

# **LOS DERECHOS SANITARIOS EN ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD**

Ricardo MIGUEL, Martín G. ZEMEL, Germán DI GIROLAMO PINTO, Laura A. COCCO  
Instituto de Investigaciones en Educación Superior (IIES), Facultad de Odontología de la  
Universidad Nacional de La Plata

## **Resumen**

El ciclo de vida de la Adolescencia ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. No obstante, determinados contextos de vulnerabilidad en que se encuentran algunos grupos de adolescentes actúan como una barrera de accesibilidad a la promoción y prevención odontológica, como también al ejercicio efectivo de sus derechos sanitarios, y en particular a la atención clínica. Por tanto, el propósito del trabajo fue describir los distintos saberes comunitarios e institucionales en el ejercicio efectivo de los derechos sanitarios en alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas de la localidad de General Mansilla, Partido de Magdalena (Provincia de Buenos Aires).

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante una recolección de datos prospectiva. Se incluyó una muestra de 54 adolescentes que poseían una edad media de 14.22 años (Modo y Mediana 14; DS 1.37), siendo 28 (51.85%) correspondientes al género femenino. Se instrumentó una encuesta anónima respecto de los propios saberes, significaciones y ejercicio de los derechos sanitarios. La misma estuvo compuesta por 12 preguntas de respuestas cerradas y 2 de respuestas abiertas. Para el análisis de los datos se utilizaron Epi Info <sup>TM</sup> Versión 3.3.2 y con EPIDAT 3.1. Cabe señalar que en todo momento se destacó el carácter voluntario y libre en las distintas instancias propuestas, resguardando así los aspectos éticos de la investigación.

\*\* Se observó un significativo reconocimiento de los derechos sanitarios en la población escolar, aunque se presentó un bajo ejercicio efectivo de los mismos. Por tanto, cabe evaluar la oportunidad de promover nuevos espacios educativos populares vinculados con la salud de la comunidad.

## **Introducción**

El acceso y utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El último informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud instó a los diferentes países a redactar y

promulgar leyes que velen por el derecho a la salud y el derecho de los ciudadanos a recibir información y ejercer sus derechos sanitarios (1). Incluso, la Bioética generó aportes al Campo de la Salud (2) originando la construcción de una nueva relación clínica, y desde allí un modelo de Salud Colectiva (3,4,5,6,7). En este sentido, la Ley 26.529 gestó el marco legal para el ordenamiento y regulación de los derechos de los pacientes en el país (8). Por tanto, el derecho de los individuos a la elección responsable en materia sanitaria y el respeto a la propia libertad constituyen factores a considerar en la relación profesional-paciente.

A partir del anterior contexto se propuso trabajar en el contexto de la etapa de la adolescencia dado que se generan cambios fundamentales en el desarrollo de los individuos que pueden determinar que gocen de buena salud y calidad de vida en el corto, mediano y largo plazo. El adolescente toma conciencia de sus capacidades y limitaciones, responsabilidades y derechos, y percibe cuál es su situación en el mundo y en el medio social. Se convierte en protagonista y multiplicador de conocimientos en su núcleo familiar y social.

## **Metodología**

Se llevó adelante un diseño observacional haciendo la recolección de datos en forma prospectiva. Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) “conocimiento del derecho a la salud”; b) “instrumentación del derecho a la información clínica”. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra por conveniencia a 54 adolescentes de la Escuela Secundaria de General Mansilla, Partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

El autorreporte implementado fue de tipo estructurado y cerrado. En este sentido, sólo se solicitaron datos de tipo epidemiológico para la posterior caracterización de la muestra. La misma estuvo compuesta por 12 preguntas de respuestas cerradas y 2 de respuestas abiertas

