

Validación del inventario de problemas éticos para la salud bucal

Doris Gomes¹, Elma Zoboli², Mirelle Finkler³

Resumen

Se trata de una investigación metodológica para validar el Inventario de Problemas Éticos en Atención Primaria de Salud para la Salud Bucal mediante la técnica Delphi, buscando el consenso entre 23 odontólogos. Se solicitó un análisis comparativo entre los puntos del inventario de referencia y el inventario de salud bucal, cuestionando su compatibilidad y adecuación, incluidos los problemas éticos propios del área investigada. Los expertos propusieron reescribir y cambiar varios elementos. En la segunda ronda, se ha buscado un consenso en temas no agotados en la etapa anterior. La técnica Delphi resultó fundamental para obtener enunciados más comprensibles y adecuados, potenciando el uso del inventario por parte de los gestores y trabajadores de salud bucal, la reflexión ético-política sobre los problemas vividos y la construcción de procesos colectivos de deliberación.

Palabras clave: Ética. Bioética. Atención primaria de salud. Salud bucal. Estudio de validación.

Resumo

Validação de inventário de problemas éticos para a saúde bucal

Trata-se de pesquisa metodológica para validar o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde para a Saúde Bucal por meio da técnica Delphi, buscando consenso entre 23 cirurgiões-dentistas. Solicitou-se análise comparativa entre os itens do inventário de referência e do inventário para saúde bucal, questionando sua compatibilidade e adequação, incluindo problemas éticos específicos da área pesquisada. Os especialistas propuseram reescrever e alterar diversos itens. Houve segunda rodada para buscar consenso nas questões não esgotadas na etapa anterior. A técnica Delphi mostrou-se essencial para obter enunciados mais compreensíveis e adequados, potencializando o emprego do inventário pelos trabalhadores e gestores da saúde bucal, a reflexão ético-política sobre os problemas vividos e a construção de processos coletivos de deliberação.

Palavras-chave: Ética. Bioética. Atenção primária à saúde. Saúde bucal. Estudo de validação.

Abstract

Validation of the inventory of ethical problems for oral health

This is a methodological research to validate the Inventory of Ethical Problems in Primary Health Care for Oral Health using the Delphi technique, searching for a consensus among 23 dental surgeons. A comparative analysis between the reference instrument and the Inventory for Oral Health was requested, questioning their compatibility and adequacy, including ethical problems specific to the studied area. The professionals proposed rewriting and altering several items. A second round was conducted to seek consensus on issues not exhausted in the previous stage. The Delphi technique was essential to obtain more understandable and adequate items, enhancing the use of the inventory by oral health workers and public health managers, the ethical reflection on the problems experienced, and the construction of collective deliberation processes.

Keywords: Ethics. Bioethics. Primary health care. Oral health. Validation study.

Aprobación CEP-UFSC CAAE 60739716.1.0000.0121

1. **Doctora** dorisgomesodonto@gmail.com – Faculdades Unidas do Norte de Minas, Florianópolis/SC 2. **Libre docente** elma@usp.br – Universidade de São Paulo, São Paulo/SP 3. **Doctora** mirelle.finkler@ufsc.br – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.

Correspondencia

Doris Gomes – Rua Rafael da Rocha Pires, 3.913, Sambaqui CEP 88051-001. Florianópolis/SC, Brasil.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Según Rovere¹, desde la Declaración de Alma-Ata la atención primaria a la salud (APS) se convirtió en pilar de la garantía de la salud como derecho humano fundamental, basada en valores como calidad de vida, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía y participación. Siguiendo estos principios, la creación del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, en el apogeo de la redemocratización del país, buscó modificar el estándar biomédico hospitalocéntrico, con el objetivo de construir un modelo de acceso universal y atención integral.

