

## PERCEPCIONES BIOÉTICAS EN ADOLESCENTES DE LAS COMUNIDADES DE GENERAL MANSILLA

CONTRIBUTIONS FOR CURRICULUM UPDATE

Unidad Ejecutora: Instituto de Investigaciones en Educación Superior (IIES)

Facultad de Odontología – UNLP (Calle 50 e/ 1 y 115) La Plata (1900)

Fuente de apoyo financiero. Subsidio automático UNLP

olfolp@yahoo.com

“Sin conflicto de interés”

MIGUEL Ricardo, ZEMEL Martín, COCCO Laura, SAPIENZA María Elena, CATINO Magalí, DI GIROLAMO PINTO Germán, IANTOSCA Alicia, GARCÍA BOSI Sebastián, ALFARO Martín, ELVIRA Anabella



### RESUMEN

En los últimos años, la legislación argentina explicitó un conjunto de derechos sanitarios que modificaron el paradigma de atención clínica. Si bien se desarrollaron estudios regionales respecto de los derechos sanitarios, todavía resultan escasas las pesquisas que relacionen su práctica con los determinantes sociales de la salud.

**OBJETIVO:** examinar el ejercicio efectivo de los derechos de los pacientes en la práctica odontológica y la influencia de determinantes sociales sobre el mismo.

**MÉTODOS:** El estudio descriptivo evaluó nivel de instrucción; nivel de conocimiento de los derechos sanitarios; percepción del respeto de la propia autonomía; implementación del derecho a la información clínica; grupo etario. Se registró una encuesta cerrada a una muestra azarosa de 300 pacientes del Hospital Universitario cuyas edades comprendieron entre 21 y 70 años. El tamaño de muestra fue calculado mediante Epi Info™ Versión 7.1.5, considerando un Nivel de Confianza de 95% y realizando un posterior ajuste al tamaño de la población. Así se obtuvo un tamaño muestral de 150 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo A) y 150 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo B). Los resultados fueron analizados estadísticamente determinando sus propiedades psicométricas, así como la existencia de correlación entre las variables estudiadas.

La encuesta fue tomada bajo condiciones controladas. El proceso de

construcción y validación del instrumento se realizó mediante un juicio de expertos que verificó la validez del contenido y constructo aplicando la V de Aiken (0,99), luego se evaluó la confiabilidad obteniendo resultados del Alfa de Crombach (0,73) y el análisis Factorial. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando el programa SPSS 15, tomando un intervalo de confianza (IC) del 95% y considerando diferencias significativas para  $p < 0.05$

**RESULTADOS:** En el grupo A, 60% (90/150) pertenecieron al género femenino, con rango de edades entre 12 a 56 años (mediana 20 años). En los pacientes de género masculino, el rango de edades osciló entre 17 a 22 años (mediana 19 años). En el grupo B, 52.7% (79/150) correspondieron al género femenino, con rango de edades entre 13 a 41 años (mediana 20.5 años). En los pacientes de género masculino, el rango de edades osciló entre 17 a 62 años (mediana 19.5 años).

En ambos grupos, el análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación inversa entre el grupo etario y la instrumentación del derecho a la información clínica. Se confirmó la asociación positiva entre el nivel de instrucción y la instrumentación del derecho a la información clínica, como entre este último y la percepción del respeto de la propia autonomía. Asimismo, la autonomía se observó más reducida en las prácticas odontológicas protagonizadas por los pacientes del grupo B

**CONCLUSIONES:** Si bien los pacientes tuvieron un significativo ejercicio de sus derechos sanitarios, cabe reflexionar respecto de la influencia de los determinantes sociales que favorecen al aumento de contextos de vulnerabilidad promoviendo una aparente disminución del respeto del ejercicio de la autonomía en las decisiones clínicas vinculadas con la atención clínica odontológica.

