

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

OD. BOSI GARCIA SEBASTIAN FRANCISCO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“DERECHOS SANITARIOS EN LA ADOLESCENCIA.
ESTUDIO BIOÉTICO DE DETERMINANTES SOCIALES EN
UNA COMUNIDAD ESCOLAR DEL PARTIDO DE
MAGDALENA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.”

OD. SEBASTIÁN FRANCISCO BOSI GARCÍA

DIRECTOR

DR. MARTÍN GASTÓN ESTEBAN ZEMEL

LA PLATA, ARGENTINA. 2023.

La educación genera confianza.

La confianza genera esperanza.

La esperanza genera paz.

Confucio

A mi mamá, que con todo el amor del mundo siempre dio lo mejor y me enseñó los verdaderos valores de la vida.

A mi papá, que siempre estuvo para apoyarme y cuidarme.

A mi hermano, fiel e incondicional compañero desde siempre.

A Florencia, por transitar este camino juntos.

A mis amigos y amigas, por todos estos años de hermosos momentos compartidos.

A mis maestros, profesores y colegas, porque de cada uno pude atesorar su valioso tiempo, sus conocimientos y su vocación por esta hermosa profesión.

A todos aquellos que, a su manera, estuvieron presentes en esta trayectoria.

A Dios y la Vida por darme la oportunidad de seguir mi rumbo.

Abreviaturas

- DSS: Determinantes Sociales de la Salud.
- DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- FOUNLP: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- OMS: Organización Mundial para la Salud.
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- UNLP: Universidad Nacional de La Plata.

ÍNDICE

1. Resumen	6
2. Introducción	7
3. Marco teórico conceptual	10
3.1 El Derecho Humano como principio fundamental	10
3.1.1 El Derecho a la Salud	11
3.1.2 El Derecho a la Salud en Argentina	18
3.1.3 El Derecho a la Educación	21
3.2 Determinantes Sociales de la Salud	27
3.2.1 Antecedentes históricos de DSS	31
3.2.2 Modelos de DSS	35
3.2.3 Problemáticas referidas a DSS	38
3.3 Desigualdades e Inequidades	40
3.3.1 Desigualdades e Inequidades en Educación	43
3.4 La educación en la adolescencia	49
4. Objetivos	52
5. Metodología	53
6. Resultados Obtenidos	56
6.1 Del análisis de los instrumentos aplicados en adolescentes	56
6.2 Discusión	67
7. Conclusiones	72
8. Reseñas bibliográficas	75
9. Anexos	97
10. Agradecimientos	104

1. Resumen

El Derecho Humano a la Salud y el Derecho a la Educación son fundamentales, prioritarios y básicos a lo largo del mundo para el crecimiento y desarrollo de las personas con niveles óptimos de calidad de vida. El pleno ejercicio de tales derechos tiene especial importancia en la construcción y búsqueda de la equidad sanitaria. Sin embargo, la presencia y prevalencia de DSS constituyen barreras en el trayecto hacia este horizonte. La existencia de DSS relacionados con clivajes de género, grados de alfabetización, niveles de ingresos, contextos geográficos, comportamientos socioculturales y el propio sistema de salud, entre otros, engloban aspectos de destacada importancia que determinan las condiciones de vida en los individuos. La presente investigación tuvo como objetivo estudiar DSS en una población de adolescentes de la Escuela de Enseñanza Secundaria N°7 de la localidad de Magdalena, provincia de Buenos Aires, República Argentina. La elección se fundamentó en el valor de la etapa adolescente como eje para la consolidación de conocimientos respecto a sus derechos y el ejercicio de los mismos a lo largo de su vida. Los resultados obtenidos mostraron cómo la presencia de DSS afectó el ejercicio de tales derechos por parte de los estudiantes.

2. Introducción

La atención en salud se constituye como un derecho humano primario y fundamental, esencial para el crecimiento y desarrollo de las comunidades. Como derecho, se caracteriza por tener características universales, entendiéndose que es inherente al ser humano debido a su propia condición natural, inalienable, irrenunciable, imprescriptible e intransferible. Sin embargo, la falta de información pertinente sumada a las dificultades y limitaciones en el acceso a los servicios de salud y los diversos entramados de factores individuales y colectivos en salud, derivan en consecuencias desfavorables en cuanto al ejercicio efectivo de tales derechos.

A nivel estructural, existen circunstancias que inciden de manera sistemática sobre el estado de salud de las personas y, por transferencia, sobre el sistema social y económico de cada Estado y región en sí ⁽¹⁾; estos factores han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ⁽²⁾. Los mismos se constituyen principalmente por factores de tipo socioeconómicos como por ejemplo aquellos referidos con el nivel de ingresos, también los hay de tipo culturales, geográficos y educativos, el propio sistema de salud, entre otros. Tales circunstancias vinculadas con el acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente.

La posibilidad de hacer uso del sistema de atención en salud constituye un eslabón de destacada importancia en el ejercicio de este derecho primordial. Desde esta perspectiva, el mismo sistema de salud puede ser considerado como un elemento determinante en sí mismo. Por su parte, los responsables de los servicios de atención tienen una importante función de rectoría en relación con este derecho humano fundamental, con su promoción y ejercicio efectivo. Representa, por tanto, un deber ético y moral, tanto para profesionales de la salud como para los organismos e instituciones a cargo, brindar el nivel más alto posible en materia de calidad de atención, reconociendo aspectos fundamentales que atraviesan del estado actual de cualquier paciente y el abordaje de los tratamientos correspondientes.

La presencia de DSS en contextos de vulnerabilidad social implica un desafío en cualquier nivel de abordaje. Particularmente, el desconocimiento en materia de Derechos Sanitarios por parte de los individuos configura una barrera sistemática en el camino hacia los ideales de salud planteados por las entidades responsables ⁽³⁾.

En el plano internacional, uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los factores condicionantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios sanitarios fue el Informe Lalonde. A partir del mismo, se fue consolidando un marco conceptual básico y particularmente se evidenció que otros factores diferentes de la Medicina y la atención de la salud (cuya contribución fue limitada) resultaron significativos para tener una población sana ⁽⁴⁾. Por otra parte, el último informe de la Comisión sobre DSS de la OMS instó a los diferentes países a redactar y promulgar leyes que velen por los derechos sanitarios. La mencionada Comisión consideró que corregir las desigualdades sanitarias es una cuestión de justicia social y, por tanto, un imperativo ético ⁽⁵⁾.

En el territorio Nacional, el derecho a la salud -de rango constitucional- ha sido operativizado a partir de Leyes Nacionales y Reglamentaciones, gestando el marco legal para el ordenamiento y regulación de los derechos de los pacientes en la República Argentina ⁽⁶⁻⁸⁾. No obstante, se ha observado una baja accesibilidad a los servicios de salud bucal motivada por condicionantes socioculturales e individuales de pacientes respecto del proceso salud-enfermedad ⁽⁹⁾.

El Derecho Humano a la salud como tal debe ser promovido en todos los ámbitos y fundamentalmente en los diferentes niveles de la educación formal, con la intención de gozar de una buena calidad de vida acorde a los estándares de la equidad sanitaria ⁽¹⁰⁾ y la cobertura universal en salud ⁽¹¹⁾. Es por ello que temas referentes a la atención a la salud por parte de la población más vulnerable, tornan imperiosa la necesidad de profundizar en las dinámicas que estos aspectos conllevan.

Desde esta perspectiva, cabe considerar las múltiples y heterogéneas condiciones de vida que atraviesan las personas en el territorio argentino y, a fines del presente estudio, en la provincia de Buenos Aires; condiciones mediante las cuales las personas y particularmente los adolescentes, vivencian su realidad y llevan adelante sus actividades cotidianas. El presente estudio se propone indagar sobre los DSS en relación al grado de conocimiento y ejercicio de los Derechos Sanitarios en las instancias de formación escolar en una comunidad escolar del partido de Magdalena, provincia de Buenos Aires, República Argentina.

La institución seleccionada para realizar la presente investigación fue la Escuela de Enseñanza Secundaria N° 7 "Dr. Félix A. Valenti". La misma se encuentra ubicada en la calle Goenaga N° 1099, Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires, CP. 1913.

La ciudad de Magdalena se halla a 106 km de Buenos Aires y a 49 km de distancia con la ciudad de La Plata.

La elección de enfocar la investigación en la educación de nivel secundario, prioritariamente fue fundada en el valor de la etapa de la persona adolescente. Esta etapa caracterizada por cambios fundamentales en el desarrollo de los niños y niñas jóvenes, pueden ser determinantes para el goce de buena salud y calidad de vida tanto en el corto, mediano y largo plazo. El individuo toma conciencia de sus capacidades y limitaciones, responsabilidades y derechos, y percibe cuál es su situación en el mundo y en el medio social; por tanto, se convierte en protagonista y multiplicador de conocimientos en su núcleo familiar y social.

Por otra parte, la zona geográfica en donde se enmarca la presente investigación, se caracteriza por la confluencia de sectores semi-rurales y rurales con esta localidad. Los habitantes tienen una baja accesibilidad a la salud pública, y en especial a la atención de problemáticas específicas que se derivan de problemas odontológicos. El contexto de vulnerabilidad social se ve profundizado por la presencia de barreras de accesibilidad económica, geográfica e incluso cultural. La Institución Educativa brinda sus espacios a adolescentes del área y de distintos sectores de la región, constituyéndose como un importante centro de reunión.

La investigación se propuso ahondar en la temática de determinantes sociales y derechos sanitarios, a partir del encuentro con adolescentes a partir de sus propios saberes, significaciones y ejercicio de los mismos.

3. Marco teórico conceptual

3.1 El Derecho Humano como principio fundamental

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), se establecieron por primera vez, los Derechos Humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo respaldados por antecedentes jurídicos, académicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III) ⁽¹²⁾ y se consolidó como un ideal común para todos los pueblos y naciones. Ampliamente reconocida por haber marcado un antes y un después en materia de derechos internacionales, la Declaración ha inspirado y abierto camino para la adopción de más de setenta tratados de derechos humanos, que se aplican hoy en día de manera permanente a nivel mundial y regional.

La citada proclamación declara en su Preámbulo que:

*“...la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;” **

*“...los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;” **

*“...una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;” **

En virtud del pleno conocimiento y puesta en ejercicio tales derechos, la DUDH incita al esfuerzo e inspiración de todos los pueblos y naciones a que:

“...promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos

*Organización de las Naciones Unidas. (1948). Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948. Resolución 217 A (III).

de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.” *

Destacan en importancia a los fines del presente trabajo, los enunciados en los artículos 25 y 26 de la Declaración.

Art. 25. Inc. 1. *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.” **

Art. 26. Inc. 1. *“Toda persona tiene derecho a la educación.” **

Inc. 2. *“La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.” **

3.1.1 El Derecho a la Salud

El Derecho a la Salud se constituye como uno de los derechos fundamentales, propio de la condición del ser humano y base para la efectivización de los demás derechos. De cualidades inalienables e imprescriptibles, se reconoce como esencial acorde a su existencia con anterioridad a la sociedad y al Estado ⁽¹³⁾. El mismo se encuentra postulado y respaldado en numerosos documentos y acuerdos internacionales a lo largo de los últimos tiempos.

Este derecho tuvo sus primeras consideraciones en la Constitución de la OMS, adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York en 1946 ⁽¹⁴⁾. La misma fue ratificada por representantes de 61 Estados, entrando en vigor en el año 1948. Allí se expresaron principios claves a saber:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

*Organización de las Naciones Unidas. (1948). Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948. Resolución 217 A (III).

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

“La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.”

Con el respaldo de dichas premisas, comenzaron a gestarse las primeras estrategias y políticas sanitarias con enfoques concretos basados en derechos humanos tendientes a desarrollar soluciones para hacer frente y corregir desigualdades, prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de las inequidades sanitarias. La puesta en marcha de estos mecanismos apuntó a que las políticas, estrategias y programas sean formulados con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. La OMS se ha comprometido a incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos regionales como internacionales, tomando en consideración las causas subyacentes como parte de un enfoque integral de salud y derechos ⁽¹⁵⁾.

Estos principios liderados por la OMS, fueron imprimiendo secuencialmente un matiz social a los temas de salud, en donde el sujeto comenzaba a convertirse en un actor activo y partícipe, tomando la palabra y dejando así de ser meramente un objeto estático de estudio para convertirse en un vigilante diligente y cuidadoso de su estado de salud o enfermedad. A su vez, la entidad reconoció la capacidad de los individuos para autogestionarse y articularse a los sistemas de salud, así como de proponer soluciones a sus afecciones sentidas ⁽¹⁶⁾.

Más avanzado el siglo XX, tuvo lugar un hecho de gran importancia en el abordaje al derecho a la salud por parte de las Naciones Unidas (UN), concretamente a partir del el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado en 1966 y entrado en vigor en 1976 ⁽¹⁷⁾. El mismo refiere a este derecho cuando labra en el inciso 1 de su artículo N° 12:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”

Destaca en importancia que además de tal reconocimiento, se especificaron acciones que los Estados Partes del Pacto deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho. El inciso 2 del artículo N° 12 enuncia:

- a. *“La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.”*
- b. *“El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.”*
- c. *“La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.”*
- d. *“La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

De esta manera y sucesivamente, fue creciendo en vigor e importancia el reconocimiento internacional del derecho a la salud con el debido respaldado y compromiso, sentando bases para la efectivización de derechos a lo largo y ancho del mundo. No obstante, no tardaron en salir a la luz las evidentes disparidades en el ejercicio concreto de este derecho y las desigualdades en salud en los diferentes países y regiones.

Como respuesta inicial a esta problemática, se dio a conocer la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para reducir tales desigualdades de manera sistemática en los distintos rincones del globo. Esta estrategia afloró en el año 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, a partir de una declaración sin precedentes en el campo de la atención en salud ⁽¹⁸⁾. La Declaración, sostiene fundamentalmente que el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social. En este sentido, la falta de equidad y calidad en salud comprende un tema sustancial y básico para la comunidad en general. El documento realizó una definición detallada de la Atención Primaria en Salud (APS) considerándola como:

“... la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología aceptables por la sociedad, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de

su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.”

A su vez, considera que la APS se trata de:

“...un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas”.

En virtud de esto, la Declaración exigió y fomentó en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud a fin de desarrollar mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para efectivizar sus derechos. Acorde al tenor de tales enunciados, el documento amplió los horizontes de responsabilidad al dotar a la salud de un carácter de consecuencia en el que los individuos dan cuidados a sí mismos y a los demás, poseen la capacidad de tomar decisiones y realizan la vigilancia de la vida propia y su disfrute.

Hacia finales del siglo XX, en lineamiento a los avances en materia del derecho a la salud, otro hito de destacada relevancia sucedió en el año 1986, con la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá. Allí la OMS se vio obligada a dar nuevamente respuesta a la elevada demanda de nuevas concepciones en salud con enfoque social. Esta Conferencia fue un escenario que abrió el diálogo entre los múltiples problemas de salud que padecía la humanidad en ese momento y que exigían soluciones sociales, económicas y culturales coordinadas a nivel mundial. Al terminar la Conferencia se concluyó con el documento denominado Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, documento de gran relevancia y cuyo tema central fue la Salud para Todos en el Año 2000 ⁽¹⁹⁾. En la misma se plasmaron importantes aportes sobre la Promoción de la Salud, la reorientación de los servicios de salud y de participación social. Entre algunas declaraciones de interés la carta labra que:

“Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”

Y que, *“La salud se percibe pues no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. [...] dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”*

Alineado a esto, es oportuno mencionar a la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas llevado a cabo en el año 2000 ⁽²⁰⁾. La misma estableció una serie de contemplaciones respecto al derecho a la salud y reconoció la amplia gama de factores que suscitan condiciones por las cuales las personas vivencian su salud. La Observación reflexiona:

Art. 1. *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente...”*

Art. 3. *“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos [...] en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.”*

Art. 4. *“...el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.”*

En virtud de lo expuesto se hizo evidente la extensión del campo de influencia del derecho a la salud sobre otros factores determinantes básicos y condiciones sanitarias adecuadas. El concepto del *“más alto nivel posible de salud”*, tiene en cuenta tanto

condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como así también los recursos Estatales destinados a tal fin.

Además, cabe señalar los siguientes instrumentos de derecho internacional y regional que reconocieron el derecho del ser humano a la salud, a saber:

- la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial**, de 1965. Inciso iv) del apartado e) del artículo 5; ⁽²¹⁾
- la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, de 1979. Apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 ⁽²²⁾;
- la **Carta Social Europea** de 1961 en su forma revisada (art. 11) ⁽²³⁾;
- la **Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos**, de 1981 (art. 16) ⁽²⁴⁾;
- el Protocolo adicional a la **Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, de 1988 (art. 10) ⁽²⁵⁾;
- **Declaración y Programa de Acción de Viena** de 1993 ⁽²⁶⁾;
- los Principios para la **Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental**, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119) ⁽²⁷⁾;
- el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, celebrada en El Cairo en 1994 ⁽²⁸⁾;
- la **Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Beijing en 1995 ⁽²⁹⁾; y
- la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**, de las Naciones Unidas en París en 2005 ⁽³⁰⁾.

El derecho a la salud se ha ampliado efectivamente y ha sido contemplado de manera tal que los gobiernos del mundo han acordado crear las condiciones que permitan a

todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Al respecto, la OMS afirma que: “El derecho a la salud no debe entenderse meramente como el derecho a estar sano.”⁽³¹⁾ Las condiciones favorables al ejercicio de tal derecho incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, entre algunas de las principales.

Más recientemente, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha propuesto el concepto de “*desarrollo humano*”, como un proceso para ampliar las oportunidades de los individuos, favorecer el acceso a la educación y fomentar las posibilidades de una vida prolongada, saludable y decente⁽³²⁾. En vista de ello, hacia finales de 2015, líderes mundiales expresamente acordaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y asegurar la paz y prosperidad para todas las personas. Esto ha sido plasmado en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) respaldados por la Organización de Naciones Unidas y los responsables de 170 países alrededor del mundo⁽³³⁾. Los ODS apuntan hacia la universalidad, la indivisibilidad y el compromiso de no dejar atrás a nadie, mediante procesos participativos, transparentes y basados en los Derechos Humanos dando especial atención a los más pobres, vulnerables y atrasados. Los ODS abarcan 169 metas que se proponen alcanzar y medir a través de 231 indicadores que se han comprometido a cumplir los países involucrados, lo que muestra la gran escala y la ambición de la Nueva Agenda Universal, en vigor desde enero de 2016 y hasta el año 2030. Los ODS planteados abarcan desafíos sobre las dimensiones económica, social, educativa y ambiental puesto que el hecho de valorar los logros o dificultades que afrontan los Estados y sus localidades implica no sólo cuestiones referentes a las condiciones de salud, alimentación, educación, vivienda y trabajo, sino también las desigualdades e inequidades consideradas como indignas, remediables y evitables.

La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son exclusivamente el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.

3.1.2 El Derecho a la Salud en Argentina

El derecho a la salud ha sido acogido en el ámbito nacional de jerarquía constitucional y apoyando por leyes y reglamentaciones vigentes. Históricamente, podemos recapitular que la Constitución formal de 1853-1860 no contenía normas sobre derechos sociales, por ende, tampoco sobre el derecho a la salud; sin embargo, la doctrina y jurisprudencia hallaron fundamentación normativa en el artículo 33 (derechos implícitos; encuentran su fuente en el espíritu de la Constitución, en su filosofía política) ⁽³⁴⁾. El cambio rotundo se da con la Constitución de 1949, alineado al movimiento de constitucionalismo social que, a su vez, coincide con una mayor presencia del Estado como planificador y prestador en el sector salud, lo que implicó, por ejemplo, la expansión de la capacidad hospitalaria del país ⁽³⁵⁾. La misma reconocía expresamente el “derecho a la preservación de la salud”, el “derecho al bienestar” y el “derecho a la seguridad social” (Art. 37. I. 5, 6 y 7) basándose en una concepción de derechos sociales y de igualdad ⁽³⁶⁾.

Por su parte, la reforma de la Constitución Nacional del año 1957 incorporó, a través del artículo 14 bis, los llamados “derechos sociales”: de la familia, de los gremios y de la seguridad social; pero no reconoció expresamente el derecho a la salud per se. Sin embargo, con la reforma constitucional de 1994 se consagró el derecho a la salud en varios puntos importantes ⁽³⁷⁾. Explícitamente se hace alusión en los artículos:

Art. 41: “Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras, y tienen el deber de preservarlo.”

Art. 42: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.”

Art. 75 en los incisos 22º que establece la jerarquía suprallegal de varios instrumentos internacionales de derechos humanos y 23º de medidas de acción positiva para promover los derechos y lograr la igualdad real de oportunidades y trato.

En el conjunto de constituciones provinciales, principalmente desde la recuperación de la democracia en 1983, se insertaron cláusulas protectorias de la persona humana y de temas relacionados con la salud; el derecho a la información, la dignidad de la persona, la investigación, la mujer, la niñez, los profesionales y la vida entre otros. En especial, sobre el derecho a la salud, en la cláusula constitucional de la Provincia de Buenos Aires encontramos referencias en los artículos 36 y 38 ⁽³⁸⁾. Asimismo, este derecho puede hallarse regulado en la norma que legisla el Seguro de Salud sancionado en la ley 23.661 ⁽³⁹⁾. La misma establece:

Art. 1º: “Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”. (...).

Art 2º: “El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”

Por otro lado, ha de destacarse la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado sancionada en 2009 ⁽⁴⁰⁾ y posteriormente reglamentada por el Decreto PEN 1089/2012 ⁽⁴¹⁾. La misma dispuso una serie de pautas en un marco normativo comprensible y aplicable integrando términos actuales y relativos al campo disciplinar de la Medicina y la Bioética. Esto se observa en su artículo 1º al referirse al: *“ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica.”* Además, estableció que se tratan de derechos esenciales la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de voluntad, el manejo de la información sanitaria y las interconsultas médicas de todas las personas en su condición de paciente ante profesionales o agentes efectores de la salud. Respecto a la autonomía de voluntad, la ley expresa: *“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 (de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes) a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.”*

Además, el marco legislativo nacional contiene otros instrumentos de importante jerarquía que contemplan el derecho a la salud, entre los cuales cabe mencionar:

- el **Decreto PEN 939/2000** de Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada ⁽⁴²⁾.
- la **Ley Nacional N° 22.964** de Control y Tratamiento de la Lepra ⁽⁴³⁾.
- la **Ley Nacional N° 26.657** de Salud Mental ⁽⁴⁴⁾, reglamentado por el **Decreto PEN 603/2013** ⁽⁴⁵⁾.
- la **Resolución del Ministerio de Salud 480/2000** del Programa de Asistencia Integral para pacientes con HIV, Cáncer y Patologías Multirresistentes (PACI) ⁽⁴⁶⁾.
- la **Ley Nacional N° 19.549** de Procedimientos Administrativos ⁽⁴⁷⁾ última reglamentación por el **Decreto PEN 894/17** ⁽⁴⁸⁾.
- el **Decreto PEN 467/1999** que reglamenta Investigaciones Administrativas ⁽⁴⁹⁾.
- la **Ley Nacional N° 25.164** para la Regulación del Empleo Público Nacional ⁽⁵⁰⁾, reglamentada por el **Decreto PEN 1421/2002** ⁽⁵¹⁾.
- el **Decreto PEN 214/2006** de Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional ⁽⁵²⁾.
- el **Decreto PEN 2098/2008** de Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del Sistema Nacional de Empleo Público (SINEP) ⁽⁵³⁾.
- el **Decreto PEN 1133/2009** de Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción del Ministerio de Salud ⁽⁵⁴⁾.
- la **Ley Nacional N° 24.156** de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional ⁽⁵⁵⁾.
- el **Decreto PEN 1023/2001** del Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional ⁽⁵⁶⁾; y

- el **Decreto 1030/16** del Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional ⁽⁵⁷⁾.

A partir de estas reglamentaciones y amparos legales, ha de considerarse la protección ampliada de la salud en el orden nacional. Los aportes a nivel constitucional, el reconocimiento del derecho a la salud en los tratados de derechos humanos ratificados por la Argentina y su tratamiento en leyes específicas tanto a nivel nacional como provincial, constituyen herramientas tendientes a garantizar el cuidado y bienestar de la persona en su mayor grado posible ⁽⁵⁸⁾.