Sin embargo, a diferencia de otros sistemas universales de la posguerra, el brasileño se crea cuando el *welfare state* ya está en crisis. Las políticas neoliberales de austeridad dificultan su consolidación, debido a la falta de financiación y la fragmentación generada por intereses privatistas y mercantilistas. Al final de los años 1990, el Programa de Salud de la Familia, transformado posteriormente en Estrategia Salud de la Familia (ESF), tiene como objetivo fortalecer la APS, reorganizar los procesos de trabajo, invertir en tecnologías no materiales, humanizar la atención para calificar la atención y proponer una clínica ampliada, además de un tratamiento curativo individualizado^{2,3}.

La naciente bioética social converge con el movimiento sanitario y de la salud colectiva para edificar su referencial epistemológico y práctico, registrando importantes avances en la construcción de un conocimiento bioético brasileño. En el campo de la bioética clínica, el desafío es consolidar los comités clínicos de bioética⁴. En la APS, la tarea es desvelar y resolver problemas éticos “naturalizados” debido a que se entrelazan con cuestiones organizativas y estructurales.

En ese contexto, se buscó desarrollar el inventario de Problemas Éticos en la APS (IPE-APS), dirigido a identificar conflictos cotidianos de las prácticas de salud. Ese proceso colaboró para el surgimiento de la bioética clínica amplificada⁵, referencial que destaca el hecho de que, diferentemente de la atención terciaria, los problemas éticos en la APS no están vinculados a situaciones de emergencia y tecnologías biomédicas, sino a situaciones invisibles en la *praxis* de la salud. El enfoque, por lo tanto, apunta a la falta de percepción y deliberación ética sobre estos problemas, aunque la estructura de los servicios sea un factor causal importante^{6,7}.

En Brasil, la deliberación ética^{8,9} para la toma de decisiones frente a conflictos morales ha sido poco empleada en la asistencia de alta complejidad,

debido al bajo número de comités de bioética. Ya en la APS, la deliberación suele ocurrir junto al control social, en espacios participativos como los consejos de salud, en forma de discusiones atravesadas por componentes políticos, distanciadas de la perspectiva ética.

El debate en la cogestión de equipos que utilizan el método de la rueda y de la problematización basada en la pedagogía de Freire depende del compromiso de los trabajadores y gestores. Pero ¿se inserta la dimensión ética de los problemas de salud en este contexto participativo? ¿Está presente en los espacios de discusión sobre la APS? ¿Podría incorporarse el método deliberativo a los métodos de gestión ya utilizados? ¿Sería necesario construir otros espacios de deliberación ética o bastaría con brindar un apoyo adecuado a los trabajadores?

Considerando esas cuestiones, un instrumento que considerara diferentes contextos de la APS sería una herramienta importante para delimitar problemas éticos y calificar las prácticas en salud. La salud bucal, por limitarse a la boca —con todos los sentidos epistemológicos y prácticos que esta delimitación puede suscitar—, puede ser un campo singular para identificar esos problemas, y por eso fue elegida en este estudio. A través de una encuesta de problemas éticos con profesionales de la salud bucal en la región metropolitana del Sur de Brasil¹⁰, seguida de la etapa de equivalencia de ítems, semántica y contenido de estos problemas específicos con el IPE-APS por un comité de jueces, origina un inventario enfocado a la salud bucal (IPE-APS-SB)^{10,11}. Este artículo presenta la validación de ese nuevo inventario, que busca fomentar la reflexión y la deliberación sobre problemas ético-políticos.

Método

La validación busca evaluar la confiabilidad de las observaciones, interpretaciones y generalizaciones desarrolladas a lo largo de la investigación, incluyendo las etapas de validación facial, de contenido y psicométrica del constructo. La validación facial consiste en aplicar el instrumento adaptado a una muestra de forma concurrente con el instrumento existente y validado, considerado el estándar de oro. El proceso, que se puede llevar a cabo por comité de especialistas, se justifica cuando hay necesidad de una nueva escala, aunque otras ya existan. La validación interna o de contenido se refiere al juicio sobre el instrumento por diferentes expertos, que

analizan el contenido y la relevancia de los objetivos a medir^{12,13}.

