plan de tratamiento con sus posibles riesgos y complicaciones. ¿Le entregaron a usted un documento donde estaba escrito explícito todo lo acordado verbal, para luego hacerlo firmar su consentimiento?
- a) Si me entregaron ese documento y me hicieron firmar.
 - b) Sí, pero me hicieron firmar una hoja en blanco.
 - c) No me entregaron nada
 - d) No recuerdo
22. ¿Cree usted que es necesario firmar este documento (CI) antes de cada tratamiento como cirugías, endodoncias o tratamientos integrales?
- a) Si me parece necesario en cada tratamiento
 - b) Si me parece pero solo una vez, al inicio del tratamiento
 - c) No me parece necesario, es una pérdida de tiempo
 - d) Me es indiferente
23. Sabe usted que el proceso del consentimiento informado empieza con la explicación verbal de los planes de tratamiento, así como las posibles complicaciones y riesgos a él por parte del odontólogo; seguido de la entrega de un documento al paciente donde se explica detallado todo lo conversado, para que este autorice mediante su firma realizarse el tratamiento.

Si no está implementado este proceso... ¿Cree usted, que es necesario implementarlo?

- a) Si me gustaría y creo que es necesario implementarlo o mejorarlo
- b) No me gustaría, porque creo que no es necesario
- c) Si me gustaría, pero creo no es necesario
- d) No me gustaría porque creo que es una pérdida de tiempo

e) Me da igual si lo implementan o no

Anexo 4: Relación de los establecimientos de salud de atención primaria de la
Región Lambayeque

RED CHICLAYO	C.S JOSE OLAYA
	C.S TUPAC AMARU
	C.S JORGE CHAVEZ
	C.S SAN ANTONIO
	C.S CERROPON
	C.S JOSE QUIÑONEZ GONZALES
	P.S CRUZ DE LA ESPERANZA
	C.S JOSE LEONARDO ORTIZ
	C.S PEDRO PABLO ATUSPARIAS
	C.S PAUL HARRIS
	C.S VILLA HERMOSA
	C.S PIMENTEL
	C.S SAN JOSE
	C.S FERNANDO CARBAJAL SEGURA
	C.S LA VICTORIA SECTO I
	C.S LA VICTORIA SECTO II
	P.S CHOSICA DEL NORTE
	P.S ANTONIO RAYMONDI
	C.S ZAÑA
	C.S CAYALTÍ
	C.S PÓSOPE ALTO
	C.S TUMAN
	P.S PUCALA
	P.S POMALCA
	C.S REQUE
	C.S MOCUPE TRADICIONAL
	C.S MONSEFÚ
	C.S CIUDAD ETEN
	P.S PUERTO ETEN
	C.S SANTA ROSA
	C.S OYOTÚN
	P.S NUEVA ARICA
	C.S VICTOR TIRADO BONILLA
P.S PAMPAGRANDE	
C.S PICSÍ	

RED LAMBAYEQUE	C.S TORIBIA CASTRO
	C.S SAN MARTIN
	P.S SIALUPE HUAMANTANGA
	C.S MOCHUMI
	C.S TÚCUME
	C.S ILLIMO
	C.S PACORA
	C.S JAYANCA
	C.S MOTUPE
	C.S MORROPE
	P.S CARACUCHO
	C.S CRUZ DEL MEDANO
	C.S SALAS
	P.S PENACHI
	P.S COLAYA
	P.S HUMEDADES
C.S OLMOS	
C.S KAÑARIS	
P.S HUACAPAMPA	

RED FERREÑAFE	C.S PUEBLO NUEVO
	P.S SR. DE LA JUSTICIA
	P.S LAS LOMAS
	C.S MESONES MURO
	C.S INKAWASI
	C.S MOYÁN
	P.S UYURPAMPA
	P.S CANCHACHALA
	C.S PÍTIPO
	P.S BATANGRANDE
	P.S MOTUPILLO
	P.S SANTA CLARA
	P.S LA ZARANDA