La encuesta fue tomada bajo condiciones controladas. El proceso de construcción y validación del instrumento se realizó mediante un juicio de expertos que verificó la validez del contenido y constructo aplicando la V de Aiken (0,99), luego se evaluó la confiabilidad obteniendo resultados del Alfa de Crombach (0,73) y el análisis Factorial, esta secuencia ha sido descrita por diversos autores para la validación de cuestionarios. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando el programa Epi Info Versión 3.3.2, tomando un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Por último, cabe señalar que la información obtenida del registro de los instrumentos de trabajo fue de carácter confidencial, hecho probado en la condición anónima de las

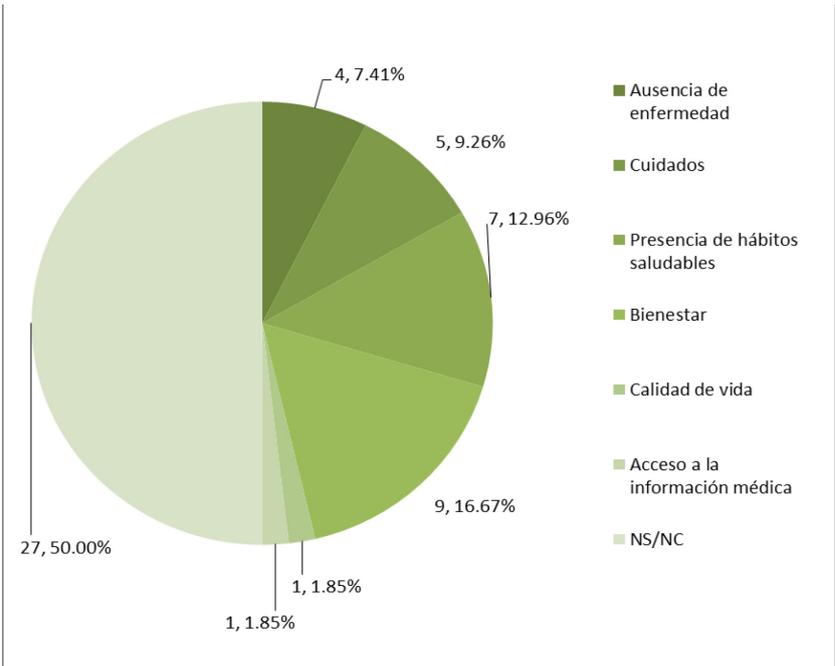
encuestas realizadas. Asimismo, se resaltó en todo momento el carácter voluntario y libre en el llenado de los autorreportes que se obtuvieron de los sujetos de investigación. En este sentido, se proporcionó información donde se les explicó los objetivos de la misma y la metodología a llevar a cabo. Por último, los resultados obtenidos del procesamiento de la información fueron devueltos al finalizar la investigación en un taller que se realizó a los tres meses.

### Resultados

Se incluyó una muestra de 54 adolescentes que poseían una edad media de 14.22 años (Modo y Mediana 14; DS 1.37), siendo 28 (51.85%) correspondientes al género femenino.

Al iniciar el estudio se indago respecto de la identificación del concepto de salud se observó que 27 estudiantes (50.0%) no lograron formularlo. En el resto del grupo, el concepto estuvo asociado a diferentes cuestiones, a saber: ausencia de enfermedad=4 (7.41%); cuidados=5 (9.26%); presencia de hábitos saludables=7=12.96%; bienestar=9 (16.67%); calidad de vida=1 (1.85%); acceso a la información médica=1 (1.85%).