3.1.3 El Derecho a la Educación

En virtud del enfoque de la presente investigación, se consideró fundamental explicitar brevemente la importancia del Derecho a la Educación, así como también como algunos aspectos asociados al derecho internacional.

Partiendo de la base que la educación ha sido consolidada fehacientemente como uno de los derechos humanos fundamentales, inalienable e imprescriptible, conforma en esencia un pilar de la estructura social en los distintos países. Desde la entrada en vigencia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1976, la educación pasó a ser considerada un derecho de todas las personas sin distinción de ninguna índole. El artículo 13, inciso 1 de dicho Pacto reconoce:

“...el derecho de toda persona a la educación. [...] educación que debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales.”

Además, el citado documento determina que la educación primaria debe ser accesible a todos de manera obligatoria y gratuita, y que la enseñanza secundaria, incluso la técnica y profesional, debe ser promovida y su gratuidad progresiva.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2000, destacó que las bases fundamentales para el desarrollo humano de la persona se crean desde la gestación, atraviesan el nacimiento y maduran en el seno familiar durante la lactancia, teniendo también especial importancia el ciclo de formación preescolar y el trayecto por

la escuela primaria. El sostenimiento de la vida y el proceso del desarrollo infantil requieren contar con un conjunto integrado de factores económicos, sociales y culturales favorables. Esta relación, si bien tiene validez universal, adquiere especial relevancia cuando se trata de proteger el derecho a vivir una niñez plena en términos de desarrollo de capacidades humanas ⁽⁵⁹⁾.

En cuanto a la jerarquía de tratados, convenciones y declaraciones, convenimos destacar al gran instrumento a nivel internacional en materia de derechos: la Convención de los Derechos del Niño del año 1989 ⁽⁶⁰⁾. La denominada Convención se consolidó como el primer tratado internacional especializado de carácter obligatorio que reconoce los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes del mundo. La misma, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (en el aspecto genérico de la palabra al referirse a todos los seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. En cierto sentido, la Convención pretende representar un modelo para la salud, el desarrollo y el progreso como sociedad humana. Como fundamento legal internacional y respaldo inequívoco, la Convención sobre los Derechos del Niño se ha utilizado en todo el mundo para promover y proteger los derechos desde la infancia. A partir de su aprobación, se han producido avances considerables en el mundo en el cumplimiento de los derechos en edades tempranas, de la supervivencia, la salud y la educación, a través de la prestación de bienes y servicios esenciales; así como un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de establecer un entorno protector que defienda a los niños, niñas y adolescentes. La Convención ha sido cimentada sobre cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el Interés superior del Niño/Niña, la supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten. Además, establece que todo niño tiene derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria ⁽⁶¹⁾.

A efectos pertinentes destacan en importancia los artículos 17, 24 y 28 de la Convención:

*Art. 17. “Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad **promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental.**”*

Art. 24 Inc. 1. “Los Estados Partes reconocen el **derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud** y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su **derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.**”

Inc. 2. “Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la **atención primaria de salud;**

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los **principios básicos de la salud** y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan **acceso a la educación pertinente** y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la **atención sanitaria preventiva**, la orientación a los padres y la **educación** y servicios en materia de planificación de la familia.

Art. 28. Inc 1. “Los Estados Partes reconocen el **derecho del niño a la educación** y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho [...]”

En la República Argentina, la Convención sobre los Derechos del Niño, fue reconocida y sancionada como ley por el Congreso Nacional en 1990 bajo el N° 23.849 ⁽⁶²⁾, estableciendo el derecho de todo niño a un nivel adecuado de vida que deberá ser garantizado por los padres o encargados, y reforzado por el Estado, dentro de sus posibilidades, cuando fuera necesario (art. N° 27). Por su parte, La Ley de Educación Nacional N° 26.206, sancionada en 2006, regula el ejercicio del derecho de enseñar y aprender, consagrado por el artículo 14 de la Constitución Nacional y los tratados internacionales incorporados a ella ⁽⁶³⁾. Esta ley postula que la educación es una prioridad nacional y su contenido impulsa la construcción de una educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades. En este sentido detalla en el artículo 4, que tanto el Estado nacional como las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen la responsabilidad principal e indelegable de proveer una educación integral,

permanente y de calidad para todos los habitantes de la Nación, garantizando la igualdad, gratuidad y equidad en el ejercicio de este derecho, con la participación de las organizaciones sociales y las familias. Cabe destacar también que en su artículo 11 - donde establece los fines y objetivos de la política educativa nacional-, contempla asegurar una *“educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades, sin desequilibrios regionales ni inequidades sociales, [...] a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores más desfavorecidos de la sociedad”*. La obligatoriedad del nivel educativo básico y la responsabilidad del Estado por garantizarla representan esfuerzos y avances constantes en materia de derecho a la educación de adolescentes y jóvenes. En sumatoria a ello, la Ley establece la responsabilidad del Estado de garantizar condiciones educativas adecuadas que permitan la igualdad de oportunidades en el acceso y los resultados educativos. Esto se especifica en el artículo 80 al referirse a políticas de provisión de recursos (económicos, materiales, culturales, pedagógicos y tecnológicos) a alumnos, familias y escuelas en situación económica desfavorable.

Tanto la Ley de Educación Nacional N° 26.206, la Ley N° 26.892 de Promoción de la convivencia y el abordaje de la conflictividad social en las instituciones educativas ⁽⁶⁴⁾, como Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes ⁽⁶⁵⁾, toman entre sus fundamentos la Convención Internacional de los derechos de la Infancia y Adolescencia, en la que tanto niños, niñas y adolescentes son considerados ciudadanos sujetos de pleno derecho. A partir de estas normativas y principios, también se espera que la escuela secundaria implemente prácticas dirigidas a fomentar y consolidar la participación y conciencia ciudadana entre los estudiantes.

Queda claro que los niños, niñas y adolescentes, por sus condiciones inherentes, requieren de una atención especial que les pueda asegurar su bienestar, su salud y su desarrollo tal y como ha sido planteado a nivel nacional e internacional. Todos los derechos que se definen en la Convención Internacional son inherentes a la dignidad humana y al desarrollo armonioso de todos los menores de edad en todos los lugares del mundo, reuniendo además derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, reafirmando así su universalidad, interdependencia e individualidad.

Si bien el reconocimiento y legitimidad de derechos de la niñez y adolescencia en materia jurídica es importante, el efectivo y pleno cumplimiento de tales derechos es aún parcial. Diferencias de tipo socioeconómicas en los hogares, entre muchos otros factores, configuran diferentes niveles de acceso y ejercicio de tales derechos y modos

de ser de niños, niñas y adolescentes en la Argentina ⁽⁶⁶⁾. La situación actual, el clima educativo y cultural de la niñez y adolescencia afectan directamente sobre los procesos de integración a la educación formal. En efecto, los recursos con que cuentan los hogares en situación de pobreza, en términos materiales como el acceso a una correcta alimentación, abrigo, el acceso a útiles escolares y libros, apoyos educativos no formales, así como la disponibilidad de tiempo y capital educativo para acompañar este proceso, en muchos casos suelen ser insuficientes para niños, niñas y adolescentes puedan apropiarse de las estructuras de oportunidades que desde el sistema educativo se construyen ⁽⁶⁷⁾. Asimismo, existe un reconocimiento desde el campo académico sobre las dificultades que el propio sistema presenta para construir ofertas educativas equitativas que garanticen una efectiva igualdad de oportunidades.

Investigaciones que abordan el eje educativo reconocen que las escuelas a las que asisten los niños, niñas y adolescentes de menor nivel socioeconómico tienden a ser de peor calidad que aquellas a las que asisten sus pares de estratos medio y medio alto profesionales ^(68,69). Esta desigualdad en el acceso a recursos educativos también redundando en una escasa sociabilidad informal entre los niños y niñas de diferentes estratos sociales y en el creciente proceso de aislamiento de los sectores más empobrecidos de la sociedad.

En este sentido, uno de los principales desafíos es la integración plena de los niños, niñas y adolescentes desfavorecidos en términos de los recursos de sus hogares. El sector poblacional que registra mayor exclusión es el de la escolarización inicial no obligatoria y la educación secundaria obligatoria dado que existen relaciones directas entre la inclusión temprana en el nivel inicial y la continuidad en el nivel secundario con la posición en la estructura social de las familias ⁽⁷⁰⁾. Los problemas de exclusión y rezago educativo mayormente se incrementan a medida que desciende el estrato social de los niños/as y adolescentes.

Por tales motivos, los componentes del ambiente y las dinámicas que entre ellos se susciten (o no), tienen una incidencia directa en los procesos de construcción de ciudadanía puesto que conforman caminos en la preparación de los jóvenes que posteriormente van a intervenir en el espacio público, lugar en que se ponen en juego intereses individuales y colectivos ⁽⁷¹⁾. Esta concepción invita a investigar y convertir al ambiente institucional en objeto de análisis y generador de aprendizajes, para posibilitar el acceso de los estudiantes al conocimiento de las regulaciones sociales, normas y

prácticas políticas, promoviendo la experiencia y el juicio crítico de los valores democráticos (justicia, igualdad, solidaridad, libertad, respeto por las diferencias culturales) y habilitándolos, en última instancia, para la participación en su comunidad.

La noción de ambiente escolar/institucional en ocasiones suele ser objeto de simplificaciones que la acotan a cuestiones de tipo edilicias y/o recursos materiales y didácticos; sin embargo, alude a una realidad compleja. El ambiente refiere a un conjunto conformado por el espacio físico y los vínculos que se establecen entre los actores escolares. Incluye, también, las relaciones de los sujetos con el conocimiento y con el entorno, presentadas bajo la forma de regulaciones o contratos didácticos entre docentes y estudiantes, directivos, instituciones y familias. Considerado en sus dimensiones materiales, funcionales, temporales y relacionales, el ambiente se constituye como un espacio estratégico ⁽⁷²⁾.

Por tanto, resulta necesario ampliar el concepto de ambiente escolar más allá de los límites físicos del establecimiento, extendiéndolos hacia otros espacios no formales en los que también es posible enseñar y aprender. Además, los ambientes de aprendizaje deben habilitar la vinculación participativa de los sujetos con los bienes culturales materiales y simbólicos de una comunidad. Esto representa ciertas formas de vinculación, con el conocimiento y con los otros, en el sentido pleno de lo que implica el convivir ⁽⁷³⁾.

Desde el Ministerio de Educación de la Nación y ministerios provinciales, se han desarrollado distintos programas que aportan a la construcción de la ciudadanía en las escuelas. Las mismas consisten en la promoción, diagramación e implementación de espacios de reflexión y diálogo con distintos actores escolares (directivos, docentes, preceptores, tutores), sobre problemáticas de convivencia escolar y capacitaciones para abordar la promoción de los derechos en la escuela, entre otros ⁽⁷⁴⁾.

La salud y la calidad de vida de los seres humanos, no solo durante la infancia, sino también durante la edad adulta, depende en gran medida de la calidad educativa que ha recibido y de la adopción de hábitos de vida saludables. Es por ello que destaca la importancia de las actividades de promoción de salud en edades tempranas en los ámbitos escolares y familiares ⁽⁷⁵⁾. En este sentido, la escolarización ofrece una ventana de oportunidad para acceder a la mayoría de la población infantil y poder promover el derecho a la salud como tal ⁽⁷⁶⁾.

Se ha podido demostrar que las intervenciones encaminadas a la consecución de cambios comportamentales para adquirir hábitos saludables son aquellas que incluyen varios tipos de estrategias en el ámbito de la formación e información, resolución de problemas concretos, inversión y motivación social ⁽⁷⁷⁾. Por ello reviste en importancia la inclusión de programas orientados en estrategias de promoción y educación para la salud en edades tempranas.

En síntesis, es innegable la importancia de la escuela cuando hablamos de la salud de los niños, niñas y adolescentes. Sabemos que, por un lado, los problemas de salud interfieren en la capacidad de aprendizaje de los niños y por otro, que las escuelas (incluso las más humildes) pueden hacer mucho para mejorar la salud comunitaria. Así pues, el trabajar la educación para la salud, ya no sólo en la escuela, sino desde la escuela para la comunidad no tiene más que beneficios, especialmente en las zonas en desarrollo a lo largo del mundo. Las mismas actúan como centros comunitarios desde los que promover la salud se hace efectivo no sólo para los alumnos, sino también para sus familias y el resto de la comunidad ⁽⁷⁸⁾.

3.2 Determinantes Sociales de la Salud

Es bien sabido que la realidad social, económica y geopolítica de un lugar determinado; así también como la multiculturalidad y las innumerables condiciones y estilos de vida actualmente vigentes, se configuran como factores que moldean las condiciones de vida en los individuos. La OMS ha denominado a este conjunto de variables como el: *“conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”* ⁽⁷⁹⁾.

Los modelos de vida saludables, los diferentes componentes de las relaciones sociales, los ingresos económicos personales y familiares, el status social, los niveles de alfabetización, condiciones laborales, los sistemas de coberturas y ayudas sociales, el acceso a servicios esenciales básicos y la salubridad de los entornos físicos entre otros tantos aspectos, son factores con mayor o menor incidencia. Todos ellos son plausibles de determinar condiciones de vida a nivel de la población por influencia sobre sus procesos de salud y enfermedad. Por tanto, todos aquellos cambios que se produzcan en los estilos y condiciones de vida, políticas económicas, legislativas y de salud no solamente a nivel individual sino regional, provincial, nacional e internacional, tendrán efectos proporcionales sobre las comunidades ⁽⁸⁰⁾.

La comprensión de los determinantes implica inexorablemente una identificación de aspectos individuales al igual que un entendimiento sociocultural; es decir, los individuos conforman y son a su vez condicionados por el conjunto. Es por esta razón que, si se pretende entablar un abordaje en materia de determinantes de la salud, enfatizar sólo al individuo dejaría de lado a los determinantes sociales y abarcar exclusivamente lo social dejaría de lado la particularidad de cada sujeto ⁽⁸¹⁾. El considerar a los sujetos activos permite construir conjuntamente un abordaje del proceso salud-enfermedad, con los elementos que a él y a su grupo familiar competen de manera no lineal sino transversal.

Por su parte el proceso de salud – enfermedad no se trata de una cuestión exclusivamente biológica ni tampoco sólo social, sino que su dinámica se manifiesta como resultado de un complejo entramado de relaciones, desde lo individual hasta lo colectivo, desde los individuos hasta las organizaciones poder, presentes en cada estructura política, económica y social de cada nación ⁽⁸²⁾. Estas vinculaciones no pueden ser comprendidas ni analizadas como categorías aisladas, a-históricas, biológicas e individuales sino como parte de un proceso con múltiples determinaciones que incluso trascienden al propio campo de salud. Cabe mencionar que diferentes dimensiones de abordaje de tales DSS podrían brindar numerosos puntos observación; a modo de ejemplo, poder considerar el contexto histórico y social nos permitiría comprender y confrontar el alcance y sentido de políticas de salud en categorías de análisis como equidad, desigualdad, inequidad, y derecho a la salud en un período establecido de tiempo en determinada población ⁽⁸³⁾.

Es preciso reconocer que el concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La tan reconocida conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX, abrió el entendimiento de la salud no solamente desde los desbalances biológicos, sino como un sistema integrado. Al tratar el proceso de salud-enfermedad, debemos reparar que la propia referencia hace alusión una dinámica; a la existencia de una a partir del alejamiento de la otra. Esto fundamentalmente permite entender que no se presentan de manera separada ni que son estrictamente opuestas sino fases de un mismo fenómeno en el ciclo vital. Siguiendo este razonamiento, podemos afirmar que salud y enfermedad serían partes de una misma cosa y responden también a ciertas variables sociales en determinados momentos, bajo ciertas condiciones y que cambian de un individuo a otro, de una comunidad a otra, de una época a otra y de una forma de organización económica y social a otra ⁽⁸⁴⁾.

Actualmente estos conceptos han evolucionado, en parte gracias a los avances en materia investigativa y aportes de la Salud Colectiva y la Medicina Social, entre tantos otros. La noción de salud ya no es lo opuesto de la enfermedad (ni la ausencia de la misma), sino más bien refiere a cuestiones tales como el buen vivir y la posibilidad del correcto ejercicio de los derechos individuales y colectivos ⁽⁸⁵⁾. La salud es entendida hoy como un recurso para la vida y no el objetivo de la misma en sí.

Estar sano se vincula con la capacidad de mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad, al contexto y a las necesidades sociales. Conocer el estado de salud de los individuos comprende estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura ⁽⁸⁶⁾. Tratar la enfermedad y consecuentemente recuperar o no la salud deben ser pensados como procesos con claras implicancias sociales. La situación por la cual atraviesa el individuo -y su núcleo familiar- está ligada íntimamente con la accesibilidad sanitaria, la posibilidad de atención de la misma y las acciones de promoción y prevención por parte de los agentes de salud en su vinculación con la comunidad. Dichos factores influyen indivisiblemente tanto en la salud como en la enfermedad de los sujetos ⁽⁸⁷⁾.

En materia de salud bucal, luego de una lenta evolución del concepto -desde una concepción meramente biologicista-, la OMS la ha descripto como parte de la salud integral, atravesada por determinantes de tipo psicosociales. En este sentido afirma que: *“las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a las personas pobres y socialmente desfavorecidas. La relación entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales es muy clara y persistente.”* ⁽⁸⁸⁾.

Actualmente, en concordancia a esta evolución de los conceptos relativos a la salud, y siendo ésta concebida desde un paradigma que contempla lo psicosocial, se establece la importancia de abordar el proceso salud/enfermedad/atención de los grupos comunitarios y cómo sus prácticas cotidianas afectan sus prácticas saludables ⁽⁸⁹⁾. La salud bucal colectiva emplaza al proceso salud/enfermedad/atención dentro de un contexto sociopolítico, considera la salud de manera integral, y a la salud bucal como parte de ésta. La fragmentación del proceso salud/enfermedad/atención en “partes” o disciplinas que suponen encargarse de la resolución de los problemas odontológicos de la población, limita la comprensión de los DSS, entre ellos la interacción social y el

contexto histórico en el cual viven y se reproducen socialmente las personas. Así, la atención a la salud bucal colectiva implica necesariamente actuar sobre los determinantes de dicho proceso ⁽⁹⁰⁾.

Al referir al contexto, debemos tener en cuenta no solamente el lugar geográfico y el momento de la historia con su estructura socioeconómica y cultural sino también el modo en que se conforman las relaciones sociales y de poder tanto en el plano micro como macro social. Cabe señalar que ciertas vertientes de la epidemiología social reconocen la importancia del campo social de la salud en interacción con la biología, revelan la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro ⁽⁹¹⁾. Por tanto, es necesario considerar las situaciones y circunstancias que se presentan sobre un hecho social en el microespacio también están atravesadas por cuestiones que las trascienden y que se dan en el plano macro comunitario. Más precisamente, que los hechos que se presentan las diversas comunidades, se dan como resultado de interrelaciones en su interior, sea en aspecto material como simbólico, y que al mismo tiempo están sujetas por el predominio de una formación social determinada propia del país y su modelo de producción ⁽⁹²⁾.

En lo que respecta a los denominados DSS, se han definido en líneas generales dos tipos de determinantes: aquellos que responden a cuestiones materiales y aquellos que responden a cuestiones psico-sociales. Los factores materiales refieren a condiciones que afectan la salud como la contaminación ambiental, el deterioro de las aguas de consumo, deficiencias alimenticias, escases de recursos, entre otros. Estos factores son importantes barreras en países y regiones de marcada pobreza y privación de necesidades básicas. En estos casos, intervenciones materiales tendrán un impacto directo en la salud de la comunidad. Sin embargo, a medida que los países se hacen más ricos, la relación entre el crecimiento económico y la salud puede no seguir rumbos proporcionales. Para ello, se utilizan medidores de ingreso relativo o pobreza relativa, basada en la diferenciación del status social ⁽⁹³⁾. La pobreza relativa se vincula con el estatus social bajo, la relación entre individuos y clases, y la exclusión social. Los factores psico-sociales, por su parte, afectan la salud en mayor o menor grado en cuanto a la inserción y participación social del individuo. Éstos son determinantes de la salud importantes en la sociedad moderna puesto que afectan la calidad de las relaciones

sociales, el grado de autocontrol sobre la salud y la capacidad de tomar decisiones acordes para lograr el mejor grado de salud posible.

3.2.1 Antecedentes históricos de DSS

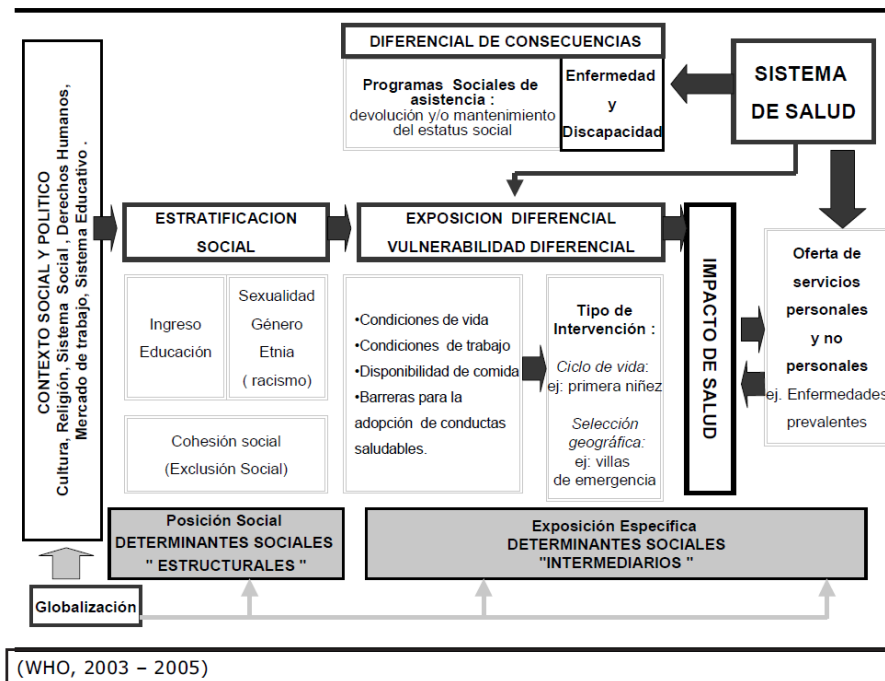
En 1974, en Canadá, se elaboró un informe revolucionario en la temática de Salud Pública que partió de la base de que la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos; de hecho, remarcaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socio-económico. Este informe, que llevó el nombre “Lalonde” en honor a un destacado abogado que sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá, Marc Lalonde; estableció un primer marco conceptual para los factores clave que parecían influenciar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud ⁽⁹⁴⁾. Particularmente, hay evidencias que otros factores diferentes de la medicina y la atención en salud son esenciales para la salud de la comunidad. Actualmente, la Agencia de Salud Pública de Canadá enumera 11 determinantes de salud que son: “son la amplia gama de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la salud individual y de la población.” ⁽⁹⁵⁾.

1. Ingreso y el estatus social
2. Empleo y las condiciones de trabajo
3. Educación y alfabetización
4. Desarrollo infantil
5. Ambientes físicos
6. Apoyo social y capacidades de afrontamiento
7. Comportamientos saludables
8. Acceso a los servicios de salud
9. Biología y dotación genética
10. Genero

11. Cultura

Estos procesos y condiciones sociales, que empiezan a ver la luz, son conglomerados bajo un término inclusivo que es el de Determinantes Sociales de Salud (DSS). El mismo comienza a acuñarse por una serie de críticas publicadas a fines de la década de 1970 y principios de 1980, que resaltó las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedad en los individuos. Se sostenía que el abordaje teórico y práctico de la salud requerían un enfoque en la población, dirigiendo la investigación y la acción política a las sociedades. Conforme este marco conceptual y normativo, inicia un proceso de revisión de políticas públicas en salud a nivel mundial, la cual recibe el aporte progresivo de numerosos referentes. En 1996, Tarlov definió a los DSS como: “...*las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar.*”⁽⁹⁶⁾. Paulatinamente, conforme el avance de los años, estos conceptos se han ido modificando. Hacia el año 2001, Marmot afirmaba que: “*Los DSS apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud.*”⁽⁹⁷⁾.