En este trabajo, los análisis de equivalencia facial y de contenido se desarrollaron utilizando el método Delphi modificado¹⁴, que examina y discute la evaluación experta sobre un tema específico para obtener consenso y llegar a la versión final. Basada en el mítico oráculo de Delfos, la técnica está estructurada para recopilar sistemáticamente juicios sobre ciertos problemas, procesar información y construir un acuerdo general. Sus principios básicos son: 1) interactividad, por medio de rondas sucesivas de consultas para que los participantes revisen sus opiniones; 2) retroalimentación, en la que especialistas reciben valoraciones de todos los participantes antes de las rondas para contrastarlas con sus propios criterios y ofrecer nuevamente su juicio; 3) anonimato de las respuestas individuales; y 4) construcción de consenso –acuerdo general del grupo a partir del procesamiento estadístico de las diferencias y coincidencias entre las apreciaciones individuales y sus modificaciones–¹⁵.

Para la selección de los participantes, se recomienda trabajar con 10 a 15 especialistas, pues un número mayor trae pocos beneficios en comparación con el aumento de complejidad¹⁵. Sin embargo, la muestra por conveniencia de este trabajo contó con 23 especialistas, seleccionados en los municipios incluidos en la investigación (Florianópolis, Palhoça, São José y Biguaçu, todos del estado de Santa Catarina). Como la calidad de la validación depende principalmente de los especialistas elegidos, se buscó incluir cirujanos dentistas con experiencia de trabajo en la APS y posgrado en áreas afines –residencia en salud de la familia (4); especialización seguida o no de residencia (8); maestría (4); doctorado (6); con graduación, pero vasta experiencia en la APS (1)–. Se consideró que esos profesionales tenían saberes y experiencias relevantes, además de motivación para participar¹⁴.

Como la etapa de construcción del inventario alcanzó la cantidad expresiva de 36 ítems, en la validación fue necesario subdividirlos en dos grupos, con sus respectivos cuestionarios estructurados, a fin de no sobrecargar a los especialistas. El Grupo 1, compuesto por 12 especialistas, quedó responsable por comparar los 21 ítems del IPE-APS de referencia con los ítems equivalentes del IPE-APS-SB, probando si el ítem del nuevo inventario estaba elaborado de acuerdo con el instrumento original y si era compatible

con la realidad de los problemas éticos de la salud bucal, con lenguaje claro y terminología correcta. El Grupo 2, con 11 especialistas, evaluó 15 problemas éticos específicos de la salud bucal, sin equivalentes en el IPE-APS de referencia, probando si el ítem estaba compatible con la realidad de los problemas éticos de la salud bucal, con lenguaje claro y terminología correcta. En el caso de desacuerdo, se les pidió que reescribieran el problema para mejorar la comprensión, tejiendo comentarios o explicaciones.

Los especialistas fueron invitados por teléfono o personalmente a participar de la investigación y, después de la aceptación, fueron distribuidos aleatoriamente en los dos grupos y recibieron el cuestionario entre julio de 2018 y abril de 2019, de modo electrónico e individual. En la primera ronda, el instrumento se acompañó de una nota explicativa que incluía los objetivos de la técnica y del estudio, orientaciones para las respuestas y término de consentimiento libre esclarecido. En la secuencia, se recibieron y analizaron las respuestas. Sobre la base de los cambios propuestos, se modificaron varios elementos. Las respuestas que no alcanzaron un consenso mínimo del 51%^{6,7,15} se llevaron a la segunda ronda.

Resultados

La aplicación del método Delphi resultó en dos rondas de validación, en las que se modificó la redacción de los ítems siguiendo las sugerencias de los expertos. Los ítems que mostraron menos del 51% de desacuerdo⁷ fueron descartados para la segunda ronda y, como ninguno de los ítems superó el 51% de desacuerdo en la segunda ronda, no fue necesario un tercero.