Gráfico 1. Concepciones sobre el concepto de salud en estudiantes secundarios



En este sentido, entre las manifestaciones que remitieron a las anteriores categorías se encontraron:

*“no tener síntomas en el cuerpo”* (Ausencia de enfermedad)

*“no tener ningún tipo de enfermedad ni nada”* (Ausencia de enfermedad)

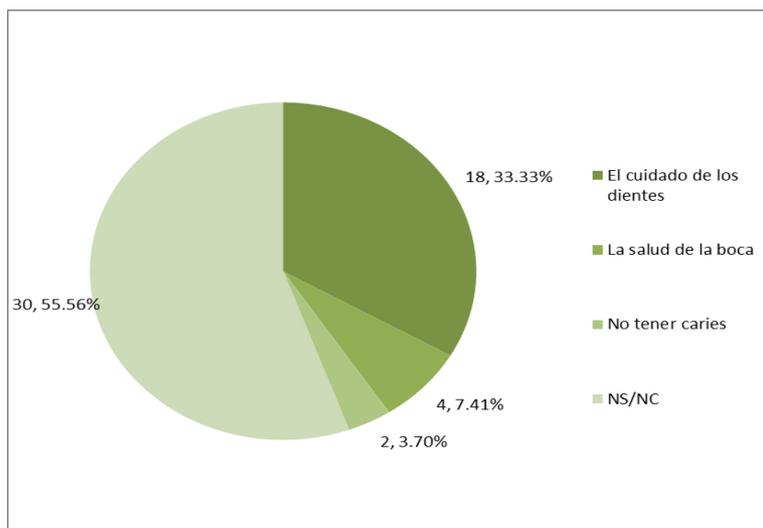
*“Comer sano, descansar”; “No fumar, hacer ejercicio y comer bien”* (Hábitos saludables)

*“Saber si estás bien o no”* (Acceso a la información médica)

*“es el bienestar, lo más importante del ser humano”* (Bienestar)

Seguidamente se exploró la representación sobre el concepto de “salud bucal” registrándose 30 estudiantes (55.56%) que no alcanzaron a formularlo. El resto de los estudiantes, planteó un concepto asociado a diferentes cuestiones entre las que se halló: el cuidado de los dientes=18 (33.33%); la salud de la boca=4 (7.41%); no tener caries=2 (3.70%).

Gráfico 2. Concepciones sobre el concepto de salud bucal en estudiantes secundarios



En este sentido, entre las manifestaciones que remitieron a las anteriores categorías se encontraron:

*“cuidar los dientes y lavárselos todos los días”* (cuidado de los dientes)

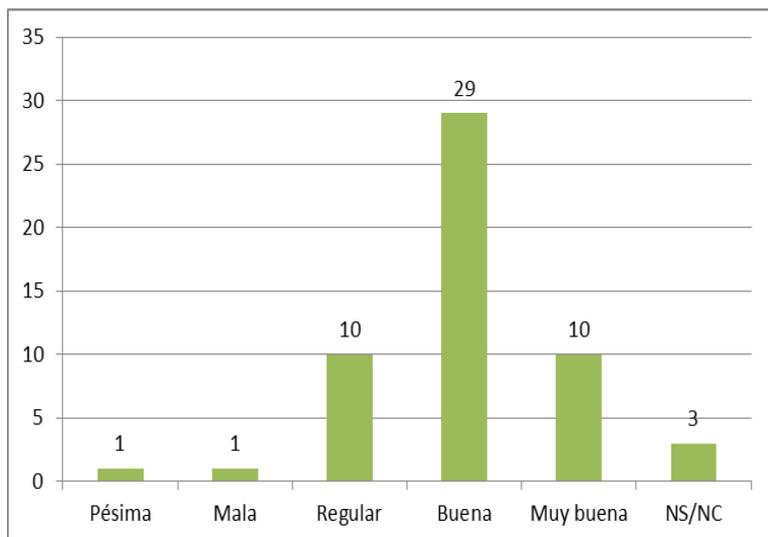
*“es cuando los dientes y las muelas están bien”* (cuidado de los dientes)

*“es la salud de la boca”* (la salud de la boca)

*“es una parte de la salud más especial que es la boca”* (la salud de la boca)