**PALABRAS CLAVE:** Odontología – derechos sanitarios - Bioética  
Investigación financiada por U.N.L.P.

## ABSTRACT

In recent years, Argentine legislation has specified a set of health rights that modified the clinical care paradigm. Although regional studies on health rights have been developed, there is still little research that relates their practice to the social determinants of health.

**OBJECTIVE:** to examine the effective exercise of the rights of patients in dental practice and the influence of social determinants on it.

**METHODS:** The descriptive study evaluated the level of instruction; level of knowledge of health rights; perception of respect for one's own autonomy; implementation of the right to clinical information; age group. A closed survey was registered to a random sample of 300 patients of the University Hospital whose ages comprised between 21 and 70 years. The sample size was calculated using Epi Info™ Version 7.1.5, considering a Confidence Level of 95% and making a subsequent adjustment to the size of the population. Thus, a sample size of 150 patients from highly complex clinics (Group A) and 150 patients from medium complexity clinics (Group B) was obtained. The results were analyzed statistically determining their psychometric properties, as well as the existence of correlation between the variables studied.

The survey was taken under controlled conditions. The process of construction and validation of the instrument was carried out by an expert judgment that verified the validity of the content and construct by applying the Aiken V (0.99), then the reliability was evaluated, obtaining results from Crombach's Alpha (0.73) and the Factorial analysis. The data obtained were standardized for processing and statistical treatment using the SPSS 15 program, taking a confidence interval (CI) of 95% and considering significant differences for  $p < 0.05$

**RESULTS:** In group A, 60% (90/150) belonged to the female gender, with a range of ages between 12 to 56 years (median 20 years). In male patients, the range of ages ranged from 17 to 22 years (median 19 years). In group B, 52.7% (79/150) corresponded to the female gender, with a range of ages between 13 and 41 years (median 20.5 years). In male patients, the range of ages ranged from 17 to 62 years (median 19.5 years).

In both groups, the correlation analysis confirmed the existence of an inverse association between the age group and the implementation of the right to clinical information. The positive association between the level of instruction and the implementation of the right to clinical

information was confirmed, as between the latter and the perception of respect for one's autonomy. Likewise, autonomy was observed to be lower in the dental practices carried out by patients in group B ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONS:** Although the patients had a significant exercise of their health rights, it is worth reflecting on the influence of the social determinants that favor the increase in contexts of vulnerability, promoting an apparent diminution of respect for the exercise of autonomy in the clinical decisions related to clinical dental care.

**KEYWORDS:** Dentistry - health rights – Bioethics  
Investigation financed by U.N.L.P.



## INTRODUCCIÓN

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud resultan esenciales para gozar de buena calidad de vida y alcanzar la equidad sanitaria. El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios sanitarios. A partir del mismo se fue evaluando y reconstruyendo dicho marco conceptual básico. En particular, 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 (Moiso, 2007). El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia, están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención tienen una importante función de rectoría en relación con este derecho humano fundamental, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud instó a los diferentes países a redactar y promulgar leyes que velen por los derechos sanitarios y el derecho de los ciudadanos a recibir información y participar en las políticas públicas y la definición del presupuesto público. La mencionada Comisión consideró que corregir las desigualdades sanitarias es una cuestión de justicia social, y por tanto, un imperativo ético. En este sentido, el derecho a la salud, de rango constitucional, fue operativizado en la materia a partir de las Leyes Nacionales 26.529, 26.742 y sus Reglamentaciones gestando el marco legal para el ordenamiento y regulación de los derechos de los pacientes en la República Argentina. De esta forma, el derecho a la información clínica surge en el andamiaje legal como un aspecto esencial del nuevo modelo de práctica clínica.

La modificación del paradigma de atención clínica gestó el desarrollo de

**CONCLUSIONES:** Si bien los pacientes tuvieron un significativo ejercicio de sus derechos sanitarios, cabe reflexionar respecto de la influencia de los determinantes sociales que favorecen al aumento de contextos de vulnerabilidad promoviendo una aparente disminución del respeto del ejercicio de la autonomía en las decisiones clínicas vinculadas con la atención clínica odontológica.