Para el año 2003, La OMS Regional de Europa publicó la segunda edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes”, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot⁽⁹⁸⁾. Estos autores establecen que la política de salud alguna vez se pensó como muy poco más que la oferta y el financiamiento de la atención médica. El cambio ha llevado a que los determinantes sociales de salud han dejado de ser discutidos exclusivamente entre académicos. Esto se vio reflejado en tal documento mediante aclaraciones como: “*Mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud.*” En este caso, la publicación no hace referencia a la genética puesto que la considera parte de la génesis individual, en contraparte a las causas de enfermedad que, a modo más global, producen mayores afecciones en las comunidades. Concluyen que las condiciones sociales y económicas, (y a veces ambientales) son las que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia científica, relacionándolos con miles de enfermedades.



El cuadro anterior, con notable complejidad, sintetiza de forma esquemática la realidad social y política intrincada que dan como resultado las variables en los DSS. Los puntos más destacables a analizar son: los contextos sociales y políticos, los determinantes sociales “estructurales” y los “intermediarios” y las intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud.

A. Contexto socio-político

De izquierda a derecha, el contexto social y político da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales. Esto enmarca varios aspectos estructurales, culturales y funcionales del sistema, cuyo impacto final en las comunidades es la de contribuir a generar modelos de estratificación social. Esta construcción del contexto debe considerar al menos:

- Los sistemas y procesos políticos, la definición de las necesidades, las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la transparencia en la administración pública;
- La política macroeconómica incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio;
- Las políticas que afectan factores como trabajo, tierra y distribución de la vivienda;

- La política pública en las áreas tales como educación, bienestar social, atención médica, distribución de agua y saneamiento.

A esto se debe agregar una evaluación del valor social de la salud. El valor de la salud y el grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva, difiere grandemente en los contextos regionales y nacionales.

B. Determinantes sociales estructurales e intermedios

Los Determinantes Estructurales de salud son aquéllos que, de por sí, generan la estratificación social. Estos DSS configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos.

Hacia la derecha, observamos cómo estas posiciones socio-económicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual, reflejando la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. Los Determinantes Intermedios, partiendo de la base anterior, fluyen y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Aquí se incluye: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio-económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios.

El propio sistema de salud también debe entenderse como un determinante intermedio. El papel del mismo toma importancia en el problema del acceso, que incorpora diferencias en la exposición y la vulnerabilidad. Esto es una base fuerte para la elección de modelos para la organización de la oferta de servicios. El sistema de salud puede orientarse directamente a las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no sólo mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud.

C. Intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud

Por último, la OMS analiza la estratificación social; la dualidad del diferencial de vulnerabilidad y diferencial de exposición; y las consecuencias de dichos diferenciales.

En primer lugar, se considera altera la estratificación social en sí misma, reduciendo desigualdades y achicando brechas. Por ejemplo, las políticas que tienen a nulificar las

diferencias de género, favorecerían a la posición de muchas mujeres que hoy en día, transitan condiciones laborales, familiares y de salud diferentes a los hombres, exclusivamente por su género. Hacia el centro del cuadro, analizando la disminución del diferencial de exposición de las personas a factores causales de enfermedades y disminuyendo la vulnerabilidad de las mismas a través de políticas públicas que mejoren condiciones laborales, necesidades básicas, condiciones de vivienda y educación para la salud; colaborarán en la disminución de las inequidades sociales.

Por otra parte, la Comisión sobre DSS de la OMS, redactó en la pasada década un informe donde instó a los países a lo largo del mundo a promulgar normativas y leyes que velen por el derecho a la salud de los ciudadanos, así como también a que estos reciban la información suficiente y necesaria para poder ejercer sus derechos ⁽⁹⁹⁾. En este sentido, en nuestro país, la promulgación de la Ley 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.” y las modificatorias introducidas por la Ley 26.742, reglamentada por el Decreto 1089/2012 del Poder Ejecutivo Nacional propiciaron el andamiaje legal para la regulación y reglamentación de los derechos de los pacientes en el país. En sumatoria, la Ley 26.061 de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes” dispuso garantías al ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de tales derechos en todo acto, decisión o medida en la que sean partícipes. Tales antecedentes en sumatoria a la puesta en vigencia desde el año 2014 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, han permitido reformular y fortalecer aspectos metodológicos y éticos en cuanto a la participación en salud y el ejercicio de tal derecho por parte de los menores de edad y adolescentes. La facultad de la elección libre y responsable en materia sanitaria y el respeto por la autonomía y la libertad, incluso en menores de edad, constituyen factores de importancia en la relación paciente-profesional.

3.2.2 Modelos de DSS

“Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política.” ⁽¹⁰⁰⁾

Modelo de Dahlgren y Whitehead

Uno de los primeros modelos en surgir, también conocido como modelo de capas de influencia, explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales ⁽¹⁰¹⁾.



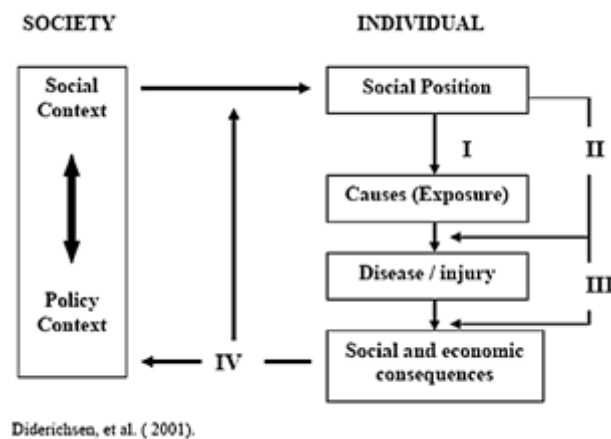
(Dahlgren y Whitehead, 1992).

En este modelo, los individuos se sitúan en el centro del cuadro, con sus características individuales como: edad, sexo y factores genéticos, que influyen en su potencial final de salud. Hacia el exterior del centro, se continúa con las conductas personales y estilos de vida, las cuales son resultado de responsabilidades individuales influenciadas por las opciones disponibles. Por ejemplo, las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como el tabaquismo, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable. En la capa siguiente se sitúan las influencias sociales y comunitarias, las cuales afectan a las conductas personales. Se registran pocas redes y sistemas de apoyo para las personas que se encuentran en la base de la escala social, lo que a su vez lleva a que tengan menos prestaciones y facilidades para la actividad en salud de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos, educación y acceso a los servicios esenciales. Las condiciones más precarias en cada una de estas áreas, crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales

prevalcientes en la sociedad en conjunto. Cada uno de estos determinantes, ejercen una presión notable sobre cada una de las otras capas.

Modelo de Diderichsen y col.: la estratificación social y producción de la enfermedad

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud.

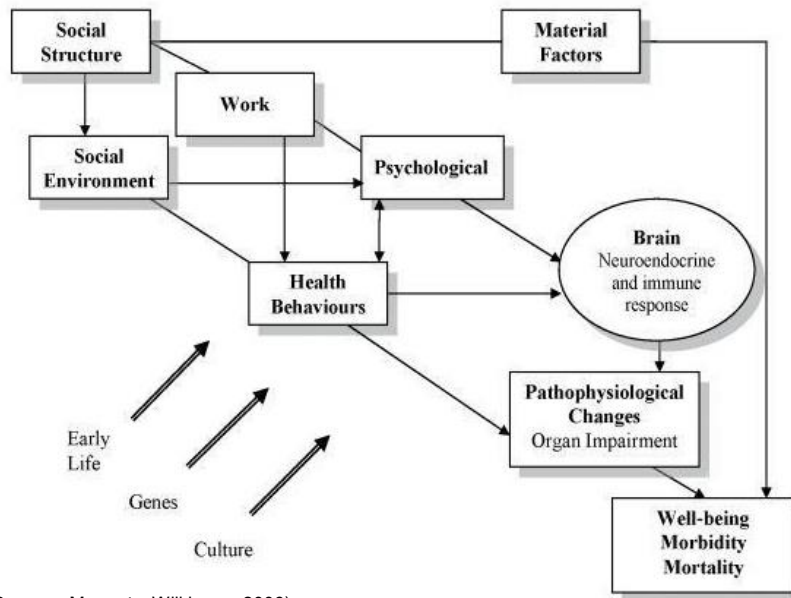


La estratificación social engendra, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales para la salud y el diferencial de vulnerabilidad, así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política ⁽¹⁰²⁾.

Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson

En este modelo, se presenta un camino donde interaccionan factores sociales, económicos, laborales, culturales, psicológicos, la infancia temprana, entre otros; y su relación con factores conductuales. Cabe aclarar que aquí se incluye expresamente el factor genético. Todo ello confluye en una situación de bienestar o de morbilidad y mortalidad prematura en la población.

El modelo fue desarrollado originalmente para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). Así, ilustra cómo las desigualdades socio-económicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos – medioambiental, psicológico y conductual– a lo largo del ciclo de la vida ⁽¹⁰³⁾.



3.2.3 Problemáticas referidas a DSS

La evidencia científica ha puesto de manifiesto la existencia y prevalencia de factores íntimamente ligados al acceso a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente (104, 105, 106). En este sentido, el desenvolvimiento de las prácticas odontológicas, está estrechamente relacionado con aspectos del contexto tanto individual como comunitario. Las personas presentan diversos grados de conceptualizaciones para con la salud y la enfermedad, al igual que las relaciones con los profesionales (107).

Se han estudiado obstáculos y elementos facilitadores en el acceso a los servicios sanitarios identificando entre las principales barreras las de tipo personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud (108). La identificación de elementos facilitadores y limitantes en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad más efectivo y se considera un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población, reduciendo brechas de tipo socioeconómicas. Las políticas públicas en salud pueden enriquecerse de tal análisis, poniendo acento en la salud y la enfermedad como parte del mismo proceso y no sólo cuando se diagnostican ciertas limitaciones físicas y/o mentales sino también todo aquello que implica el cuidado y la comprensión de la experiencia subjetiva de la persona. Que la

dinámica del proceso sea parte de una trayectoria requiere reflexiones éticas para poder comprender los distintos estadios por los cuales las personas transitan sus padecimientos.

Recientemente, en septiembre de 2015, la Asamblea General de la ONU aprobó la Resolución N° 70/1 Transformar nuestro Mundo: “la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” en la que el Estado argentino, y los Estados miembros de las Naciones Unidas asumieron el compromiso de adoptar y que tiene como objetivo fortalecer el desarrollo productivo con inclusión social ⁽¹⁰⁹⁾. Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) definidos en esa agenda se encuentra el de garantizar una educación de calidad (ODS 4), el cual establece lograr una enseñanza inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todas y todos (ONU, ODS). Con el objetivo de avanzar y fortalecer este compromiso asumido con la ciudadanía, el Estado nacional y los Estados jurisdiccionales se comprometen a promover estrategias y mecanismos para universalizar la educación media brindando una formación equitativa y de calidad a todos los estudiantes jóvenes, adolescentes y adultos del país. Por otra parte, la promulgación de las Leyes Nacionales 26.529, 26.742 y 26.061 vinculadas con los Derechos del Paciente, dieron paso al avance y la promoción de prácticas sanitarias y educativas cuyo fin se centra en velar por el cuidado integral de la salud de los individuos en todo el territorio Nacional.

En lo que respecta al aspecto educativo, la etapa de la adolescencia se caracteriza por ser una edad donde los jóvenes forman y fortalecen no solo sus conocimientos sobre el mundo y los temas de interés, sino también sobre sí mismos, sus capacidades, gustos y formas de desenvolverse en el ámbito de la sociedad. La oportunidad de conocer sobre sus Derechos y la forma de ejercerlos dentro de la sociedad, cobra importancia y merece ser abordada de manera tal que los estudiantes puedan formar sus propios significados y valores, reconociendo la naturaleza de los Derechos como propios a la condición humana ⁽¹¹⁰⁾.

En tiempos actuales, signados por cambios acelerados y la creciente globalización, la ciencia odontológica se ha nutrido de avances científico-tecnológicos propios del desarrollo moderno, nuevos procedimientos, novedosas técnicas y numerosos y variados materiales, entre otros. En cuanto al terreno ético y moral de la práctica cotidiana es destacable el surgimiento de la Bioética en las últimas décadas brindando asistencia y conocimientos a profesionales y pacientes para un abordaje ético humanizado de las prácticas biomédicas ⁽¹¹¹⁾. Además, los aportes de la Bioética en

cuanto a la elección responsable en materia sanitaria, la práctica y ejercicio de Derechos y principios individuales y el respeto por la dignidad de la persona han sido pilares de notable importancia para el abordaje de prácticas clínicas coherentes y humanizadas, particularmente en pacientes menores de edad.

3.3 Desigualdades e Inequidades

La desigualdad no se trata sólo de una distribución desproporcionada del ingreso y la riqueza, sino que se extiende más allá configurando ordenamientos socioculturales. Representa un problema multidimensional y relacional que es sostenido y sustentado por políticas, instituciones, grupos de poder, discursos e ideologías, por privaciones y privilegios.

“La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad” (112)

La discusión sobre el tema de la equidad parte del reconocimiento de que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad en condiciones que inicialmente son desiguales. El análisis de las desigualdades sociales en el campo de la salud ha adquirido importancia de nueva cuenta ante la evidencia creciente de que, lejos de desaparecer, estas condiciones aún permanecen y en algunos países se han incrementado.

Existen muchos determinantes intrínsecamente relacionados de la salud y la enfermedad, incluidos el estatus social y económico, la educación, el empleo, la vivienda y las exposiciones físicas y ambientales. Estos factores interactúan para afectar de manera acumulativa la salud y la carga de morbilidad de las personas y las poblaciones, y para establecer desigualdades y disparidades en materia de salud entre los países y dentro de ellos (113). Determinantes socioeconómicos, políticos o culturales permiten o dificultan el conocimiento objetivo de las necesidades, limitan o sesgan los recursos disponibles, así como el acceso y el control a los mismos por parte de la población. Establecen, explícita o implícitamente, prioridades ajenas a los intereses generales obstaculizando de ese modo el ejercicio del derecho a la salud. Algunos de estos

determinantes son el alimento, la vivienda, la educación, un ambiente saludable, la información y el acceso a las tecnologías o los servicios ⁽¹¹⁴⁾.

La idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen sólo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidades en los sistemas de seguro social.” ⁽¹¹⁵⁾

Los datos propios de cada país indican que cuanto más baja es la situación económica peor es el estado de salud, lo que se conoce como gradiente social de salud ⁽¹¹⁶⁾. Paralelamente, está también demostrado que un menor nivel educativo supone un factor de riesgo de muerte prematura. A nivel geográfico, América Latina presenta una gran desigualdad entre la situación de la población rural y la urbana. La distribución de los recursos sanitarios se concentra en las grandes ciudades, quedando la atención de las zonas rurales, generalmente, al cargo de personal con menor formación y experiencia. Así mismo, los residentes en zonas rurales siguen estando expuestos a más enfermedades transmisibles (en muchos casos por mayor exposición a ciertos vectores) que los habitantes de las zonas urbanas ⁽¹¹⁷⁾.

El Informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ⁽¹¹⁸⁾ de 2013 que se centraba en el ascenso de los países del Sur reflejó una mejora en los países de América Latina, derivada en gran medida, por la apertura a la colaboración entre las naciones de la región y el acceso a la sociedad de la información. Dentro de los países de América Latina y el Caribe, Barbados, Chile y Argentina son parte del grupo de países de muy alto desarrollo humano, mientras que Haití es el único país de la región que pertenece al grupo de desarrollo humano bajo. El grupo de países de desarrollo medio, está constituido por diez naciones de la región, y liderado por República Dominicana; los restantes se encuentran clasificados en el grupo de desarrollo humano alto.

Según los datos sobre Evolución de la distribución del ingreso del tercer trimestre del 2022 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) correspondientes a los correspondientes a los 31 aglomerados urbanos, el 10 % más rico de la población

obtiene, en promedio, 17 veces más ingresos per cápita familiar que el 10% más pobre; y el coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar fue de 0,424 (siendo 0: Igualdad absoluta de los ingresos y 1 Desigualdad absoluta de los ingresos ⁽¹¹⁹⁾).

Durante los últimos años, los cambios culturales, económicos y sociales (observados a raíz del envejecimiento poblacional, la creciente urbanización, la aparición de nuevas tecnologías y la globalización) han sido potenciadores de condiciones, conductas y estilos de vida que incrementan el riesgo de contraer enfermedades. América Latina y el Caribe continúan siendo la región más inequitativa del mundo; un 29% de la población se encuentra por debajo del umbral de pobreza y el 40% más pobre recibe menos del 15% del total de los ingresos ⁽¹²⁰⁾. Por su parte, la garantía del derecho a la educación es aún una deuda pendiente para una parte importante de la sociedad. Como muestra, cabe mencionar que la tasa neta promedio de asistencia en el nivel educativo secundario es de 76%, y desciende a 65,2% para la población del primer quintil de ingresos ⁽¹²¹⁾.

Dentro de cada país, el número de años de vida que una persona vive, parecería depender, en gran medida, del nivel de ingresos que la persona tenga. A mayor ingreso, más años de vida. Con tales ingresos la persona puede adquirir los recursos que van desde alimentos saludables a ejercicio físico, educación y otros determinantes de su salud que le permite mayor calidad de vida. La pobreza y la desigualdad se vinculan estrechamente con el proceso de segregación en el que interseccionan distintas dimensiones de la vida social ⁽¹²²⁾. Como señala el autor, en la desigual distribución y apropiación del espacio urbano son segregados grupos sociales en función de distintos atributos (clase, nivel socioeconómico, etnia, nacionalidad, actividad, etc.).

Con el fin de concretizar el principio ético, jurídico y político de la “igualdad” en contextos donde las personas sufren discriminaciones y abundan desigualdades sociales, culturales, políticas y económicas, se requiere la creación de instrumentos que traduzcan el principio a normativas y acciones concretas, que sean comprensibles y aplicables en la gestión administrativa del Estado aportando al enriquecimiento de la terminología en torno a la igualdad en políticas públicas ⁽¹²³⁾.

Finalmente es importante tener presente las particularidades del sistema sanitario en cuestión. En la República Argentina, se presenta de forma tripartita con una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y en donde la prestación de los servicios

descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención ⁽¹²⁴⁾.

Las características del sistema de aseguramiento hacen del caso argentino un esquema particularmente complejo en comparación con otros modelos, con generación de ineficiencias en las asignaciones y consecuencias en la equidad global del conjunto. A diferencia de otras naciones, el modelo federal nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado ⁽¹²⁵⁾.

La presencia de un gasto público provincial elevado no remite a desembolsos homogéneos entre jurisdicciones. Las diferencias pueden ser vistas como una mayor inversión relativa en salud de las provincias menos favorecidas económicamente. Dadas estas brechas entre provincias, se comprende que la construcción de equidad en salud requiere de un esfuerzo federal que nivele diferencias, a la vez que permita abrir un debate sobre las condiciones bajo las cuales se aplica la idea de descentralización como objetivo político en el contexto del espacio de administración pública.

La identificación explícita de derechos durante los últimos años tiene correlación a un compromiso institucional por garantizar espacios de cobertura que no se encontraban formalmente incorporados. Por su parte el debate internacional sobre acceso universal, renovado con fuerza desde foros globales y multilaterales desde hace aproximadamente una década, se traduce en el país en la posibilidad de converger a un modelo de cobertura universal en salud. Las tendencias generales muestran que, si bien el país ha avanzado en reducir sus indicadores de morbi-mortalidad tradicionales y ha aumentado su esperanza de vida, las brechas entre grupos sociales aún no se han reducido sensiblemente.

3.3.1 Desigualdades e Inequidades en Educación

La igualdad de oportunidades educativas ha sido un eje clave del proceso democrático y de la justicia social en las sociedades modernas. Históricamente, uno de los

principales ejes de discusión ha girado en torno a su significado aplicado a los resultados del aprendizaje más que a la oferta y accesibilidad.

La desigualdad no es un concepto unívoco o unidimensional, sino un fenómeno relacional y multidimensional referido a la distribución diferencial de recursos, entornos, capacidades y oportunidades entre los individuos y grupos de una sociedad ⁽¹²⁶⁾. Se trata de una cuestión con facetas económicas, pero también de un ordenamiento sociocultural y de construcciones simbólico-subjetivas en las existencias individuales y colectivas. Es decir, las desigualdades sociales tienen un fundamento estructural en la distribución desigual de los recursos de una sociedad, pero se expresan y son posibles a través de relaciones de poder mediadas por la cultura ⁽¹²⁷⁾.

Los Pactos y Convenciones internacionales son los instrumentos legales con mayor relevancia y responsabilidad en este sentido, dado que determinan estándares obligatorios para los países que los ratifican y establecen mecanismos de control internacionales además de instarlos a sancionar normas que avalen y transformen en justiciables los compromisos internacionales asumidos. Aproximaciones relativas al derecho a la educación basadas en evidencias empíricas y reflexiones conceptuales y analíticas se convierten en piezas que entran permanentemente en el rompecabezas de esta temática, construyendo una mirada más formalizada y sistemática. Sin embargo, el abordaje integral del derecho a la educación requiere una renovación conceptual tanto a la luz de las transformaciones sociales y educativas recientes como a partir de los abordajes internacionales contemporáneos ⁽¹²⁸⁾. Otros instrumentos globales y regionales que surgieron en el siglo XXI definieron metas en materia educativa, por ejemplo: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ⁽¹²⁹⁾ y las Metas Educativas 2021 de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) ⁽¹³⁰⁾.

Si bien cada actor tiene capacidades y restricciones políticas, económicas y organizacionales, todos tienen un marco de reglas que definen sus obligaciones y responsabilidades, las cuales en forma compartida generan un sistema de corresponsabilidad. El conjunto de interacciones que se encuentran y fluyen en torno a corresponsabilidades que tienen todos los actores es el que permite hablar de sistema ⁽¹³¹⁾.

Por tanto, las desigualdades sociales se traducen en desigualdades educativas y el estudio de esta relación no es un fenómeno novedoso. En el marco de una estructura caracterizada por la desigualdad de las oportunidades sociales, entendida como el

acceso diferencial a bienes socialmente valorados según la situación social de origen con efectos sobre las trayectorias vitales ⁽¹³²⁾, las desigualdades educativas se expresan en brechas de acceso y permanencia en los diferentes niveles educativos, así como en la configuración de opciones diferenciadas de escolarización para distintos grupos sociales. En la actualidad cobran relevancia los estudios que consideran el carácter multidimensional y la dimensión territorial de esta relación. Ciertas investigaciones que constatan la existencia de disparidades sociales en educación, mantienen vigente el debate acerca del grado de desigualdad factible de considerar como violatorio al principio de igualdad de oportunidades educativas, particularmente en la educación básica y secundaria ⁽¹³³⁾.

En términos generales, los países de América Latina se encuentran muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuanto a resultados de desempeño académico. Menos de la mitad de los estudiantes de 15 años cuenta con competencias mínimas, lo que revela grandes desafíos para el futuro y el crecimiento de la región ⁽¹³⁴⁾. Reestructuraciones a nivel mundial y reformas institucionales y macroeconómicas han ocasionado en América Latina ciertos cambios en la configuración territorial, en las políticas públicas, en la planificación urbana y en las concepciones sobre la ciudad. Si bien se han creado nuevas oportunidades también se han agudizado las desigualdades inter e intra urbanas, provocando una radical transformación y una intensa fragmentación espacial y sociocultural ⁽¹³⁵⁾. La relevancia de ello, radica en la presencia de obstáculos en el camino hacia la equidad de oportunidades dentro del sistema educativo.

Con respecto a la dimensión territorial, se ha estudiado al espacio físico como un reproductor del espacio social, en el que las relaciones de distancia y proximidad entre las posiciones sociales, así también como los límites las definen, se expresan en fronteras físicas y territorios reservados para unos y otros. Las desigualdades sociales se objetivan en el acceso en términos del lugar de residencia, tipos de viviendas, infraestructura y servicios, acceso al espacio público y otros aspectos de la vida urbana ⁽¹³⁶⁾. Por otra parte, la segregación urbana se entiende como la desigual distribución espacial de distintos grupos sociales definidos, sobre todo en términos de clase o estratos sociales, pertenencia étnica, características étnicas o preferencias religiosas. En América Latina, el aspecto más relevante está referido a los estratos socioeconómicos ⁽¹³⁷⁾. La inestabilidad social, la falta de regulación estatal y la precariedad laboral intensificaron marcos de la desintegración social.