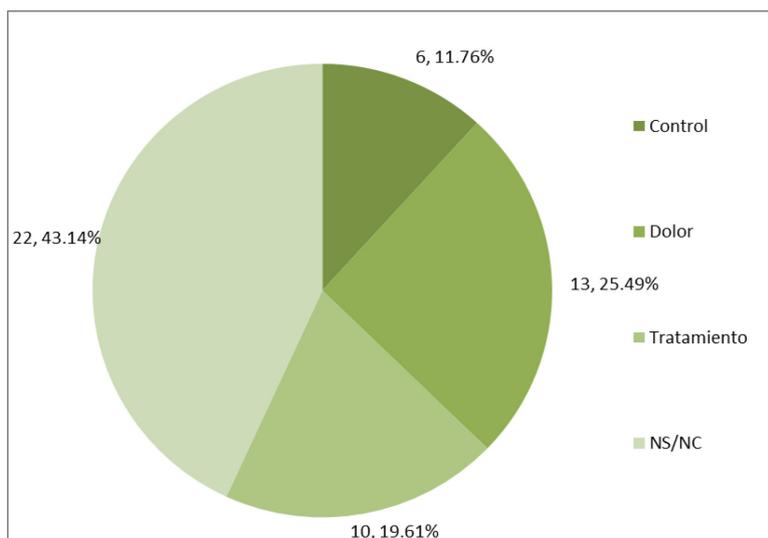
Además, se indagó sobre la percepción de los estudiantes respecto a su salud bucal. El indicador registró la siguiente distribución: pésima=1 (1.85%); mala=1 (1.85%); regular=10 (18.52%); buena=29 (53.70%); muy buena=10 (18.52%); no sabía o no contestó=3 (5.56%)

Gráfico 3. Percepciones sobre su propia salud bucal.



Se evaluó el conocimiento de la existencia del derecho a la salud bucal registrándose en forma positiva sólo en 32 estudiantes (59.26%). En este aspecto, del total de la muestra, sólo 3 estudiantes (5.56%) afirmaron nunca haberse atendido en la consulta odontológica. Por tanto, también se evaluó el indicador “motivos de consulta” con la intención de identificar las cuestiones que operatizaron el derecho a la atención odontológica registrándose las siguientes categorías entre los restantes 51 alumnos: realizar control odontológico=6 (11.76%); presencia de dolor=13 (25.49%); realizar un tratamiento dental=10 (19.61%); no contestaron=22 (43.14%)

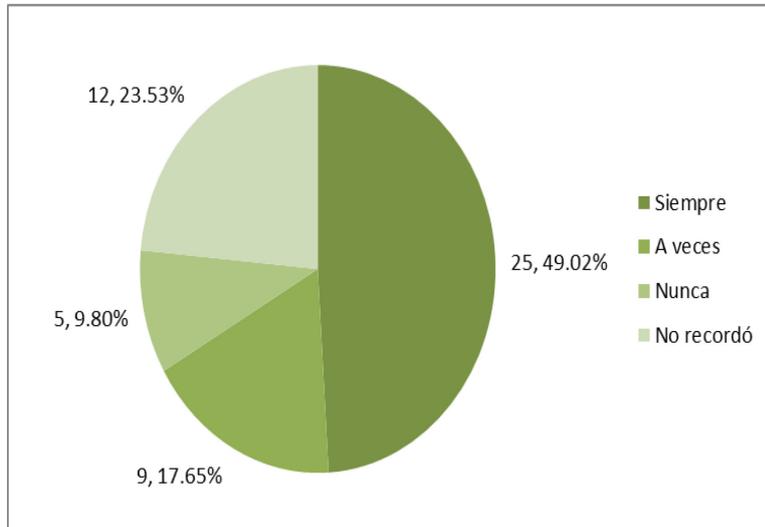
Gráfico 4. Motivos de consulta



En la evaluación del ejercicio de su derecho sanitario, se averiguó si en la consulta