**PALABRAS CLAVE:** Odontología – derechos sanitarios - Bioética  
Investigación financiada por U.N.L.P.

## ABSTRACT

In recent years, Argentine legislation has specified a set of health rights that modified the clinical care paradigm. Although regional studies on health rights have been developed, there is still little research that relates their practice to the social determinants of health.

**OBJECTIVE:** to examine the effective exercise of the rights of patients in dental practice and the influence of social determinants on it.

**METHODS:** The descriptive study evaluated the level of instruction; level of knowledge of health rights; perception of respect for one's own autonomy; implementation of the right to clinical information; age group. A closed survey was registered to a random sample of 300 patients of the University Hospital whose ages comprised between 21 and 70 years. The sample size was calculated using Epi Info™ Version 7.1.5, considering a Confidence Level of 95% and making a subsequent adjustment to the size of the population. Thus, a sample size of 150 patients from highly complex clinics (Group A) and 150 patients from medium complexity clinics (Group B) was obtained. The results were analyzed statistically determining their psychometric properties, as well as the existence of correlation between the variables studied.

The survey was taken under controlled conditions. The process of construction and validation of the instrument was carried out by an expert judgment that verified the validity of the content and construct by applying the Aiken V (0.99), then the reliability was evaluated, obtaining results from Crombach's Alpha (0.73) and the Factorial analysis. The data obtained were standardized for processing and statistical treatment using the SPSS 15 program, taking a confidence interval (CI) of 95% and considering significant differences for  $p < 0.05$

**RESULTS:** In group A, 60% (90/150) belonged to the female gender, with a range of ages between 12 to 56 years (median 20 years). In male patients, the range of ages ranged from 17 to 22 years (median 19 years). In group B, 52.7% (79/150) corresponded to the female gender, with a range of ages between 13 and 41 years (median 20.5 years). In male patients, the range of ages ranged from 17 to 62 years (median 19.5 years).

In both groups, the correlation analysis confirmed the existence of an inverse association between the age group and the implementation of the right to clinical information. The positive association between the level of instruction and the implementation of the right to clinical

information was confirmed, as between the latter and the perception of respect for one's autonomy. Likewise, autonomy was observed to be lower in the dental practices carried out by patients in group B ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONS:** Although the patients had a significant exercise of their health rights, it is worth reflecting on the influence of the social determinants that favor the increase in contexts of vulnerability, promoting an apparent diminution of respect for the exercise of autonomy in the clinical decisions related to clinical dental care.