En general, existe una amplia coincidencia entre diversos actores sociales ligados a la educación en cuanto al proceso de creciente fragmentación del sistema educativo, ocurrido en las últimas décadas en Argentina. La distribución de la matrícula de alumnos entre el sector público y privado presenta un fuerte componente socioeconómico, evidenciándose diferencias en el perfil de su alumnado. La asistencia al circuito estatal suele asociarse con mayores niveles de pobreza y con un menor capital económico y sociocultural ⁽¹³⁸⁾.

Además de la dicotomía público-privada, la fragmentación del sistema educativo argentino se refleja en la segregación al interior de cada una de estas redes. Esto responde a una combinación de aspectos estructurales y culturales de la sociedad, con características de la organización del propio sector educativo ⁽¹³⁹⁾.

La segregación social del alumnado es un concepto que alude a la desigual distribución de las diversas categorías socioeconómicas de estudiantes entre las escuelas de un sistema. Debido a que la incorporación al sector educativo no se ha desarrollado de forma igualitaria, se advierten dos instancias de segregación: intersectorial e intrasectorial. La primera, se refiere a la diferenciación en el perfil socioeconómico del alumnado de las redes de gestión estatal y privada. Asimismo, es relevante distinguir a las escuelas privadas que reciben aportes gubernamentales (privadas-subvencionadas) de aquellas sostenidas exclusivamente por fondos privados (privadas-independientes). La segunda instancia de segregación, se relaciona con la composición social disímil de las escuelas al interior de cada uno de estos circuitos.

Considerando que el perfil socioeconómico de los compañeros de curso es un factor que tiene incidencia en los resultados educativos individuales, puede afirmarse que la segregación social es aún un problema importante en materia de equidad educativa en el país. El aislamiento tanto de los sectores vulnerables como privilegiados, impide a los primeros beneficiarse de los efectos de pares positivos que estos últimos podrían generar, yendo contra la función de cohesión social que podría cumplir la escuela ⁽¹⁴⁰⁾.

Por otro lado, cabe mencionar que en sociedades cooperativas se producen relaciones de amistad, confianza, reciprocidad, sentimientos de identidad con la comunidad, cohesión y participación social; generando capital social, brindando seguridad y mejorando la salud del individuo y la población. Las relaciones sociales, en sociedades no cooperativas, se basan en un modelo jerárquico y competitivo, planteándose relaciones de dominación y ciudadanos viviendo vidas de “segunda clase”. Las

desigualdades económicas y sociales, representadas en la desigualdad de ingresos y diferencias sociales, produce relaciones sociales débiles que terminan incidiendo sobre la salud y, por consiguiente, la calidad de la población vida general. Por ello, la comprensión del efecto de la desigualdad social en salud, y fundamentalmente la comprensión del rol de los determinantes, es clave a la hora de abordar temas referidos a la igualdad ⁽¹⁴¹⁾.

Es indudable que hay grandes asimetrías que configuran un contexto social en relación al derecho a la educación. Lejos de mejorar las oportunidades de acceso, la desigualdad adopta diferentes formas y sumada a los procesos de exclusión, la pobreza, el desempleo y el empleo precario, se formulan problemas complejos que requieren voluntades políticas colectivas para sanear dichas condiciones y la promoción del acceso a la educación. Las modalidades para el cumplimiento de este derecho, se hallan en un proceso recurrente de disputa, expansión y construcción social ⁽¹⁴²⁾.

Una Educación para la Salud que sea capaz de generar competencias específicas a través de la toma de conciencia crítica, requiere de la consolidación de espacios educativos formales y no formales suficientes para promover modos de cuidar la salud, de disminuir riesgos específicos y generales y prevenir la aparición de enfermedades. Las demandas sociales actuales exponen la necesidad de generar también ciertas competencias específicas en Educación para la Salud en todos los agentes promotores de salud ⁽¹⁴³⁾.

Avanzar en la equidad de los resultados del proceso de educación formal es una meta dura de la política social, porque requiere trabajar e invertir en procesos y entramados de complejidad variable. Los progresos en el acceso al sistema educativo demandan un esfuerzo adicional para alcanzar los estándares de desempeño y aprendizaje requeridos en la actualidad. En lo referido al carácter multicéntrico del sistema educativo nacional y a la tripartición del sistema sanitario argentino, ciertos establecimientos cuya ubicación se encuentra alejada de los principales centros urbanos presentan características de menor disponibilidad y accesibilidad a los servicios de Salud ⁽¹⁴⁴⁾. En notables ocasiones la posibilidad de acceder a la atención sanitaria de por sí, se encuentra esencialmente condicionada por factores determinantes de tipo geográficos ⁽¹⁴⁵⁾. Este panorama, en sumatoria al desconocimiento de los derechos individuales, y la existencia de barreras en materia de conectividad y comunicación, propician condiciones de vulnerabilidad y riesgo en salud tanto a nivel bucal como general.

Es relevante considerar que el tema del espacio geográfico es un factor determinante al momento de tener acceso a intervenciones, programas y proyectos, que puedan ayudar o generar lineamientos de acción relacionados con la niñez o adolescencia, o en temáticas como la vulneración de derechos. El territorio debe ser entendido desde la idea de que las realidades son complejas y diferentes según los espacios donde se esté y la significación sociocultural que el mismo representa en términos de identidad ⁽¹⁴⁶⁾. Se trata de *“un espacio colectivo compuesto por todo el lugar necesario e indispensable donde hombres y mujeres, jóvenes y adultos, crean y recrean sus vidas. Es un espacio de vida donde se garantiza la supervivencia étnica, histórica y cultural”* ⁽¹⁴⁷⁾. El concepto referido a territorio cabe ser considerado como uno de los factores principales para entender que los y las adolescentes se encuentran residiendo en un espacio particular y que, desde ahí, deben tener acceso a redes de apoyo, figuras significativas y medios de comunicación. Se debe tener claro que territorio para esta investigación se interpretó como lugar físico de residencia donde se interactúa tanto con personas como con espacios y que, a su vez, está dominados por una cultura influyente de costumbres, acciones y pensamientos particulares. Con respecto al acceso a información, se debe tener en consideración que la cultura y las costumbres que se desarrollan en localidades rurales, son distintas como espacio de socialización.

Por su parte, es fundamental distinguir que al referirnos a los conceptos rural o semirural a efectos de esta investigación no deben ser considerados como espacios donde abunde lo agrícola o campestre, sino como espacios no invadidos por lo urbano y grandes empresas ⁽¹⁴⁸⁾. Frente a la categorización de sectores semi-rurales, destacan algunas dificultades como la accesibilidad y la escasez de servicios y equipamientos de calidad. Esto puede considerarse, en cierta forma, como manifestaciones de la segregación social y las desventajas que conlleva el aislamiento físico ⁽¹⁴⁹⁾.

La formación ciudadana de la escuela secundaria básica se orienta a fortalecer las posibilidades de los sujetos jóvenes de percibirse a sí mismos como sujetos de derecho y ciudadanos activos en los actuales escenarios sociales. En razón de la participación educativa de los adolescentes, se valora la creación de instancias en las que puedan participar activamente y sus voces resulten escuchadas. Según Brener: “La escuela es el lugar ideal para practicar la ciudadanía mientras se está en ella y no solo cuando se sale de la misma” ⁽¹⁵⁰⁾. Por su parte, Romero afirma que los estudiantes en tanto actores fundamentales de la escuela, necesitan desarrollar habilidades de argumentación, toma de decisiones y participación real en torno a problemáticas que los involucran en su

cotidiano escolar y cuyas consecuencias tendrán efectos sobre ellos mismos ⁽¹⁵¹⁾. También reviste en importancia el rol activo del docente, que con perspectivas propias y particulares sobre la realidad educativa que lo rodea, construye significancias y sentidos en conjunto con los adolescentes en la cotidianeidad de la vida escolar ⁽¹⁵²⁾.

Representa un comportamiento mínimo ético el ejercer la responsabilidad profesional de contribuir al pleno ejercicio de los derechos humanos, acorde al rol participativo de cada actor involucrado; y en este sentido, es importante poder reconocer el alcance, importancia y el impacto de los DSS en la población estudiantil en cuestión.

3.4 La educación en la adolescencia

La adolescencia constituye una segunda etapa educativa por lo que atender a los adolescentes significa su construcción como personas y como ciudadanos ⁽¹⁵³⁾. Desde el punto de vista operativo, la escuela como célula básica del sistema educativo de un país, desarrolla en los estudiantes habilidades y competencias, promoviendo la toma calificada de actitudes para aprender a ser, hacer y convivir. De tal forma, ésta puede ser un agente de reproducción social pero también de cambio, al construir dinámicas de socialización y subjetivación de vital importancia entre estudiantes ⁽¹⁵⁴⁾.

La educación es relevante sobre todo para fomentar comportamientos autónomos y de control de la propia conducta a la par de promover conceptos acordes de libertad y ejercicio de derechos, fortaleciendo la autoconfianza y el respeto por sus pares de forma responsable y consciente. Los derechos de los y las adolescentes a ser escuchados, a que sus opiniones sean tomadas en cuenta y a empoderarse como ciudadanos van de la mano del derecho a la información y a la educación. La democracia se sustenta en parte por la ciudadanía activa, por tanto, una educación de calidad no puede ser reducida a la evaluación del desempeño académico en las competencias elementales de lectura, matemáticas y ciencias. La formación para la ciudadanía es una competencia fundamental en tanto sienta bases para la convivencia democrática y el respeto por los derechos humanos.

Comprender y analizar particularidades determinantes en adolescentes, no se simplifica a un esquema universal y genérico. Su estudio supone mayor complejidad, vinculándose a diversos factores y variables que afectan al individuo como sujeto activo en formación

y transformación. Entre algunos elementos a tener en cuenta se destacan: la historia personal, eventos socioeconómicos, la generación a la que se pertenece, rol de la familia y la escuela, aspectos de la personalidad, intereses, aspiraciones y preferencias, entre otras ⁽¹⁵⁵⁾. Por su parte, los adolescentes que habitan en zonas rurales o semirurales de los distintos países de la región enfrentan barreras educativas comunes como pueden ser: escasa oferta educativa de calidad, sobre todo en los ciclos superiores, infraestructura inadecuada, insuficiente formación de docentes, carencia de insumos y materiales didácticos, y contenidos curriculares a veces poco pertinentes ⁽¹⁵⁶⁾.

En una sociedad cada vez más compleja y globalizada, los niveles de competencia requeridos para la inclusión social son más altos. Esto se asocia no solo a las oportunidades de integración laboral, sino también a factores clave de desarrollo como la movilidad social, la reducción de la pobreza, la construcción de la ciudadanía y la identidad social y, en definitiva, el fortalecimiento de la cohesión social. Personas con mayor nivel de educación tienen la posibilidad de contribuir de mejor manera y de modo más diversificado y eficiente al desarrollo de un país. Por ello, la importancia no solo radica en la cantidad de años de formación en el ámbito escolar, sino sobre todo en la calidad de la formación recibida. El desarrollo de los países de la región requiere de nuevas generaciones con destrezas básicas que les permitan, a lo largo de su vida productiva, seguir trayectorias de aprendizaje continuo y adaptación permanente a un mundo en constante mutación ⁽¹⁵⁷⁾.

Desde otro punto de vista, la adolescencia constituye un período de la vida caracterizado por una vulnerabilidad especial, y es así que adquieren gran relevancia la prevención en salud y el acceso oportuno a programas eficaces de educación y atención sanitaria de calidad ⁽¹⁵⁸⁾. Teniendo presente que el acceso a la salud y educación constituyen un derecho humano irrenunciable ya que proporciona oportunidad para lograr los objetivos vitales, debe ser requerido como una cuestión de justicia y equidad, que involucra a la sociedad en su conjunto.

En lo que respecta a la Odontología, la adolescencia comprende una edad particular y un grupo de referencia importante, pues en este periodo ocurre el último pico de crecimiento máxilo-facial y se consolidan hábitos que definirán actitudes hacia la salud oral en el futuro ⁽¹⁵⁹⁾. Investigaciones han evidenciado aumentos en la incidencia de caries y enfermedades periodontales en esta etapa, reforzando la importancia del potencial educativo en adolescentes en relación directa con la salud bucal e integral ⁽¹⁶⁰⁾,

161, 162). Los adolescentes a su vez representan un grupo riesgo de afecciones bucales ya que atraviesan una serie de cambios durante la pubertad en donde concluye el cambio de denticiones, el crecimiento maxilar y en las estructuras dentarias. A su vez, se ponen en evidencia maloclusiones, malos hábitos o trastornos alimentarios, consumo de productos nocivos como alcohol, tabaco y otras drogas.

Las acciones de prevención incluyen la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias en el desarrollo del adolescente o cuando ocurran no tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. Estas medidas deben realizarse en el marco supuestamente sano ⁽¹⁶³⁾. En la planificación preventiva durante la adolescencia, un papel de primer orden corresponde a los padres y docentes. En el contexto de las transformaciones actuales que operan en la educación media se estima el profundo dominio de las individualidades de sus estudiantes, necesidades, intereses, ansiedades, o sea tener un diagnóstico científico individual y grupal que le permita desarrollar un trabajo educativo en función de una cultura general integral y ciudadana ⁽¹⁶⁴⁾.

Investigaciones realizadas en países desarrollados y en desarrollo han demostrado que programas de salud en las escuelas pueden reducir problemas comunes de salud, incrementando la eficiencia del sistema educativo y en definitiva propiciar el desarrollo económico y social en las naciones. En consecuencia, la escuela comprende un marco ideal para el desarrollo de actividades de aprendizaje en todos los niveles, incluyendo hábitos relacionados con la salud en general y oral en particular ⁽¹⁶⁵⁾. El autocuidado, el control periódico y los programas de promoción y prevención son de fundamental importancia durante la adolescencia y deben promoverse de manera sistemática. Por ello, el considerar espacios para informar o realizar talleres de educación para la salud en forma multidisciplinaria podría ser una práctica habitual de la programación escolar ⁽¹⁶⁶⁾.

Para crecer y desarrollarse sanamente, los adolescentes necesitan información, en particular una educación integral apropiada para la edad; oportunidades para adoptar aptitudes para la vida; servicios de salud aceptables, equitativos, apropiados y eficaces; y la creación de entornos seguros y propicios. También necesitan oportunidades para participar positivamente en la concepción y la ejecución de intervenciones para mejorar y mantener su salud. La ampliación de esas oportunidades es fundamental para responder a las necesidades y derechos específicos de los adolescentes ⁽¹⁶⁷⁾.

4. Objetivos

Objetivo Principal

Realizar una contribución a la enseñanza de la Odontología en sus dimensiones éticas, bioéticas, comunitarias, sociales y sanitarias.

Objetivos Particulares

1. Conocer la naturaleza de determinantes sociales de la salud que inciden sobre adolescentes de la comunidad educativa semi-rural.
2. Estudiar relaciones entre determinantes sociales de la salud y conocimiento y práctica de los Derechos Sanitarios en adolescentes.
3. Indagar sobre las principales problemáticas bioéticas que afectan el ejercicio de derechos en los individuos.
4. Evaluar desde una perspectiva bioética las implicancias de los determinantes sociales en adolescentes en relación con la atención sanitaria y odontológica.
5. Ofrecer un aporte hermenéutico a la Educación Odontológica sobre los aspectos más destacables de los determinantes sociales a explorar.

5. Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicó un método observacional descriptivo de corte transversal sobre una población de estudiantes adolescentes pertenecientes a la Escuela de Enseñanza Secundaria N° 7 “Dr. Félix A. Valenti” de Magdalena, Provincia de Buenos Aires. La institución se encuentra ubicada en la calle Goenaga N° 1099 de dicha localidad, a unos 50 km. de la ciudad de La Plata. La elección de la misma respondió entre otros fundamentos a la su particularidad geográfica, caracterizada por la confluencia de sectores rurales y semi-rurales donde los habitantes disponen de una baja accesibilidad a la salud pública. El enfoque investigativo se centró en la observación de situaciones vinculadas con el conocimiento y ejercicio de Derechos Sanitarios desde una perspectiva Bioética en una muestra de 100 estudiantes secundarios de entre 13 y 17 años de edad.

El trabajo fue dividido en tres períodos de desarrollo trimestral. En una primera instancia se trabajó en la actualización del marco de referencia y se relevó la zona de trabajo para la identificación de los establecimientos sanitarios públicos que brindaban servicios en la localidad y alrededores. Además, se efectuaron entrevistas con directivos de la institución con la intención de explorar sus percepciones sobre la participación y experiencias concretas as. Las entrevistas recuperaron información pertinente y expresaron asociaciones temáticas, explicativas e interpretativas. Considerando esta información, se diseñaron, calibraron y testearon las encuestas a realizar a los estudiantes. En una instancia posterior se procedió a instrumentar una encuesta de tipo anónima y semiestructurada la cual consideró las siguientes variables: edad, sexo, grado educativo actual, autopercepciones de salud bucal, historial de atención odontológica, motivos de consulta, lugar de atención, conocimiento y ejercicio de derechos sanitarios.

En la segunda etapa se realizó el procesamiento de la información recolectada y se clasificó la misma de acuerdo a las categorías de análisis establecidas. Para el análisis estadístico de los datos, se calcularon valores porcentuales con intervalos de confianza (IC) del 95%, y un error de tipo alfa del 5%. Se realizó un estudio multivariado, buscando asociaciones significativas en el análisis bivariado. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó Epi Info TM Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1.; en relación a los datos cualitativos se implementó una triangulación metodológica.

En una tercera etapa fueron analizados los resultados obtenidos y se elaboraron las conclusiones correspondientes.

Aspectos Éticos

Para llevar a cabo el estudio se siguieron los lineamientos éticos establecidos en Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA) como así también la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

La información obtenida del registro de los instrumentos de trabajo fue de carácter confidencial, basada en la condición anónima de las encuestas involucradas. Los participantes no fueron identificados bajo ningún concepto en ninguna presentación pública ni en la base de datos de los resultados. Asimismo, se aclaró el carácter voluntario y libre en la participación del estudio por parte de los/las estudiantes.

Finalmente, se contó con una revisión del presente protocolo por parte del Comité de Bioética de la FOUNLP.

Cronograma de Trabajo

Actividad	Período 1	Período 2	Período 3
Actualización de marco teórico-conceptual	■		
Selección de los grupos	■		
Elaboración y calibración de los instrumentos	■		
Toma de registros		■	
Procesamiento de muestras y carga de datos		■	
Análisis de los datos		■	
Evaluación de los resultados y comparación con otros hallazgos bibliográficos			■
Redacción de Trabajo Final Integrador			■
Presentación y Defensa del Trabajo Final Integrador			■

6. Resultados Obtenidos

6.1 Del análisis de los instrumentos aplicados en la población adolescente

La encuesta instrumentada tomó como muestra a un conjunto de estudiantes adolescentes ($n=100$) que voluntariamente aceptaron participar. La muestra estuvo comprendida por un 49% de mujeres y un 51% de hombres de edades entre los 12 y 18 años, siendo el grupo de 14 años el más numeroso ($n=34$), seguido por los alumnos con 13 años ($n=24$), (Gráfico 1). La distribución según el año educativo actual consideró desde el 1° al 5° año de Educación Secundaria Básica. La edad de los entrevistados, no tuvo correlación estricta con el año escolar actual, encontrándose la mayor cantidad de alumnos en 2° año ($n=48$), seguido por los de 3° año ($n=21$). El mayor porcentaje de mujeres se halló en 2° año (67%), mientras que el mayor porcentaje de varones estuvo en 1° y 5° año, estando la muestra de 5° año compuesta solo por dos varones (Gráfico 2).

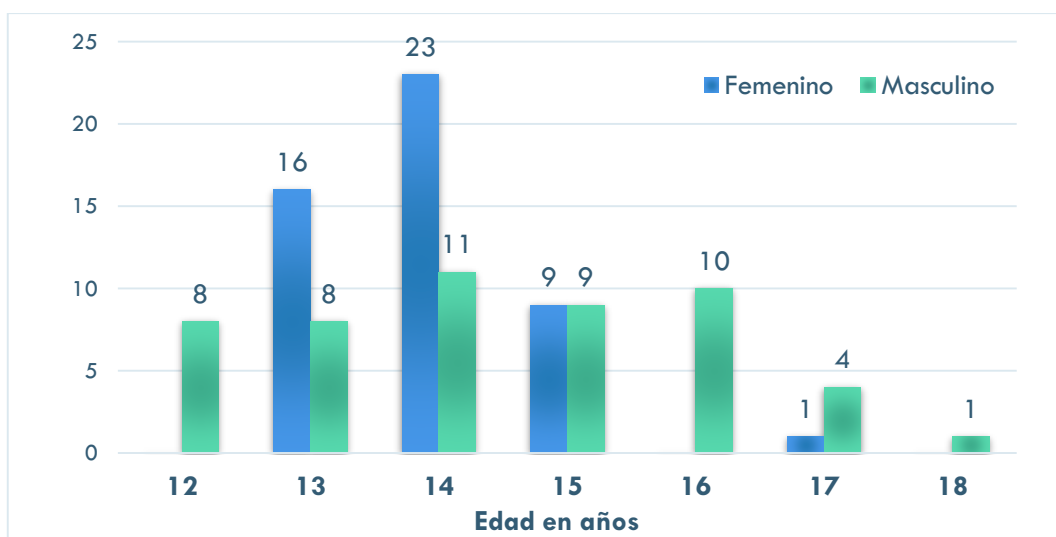


Gráfico 1 – Distribución de la muestra según edad y sexo.

En cuanto a la evaluación de la distancia de los entrevistados al centro educativo, se observó que solo el 8% vive a menos de 20km de la escuela, mientras que el 27% vive hasta 40km de distancia y el 61% hasta 60km de distancia del lugar (Gráfico 3).

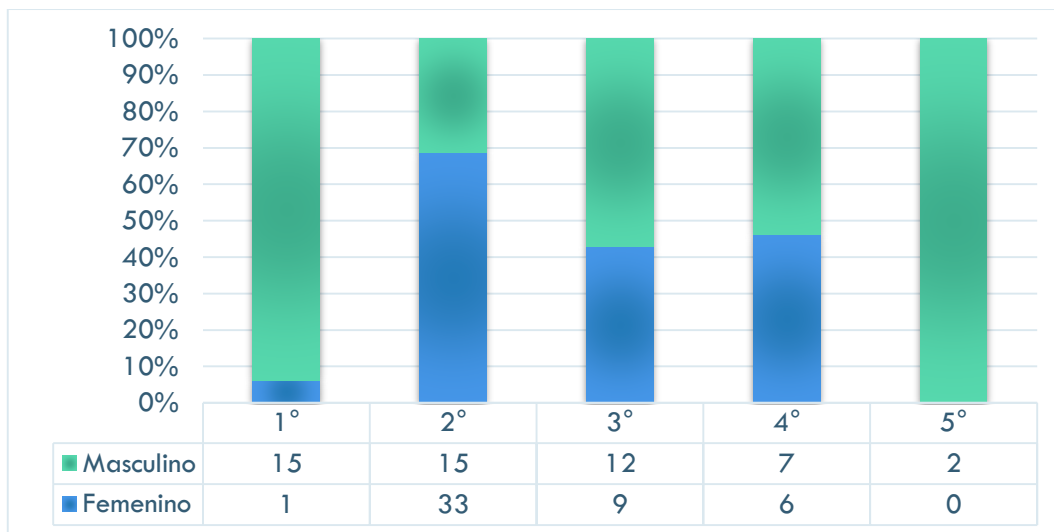


Fig. 2 – Distribución según año y sexo.

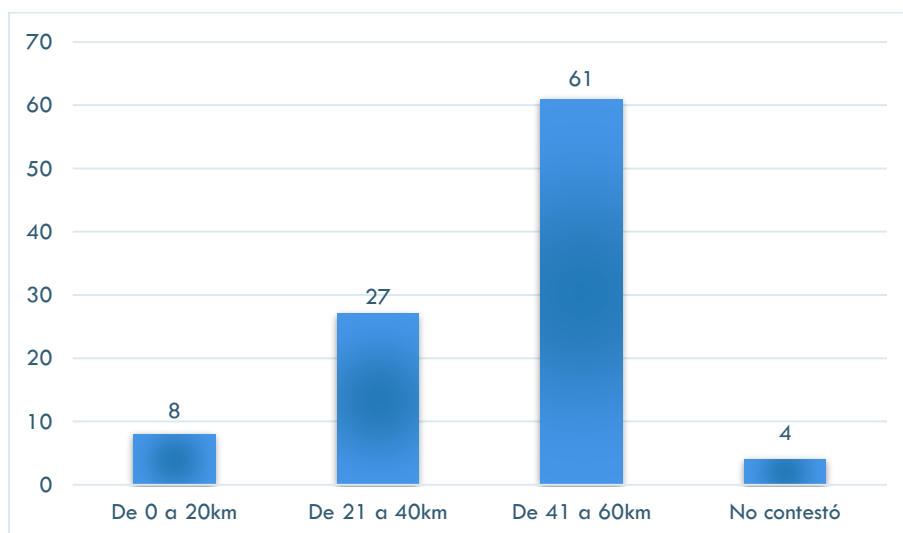


Gráfico 3 – Distribución según distancia del hogar al centro educativo en Km.