En la primera ronda del método Delphi, el Grupo 1 de expertos comparó los ítems del IPE-APS de referencia con los ítems equivalentes del IPE-APS-SB propuesto. En la cuestión “¿el ítem es compatible con la realidad de los problemas éticos en salud bucal, sí o no?”, solo tres ítems (8, 27 y 38) no recibieron consenso, y se enviaron a la segunda ronda. El Grupo 2 analizó los otros ítems del IPE-APS-SB propuesto. En la misma cuestión, en apenas cinco ítems (7, 10, 12, 23 y 27) no se llegó a consenso, siendo enviados para segunda ronda. Los Cuadros 1 y 2 presentan la validación realizada por los Grupos 1 y 2, respectivamente. La versión finalizada del IPE-APS-SB podrá consultarse en el Anexo.

Cuadro 1. Ítems del Inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de Salud para la Salud Bucal validados por el método Delphi

Ítems IPE-APS de referencia	IPE-APS-SB	
	Redacción después de la 1ª ronda	Redacción después de la 2ª ronda
1. Dificultad para establecer los límites de la relación profesional-usuario.	1. Dificultad para establecer los límites de la relación profesional-usuario.	
2. Juicio previo de los usuarios del servicio por los equipos.	2. Los profesionales de la salud bucal o los trabajadores de UBS prejuzgan y faltan al respeto a los usuarios y familiares basándose en prejuicios y estigmas.	2. Falta de respeto a los usuarios o familiares por parte de los profesionales de la ESB o trabajadores de la UBS, con base en prejuicios y estigmas.
3. Falta de respeto del profesional hacia el usuario.		
4. Indicaciones clínicas inadecuadas.	4. Indicaciones clínicas inadecuadas.	4. Indicaciones clínicas inadecuadas de tratamientos o procedimientos por parte de los profesionales de la salud oral.
5. Receta de medicamento que el usuario no podrá comprar.	5. Los profesionales prescriben tratamientos o procedimientos especializados que el usuario no tendrá dinero para pagar, cuando estos tratamientos/procedimientos no se ofrecen en el SUS.	5. Prescripción de tratamiento o indicación de procedimiento que el usuario no podrá pagar.
7. El usuario solicita al médico y al enfermero los procedimientos que desea.	7. El usuario solicita al cirujano dentista los procedimientos que desea.	7. El usuario solicita al cirujano dentista los procedimientos que desea, siguiendo un patrón coercitivo de consumo o tradicional de cura invasiva.
8. Cómo convencer al usuario a dar continuidad al tratamiento.	8. Los profesionales de la salud bucal se sienten impotentes para convencer al usuario de que continúe el tratamiento, especialmente sin la labor educativa y promocional reforzada por el equipo, más concretamente el TSB.	8. Cómo convencer o motivar al usuario a dar continuidad al tratamiento, especialmente sin el trabajo clínico de promoción a la salud del TSB. 8. Dificultad para convencer o motivar al usuario a continuar el tratamiento, especialmente sin el trabajo clínico-educativo del TSB.
14. Falta de compromiso y participación de algunos de los profesionales que actúan en el PSF.	14. Falta de compromiso y participación de algunos de los profesionales que actúan en la salud bucal y EqSF.	14. Falta de compromiso y participación de algunos profesionales que actúan en la ESB en el desempeño de sus funciones.
15. Las EqSF no colaboran entre sí.	15. Las ESB y EqSF no colaboran entre sí, tienen una baja planificación estratégica y pocas acciones conjuntas.	15. Las EqSF y ESB no colaboran entre sí, lo que resulta en pocas acciones interprofesionales.
16. Falta de respeto entre los miembros del equipo.	16. Existe falta de respeto entre los miembros de la ESB, en especial en la relación de valorización del servicio auxiliar y del trabajo en equipo.	16. Falta de respeto entre los miembros de la ESB, en particular en la valorización del servicio auxiliar y del trabajo en equipo.
18. Es difícil limitar el papel y las responsabilidades de cada profesional.		