**KEYWORDS:** Dentistry - health rights – Bioethics  
Investigation financed by U.N.L.P.

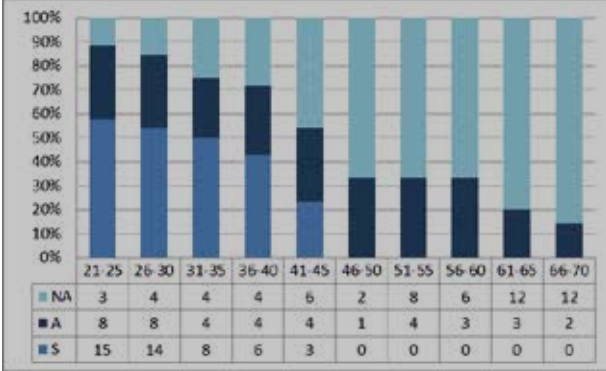


## INTRODUCCIÓN

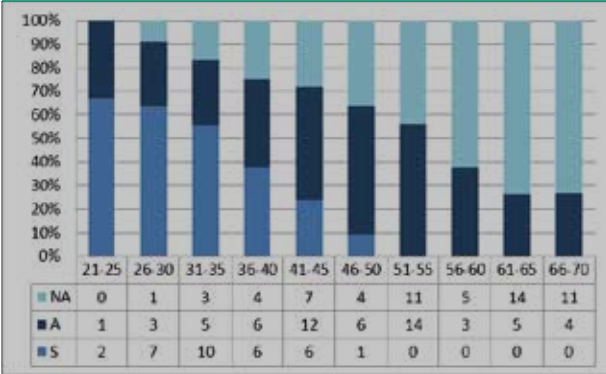
El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud resultan esenciales para gozar de buena calidad de vida y alcanzar la equidad sanitaria. El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios sanitarios. A partir del mismo se fue evaluando y reconstruyendo dicho marco conceptual básico. En particular, 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 (Moiso, 2007). El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia, están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención tienen una importante función de rectoría en relación con este derecho humano fundamental, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud instó a los diferentes países a redactar y promulgar leyes que velen por los derechos sanitarios y el derecho de los ciudadanos a recibir información y participar en las políticas públicas y la definición del presupuesto público. La mencionada Comisión consideró que corregir las desigualdades sanitarias es una cuestión de justicia social, y por tanto, un imperativo ético. En este sentido, el derecho a la salud, de rango constitucional, fue operativizado en la materia a partir de las Leyes Nacionales 26.529, 26.742 y sus Reglamentaciones gestando el marco legal para el ordenamiento y regulación de los derechos de los pacientes en la República Argentina. De esta forma, el derecho a la información clínica surge en el andamiaje legal como un aspecto esencial del nuevo modelo de práctica clínica.

La modificación del paradigma de atención clínica gestó el desarrollo de

**Gráfico 1.** Conocimiento de los derechos sanitarios en el Grupo A según grupo etario.

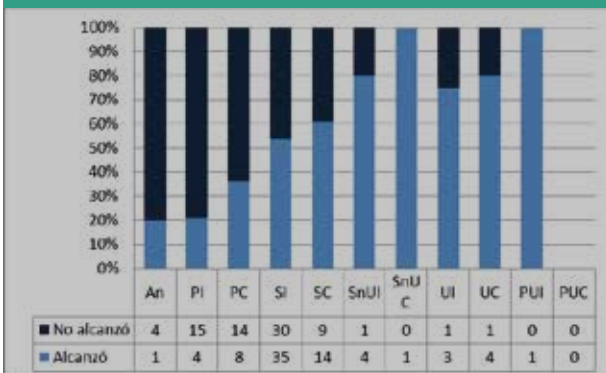


**Gráfico 2.** Conocimiento de los derechos sanitarios en el Grupo B según grupo etario.

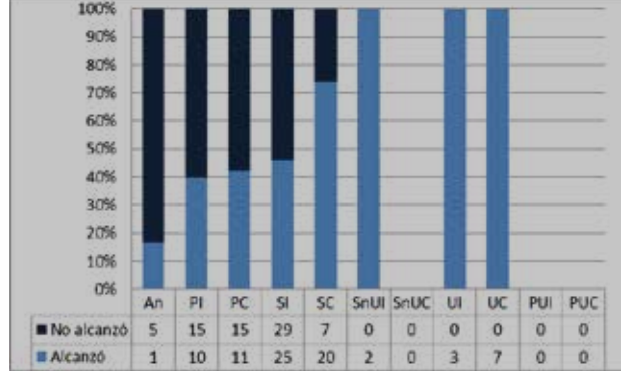


En la evaluación de la variable “implementación del derecho a la información clínica”, se registró que la totalidad de los participantes, en ambos grupos, participaron de un proceso de diálogo. Sin embargo, al medir el indicador “aceptación de información clínica” se observó una significativa diferencia entre los participantes en virtud de su nivel de instrucción. En este sentido, individuos que sólo habían alcanzado el nivel de instrucción primaria presentaron una baja respuesta (Grupo A: 13, 22.0%; Grupo B: 22, 23.3%,  $p < 0.05$ ), mientras que aquellos que estaban en los segmentos superiores no manifestaron señales negativas ( $p < 0.05$ )