Con respecto a la autoevaluación de la salud de los encuestados, se les solicitó que eligieran una de las opciones múltiples. Del total de la muestra, ninguno reportó tener “Muy mala” salud y solo el 2% del total dijo tener mala salud. La mayoría de los adolescentes reportaron tener “Buena” salud (n=74), seguido por aquellos que reportaron tener “Muy buena” salud (n=14). En proporción, se observó que los varones tuvieron mejor autopercepción de la salud que las mujeres (Gráfico 4).

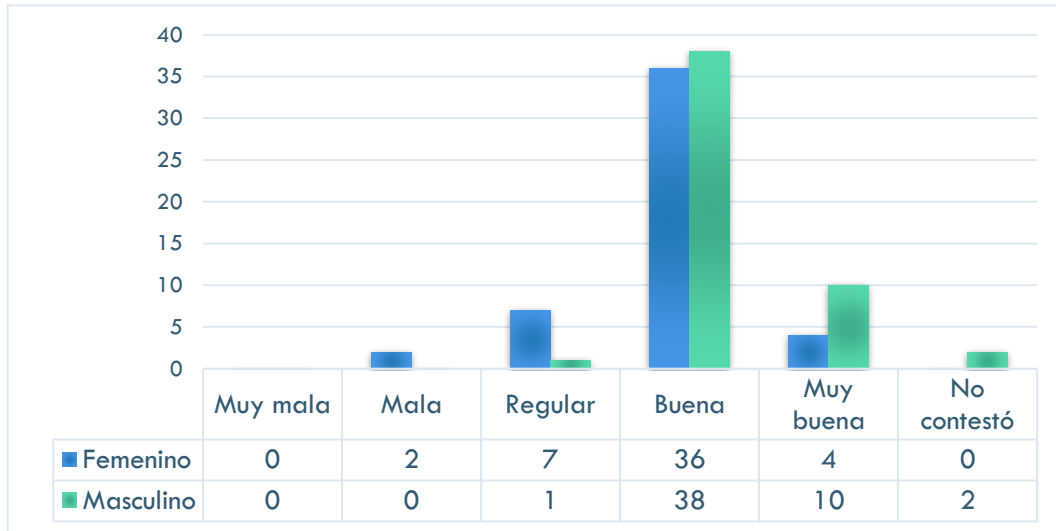


Gráfico 4 – Percepción de la salud individual por sexos.

El análisis de la autopercepción de “salud” por edades mostró que los adolescentes de 12 a 16 años fueron los que reportaron el mayor porcentaje de “Buena” salud, representando el 73% del total de la muestra. Los estudiantes de 17 años seguidos por los de 18 años representaron una pequeña proporción, dificultándose el análisis comparativo para tales categorías. Las peores autopercepciones se hallaron en los adolescentes de 13 años (11,76%, $p < 0.05$) seguidos por los de 15 años (11,11%, $p < 0.05$), (Gráfico 5).

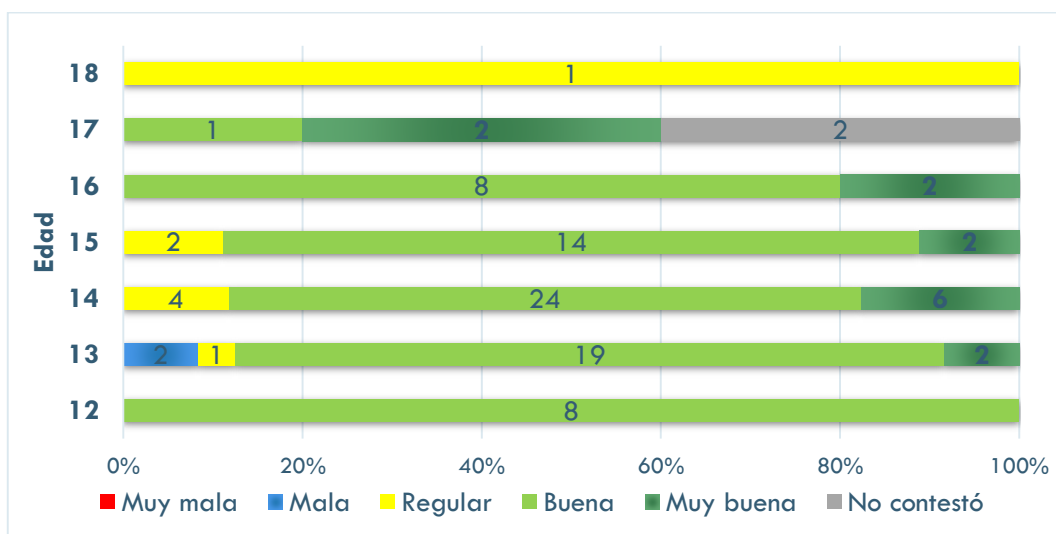


Gráfico 5 – Percepción de la salud individual por edades.

Se exploró la representación del término “Salud” entre los adolescentes encuestados. Para ello se solicitó que explicaran brevemente qué entendían por el término con sus propias palabras. Posteriormente las respuestas fueron agrupadas por categorías. El análisis de las respuestas arrojó asociaciones positivas con respecto a “Bienestar” (16%), “Cuidado de la vida” (9%) y “Calidad de vida” (1%). Por su parte, otras definiciones establecieron vinculaciones con “Hábitos saludables y/o preventivos” (15%) y con “Información médica” (2%). Finalmente, un 8% de los encuestados manifestaron definiciones en relación con la “Ausencia de Enfermedad” y la gran mayoría (49%) no contestó la respuesta (Tabla 1).

Bienestar	16%
Asociadas a hábitos saludables y/o preventivos	15%
Cuidado de la vida	9%
Ausencia de enfermedad	8%
Acceso a la información médica	2%
Calidad de vida	1%
No contestó	49%

Tabla 1. Categorías vinculadas a la percepción de la “Salud” en adolescentes

En el análisis individual de la “salud bucal”, los resultados mostraron que las bajas auto percepciones representaron el 3% de la muestra, mientras que la categoría con mayor representatividad se halló en la “Buena” salud bucal (52%), seguido de la “Muy buena” (20%). Los resultados analizados según el sexo, mostraron una mayor auto percepción de la salud bucal individual por parte de los varones para la categoría “Buena”, mientras que las mujeres lo hicieron en las categorías “Muy buena” y “Regular” (Gráfico 6).

Seguidamente se analizó la variable “salud bucal” en función de las edades de los encuestados. Los resultados obtenidos mostraron que tanto las auto percepciones más bajas como las más altas se dieron en el grupo de adolescentes de 14 años de edad seguido por el grupo de 15 años. La categoría de auto percepciones “Buena” tuvo valores de entre el 50% y el 60% en los adolescentes de 13, 15, 16 y 17 años, mientras que para el grupo de 12 años fue del 100% y del 32,5% para el grupo de 14 años (Gráfico 7).

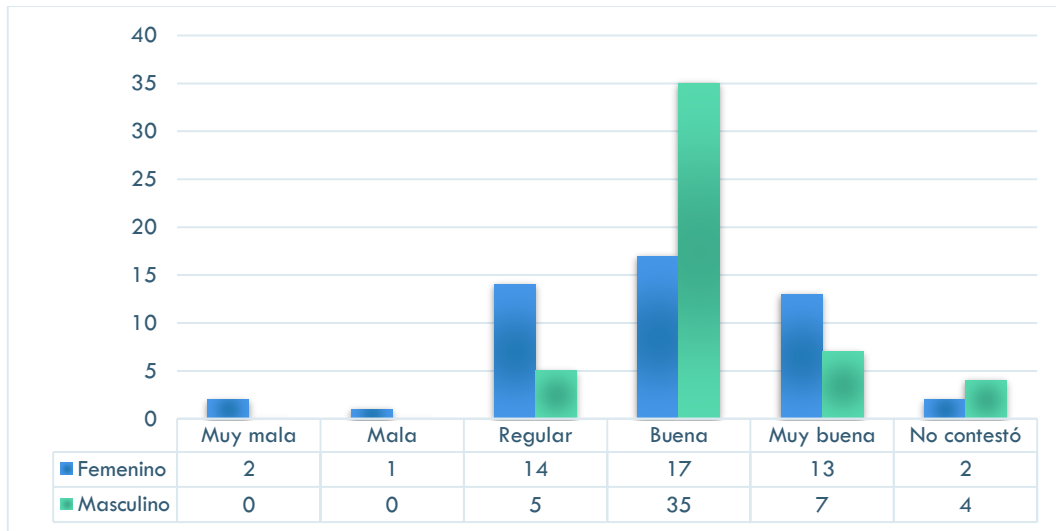


Gráfico 6 – Percepción de la salud bucal individual por sexos.

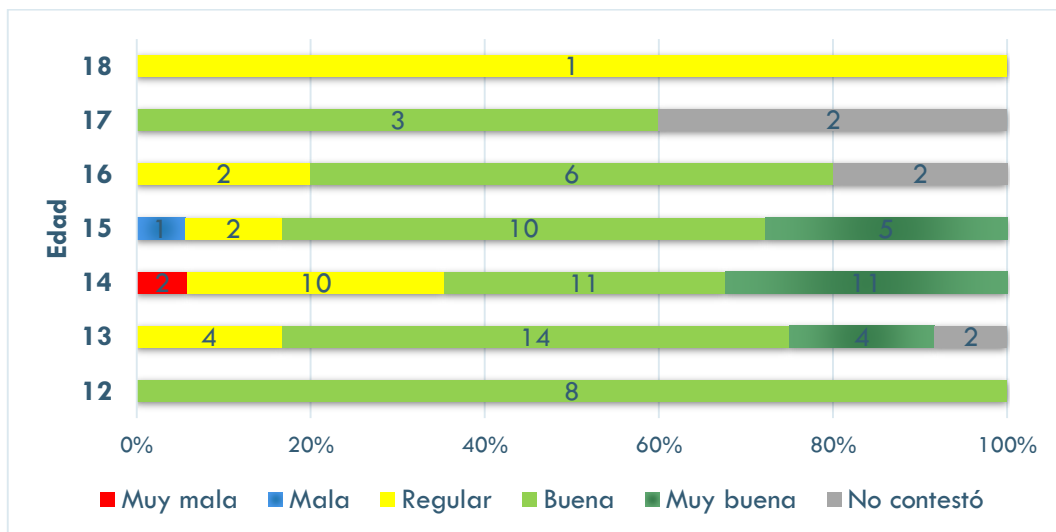


Gráfico 7 – Percepción de la salud bucal individual por edad.

Otra variable que contempló el estudio fue la definición del concepto de “salud bucal”. La categoría resultó en asociaciones de tipo positivas con el “Bienestar de la boca” (9%) y “Bienestar de los dientes” (7%). También se observaron definiciones en relación con “Hábitos saludables y/o preventivos” en un mayor porcentaje que las anteriores (21%). Por su parte, las definiciones que contemplaron “No tener caries/enfermedad” representaron el 9% y el 7% reportó no saber. En congruencia con la pregunta de tipo cualitativa anterior, se halló que el 47% no respondió a la pregunta (Tabla 2).

En la medición del historial de enfermedad, se preguntó a los adolescentes si habían padecido algún tipo de enfermedad en el último año. Si bien el análisis de dicha variable mostró que el mayor porcentaje de encuestados no habían padecido ninguna enfermedad (n=57), tanto el grupo de varones como el de mujeres reportaron valores similares (Gráfico 9).

Asociadas a hábitos saludables y/o preventivos	21%
No tener caries/enfermedad	9%
Bienestar de la boca	9%
Bienestar de los dientes	7%
No sabe	7%
No contestó	47%

Tabla 2. Categorías vinculadas a la percepción de la “Salud Bucal” en adolescentes

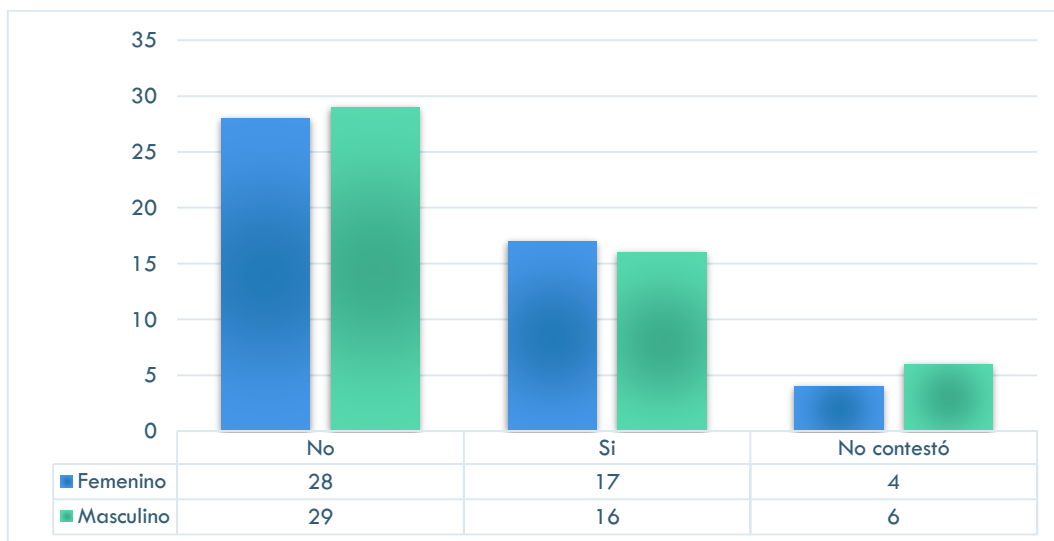


Gráfico 9 – Reporte de haber padecido enfermedad en el último año por sexos.

Para la evaluación del historial de atención odontológica, se advirtió que el mayor porcentaje de los encuestados (43%) no recordó la fecha de la última consulta, siendo las mujeres la mayor parte de ellas. Los varones por su parte, reportaron mayores consultas para las categorías de hasta un año de la última visita al profesional.

Finalmente, un grupo de adolescentes (n=4), declaró que nunca había acudido a la consulta odontológica (Gráfico 10).

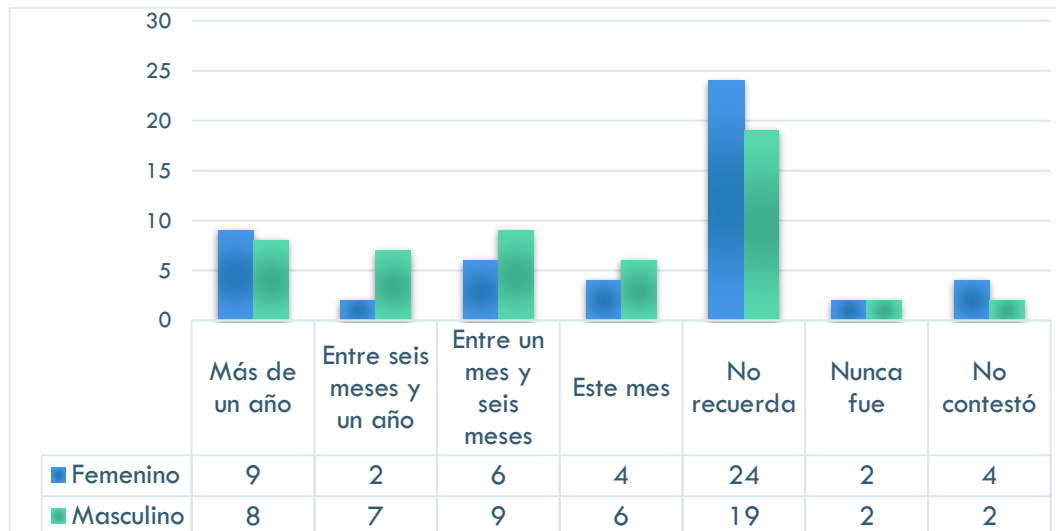


Gráfico 10 – Tiempo transcurrido desde la última consulta odontológica por sexos.

También se estudiaron los motivos de consulta profesional sobre el grupo de adolescentes. Las categorías se confeccionaron en función de la agrupación de respuestas aludibles a un mismo punto en cuestión. La categoría “Dolor” fue la que representó al mayor porcentaje de individuos (n=29), seguida por las respuestas omitidas (n=27). Las consultas asociadas a estados de enfermedad (“Dolor”, “Caries” y “Extracción”) representaron el 43% del total de la muestra, mientras que la categoría “Control/Prevención” representó el 12% y las consultas por “Ortodoncia” el 5% (Gráfico 11).

Para analizar el tipo de atención recibida y la forma de acceso al sistema sanitario, se preguntó a los adolescentes que habían consultado al odontólogo al menos 1 vez en el último año (n=34), acerca del lugar donde recibieron atención y si debieron pagar -ellos o su familia- por el tratamiento recibido. En cuanto al lugar de asistencia, los resultados mostraron que el 46% acudió a un Centro de Salud Público y el 44% a un consultorio de una Obra Social. Con respecto al pago por el tratamiento recibido, el 34% de los encuestados para esta categoría reportaron haber tenido que pagar dinero por el mismo (Gráficos 12, 13 y 14).



Gráfico 11 – Motivos de la última consulta odontológica.

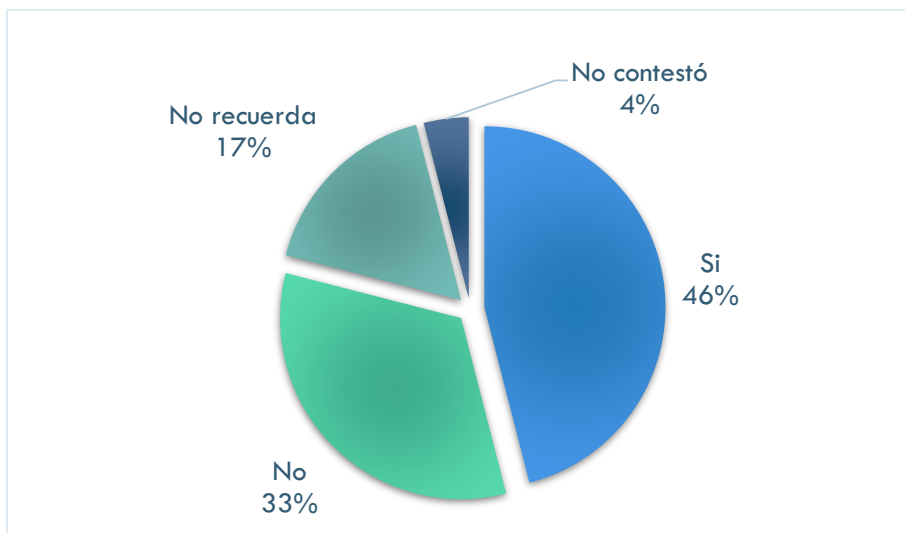


Gráfico 12 – Atención en un Centro de Salud Público en el último año.

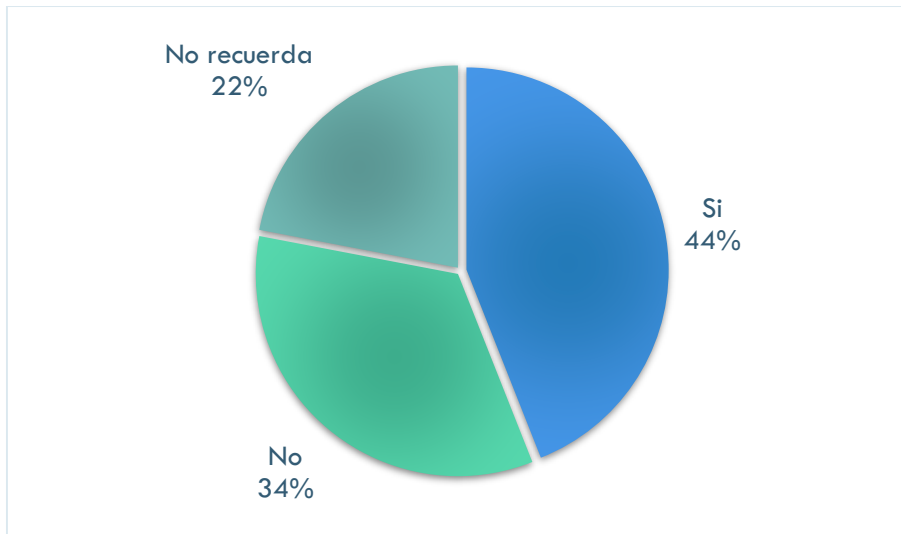


Gráfico 13 – Atenci3n en consultorio de Obra Social en el 3ltimo a3o.

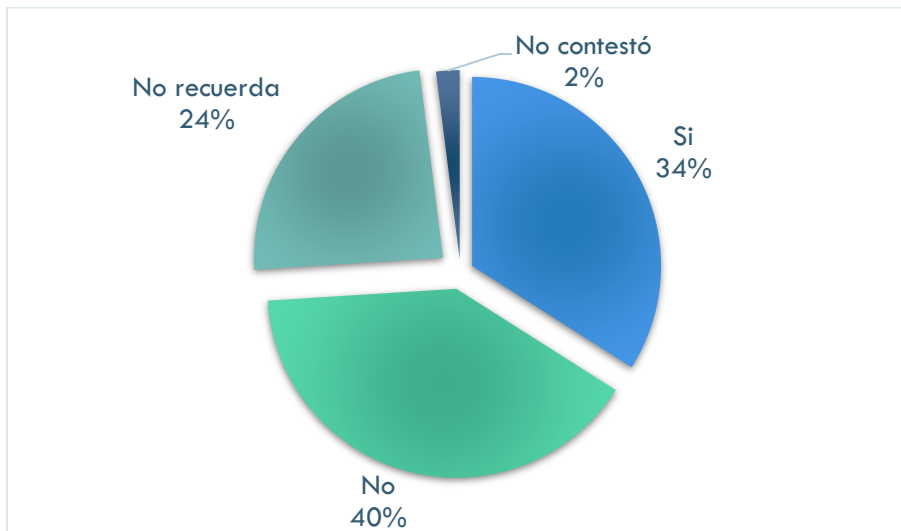


Gráfico 14 – Atenci3n particular por tratamiento odontol3gico en el 3ltimo a3o.

Para el an3lisis del ejercicio de los derechos sanitarios en adolescentes se consideraron variables con respecto a confidencialidad, secreto profesional y discriminaci3n de cualquier tipo en la consulta odontol3gica.

Considerando el aspecto de la discriminaci3n, se hall3 que el 22% de los adolescentes encuestados sufrieron alg3n tipo de discriminaci3n en la consulta odontol3gica, siendo las mujeres la mayor proporci3n (n=12). El 17% de los encuestados no record3 haber sufrido alg3n tipo de discriminaci3n y el 2% no emiti3 respuesta (Gráfico 15).

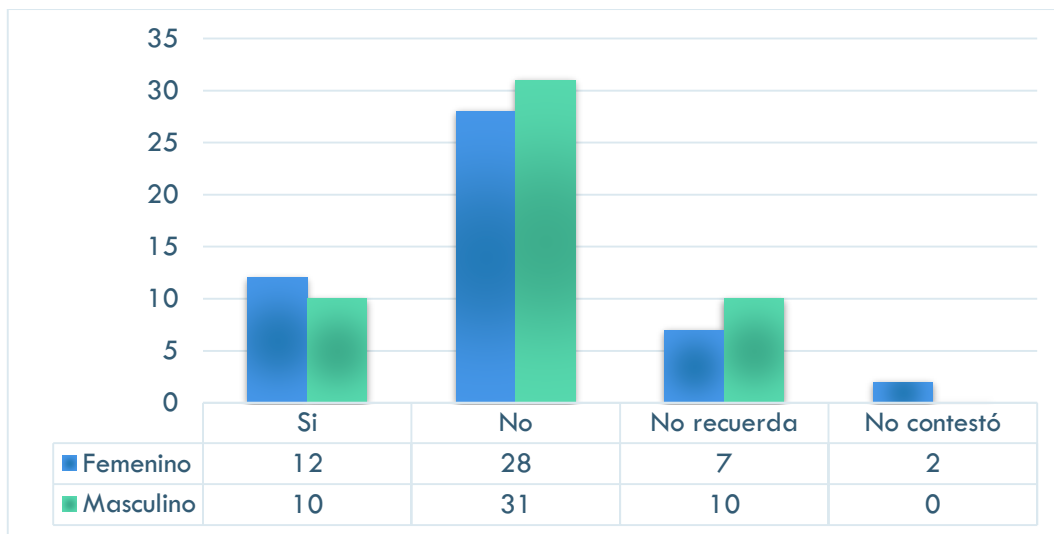


Gráfico 15 – Percepciones de estudiantes sobre la discriminación en la consulta odontológica.