17. Falta de preparación de los profesionales para trabajar en el PSF.	17. Falta de preparación/formación (perfil) de los profesionales para trabajar en la ESB.	17. Inadecuada formación de los profesionales de la salud bucal para el desempeño de sus funciones en la APS.
19. Los profesionales se omiten frente a una prescripción inadecuada o incorrecta.	19. Los profesionales se omiten ante un procedimiento clínico inadecuado o incorrecto.	19. Omisión de los profesionales de la salud bucal ante un procedimiento clínico o prescripción inadecuados.
21. Dificultad para preservar la privacidad debido a problemas en la estructura física y la rutina de la USF.	21. Dificultad para preservar la privacidad debido a problemas en la estructura física y la rutina de la USF.	21. Dificultad para preservar la privacidad del usuario debido a problemas en la estructura física y la rutina de la ESB y la UBS.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Ítems IPE-APS de referencia	IPE-APS-SB Redacción después de la 1ª ronda	IPE-APS-SB Redacción después de la 2ª ronda
22. Falta de apoyo con acciones intersectoriales para discutir y resolver los problemas éticos.	22. Los profesionales de la salud oral y EqSF carecen de apoyo de acciones intersectoriales, que dependen de la organización y gestión del sistema, para discutir y resolver los problemas éticos que encuentran en su práctica.	22. Falta de apoyo institucional con acciones intersectoriales para discutir y resolver problemas éticos.
23. Falta de transparencia de la dirección de UBS en la resolución de problemas con los profesionales.	23. Falta de transparencia de la dirección de la UBS en la resolución de problemas con los profesionales.	23. Falta de transparencia de la coordinación de la UBS en la resolución de problemas que involucran a los profesionales.
24. Exceso de familias registradas para cada equipo.	24. Hay un exceso de familias registradas para cada equipo de ESF o ESB.	24. Exceso de familias registradas para cada ESB.
26. Demérito de las derivaciones hechas por los médicos del PSF.	26. Demérito a las referencias hechas por los cirujanos dentistas del servicio público.	26. Demérito a la calidad asistencial del cirujano dentista del servicio público por otros profesionales, en especial de la iniciativa privada.
27. Dificultades y falta de referencia para realizar exámenes complementarios.	27. Hay dificultad en el sistema de referencia y contrarreferencia para la realización de exámenes radiográficos, además de falta de agilidad y eficiencia del servicio.	27. Dificultad en el sistema de referencia para la realización de exámenes complementarios, especialmente los radiográficos.
32. Usuarios que se niegan a seguir instrucciones médicas o a someterse a exámenes.	32. Usuarios que se niegan a seguir las indicaciones de acciones preventivas de cuidado bucal, sin cambio en la gestión individual de su salud.	32. Usuarios que no siguen las orientaciones profesionales en el cuidado con su propia salud.
35. Los empleados de USF cuestionan la prescripción médica.	35. Los profesionales de la ESB cuestionan la conducta de los cirujanos dentistas.	35. Cuestionamiento sobre la conducta clínica de los cirujanos dentistas por otros profesionales de la salud bucal, incluso por los profesionales auxiliares.
38. Falta de estructura en la USF para la realización de visitas domiciliarias.	38. Las visitas domiciliarias son dificultadas por cuestiones relacionadas al desplazamiento, en especial del odontomóvil, disminuyendo el poder de actuación clínica del cirujano dentista.	38. Falta de condiciones para la realización de visitas domiciliarias por los profesionales de la ESB.
39. Falta de condiciones en la USF para atenciones de urgencia.	39. La UBS no da cuenta de todas las atenciones de urgencia odontológica, además de problemas operativos.	39. Falta de condiciones o capacidad instalada para que las ESB atiendan a todas las urgencias.