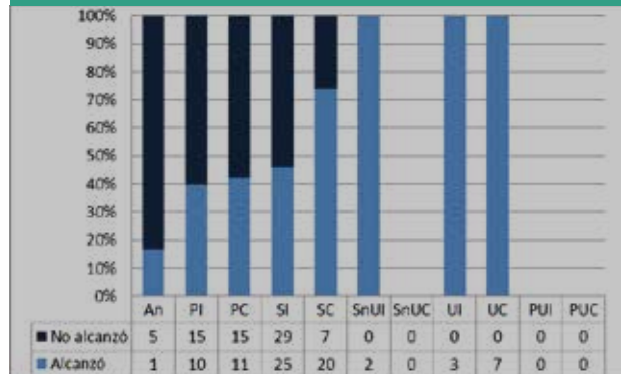
**Gráfico 3.** Aceptación información clínica según nivel de instrucción en pacientes del grupo A



**Gráfico 4.** Aceptación información clínica según nivel de instrucción en pacientes del grupo B

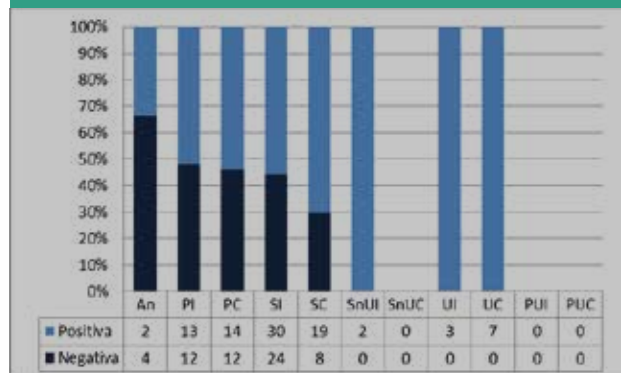


**Gráfico 5.** Percepción del respeto por la propia autonomía según nivel de instrucción (Grupo A)



Al evaluar la variable “percepción del respeto de la propia autonomía” se observó una mirada negativa en los niveles comprendidos por pacientes analfabetos o que completaron sólo el nivel primario, en el Grupo A = 24, 16.0%; mientras que en el Grupo B = 28, 18.7%;  $p < 0.05$ . En los pacientes, de ambos grupos, que se encontraron en el nivel de formación superior no se hallaron manifestaciones negativas.

**Gráfico 6.** Percepción del respeto por la propia autonomía según nivel de instrucción (Grupo B)





## DISCUSIÓN

La información, considerada como un proceso de relación verbal de intercambio de información entre el profesional sanitario y el paciente, forma parte de todas las intervenciones sanitarias y constituye un deber más de los profesionales. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en el que el paciente lo permita.

Los cambios sociales hicieron que la comunicación se constituya como un requisito previo a la autonomía del paciente (Simón Lorda, 2002), uno de los pilares básicos de la bioética y a su derecho a la información, en un modelo de relación más deliberativo y participativo, entre unos profesionales sanitarios menos protagonistas y unos pacientes más “expertos” e informados, a la vez que más satisfechos (Mira et al, 2000).

Sin embargo, continúa siendo bajo el nivel educativo que presentan los pacientes en la consulta odontológica. En este sentido, entre los determinantes de la salud señalados por los organismos internacionales se encuentra el vinculado con la Educación. Esto es así, ya que las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales. (Moiso, 2007)

Por tanto, el imperativo de actuar sobre los determinantes sociales condujo al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

Si se parte de la premisa que uno de los objetivos principales de la consulta odontológica es procurar que el paciente esté informado, el estudio mostró que una significativa proporción de pacientes no quiso aceptar la información propuesta. Esto favoreció que los pacientes se quedaran con intenciones de preguntar y/o no comprendieron totalmente la información.