Al evaluar el derecho a recibir la información sanitaria adecuada, acorde al tratamiento que iba a recibir, se halló que el mayor porcentaje de encuestados siempre recibieron la información adecuada al momento de realizar un procedimiento odontológico (43%), siendo las adolescentes mujeres la mayor proporción (n=24). El 19% de los encuestados manifestaron a veces haber recibido la información necesaria, mientras que el 10% de los adolescentes reportaron nunca haber recibido tal información. El 4% de los encuestados omitió respuesta mientras que el 24% restante no recordó haber recibido dicha información sanitaria. En base a este análisis, el grupo de varones, en proporción, fue el más afectado (Gráfico 16).

Finalmente, en lo que respecta al ejercicio del derecho al secreto profesional, se preguntó a los encuestados si habían recibido explicación sobre el guardado de tal secreto durante la consulta odontológica. Las respuestas obtenidas mostraron que el 36% de los encuestados no habían recibido tal información, siendo las mujeres en mayor proporción (n=20). Un grupo de varones (n=7) no respondió a tal pregunta y un 30% de encuestados no recuerda haber recibido información sobre el secreto. En proporción, los varones fueron los que menos información recibieron en este sentido (Gráfico 17).

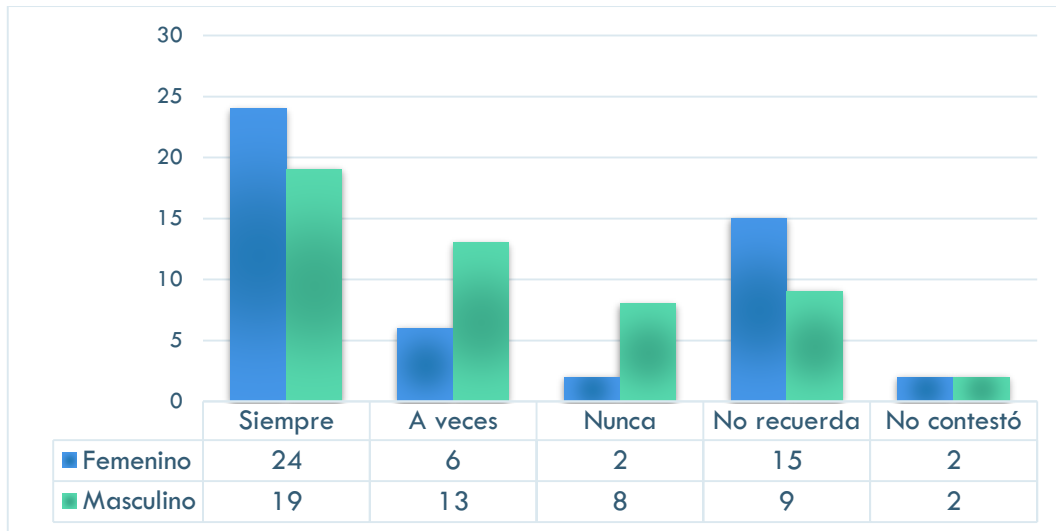


Gráfico 16 – Percepciones sobre explicaciones del tratamiento odontológico propuesto.

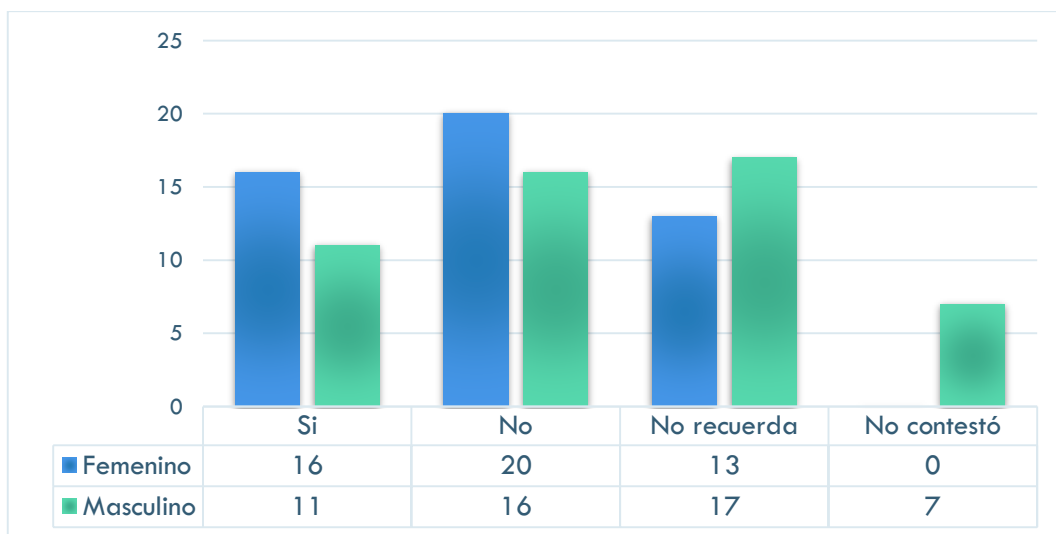


Gráfico 17 – Percepciones sobre las explicaciones respecto a la confidencialidad en la consulta odontológica.

Por último, se preguntó a los encuestados si tenían algún tipo de conocimiento sobre la atención odontológica que se ofrece en la FOUNLP (Gráfico 18). El 78% de los encuestados reportó no tener conocimiento de tal servicio de atención. Y, seguidamente, cuando se les preguntó si les gustaría conocer la atención odontológica que allí se brinda, el 87% de ellos (n=68), respondió afirmativamente.

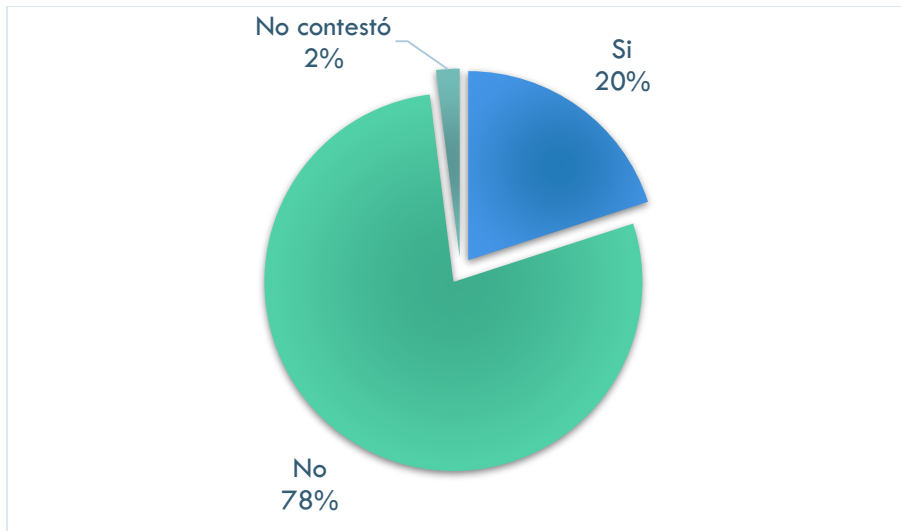


Gráfico 18 – Conocimiento de la atención odontológica que ofrece la FOUNLP

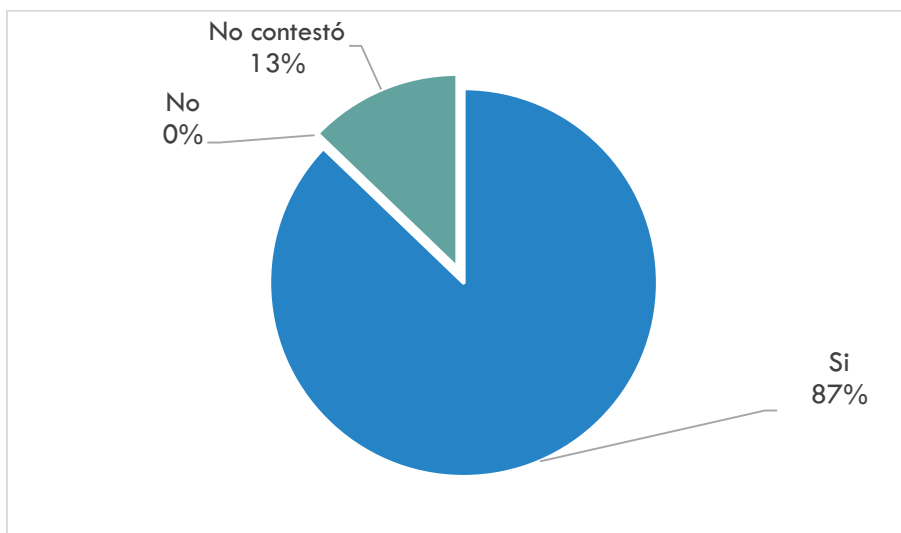


Gráfico 19 – Intención de conocer la FOUNLP y la atención que ofrece.

6.2 Discusión

Los DSS han sido definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo las fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana ⁽¹⁶⁹⁾. Estas fuerzas y sistemas poseen características e incidencias particulares sobre cada subgrupo poblacional.

Los resultados permitieron observar la presencia de condicionantes de la salud. Los mismos, mostraron información considerable para las categorías educativas de 2º y 3º año de educación secundaria seguidos en orden por 4º, 1º y 5º respectivamente. La distribución no homogénea de estudiantes en los diferentes años respondió a la población diversificada, característica de la escuela y su ámbito de conjunción de espacios semi-rurales.

En lo respectivo al estudio de la accesibilidad geográfica, se halló que las grandes distancias constituyeron una barrera en la accesibilidad por parte de los estudiantes a la escuela. El transporte público juega un rol preponderante en el acceso a los establecimientos educativos y, si bien cada escuela debiera tener su área de influencia en el sector más cercano a ella, existen numerosos sectores que no cuentan con la presencia de establecimientos en áreas cercanas, por tanto, cada institución educativa sirve a una población demandante localizada de forma irregular en una superficie más o menos extensa. En la presente investigación se halló que más del 60% de los encuestados vivían a una distancia superior a 40 km. del centro educativo. La sumatoria de factores como la disponibilidad limitada de transportes en dicha área, los costos del mismo y el tiempo de traslado entre la escuela y el hogar, confluyeron en uno de los DSS más sólidos del presente estudio, en concordancia con otras investigaciones ^(170, 171). Informes sobre la estructura de la escuela secundaria y segmentación educativa en América Latina, muestran la persistencia los procesos de diferenciación institucional y segmentación, denotando dificultades en el acceso y, sobre todo, en la trayectoria y finalización de los estudios. Dichos aspectos se vinculan de manera directa con el nivel socioeconómico y el ámbito rural o urbano, así como también con otros clivajes como la cuestión de género ⁽¹⁷²⁾.

Por otra parte, el período de la adolescencia representa una etapa del desarrollo donde hay presencia de cierta vulnerabilidad en la salud y esto puede verse reflejado en la autopercepción de los estudiantes. En el estudio de la variable “salud general individual” se hallaron buenos valores de autopercepción, reflejados principalmente en las categorías con mayor número de estudiantes, y en cuanto a la variable “salud bucal individual”, se hallaron valores de autopercepción levemente inferiores. Los resultados se condicen con reportes de otras investigaciones en adolescentes ^(173, 174). En lo relativo al género, se halló que la mayoría de varones y mujeres reportó una salud general “Buena” (38% y 36% respectivamente). Sin embargo, para la categoría de

“Buena” salud bucal individual, los reportes fueron menores (varones 35%, mujeres 17%).

Para estudiar las representaciones individuales de la “salud”, se analizaron y categorizaron las definiciones de los estudiantes. Los mismos se expresaron acorde a sus grados de conocimiento, valores y creencias. Los resultados obtenidos evidenciaron una baja comprensión del término, reflejada en que casi la mitad de los estudiantes no respondieron la pregunta (49%). El 26% de los estudiantes respondió con definiciones relacionadas al bienestar, el cuidado y la calidad de la vida. Otras respuestas (15%) estuvieron relacionadas con algún tipo de hábito saludable y/o preventivo tales como: *“Hacer deporte, comer bien, descansar”, “Cuidarse, comer sano” y “Alimentarse bien, hacer deporte, recreación, tener descanso, vacaciones.”*. Finalmente, el 8% se refirió al término con vinculaciones directas a estados contrapuestos como la enfermedad. Entre las afirmaciones hallamos, por ejemplo: *“No estar enfermo” y “No tener ningún tipo de enfermedad ni nada”*. En este sentido, cabe mencionar que la OMS en su propia definición clásica de salud -establecida en su mencionado documento constitucional-, hace alusión a un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es decir, la propia definición del organismo mundial de referencia en salud contiene a vinculación ⁽¹⁷⁵⁾.

Seguidamente, se estudiaron las definiciones para “salud bucal” individual. Las respuestas con referencias al “Bienestar de la boca” y “Bienestar de los dientes” se hallaron en bajos porcentajes (9% y 7% respectivamente) con afirmaciones como: *“Tener en buen estado los dientes”, “Que los dientes estén bien”, “Tener la boca en buena condición” y “Tener sana tu boca”*. Del restante porcentaje de respuestas, se halló que el 21% asociaron “salud bucal” con hábitos preventivos o saludables. Algunas respuestas expresaron: *“Lavarse los dientes con pasta y hacerte ver con el dentista”, “Cuidar los dientes y lavárselos todos los días” y “No tener sucia la boca, cepillarse los dientes y tener cuidado con las comidas”*. Por último, un pequeño porcentaje (9%) de los encuestados se refirieron a la salud bucal haciendo referencia a estados contrapuestos en afirmaciones como: *“No tener caries”, “Cuidarte los dientes para no tener caries” y “No tener la boca enferma o en mala condición”*. La presencia de DSS de tipo socioculturales y educativos es un aspecto a tener presente puesto que se manifiestan de manera constante, influenciando la salud subjetiva y el bienestar de los jóvenes ⁽¹⁷⁶⁾.

En lo relativo al historial de atención odontológica, se halló que la mayoría de los encuestados (n=43) no recordó la fecha de la última consulta y un pequeño porcentaje (n=4) nunca asistió a la consulta, dato remarcable teniendo en cuenta la importancia de la continuidad en cualquier tipo de tratamiento y fundamentalmente la prevención. Del total restante, la frecuencia de consultas se distribuyó principalmente en la categoría de más de un año. Si bien en la actualidad los adolescentes gozan aparentemente de una salud aceptable, en referencia a bajas demandas de consultas médicas y odontológicas en algunos casos, existen evidencias que la adolescencia es una etapa de la vida en donde pueden desencadenarse hábitos inadecuados y/o enfermedades como caries y problemas periodontales relacionados a respuestas hormonales ^(177, 178). Por su parte, el estudio de los motivos de consulta reflejó que, en mayor medida, los adolescentes asistieron a la consulta por “Dolor” (29%). Los términos “caries”, “extracción” y “molestia” fueron los más frecuentados en relación con estados de enfermedad. Esto se condice con algunas investigaciones donde la presencia adolescente en el sistema de salud se vincula a instancias de riesgo y situaciones de vulnerabilidad específicas ^(179, 180, 181). Por otro lado, el 27% de los encuestados no respondió a la pregunta, lo cual posiblemente pudo reflejar la falta de información sanitaria adecuada, mientras que el 9% afirmó no recordarlo.

Para la medición de la accesibilidad al sistema sanitario, se halló que el 46% de los encuestados que recibieron atención en el último año, lo recibieron en un Centro de Salud Público y el 44% lo hizo en un consultorio de una Obra Social. En este mismo sentido, el 34% de los adolescentes reportaron que debieron pagar por su tratamiento odontológico. En discursos sobre el derecho a la salud, donde se remarca la idea de igualdad, aparece la figura del Estado como garante en el acceso a los servicios básicos. La cobertura y el financiamiento público precisa de información sobre los determinantes que influyen de manera significativa en las condiciones actuales de salud bucodental a fin de replantear aspectos programáticos y éticos en materia de equidad en salud ⁽¹⁸²⁾. En este sentido, se ha reportado que ciertas condiciones tales como el nivel socioeconómico y el nivel educativo se constituyen como barreras frecuentes, en relación con la salud y el uso de los sistemas sanitarios ^(183, 184). Los sistemas de salud deben trabajar en promover la equidad en salud, sin embargo, por dificultades lógicas, intereses o su historial, en determinados contextos, los mismos sistemas de salud representan parte misma del problema, profundizando y reforzando las inequidades en salud, es por ello que se los considera como un DSS en sí mismo ⁽¹⁸⁵⁾.

Además de la posibilidad de servicios gratuitos y asequibles de atención médica para todas las personas, es importante entender, en este sentido, la extensibilidad del derecho a la información sanitaria necesaria para la población ⁽¹⁸⁶⁾. El énfasis en la información, se sustenta en aquello que es capaz de transformar la posición de la persona frente a su salud o enfermedad ⁽¹⁸⁷⁾. La persona capaz, mediante el uso de su razón y voluntad, hace uso de esta información tomando así responsabilidad de su propia vida. El derecho a la información y a la libre elección constituyen las bases para el ejercicio del principio de autonomía de la persona humana.

Desde la ciencia odontológica, al tratar los Derechos Humanos, se evoca una comprensión más allá del terreno de lo jurídico. La Bioética ampara principios esenciales de las personas y desde esta visión, el ser humano puede ser comprendido y respetado en su integridad, valorada su autonomía y tenida en cuenta su participación en el campo de la salud. El paciente responde por dicha autonomía y se responsabiliza de tomar sus propias decisiones con discernimiento y libertad ⁽¹⁸⁸⁾.

El estudio del ejercicio de los derechos sanitarios, brindó información sobre el grado de autonomía de los adolescentes y sus capacidades para efectivizar tales derechos. En cuanto a la evaluación del derecho a recibir la información sanitaria adecuada, se hallaron vulneraciones directas a partir de la aseveración de algunos encuestados para las variables: “A veces” y “Nunca” (19% y 9% respectivamente).

Con respecto a la discriminación de cualquier tipo en la consulta odontológica, la mayoría de estudiantes (n=59) reportaron no haber sufrido discriminación alguna. Sin embargo, un pequeño número de varones y mujeres (n=10 y n=12 respectivamente) reportaron vulneración de sus derechos en este sentido.

En cuanto a la evaluación del derecho al secreto profesional, tan solo el 27% de los encuestados reportó que habían recibido información y/o explicación al respecto, mientras que el 36% reportó que nunca les dieron tal explicación. Tanto la Odontología como toda profesión de las ciencias de la salud, tiene como eje el servicio a la sociedad, con la correspondiente responsabilidad ética y moral. En este sentido, todo procedimiento terapéutico con un fin determinado, tiene una base ética debidamente planificada. El odontólogo, en muchas ocasiones se ve atravesado por situaciones de conflicto de valores, las cuales debe afrontar y resolver en forma conjunta con el paciente. De allí deriva, en parte, el valor del secreto profesional ⁽¹⁸⁹⁾.

Por otro lado, si se considera a la correcta y adecuada información sanitaria como un derecho, por extensión, la misma representa una dimensión de la accesibilidad, ya que su disposición y su estudio puede permitir mayores niveles de inclusión en el sistema de salud ⁽¹⁹⁰⁾. Para ello, el sistema de salud debe comprender a los adolescentes como plenos sujetos de derechos, para que tengan vidas plenas, donde el respeto y el cuidado estén en el centro de sus decisiones. Este balance entre disponer de información sanitaria sobre adolescentes y contar con una perspectiva de derechos donde se privilegie la escucha es necesario no sólo para garantizar una atención integral y de calidad, sino también para mejorar los indicadores de salud de la población ⁽¹⁹¹⁾. En la medida en que se comprenda a los usuarios del sistema de salud como sujetos plenos de derechos, se reorienten las prácticas hacia este enfoque, y, a su vez los usuarios mismos se consideren como sujetos de derechos, se estará frente a un proceso de retroalimentación de la ciudadanía en cuanto a su promoción y ejercicio efectivo ⁽¹⁹²⁾.

La Bioética posibilita el desarrollo de abordajes profesionales con bases en principios y valores, a la hora de tratar y acompañar de manera integral al paciente. La aplicación de dichos principios en el ejercicio profesional fomenta reflexiones hacia prácticas odontológicas humanizadas y procedimientos clínicos responsables y eficientes ⁽¹⁹³⁾.

7. Conclusiones

La atención en salud es un derecho fundamental para gozar de una óptima calidad de vida y, particularmente, la salud bucal tiene especial importancia en la construcción y búsqueda de la equidad sanitaria poblacional. El derecho a la salud debe ser garantizado y facilitado su ejercicio a todas las personas sin distinción de ninguna índole. Constituye un pilar clave, en todas las etapas de la vida, fomentar en el máximo grado posible su ejercicio tanto a nivel individual como colectivo.

La presencia de DSS en el contexto de la población estudiada constituyó una barrera en el trayecto hacia la equidad sanitaria. Los mismos afectaron el acceso a los servicios de salud, teniendo efectos directos sobre los conocimientos y actitudes de los estudiantes secundarios. Estos efectos condicionarán sus valoraciones en sus núcleos familiares y sociales particularmente en aquellos grupos más vulnerables. Por tanto, la posibilidad de dar cuenta de los factores que favorecen o limitan a la población y que, por tanto, pueden generar diferencias y/o desigualdades en el ejercicio del derecho a la

educación deberá considerarse en la formulación y planificación de políticas educativas y sanitarias.

El análisis de las variables consideradas, en conjunto con los conceptos profundizados, fueron bases de esta investigación la cual tuvo como objetivo principal el contribuir al conocimiento y ejercicio de los derechos sanitarios en la población adolescente. A partir de la muestra procesada se pudo observar la presencia de DSS entre la población adolescente. Los determinantes tuvieron incidencias sobre la forma de accesibilidad de los estudiantes al centro educativo, sobre la forma de percibirse como sujetos de derechos y sobre el conocimiento de los mismos. La presencia de tales determinantes afectó el ejercicio del derecho a la salud por parte de los estudiantes encuestados.

En los últimos años, la profundización continua de dificultades económicas y sociales en la República Argentina, sumada a la dinámica actual de cambios constantes en lo social, económico y cultural que viven y transitan las personas, son aspectos importantes a tener en cuenta, ya que se constituyen como escenarios propicios para la gestación de DSS. En contextos de dificultades sociodemográficas, la distribución desigual de oportunidades en el acceso a la información y educación pertinente, y a la asistencia sanitaria de calidad, crean instancias donde los derechos humanos de adolescentes pueden verse vulnerados.

El género, la educación, el lugar de residencia, los comportamientos sociales, los ingresos económicos y el status social, la cobertura y acceso a servicios básicos en los diferentes los entornos físicos; entre tantos otros aspectos, son factores que determinan las condiciones de salud-enfermedad de la población. Aquellos grupos más vulnerables son los que se encuentran en situaciones de marginación social y económica, con detrimentos constantes y progresivo en la salud de los individuos.

Desde esta perspectiva surge la importancia de los promotores de la salud. Los esfuerzos de los promotores de la salud constituyen la matriz que posibilita la participación y animación sociocultural como también el espacio para el intercambio de conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. En este sentido, las actividades de estudiantes como promotores de la salud tienen gran alcance sobre los que tuvieron a su cargo. En parte, su efectividad radica en que son miembros de la propia comunidad, comparten inquietudes y problemas que afectan a nivel general. Es por ello que sus intervenciones pueden ser más realistas y tener mayor impacto. De este modo, la promoción debe tener una mirada intercultural que comprenda a cada una de las personas e incluya así la metodología de trabajo más adecuada al contexto.