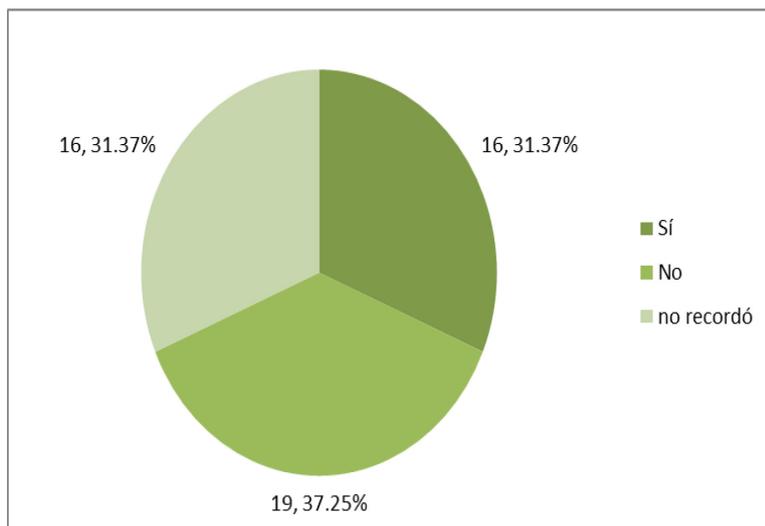
odontológica habían recibido explicaciones previas sobre los tratamientos que recibirían. En este caso, la distribución fue: siempre=25 (49.02%); a veces=9 (17.65%); nunca=5 (9.80%); no recordó=12 (23.53%).

Gráfico 5. Explicaciones previas recibidas al tratamiento odontológico



También se indagó respecto a si el profesional actuante le había explicado que la información suministrada sería confidencial registrándose: si=16 (31.37%); no=19 (37.25%); no recordó=16 (31.37%)

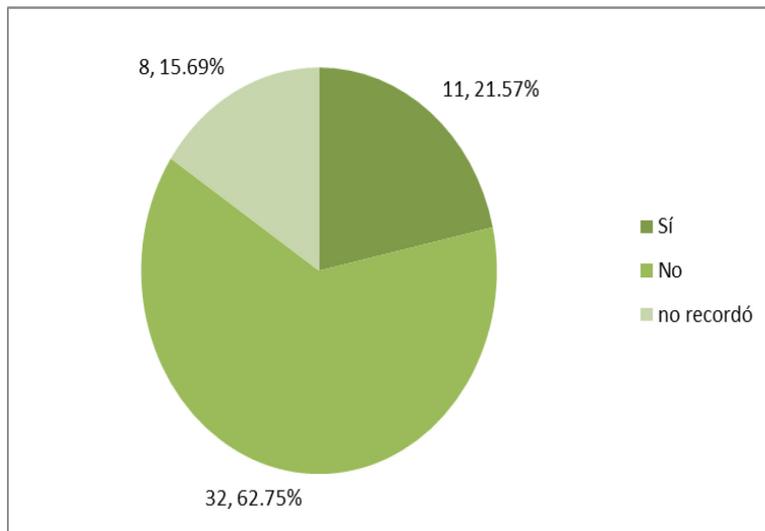
Gráfico 6. Indicación previa del carácter confidencial de la información clínica por parte del profesional odontólogo



Finalmente, se examinó la percepción de recibir una discriminación en la consulta odontológica. En este aspecto, la distribución fue: si=11 (21.57%); no=32 (62.75%); no

recordó=8 (15.32%)

Gráfico 7. Percepción de discriminación en la atención clínica odontológica.



## Discusión

Teniendo en cuenta que la salud bucodental no debe ser menospreciada, porque sus efectos pueden ir en contra del bienestar general de la persona, es necesario que la salud oral y la salud general no sean interpretadas como entidades separadas. La literatura revela que durante la adolescencia el impacto de la caries es alto. El problema de los dientes es una situación que afecta a la mayoría de escolares y adolescentes; esto a su vez compromete el estado físico del niño en la aparición de enfermedades del estómago, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional. En este estudio, sin embargo prevalecieron las dificultades por elaborar un concepto de salud o su identificación formal por parte de los adolescentes. No obstante, en relación con la salud bucal, en el examen exploratorio previo se registraron conceptualizaciones positivas.