La participación del paciente en la toma de decisiones sigue siendo hoy día muy escasa (Miguel, 2006; Zemel, 2012). Son muy pocos los pacientes a los que se pide opinión acerca del proceso diagnóstico o sobre el tratamiento que deberán seguir, a pesar de que parece probado que participar en la toma de decisiones resulta positivo desde el punto de vista de la efectividad del tratamiento. Esto demuestra que aún estamos lejos del modelo de relación «compartida», en el que la

información fluye de forma bidireccional, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre médico y paciente. (Barca Fernández, 2004)

Por tanto, se debiera plantear un nuevo modelo de práctica odontológica que incluyera la evaluación de los determinantes sociales y, así, un modelo de comunicación sanitaria adecuada para los diferentes pacientes que asisten a la consulta clínica.

Para finalizar, cabe señalar que hoy día el paradigma de formación profesional deberá adecuarse al emergente modelo de atención clínica donde la comunicación de la información sanitaria se convierte en esencia para el respeto del ejercicio del principio bioética de la autonomía. En palabras de Meneu: «compartir información no es lo mismo que la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo».



## CONCLUSIONES

A partir de la muestra procesada se pudo concluir que: a) los individuos más jóvenes tuvieron un mayor conocimiento de sus derechos sanitarios que los de los segmentos mayores ( $p < 0.05$ ), b) en ambos grupos el nivel de instrucción fue determinante para establecer el nivel de aceptación de la información clínica como también su percepción del respeto por la propia autonomía ( $p < 0.05$ ).

No obstante cabe reflexionar respecto de la influencia de determinantes sociales que favorecen el aumento de contextos de vulnerabilidad y disminuyen la autonomía en las decisiones vinculadas con la clínica odontológica. A partir de ello, se estima conveniente plantear la necesidad de generar espacios educativos no formales que promuevan el desarrollo pleno del ejercicio efectivo de los derechos sanitarios.

## Bibliografía

1. Alfaro Carballido LD, García Rupaya CR. Percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(1):5-12
2. Amarilla Guirland A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud*. 2011; 7(2): 43-49
3. Anguiano Molina A. M., Hernández Lara Y., Plascencia Vázquez C., Jiménez S. E. La Bioética y el trabajo social. Una experiencia profesional, reflexiones. *Revista Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición digital* 2005; 39
4. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004;33(7):361-367
5. Boletín Oficial de la República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 1089/2012. Reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 5/7/2012
6. Comisión sobre Determinantes de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud. *Edit. Journal SA*; 2009: 97
7. Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. Consent in dentistry: ethical and deontological issues. *J Med Ethics* 2013; 39: 59-61
8. Espinosa C.V. Menoret V., Puchulu M.B., Selios M.J., Witriw A. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *DIAETA*. 2009; 27 (128): 31-36
9. Fernández Barrera J., De Vicente Zuera I., Palacín Bartroli C., Alegre R. M., Boixados A, Chagas E, Parra B, Torralba J. M., Tabueña M. Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*. 2012; 24:44-60
10. Gonçalves E, Verdi M.I. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (3):755-764
11. Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
12. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Ley N° 26.742 modificando determinados artículos de la Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes y decretos reglamentarios.
13. Meneu R. La perspectiva de los pacientes [editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002;4:3-4
14. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000;114(Supl 3):26-33.
15. Miguel R, Zemel M. El Consentimiento Informado en Odontólogos Residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *Acta Bioethica. OPS/OMS*. 2006; 12:81-90
16. Moiso A. Determinantes de Salud. En: Barragán H. *Fundamentos de Salud Pública*. La Plata: Edit. EDULP; 2007: 176-181
17. Simon Loda P. El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas. *Cuadernos de la Fundación Grifols N° 5*; 2002: 11-62.
18. Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina – 2010. *An Fac med*. 2012;73(1):19-26
19. Zemel M, Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2012; 1 (5): 94-106