Como profesionales y responsables en salud, poder contribuir al respeto y ejercicio de los derechos de las personas representa un imperativo ético en pos del bienestar de todo ser humano. El odontólogo impulsado por su deber para con la salud, se encuentra frecuentemente en encrucijadas morales delimitadas por circunstancias con presencia de determinantes socioculturales. El manejo de estas condiciones, desde una visión bioética que contemple los valores fundamentales de la persona humana, constituye un punto fundamental de partida en el avance hacia una práctica odontológica que custodie sus derechos y garantice su cumplimiento.

8. Reseñas bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (15 de octubre de 2022). Perfil de país: Argentina. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-argentina>
2. Organización Panamericana de la Salud. (15 de noviembre de 2022). Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. Lobato Huerta, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. Investigación y Ciencia, 18(48): 52-55. Recuperado el 15 de abril de 2022 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67413203008>
4. Moiso A. Determinantes de Salud. En: Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata: Edit. EDULP; 2007: 176-181.
5. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes de la Salud. (2008) Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Edit. Journal S.A. Recuperado el 15 de mayo de 2022 de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
6. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26529. Boletín Oficial de la República Argentina. 20/11/2009. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/actualizacion>
7. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26742. Boletín Oficial de la República Argentina. 24/05/2012. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859>
8. Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Decreto 1089/2012. Boletín Oficial de la República Argentina. 06/07/2012. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1089-2012-199296>
9. González Martínez F., Puello del Rio E., Díaz Caballero A. (2010) Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Revista Clínica Médica Familiar, 3(1):27-35. Recuperado el 16 de mayo de 2022 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100007&lng=es
10. Organización Panamericana de la Salud. (1 de diciembre de 2022). Equidad en Salud. <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
11. Organización Mundial para la Salud. (1 de diciembre de 2022). Cobertura sanitaria universal. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

12. Organización de las Naciones Unidas. (1948) Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948, 217 A (III). Recuperado el 15 de mayo de 2022 de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>
13. Donato, N. A. (11 de agosto de 2021) Derecho a la salud. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/135>
14. Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos Básicos. 48° Edición. Recuperado el 9 de agosto de 2022 de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
15. Organización Mundial de la Salud. (10 de agosto de 2022). Salud y Derechos Humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
16. Olarte-Jaramillo, M. d. R. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. Biosalud, 17(1): 67-79. Recuperado el 11 de agosto de 2022 de: <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.7>
17. Naciones Unidas (10 de agosto de 2022). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
18. Organización Panamericana de la Salud (10 de agosto de 2022). Declaración de Alma-Ata. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
19. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado el 12 de agosto de 2022 de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
20. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. (2000). Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos y Sociales. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
21. Naciones Unidas. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
22. Naciones Unidas. (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

23. Naciones Unidas. (1961). Carta Social Europea. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1934.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1934>
24. Naciones Unidas. (1981). Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf>
25. Organización de los Estados Americanos. (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Recuperado el 17 de agosto de 2022 de: https://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/documentos/discapacidad/MARCOS-INTERNACIONALES/protocolo_de_san_salvador_1988.pdf
26. Naciones Unidas. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Recuperado el 15 de agosto de 2022 de: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf
27. Organización de los Estados Americanos. (1991). Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Recuperado el 15 de agosto de 2022 de: <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>
28. Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Recuperado el 16 de agosto de 2022 de: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
29. Naciones Unidas. (1995). Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado el 20 de agosto de 2021 de: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
30. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Recuperado el 21 de agosto de 2021 de: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
31. Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial para la Salud. (2008). El Derecho a la Salud. Folleto Informativo N° 31. Recuperado el 18 de agosto de 2021 de: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
32. Naciones Unidas. (18 de agosto de 2022) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. <https://www.undp.org/es>
33. Naciones Unidas. (21 de agosto de 2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>

34. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (25 de agosto de 2021). Constitución de la Nación Argentina de 1853. http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=3873
35. Tobar, F. (2013). Salud pública y derecho a la salud. En: Clérico, L.; Ronconi, L. y Aldao, M. Tratado de derecho a la salud. Buenos Aires. Abeledo Perrot.
36. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (1949). Constitución de la Nación Argentina. Recuperado el 27 de agosto de 2022 de: http://www.jus.gob.ar/media/1306658/constitucion_1949.pdf
37. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (1994). Constitución de la Nación Argentina. Recuperado el 27 de agosto de 2022 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
38. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (1994). Constitución de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado el 28 de agosto de 2022 de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=173
39. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1989). Ley 23.661, Sistema Nacional de Seguro de Salud. Recuperado el 8 de agosto de 2022 de: www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23661-63
40. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (2009). Ley 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Recuperado el 1 de septiembre de 2022 de: http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26529-derechos_paciente_historia_clinica.htm?11
41. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (2012). Decreto Reglamentario de la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Recuperado el 1 de septiembre de 2022 de: http://www.saij.gob.ar/legislacion/decreto-nacional-1089-2012-decreto_reglamentario_ley_26529.htm?18#CT003
42. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2000). Decreto 939/2000. Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Objetivos. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-939-2000-64697/texto>
43. República Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1983). Ley Nacional N° 22.964 de Control y Tratamiento de la Lepra. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22964-233084/texto>
44. República Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias.

Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

45. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2013). Decreto 603/2013. Aprobación de la Reglamentación de la Ley Nacional N°26.657. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>
46. República Argentina. Ministerio de Salud. (2000). Resolución 480/2000. Aprobación de la creación del Programa de Asistencia Continua Integral para Pacientes con HIV, Cáncer y Patologías Multirresistentes (PACI). Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-480-2000-63417/texto>
47. República Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1972). Ley Nacional N° 19.549. Ley Nacional y reglamentación de procedimientos administrativos. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-19549-22363/texto>
48. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2017). Decreto 894/2017. Aprobación texto ordenado del Reglamento de Procedimientos Administrativos. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-894-2017-285797/texto>
49. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (1999). Decreto 467/1999. Reglamento de Investigaciones Administrativas. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-467-1999-57525/normas-modifican>
50. República Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1999). Ley Nacional N° 25.164. Ley de Regulación del Empleo Público Nacional. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25164-60458/normas-modifican>
51. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2002). Decreto 1421/2002. Aprobación de las pautas para la aplicación del régimen de contrataciones de personal. Ley Nacional N° 25.164. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1421-2002-76700/texto>
52. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2006). Decreto 214/2006. Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional. Vigencia. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-214-2006-114315/texto>

53. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2008). Decreto 2098/2008. Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del personal del Sistema Nacional de Empleo Público (SINEP) y el Acta Acuerdo. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-2098-2008-148090/texto>
54. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2009). Decreto 1133/2009. Homologación del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción del Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1133-2009-157067>
55. República Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1992). Ley Nacional N° 24.156. Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24156-554/texto>
56. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2001). Decreto 1023/2001. Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1023-2001-68396/texto>
57. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2016). Decreto 1030/2016. Manual de Procedimiento para el Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1030-2016-265506/normas-modifican>
58. Ministerio de Salud, República Argentina. Marco Normativo. Recuperado el 1 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsommer/institucional/marconormativo>
59. Fernández-Díaz J.M. (2001). El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gaceta Sanitaria, 15 (5): 453-460. Recuperado el 15 de junio de 2022 de: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71600-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71600-7)
60. Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado el 3 de septiembre de 2022 de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
61. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2010). Los niños, niñas y adolescentes tienen derechos. Sitio web oficial de UNICEF, Chile. Recuperado el 3 de septiembre de 2022 de: <https://www.unicef.org/chile/los-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-tienen-derechos>

62. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (1990). Ley 23.849. Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado el 1 de septiembre de 2022 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>
63. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (2006). Ley 26.206. Ley de Educación Nacional. Recuperado el 3 de septiembre de 2022 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/123542/texact.htm>
64. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (2013). Ley 26.892. Ley para la Promoción de la convivencia el abordaje de la conflictividad social en las instituciones educativas. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/220645/norma.htm>
65. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. (2005). Ley 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
66. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Recuperado el 15 de septiembre de 2022 de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>
67. Tuñón, I. (2011). Las oportunidades educativas frente al bicentenario: niñez y adolescencia en la Argentina urbana en 2010. Boletín nº 1 del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Recuperado el 13 de septiembre de 2022 de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8216>
68. Tuñón, I. y Halperin, V. (2010). Desigualdad social y percepción de la calidad en la oferta educativa en la Argentina urbana. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 12(2). Recuperado el 15 de septiembre de 2022 de: <http://redie.uabc.mx/vol12no2/contenido-halperin.html>
69. Formichella, M. M. y London, S. (2013). Empleabilidad, educación y equidad social. Revista de Estudios Sociales, 47 (1): 79-91. Recuperado el 16 de septiembre de 2022 de: <https://doi.org/10.7440/res47.2013.06>
70. Leivas, M. (2020). Estatus socioeconómico y educación en Argentina. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo. Recuperado el 12 de septiembre de 2022 de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374696>
71. Espinosa, M. (2009). La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía. Andamios, 5 (10): 71-109. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632009000100004&lng=es&tlng=es

72. Acosta, M. O., Maine, C. A. y Rosales, M. A. (2016). Educación de adolescentes y jóvenes. Una mirada desde los procesos de diseño y gestión de Políticas públicas en la Educación Secundaria. El caso de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Entre Ríos, República Argentina (2010-2015). Tensiones, preocupaciones, desafíos y propuestas desde el eje: "Ambiente y clima institucional". Villa María: Universidad Nacional de Villa María. Recuperado el 10 de septiembre de 2022 de: <http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/adiv/article/download/4012/2710/3954>
73. Ferreyra, H. A. (2015). Comprender y mejorar la educación secundaria: ambiente y clima institucional. Colección Educación secundaria: sentidos, contextos y desafíos. Serie mundos escolares. (7). - 1a ed. - Córdoba: EDUCC - Editorial de la Universidad Católica de Córdoba; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UNICEF. Recuperado el 17 de septiembre de 2022 de: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/EDUCACION_Compr_enderMejorarEducSec-AmbienteClima.pdf
74. Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2014). Las contribuciones de las políticas socioeducativas para el nivel secundario. Las perspectivas de los actores locales. Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DiNIECE). (15). Recuperado el 17 de septiembre de 2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie-en-debate-15-web.pdf>
75. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (15 de septiembre de 2022). Educación para la salud y el bienestar. <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
76. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina. (2018). Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf
77. Giraldo Osorio, A. y col. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 15 (1): 128-143. Recuperado el 15 de septiembre de 2022 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
78. Organización Panamericana de la Salud. (2018). Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud? Recuperado el 15 de septiembre de 2022 de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49146/OPSARG18031-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

79. Organización Mundial para la Salud. (1998). Promoción de la Salud. Glosario de la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI. Recuperado el 15 de julio de 2022 de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
80. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Salud en las Américas. Capítulo 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Publicación Científica y Técnica, I-Regional (622). Washington D.C. Recuperado el 15 de julio de 2022 de:
<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>
81. López A. O.; Escudero J. C.; Carmona L. D. (2008) Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva del taller Latinoamericano de determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Social Medicine/Medicina Social, 4 (3): 323-335.
82. López, S. (2016). Problematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva. Libro de cátedra. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Trabajo Social. Editorial EDULP. Recuperado el 16 de julio de 2022 de:
https://www.researchgate.net/publication/357717274_Problematizando_la_salud/link/61dc74094e4aff4a64315973/download
83. De La Guardia Gutiérrez, M. A., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results, 5 (1): 81-90. Epub. Recuperado el 15 de julio de 2022 de:
<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
84. Gómez-Arias R. D. (2018) ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 36 (Supl.1): 64-102. Recuperado el 15 de julio de 2022 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7016827.pdf>
85. Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud, 15 (3): 397-408. Recuperado el 16 de julio de 2022 de:
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
86. Vergara Quintero, M. d. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 12 (1): 41-50. Recuperado el 16 de julio de 2022 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
87. Rangel Esquivel, J. M. (2011). Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, VI (11): 28-56.

88. Organización Mundial de la Salud. (18 de julio de 2022). Salud bucodental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
89. Buzai G., Villerías Alarcón I. (2018). Análisis espacial cuantitativo de los determinantes sociales de la salud (DSS) en la cuenca del Río Luján (provincia de Buenos Aires, Argentina). Estudios Socioterritoriales: Revista de Geografía. (23): 155-169. Recuperado el 18 de julio de 2022 de: [https://www.researchgate.net/publication/326080008 Analisis espacial cuantitativo de los Determinantes Sociales de la Salud DSS en la cuenca del rio Lujan Provincia de Buenos Aires Argentina](https://www.researchgate.net/publication/326080008_Analisis_espacial_cuantitativo_de_los_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_DSS_en_la_cuenca_del_rio_Lujan_Provincia_de_Buenos_Aires_Argentina)
90. Laserna ME. (2007). Más allá de la disciplina odontológica... la Salud Bucal Colectiva. Revista de la Caja Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires. (1): 6–8.
91. Morales-Borrero C., Borde E., Eslava-Castañeda J. C. y Concha-Sánchez S.C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Revista de Salud Pública. 15 (6): 797-808. Recuperado el 17 de julio de 2022 de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n6/810-813/es>
92. Hirmas Aday M., Poffald Angulo L., Jasmen Sepúlveda A. M., Aguilera Sanhueza X., Delgado Becerra I., Vega Morales J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública. 33 (3): 223–229. Recuperado el 17 de julio de 2022 de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/223-229/es>
93. Organización Panamericana de la Salud. (17 de julio de 2022) Determinantes Ambientales de Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
94. Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada. Minister of Supply and Services of Canada. Recuperado el 21 de julio de 2022 de: https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf
95. Government of Canada. (2022). Social determinants of health and health inequalities. Sitio web oficial de la Agencia Pública de Salud de Canadá. Recuperado el 18 de julio de 2022 de: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
96. Tarlov A. (1996). Social determinants of Health: the sociobiological transition. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds). Health and Social Organization. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
97. Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. Bull World Health Organ. Tomo 79, Vol. 10, p. 988-989.

98. Wilkinson R. y Marmot M. (2003). Social Determinants of Health. The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. Recuperado el 14 de julio de 2022 de: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
99. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. (2009) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
100. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. (2005) Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Recuperado el 19 de julio de 2022 de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
101. Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
102. Diderichsen, Evans and Whitehead. (2001). "The social basis of disparities in health". En Evans y col. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York, Oxford UP.
103. Acheson, D. (1998). Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London, The Stationery Office Ltd.
104. López A. O.; Escudero J. C.; Carmona L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva del taller Latinoamericano de determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Social Medicine/Medicina Social. 4 (3): 323-335. Recuperado el 17 de julio de 2022 de: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
105. Crimaldi, D. N.; Armendano, A. S.; Díaz, G.; Obiols, C. I.; Paleo, M. A. C.; Rasse, J. N.; Sparacino, S. E.; García Mayocchi, M. C.; Di Nápoli Citrángolo, N. (2019). Factores socio-demográficos que inciden en la atención odontológica de pacientes que concurren a la FOLP. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Recuperado el 21 de julio de 2022 de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/95068>
106. Tintaya Velasquez, Z. K. (2016). Factores sociodemográficos que influyen en la percepción de los usuarios sobre la calidad de atención en la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno. Recuperado el 21 de julio de 2022 de: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4485>
107. González Martínez F., Puello del Rio E., Díaz Caballero A. (2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Revista Clínica Médica y Familia. 3 (1): 27-35. Recuperado el 21 de julio de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100007&lng=es

108. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R. (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (3): 186–188. Recuperado 28 de julio de 2022 de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>
109. Ministerio de Educación de la Nación. (2020). Evaluación de la educación secundaria en Argentina 2019. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación. Informe de evaluación - Niveles del sistema educativo. Recuperado el 18 de noviembre de 2022 de: <https://drive.google.com/file/d/1w6v3xjn7bAW73Op4AstghUwpcmFwFtIT/view>
110. Carranza G. G., Zalazar, C. E. (2019). La autonomía de la persona menor de edad en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo: cambios normativos en Argentina. *Revista de Derecho Privado*, (36): 29-55. Recuperado el 19 de septiembre de 2022 de: <https://doi.org/10.18601/01234366.n36.02>
111. Suárez Ponce D., Watanabe Velásquez R., Zambrano De la Peña S., Anglas Machacuay A., Romero Álvarez V., Montano Rubín De Celis Y. (2016). Bioética, principios y dilemas éticos en Odontología. *Odontología Sanmarquina*, 19 (2): 50-52. Recuperado el 19 de septiembre de 2022 de: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v19i2.12919>
112. Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Universidad Autónoma Metropolitana, México DF. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de: http://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Desigualdad,%20inequidad%20e%20injusticia_Mario_Hern%C3%A1ndez.pdf
113. de Andrade L. O., Pellegrini Filho A., Solar O., Rígoli F., de Salazar L. M., Serrate P. C., Ribeiro K. G., Koller T. S., Cruz F.N., Atun R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 4;385 (9975): 1343-1351. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25458716/>
114. Aguirre, B. T. (2015). Influencia de un programa de intervención comunitaria sobre el estado de salud de una población semi-rural dominicana. *Facultat de Medicina i Odontologia Departament de Pediatria, Obstetricia i Ginecologia*. Valencia, España. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50794/BORRADOR%20montado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

115. Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública. 33 (1): 1-14. Recuperado el 19 de septiembre de 2022 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003
116. Ribotta, B. S. (2013). Hacia el seguimiento de los determinantes sociales de la salud: alcances y limitaciones de las estadísticas de defunción en la Argentina (2001-2009). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 31 (supl. 1): 139-148. Recuperado el 16 de septiembre de 2022 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2013000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
117. Organización Panamericana de la Salud. (12 de septiembre de 2022) Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
118. Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York, Estados Unidos de América. Recuperado el 10 de septiembre de 2022 de: http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf
119. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). (2022). Encuesta Permanente de Hogares. Evolución de la distribución del Ingreso. Tercer trimestre de 2022. Informes técnicos 6 (241). Trabajo e ingresos 6 (8). Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 13 de diciembre de 2022 de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ingresos_3trim22B346C13133.pdf
120. Bárcena Ibarra A., Byanyima W. (15 de septiembre de 2022). Latin America Is the World's Most Unequal Region. Here's How to Fix It. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/inequality-is-getting-worse-in-latin-america-here-s-how-to-fix-it>
121. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). Panorama Social de América Latina. División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la CEPAL. Recuperado el 12 de septiembre de 2022 de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
122. Segura, R. (2013). Elementos para una crítica de la noción de segregación residencial socio-económica: desigualdades, desplazamientos e interacciones en la periferia de La Plata. Quid16, Revista del Área de estudios Urbanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani. (2): 106-132. Recuperado el 11 de septiembre de 2022 de: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/quid16/article/view/1118/1006>
123. García, E. (2008). Políticas de igualdad, equidad y gender mainstreaming. ¿De qué estamos hablando? Marco conceptual. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Fondo España-PNUD. Recuperado el 21 de septiembre de 2022 de:

<https://atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/sites/atlasdegenerosemujeres.edomex.gob.mx/files/files/2%20Pol%C3%ADticas%20de%20igualdad.pdf>

124. Maceira D. (2020) Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas. 14 (1): 155-179. Recuperado el 15 de septiembre de 2022 de: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4536/1/RevEstadoPolPu%cc%81bl%2814%292020p155-179.pdf>
125. Maceira, D. (2018). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 14 de septiembre de 2022 de: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>
126. Piovani, J. y Salvia, A. (2018). La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la Estructura Social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI. (Sociología y política). Recuperado el 11 de septiembre de 2022 de: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvtxw2b7>
127. Bayón, M. y Saraví, G. (2019). La experiencia escolar como experiencia de clase. Fronteras morales, estigmas y resistencias. Desacatos, Revista de Ciencias Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Ciudad de México, México. (59): 68-85. Recuperado el 12 de septiembre de 2022 de: <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2050/1454>
128. Rivas A. (2007). El desafío del derecho a la educación en Argentina: un dispositivo analítico para la acción. Fundación CIPPEC. Buenos Aires, Argentina. 1a ed. Recuperado el 21 de septiembre de 2022 de: https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/07/el_desafio_del_derec.pdf
129. Organización Mundial del Comercio. (16 de septiembre de 2022) Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Sitio web oficial. Recuperado el de: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/mdg_s/mdgs_s.htm
130. Organización de los Estados Ibero-Americanos. (2010). Metas educativas 2021. La educación que queremos para la generación de los bicentenarios. Documento final. Madrid, España. Recuperado el 17 de septiembre de 2022 de: <https://oei.int/publicaciones/metas-educativas-2021-la-educacion-que-queremos-para-la-generacion-de-los-bicentenarios-documento-inicial>
131. Stuchlik S. (2012). La nueva institucionalidad creada por la ley nacional de protección integral de niñas, niños y adolescentes. En Danieli, M. E. (2012). Sistemas de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes: recorridos y perspectivas desde el Estado y la sociedad civil. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. 1a

- ed. Pág. 99. Recuperado el 17 de septiembre de 2022 de:
https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/Libro_sistemasdeproteccion.pdf
132. Bayón, M. (2019). Las grietas del neoliberalismo. Dimensiones de la desigualdad contemporánea en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 83 (1): 243-247. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de:
<http://mexicanadesociologia.unam.mx/docs/vol83/num1/v83n1r2.pdf>
133. Cervini R. (2009). Comparando la inequidad en los logros escolares de la educación primaria y secundaria en argentina: un estudio multinivel. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 7 (1). Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de: <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol7num1/art1.pdf>
134. Hanushek E. A. y Woessmann L. (2009). Schooling, cognitive skills, and the Latin American growth puzzle. National Bureau of Economic Research. Working Paper Series 15066. Recuperado el 22 de septiembre de 2022 de: <http://www.nber.org/papers/w15066>
135. Galimberti C. I. (2016) Contrastes e inequidades en los territorios intermedios de la Región Metropolitana de Rosario, Argentina. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*. Madrid, España. 37 (1): 135-159. Recuperado el 28 de septiembre de 2022 de: <https://doi.org/10.5209/AGUC.55959>
136. Walker V., Formichella M. M, y Krüger, N. (2021). Derecho a la educación y desigualdades sociales. Oportunidades educativas en contextos de pobreza urbana de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Espacios en blanco. Revista de Educación*, 2 (31): 317-333. Recuperado el 25 de septiembre de 2022 de: <https://dx.doi.org/10.37177/unicen/eb31-304>
137. Sabatini, F. (2003). La segregación social del espacio en las ciudades de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas Sociales. Washington D.C. Recuperado el 25 de septiembre de 2022 de: https://www.researchgate.net/publication/254421887_La_segregacion_social_del_espacio_en_las_ciudades_de_America_Latina
138. Krüger, N. (2011). The segmentation of the argentine education system: Evidence from PISA 2009. *Regional and Sectoral Economic Studies*, 11 (3): 41-64. Recuperado el 19 de septiembre de 2022 de:
https://www.researchgate.net/publication/227410175_The_Segmentation_of_the_Argentine_Education_System_Evidence_from_PISA_2009
139. Krüger, N. (2014). Más allá del acceso: segregación social e inequidad en el sistema educativo argentino. Bogotá, Colombia. *Cuadernos de Economía*, 33 (63): 513-542. Recuperado el 18 de septiembre de 2022 de:
<https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v33n63.45344>

140. Krüger, N. (2013). Segregación social y desigualdad de logros educativos en Argentina. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (CONICET-UNS). Archivos Analíticos de Políticas Educativas, 21 (86): 1-30. Recuperado de <https://doi.org/10.14507/epaa.v21n86.2013>
141. Ortúzar, M. G. (2011). Desigualdad social y salud. En: VIII Jornadas de Investigación en Filosofía. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado el 24 de septiembre de 2022 de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/35607/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
142. Vigo Gutiérrez, G. (2007). El derecho a la educación en Perú. Buenos Aires, Argentina. Foro Latinoamericano de Políticas Educativas (FLAPE). Fundación Laboratorio de Políticas Públicas. 1° Ed. Recuperado el 22 de septiembre de 2022 de: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2012/08/834.pdf>
143. Candreva A., Susacasa S., Rosella S., Azanza M. (2011). El espacio curricular educación para la salud como emergente de las demandas sociales. Tercera Época, Revista Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. 2 (3): 1-2. Recuperado el 22 de septiembre de 2022 de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15589/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
144. Buzai, G., y Villerías Alarcón, I. (2018). Análisis espacial cuantitativo de los determinantes sociales de la salud (DSS) en la cuenca del río Luján (provincia de Buenos Aires, Argentina). Estudios Socioterritoriales, 23. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-43922018000100010&lng=es&tlng=es
145. Rodríguez Espínola S., Salvia, A. (2018) Informe técnico: accesibilidad y calidad de la atención médica: conurbano bonaerense, CABA y otras regiones urbanas. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8137>
146. Spíndola Zago, O. (2016). Espacio, territorio y territorialidad: una aproximación teórica a la frontera. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, 61 (228): 27-56. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182016000300027&lng=es&tlng=es
147. Escobar, A. (2015). Territorios de diferencia: la ontología política de los “derechos al territorio”. Universidad de Buenos Aires. Cuadernos de Antropología Social. Buenos Aires, Argentina. (41): 25-38. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180942587002>