Si bien el 59.26% de la muestra logró identificar el derecho a la salud bucal resultó significativo un sector que todavía no lo pudo alcanzar. En este sentido, al operativizar el derecho, particularmente en la visita al odontólogo, la mayoría de la población estudiada había visitado este profesional de la salud.

En la clásica relación clínica, primó siempre la perspectiva del profesional: el "deber" del profesional de hacer el bien ("beneficencia") que se traducía en el objetivo de la curación sobre otras consideraciones. Esta concepción ponía un énfasis excesivo en la autoridad que tenía el sanitario como experto. Esta autoridad podía acabar fácilmente en autoritarismo proteccionista.

Se describió esas relaciones como “paternalistas” en un sentido peyorativo. El profesional sabía lo que convenía al paciente, este debía limitarse a cumplir las órdenes que se le daban. El progreso sociocultural derivó en la consideración que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación donde el respeto por la autonomía del paciente es un eje central. Esto además fue contemplado en el andamiaje legal argentino de los últimos años. Por tanto, la relación que entablaron los estudiantes respecto a las consideraciones previas sobre sus tratamientos, como también respecto a la confidencialidad en la consulta odontológica denotan una “tenue” resistencia de ciertos sectores profesionales a romper con el viejo paradigma de atención clínica. En esta misma dirección se dirigen los contextos donde pudieran aparecer signos de discriminación donde se deberá profundizar en sus características y alcances.

Por tanto, se deberá proponer involucrar a toda la comunidad: adolescentes, familiares, docentes y personal de las respectivas instituciones – en la promoción de la salud a partir de sus propios saberes, significaciones y ejercicio de los derechos sanitarios. De este modo, las prácticas deberán tender a la recomposición del tejido social, contemplando a la vez el desarrollo de la participación social y el acompañamiento de la actividad Universitaria.

## **Conclusiones**

A partir de la muestra procesada se pudo concluir que hubo un significativo reconocimiento de los derechos sanitarios, aunque todavía resta profundizar los motivos por los cuales el ejercicio de los mismos, particularmente aquel relacionado con la información clínica y sus alcances, resultó escaso. Cabe entonces, plantear la necesidad de generar talleres y espacios educativos formales y no formales que promuevan el desarrollo del ejercicio efectivo de los derechos sanitarios.

## **Referencias bibliográficas**

1. Comisión sobre Determinantes de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud. Edit. Journal S.A.; 2009: 97
2. Gracia D., Júdez J., editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
3. Fernández Barrera J., De Vicente Zueras I., Palacín Bartroli C., Alegre R. M., Boixados

A., Chagas E., Parra B., Torralba J. M., Tabueña M. Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*. 2012; 24:44-60

4. Anguiano Molina A. M., Hernández Lara Y., Plascencia Vázquez C., Jiménez S. E. La Bioética y el trabajo social. Una experiencia profesional, reflexiones. *Revista Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición digital 2005; 39
5. Espinosa C.V. Menoret V., Puchulu M.B., Selios M.J., Witriw A. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *DIAETA*. 2009; 27 (128): 31-36
6. Outomuro D. Bioética en Epidemiología y Salud Comunitaria pp. 329-363 (Capítulo de libro, capítulo 16). En: Lemus J.D., Aragües y Oroz V., Lucioni M.C. y col. *Epidemiología y salud comunitaria*. Rosario, Ediciones Corpus, 2008.
7. Aguilera-Guzmán R. M., Mondragón Barrios L., Medina-Mora Icaza Ma. E. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental* 2008; 31:129-138
8. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Ley N° 26.742 modificando determinados artículos de la Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes y decretos reglamentarios.