148. Grajales Ventura S., Concheiro Bórquez L. (2009). Nueva ruralidad y desarrollo territorial. Una perspectiva desde los sujetos sociales. *Veredas, Revista de pensamiento sociológico*, 18 (1): 145-167. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de: <https://veredasojs.xoc.uam.mx/index.php/veredas/article/view/214/213>
149. Sabatini F. y Brain I. (2008). La segregación, los guetos y la integración social urbana: mitos y claves. Chile. *Revista latinoamericana de estudios urbano regionales (EURE)*. 24 (103): 5-26. Recuperado el 27 de septiembre de 2022 de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612008000300001>
150. Kaplan, C. V. (2013) Culturas estudiantiles. Sociología del vínculo en la escuela. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*. Universidad de Buenos Aires, Argentina. (33): 107-108. Recuperado el 27 de septiembre de 2022 de: <https://doi.org/10.34096/riice.n33.1104>
151. Romero, C. (2012). La escuela secundaria entre el grito y el silencio. Las voces de los actores. *Anuario de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de La Pampa, Argentina*, 10 (1). Recuperado el 28 de septiembre de 2022 de: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/anuario/article/view/567/529>
152. Callieri I. G., Montero N. L. y Montes E. P. (2022) Docentes y su posición frente a la participación de los adolescentes en la escuela. *Investigaciones, Ensayos y Experiencias*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy. 5 (5): 51-58. Recuperado el 28 de septiembre de 2022 de: https://ies7-juj.infed.edu.ar/aula/archivos/repositorio/3000/3134/05 IEEN5-Callieri_Montero_Montes.pdf
153. Funes Arteaga J. (2010). 9 Ideas Clave. Educar en la adolescencia. Editorial GRAÓ. Barcelona España. ISBN 978-84-7827-910-4.
154. Venegas, M. (2013). La educación afectivosexual en el marco de la educación para la ciudadanía democrática y los derechos humanos. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 6 (3): 408-425. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5144553>
155. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. Nueva York, Estados Unidos de América. Recuperado el 2 de octubre de 2022 de: https://www.unicef.org/media/50091/file/UNICEF_SOWC_2016_SP.pdf
156. Cortés, R. y Giacometti C. (2010). Políticas de educación y su impacto sobre la superación de la pobreza infantil. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CEPAL/UNICEF). *Políticas sociales* (157). Recuperado el 2 de octubre de 2022 de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6163>

157. Rico M. N., Trucco D. (2014). Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futuro. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Chile. Serie Políticas Sociales (190). Recuperado el 2 de octubre de 2022 de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35950/4/S2014097_es.pdf
158. Montero A. V. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista Médica de Chile*, 139 (10): 1249-1252. Recuperado el 3 de octubre de 2022 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001>
159. Medina M. M., Iriquín S. M. Diagnóstico en Ortodoncia. Edit. Edufolp. La Plata. 2000.
160. Rufasto Goche, K. y Saavedra Alvarado, B. (2014). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 22 (2): 82. Recuperado el 3 de octubre de 2022 de: <https://doi.org/10.20453/reh.v22i2.130>
161. Maddaleno M., Morello P. & Infante-Espínola F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.1): 132-139. Recuperado el 3 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=es&tlng=es
162. Faisal M., Vila V. (2004). La educación como punto de partida inicial en la prevención. *Comunicaciones científicas y tecnológicas de la Universidad Nacional del Nordeste*. Recuperado el 4 de octubre de 2022 de: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-036.pdf25>
163. Rodríguez K., Salgueiro J., Díaz C., Rosales Álvarez Z. (2010) Nivel de conocimientos sobre educación para la salud en adolescentes del "Politécnico" Pedro Téllez" de Pinar del Río, 2008. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 14 (1): 37-46. Recuperado el 5 de octubre de 2022 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100005&lng=es&tlng=es
164. Quintero Paredes P. P., Castillo Rocubert N., Roba Lazo B. C., Padrón González O., Hernández Hierrezuelo M. E. (2012). Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16 (1): 132-145. Recuperado el 5 de octubre de 2022 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es&tlng=es
165. Francisca Corona H., Eldreth Peralta V. (2011). Prevención de conductas de riesgo. Elsevier. *Revista Médica Clínica Las Condes. Medicina de la adolescencia*, 22 (1): 68-75. Recuperado el 7 de octubre de 2022 de: DOI 10.1016/S0716-8640(11)70394-7

166. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. (2013). Programa de Salud Bucodental infantil en la comunitat Valenciana. Valencia, España. Recuperado el 7 de octubre de 2022 de:
https://ceice.gva.es/documents/162783553/162784602/manual_PSB_2013.pdf/408fea55-ab6a-4ef9-9b50-553b33d5e99f
167. Secretaría de Salud de México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2012). Salud bucal en la adolescencia. Ed. Programa de Salud Bucal del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Recuperado el 10 de octubre de 2022 de:
<https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf>
168. Organización Mundial de la Salud. (10 de octubre de 2022) Salud del adolescente. Sitio web oficial de la OMS. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
169. Organización Mundial de la Salud. (15 de agosto de 2022). Determinantes sociales de la salud. http://www.who.int/social_determinants/es/.
170. Villanueva, A. (2010). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. Revista Transporte y Territorio, (2): 136-157. Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 12 de Noviembre de 2022 de: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/rtt/article/view/237/215>
171. Herger N. y Sassera J. (2018). Un acercamiento a la desigualdad socioeducativa en espacios locales. Lenguaje y Sociedad, 15 (15): 1-33. Recuperado el 15 de Noviembre de 2022 de: <http://dx.doi.org/10.19137/els-2018-151503>
172. Núñez P., Seca V. y Arce Castillo V. (2021). Diversificación de la estructura de la escuela secundaria y segmentación educativa en América Latina: la experiencia de adolescentes y jóvenes en la Argentina. Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/45), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado el 12 de diciembre de 2022 de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46818>
173. Suldo, S.M., Riley K.N., Shaffer E. J. (2006). Academic Correlates of Children and Adolescents' Life Satisfaction. Sch. Psychol Int. 27 (5): 567-82. 21. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de: <http://dx.doi.org/10.1177/0143034306073411>
174. Vitalea R., Degoyb E. y Berrab S. (2015). Salud percibida y rendimiento académico en adolescentes de escuelas públicas de la ciudad de Córdoba. Arch. Argent. Pediatr. 113 (6): 526-533. Recuperado el 11 de diciembre de 2022 de:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n6/v113n6a12.pdf>
175. Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 49-54. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de:

<https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-%09%20%09estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>

176. Guedes D. P., Astudillo H. A. V., Morales J. M. M, del Campo Vecino J., Pires Júnior R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. Rev. Panam. Salud Publica. 35 (1): 46–52. Recuperado el 29 de noviembre de 2022 de: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v35n1/07.pdf
177. Vega Jiménez, A. L., Sifuentes Valenzuela, M. C., & de la Fuente Hernández, J. (2010). Estimación de necesidades en salud bucal de adolescentes. Revista odontológica mexicana, 14 (4), 237-243. Recuperado el 26 de noviembre de 2022 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2010000400237&lng=es&tlng=es
178. Mafla, A. C. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colombia Médica, 39 (1), 41-57. Recuperado el 11 de noviembre de 2022 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=en&tlng=es
179. Tajer, D. J., Reid G. B., Cuadra, M. E., Solís M., Romeral J. F., Saavedra. L. D., Lavarello M. L., Fabbio R. P. (2020). Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. Salud Colect. 15. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2256>
180. Bordini N. Medicina Ambulatoria de adolescentes. Argentina: FUSA 2000 Editora, 1992.
181. Medrano Cortes, E., Franco Trejo, C. S., Medrano Rodríguez, J. C., & Casas Gómez, C. (2015). Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la climuzac. Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud (RICS). 3(6), 1 - 12. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/22>
182. López A.O., Escudero J. C., Carmona L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva del taller Latinoamericano de determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. Social Medicine/Medicina Social. 4 (3): 323-335. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
183. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia. (2017). Documento de análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud para el distrito capital. Recuperado el 18 de noviembre de 2022 de: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2021/06/ASIS-2017_compressed.pdf

184. Delgado B., I., Cornejo Ovalle, M., Jadue H. L. y Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient. Dent.* 10 (2): 101-109. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123493>
185. Silberman, Martin & Marin, Gustavo & Pozzio, Maria & Sanguinetti, Carlos. (2013). The toothless face of the health system. The health system as a negative social determinant in oral health. An experience in Buenos Aires Province, Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 10 (1): 22-29. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de: https://www.researchgate.net/publication/236900336_The_toothless_face_of_the_health_system_The_health_system_as_a_negative_social_determinant_in_oral_health_An_experience_in_Buenos_Aires_Province_Argentina
186. Brown, J. L. (2015). Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio. *Questión, Revista Especializada en Periodismo y Comunicación, Facultad de Periodismo, Universidad Nacional de La Plata.* 1 (48): 325-340. Recuperado el 11 de noviembre de 2022 de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/71069/CONICET_Digital_Nro.6cd5a1e2-d961-469f-b775-6c3f0d235101_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
187. Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud.* 15 (1): 128-143. Universidad de Caldas. Recuperado el 15 de noviembre de 2022 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
188. Roldan Flores B. E., Sánchez Olavarría C. (2020). Humanismo en odontología. *Debates en Evaluación y Currículum. Congreso Internacional de Educación, Universidad Autónoma de Tlaxcala.* 5 (5). Recuperado de: <https://posgradoeducacionuatx.org/pdf2019/E194.pdf>
189. Zemel M. G. E., Miguel R., Cocco, L. A., Di Girolamo, G., Sapienza, M. E., Pólvora, B., Iantosca, A. E. (2016). Influencia de los determinantes sociales en la bioética odontológica. *Revista de la Facultad de Odontología. La Plata, Buenos Aires, Argentina.* Recuperado el 15 de noviembre de 2022 de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63224>
190. Escobar, Juan Carlos, Keller, Victoria, & Vázquez, Mariana. (2017). Situación de salud de las y los adolescentes de entre 10 y 19 años en Argentina, 2005-2016. *Revista Argentina de Salud Pública,* 8 (31), 39-42. Recuperado el 14 de noviembre de 2022 de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000200007&lng=es&tlng=es
191. Tuñón, I. y González, M. S. (2013). Grado de cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en la Argentina urbana. *IV Congreso Argentino Latinoamericano de Derechos Humanos: Diálogos Pluriculturales para la Equidad.* Universidad Nacional de

Rosario, Rosario. Recuperado el 14 de noviembre de 2022 de:
<https://www.aacademica.org/ianina.tunon/33.pdf>

192. Arias, M. A. y Suárez, Z. (2016). La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos. Montevideo: Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCCUR). Recuperado el 14 de noviembre de 2022 de:
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18210/1/arias_la_atenci%c3%b3n_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf
193. Oliva Te-kloot, J. (2014). La bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista. Revista Latinoamericana de Bioética. 15 (28-1), 38-53. Recuperado el 18 de noviembre de 2022 de: <https://doi.org/10.18359/r/bi.521>

9. Anexos

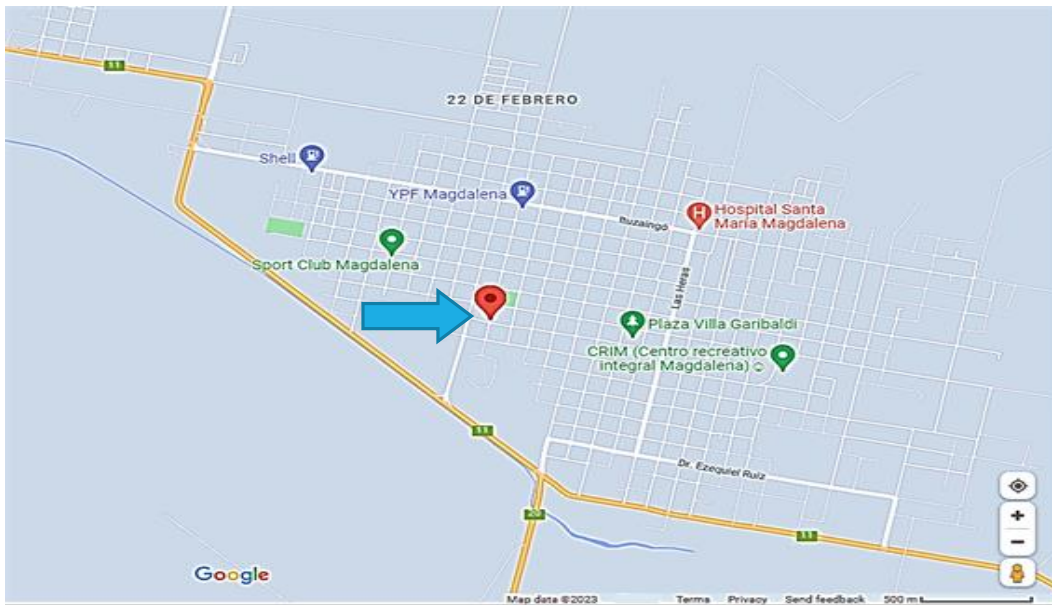
Ubicación geográfica



Ubicación de la localidad de Magdalena, Provincia de Buenos Aires, Argentina.



Delimitación del Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires, Argentina.



Ubicación de la Escuela de Educación Secundaria N° 7 “Dr. Félix A. Valenti” de Magdalena, Provincia de Buenos Aires.



Frente de la Escuela de Educación Secundaria N° 7 “Dr. Félix A. Valenti” de Magdalena, Provincia de Buenos Aires.

Centros Públicos de Salud

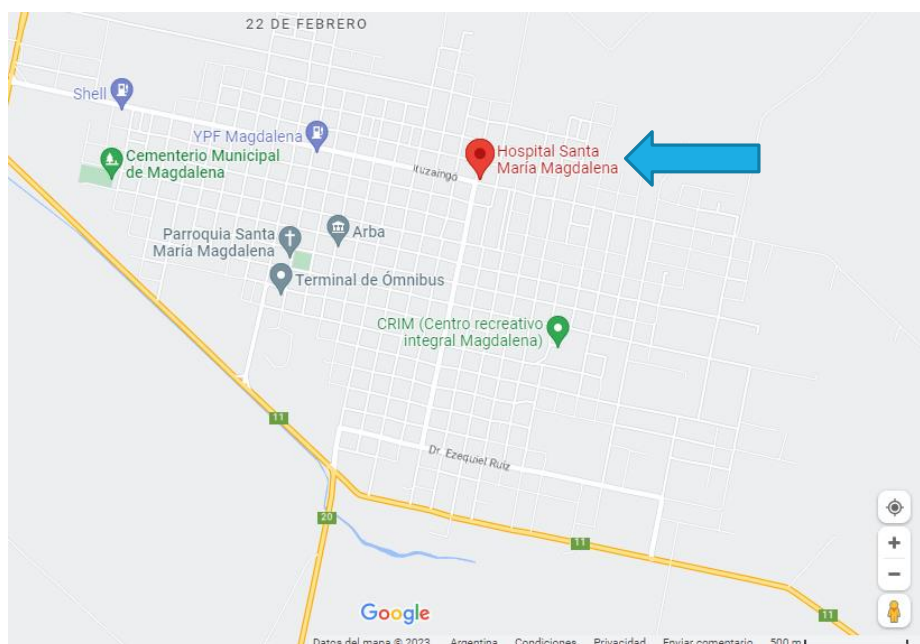
Hospital Municipal “Santa María Magdalena”.

Establecimiento público abierto a la comunidad, en vías de organización y reorganización en diferentes servicios y áreas.

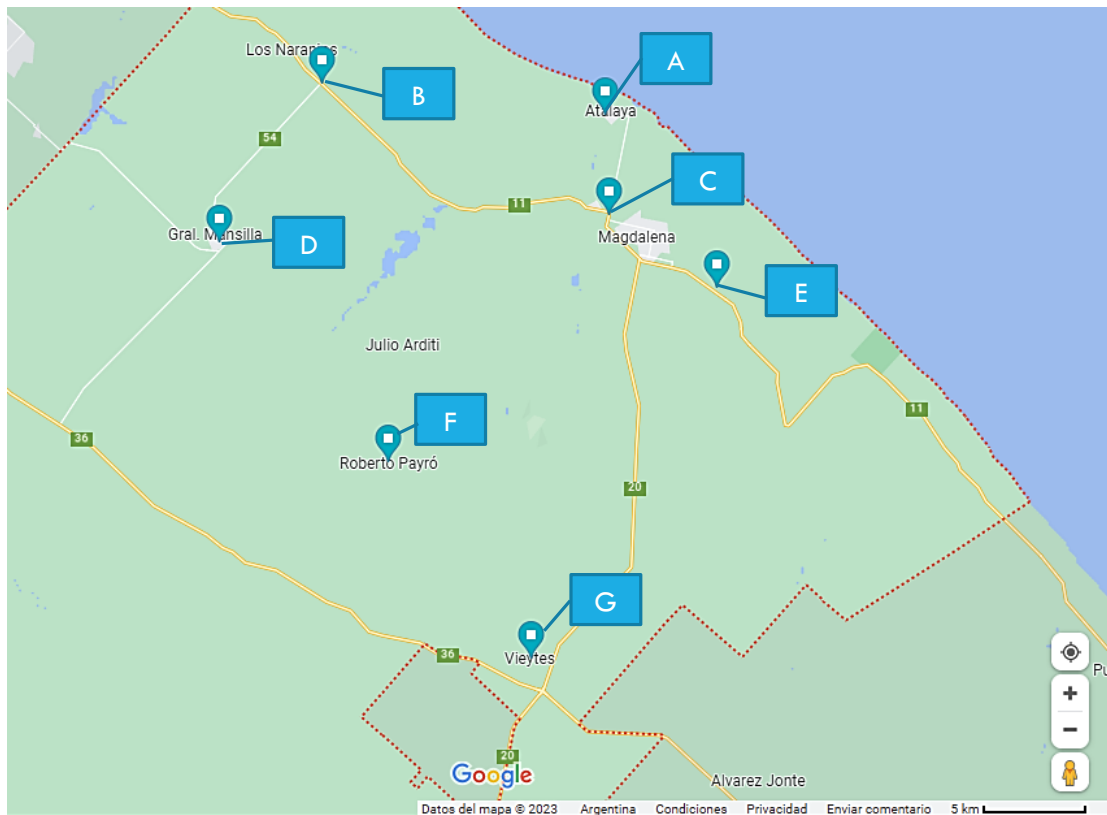
Ubicación: calle Las Heras N° 385, Magdalena, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Fuente: sitio web oficial de la Municipalidad de Magdalena.

<https://www.magdalena.gob.ar/?q=hospital-municipal>



Unidades Sanitarias y Centros de Atención Primaria de la Salud en el Partido de Magdalena



A: Unidad Sanitaria: Atalaya

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Calle Apecechea y Terrarosa, Atalaya, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

B: Unidad Sanitaria: El Pino

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Ruta 11, Km. 27. Paraje El Pino, Los Naranjos, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

C: Centro Comunitario de Salud: Empalme Magdalena

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Calle 7 entre Ruta 11 y 112., Magdalena, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

D: Unidad Sanitaria: Bavio

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Calle 25 de Mayo y General Paz, General Mansilla, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

E: Servicio Penitenciario Bonaerense, Unidad N° 28.

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Ruta 11, Km. 111. Magdalena, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

F: Centro Comunitario de Salud “Roberto Payro”

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Planta Urbana frente a estación de tren, Roberto Payró, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

G: Unidad Sanitaria Vieytes

Centro de Atención Primaria de la Salud.

Ubicación: Calle 5 entre 14 y 14bis, Vieytes, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Encuesta



¡Hola! La siguiente encuesta tiene algunas preguntas importantes sobre "la salud".

La encuesta es anónima, no es necesario que brindes tu nombre y apellido. Todo lo que respondas será guardado en secreto.

Es muy valioso tu aporte y es importante que completes todas las preguntas, pero recordá que si no querés contestar alguna, podés dejarla en blanco. Incluso si no querés contestar nada, podés simplemente devolver la hoja.

¡Muchas gracias!

¿Cuántos años tenés?

¿Sos mujer o varón?

¿En qué barrio vivís?

¿A qué año de la Escuela vas?

1. ¿Qué entendés por "SALUD"?

.....

.....

2. Marcá con un X al lado de la opción que exprese como **Tu salud es:**

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

3. ¿Qué entendés por "SALUD BUCAL"?

.....

.....

4. Marcá con un X al lado de la opción que exprese como **Tu salud bucal es:**

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

5. En el último año, ¿te enfermaste? Marcá con un X la opción que corresponda.

- a. No.
- b. Si. ¿Qué enfermedad o enfermedades tuviste?
-

6. Marcá con un X la última vez que tuviste que ir al odontólogo:

- a. Hace más de un año
- b. Entre seis meses y un año
- c. Entre un mes y seis meses
- d. Este mes
- e. No recuerdo / Nunca fui

7. ¿Recordás por qué motivo fuiste la última vez al odontólogo?

.....

Un último esfuerzo.... Marcá con un X la opción que corresponda

Cuando necesitaste consultar con una o un odontólogo/a o este último año:

8. ¿Te atendiste en un Centro de Salud público en forma gratuita este último año?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No recuerdo

9. ¿Te atendiste en un consultorio de una obra social este último año?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No recuerdo

10. ¿Tuviste que pagar alguna vez por un tratamiento odontológico este último año?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No recuerdo

11. ¿Con quién fuiste a atenderte las últimas veces?

12. ¿Alguna vez sentiste que te discriminaron en la consulta odontológica?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No recuerdo

13. Cuando visitaste a un odontólogo/a, ¿te explicaron el tratamiento que te iban a realizar?
 - a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Nunca
 - d. No recuerdo

14. Cuando visitaste a un odontólogo/a ¿te explicaron que iban a guardar secreto de todo lo que contaras o preguntaras sobre tu salud?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No recuerdo

15. ¿Conocés la atención odontológica que se ofrece en la Facultad de Odontología de La Plata? Si / No
 16. Si en la pregunta **15.** contestaste: **Si**
→ ¿Fuiste atendido alguna vez en la Facultad de Odontología de La Plata? Si / No

 17. Si en la pregunta **15.** contestaste: **No**
→ ¿Te gustaría conocer la Facultad de Odontología de La Plata? Si / No

¡Muchas gracias por tu colaboración!

10. Agradecimientos

Quisiera reconocer en primer lugar al *Dr. Martín Gastón Esteban Zemel* por el enorme apoyo a lo largo de todos estos años y el acompañamiento que me brindó desde el primer momento. Sin su ayuda no hubiese sido posible para mí alcanzar este objetivo y me encuentro profundamente agradecido por todo lo compartido y por haberme siempre empujado a ir por más.

También quiero agradecer enormemente al *Dr. Ricardo Miguel* por haber confiado en mí y haberme dado la posibilidad de unirme a un equipo de trabajo maravilloso, con el cual compartí muchas experiencias enriquecedoras tanto en lo personal como en lo profesional.

Un agradecimiento muy especial a mi tan apreciada Casa de Altos Estudios, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Un lugar donde verdaderamente me sentí como en casa durante muchos años, resultado de la hospitalidad, la calidez y la unión por el servicio y el aprendizaje constante. No podría estar más feliz y tranquilo de saber que fue la decisión correcta el haber elegido a la FOUNLP como mi lugar para mi formación.

Quiero agradecer desde lo más profundo de mí ser a mi familia que con tanto amor me acompañaron y me ayudaron incondicionalmente para lograr así encaminarme a hacia mi futuro. Mi papá, mi mamá y mi hermano, que Dios los tenga en su cuidado y los bendiga siempre. Enormemente agradecido con ellos por absolutamente todo.

Quisiera finalizar agradeciendo a todas las personas que de una manera u otra fueron parte, me ayudaron o simplemente estuvieron ahí a lo largo de este proceso. Son muchos, los tengo presentes y voy a conservar tantos buenos recuerdos y experiencias en mí. A todos ellos y ellas les agradezco de corazón por haber compartido parte de su valioso tiempo conmigo.