APS: atención primaria a la salud; EqSF: equipo de salud de la familia; ESB: equipo de salud bucal; ESF: Estrategia Salud de la Familia; IPE-APS: Inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de Salud; IPE-APS-SB: inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de Salud para la Salud Bucal; PSF: Programa Salud de la Familia; SUS: Sistema Único de Salud; TSB: técnico de salud bucal; UBS: unidad básica de salud; USF: unidad de salud de la familia

Cuadro 2. Ítems específicos del Inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de Salud para la Salud Bucal validados por el método Delphi

Problemas éticos en salud bucal	Redacción después de la 1ª ronda	Redacción después de la 2ª ronda
2. La recepción de usuarios que buscan atención odontológica no sigue lo recomendado por la ESF.	2. Desacuerdo entre la recepción de usuarios en salud bucal y lo recomendado por la ESF.	
6. Ausencia o insuficiencia de ASB para el desarrollo de actividades preventivas y clínicas.	6. Ausencia o insuficiencia de ASB para auxiliar en el trabajo clínico y colectivo.	
7. Dificultad para llevar a cabo acciones preventivas debido a problemas en las relaciones intersectoriales salud-educación.	7. Dificultades para llevar a cabo acciones educativas y preventivas debido a problemas en las relaciones intersectoriales salud-educación.	

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Problemas éticos en salud bucal	Redacción después de la 1ª ronda	Redacción después de la 2ª ronda
10. Violencia experimentada en el trabajo.	10. Violencia experimentada en el trabajo involucrando diversos actores.	
12. Los profesionales de la ESB dan testimonio de la discriminación entre los usuarios.	12. Discriminación de usuarios hacia otros usuarios, relacionada con estigmas sociales.	12. Discriminación entre usuarios del sistema de salud, relacionada a estigmas sociales.
13. Los profesionales de la salud bucal entienden que los usuarios tienen problemas cognitivos relacionados con la vulneración social.	13. Algunos usuarios de la salud bucal presentan problemas cognitivos relacionados a condiciones socioeconómicas generadoras de vulneración social.	
15. La estructura física de los consultorios odontológicos dificulta el trabajo en equipo y facilita enfermedades del trabajo al equipo auxiliar.	15. Dificultad para desarrollar el trabajo clínico en equipo y la aparición de enfermedades en el trabajo debido a problemas en la estructura física del consultorio odontológico.	
18. Disminución o ausencia de atención odontológica de urgencia en las UPA.		
20. Condiciones laborales precarias.		
20. Condiciones laborales precarias en salud bucal.		
22. Problemas estructurales para asignar adecuadamente a los profesionales en el CEO.		
22. Asignación inadecuada o insuficiente de profesionales en el CEO.		
24. Falta de transparencia en la lista de espera por los servicios de media complejidad en salud bucal.		
26. Subestimación y desviación de función de TSB a ASB.		
27. Compromiso de los profesionales en la ESF está relacionado con la formación específica para el área.	27. Falta de compromiso de los profesionales, relacionada con la formación insuficiente para la ESF.	27. Falta de compromiso de los profesionales, relacionada con la formación insuficiente para actuar en la APS/ESF.
29. Falta de unión de los trabajadores para mayor valorización del trabajo en la APS y en salud bucal.	29. Falta de unión de la ESB para mayor valorización del trabajo en la APS.	
30. Incomprensión de la actuación del cirujano dentista más allá de la acción curativa y como parte de la ESF.	30. Incomprensión sobre la actuación del cirujano dentista como parte de la ESF y más allá de la acción curativa.	

APS: atención primaria a la salud; ASB: auxiliar de salud bucal; CEO: centro de especialidades odontológicas; ESB: equipo de salud bucal; ESF: Estrategia Salud de la Familia; TSB: técnico de salud bucal; UPA: unidad de cuidados de emergencia

Discusión

Como los especialistas no tuvieron acceso a todos los problemas éticos enumerados debido a la necesidad de subdividirlos en grupos, hubo sugerencias de “nuevos” problemas éticos en la realidad ya contemplados. En la primera ronda, incluso los expertos que estuvieron de acuerdo con las formulaciones propuestas tejieron consideraciones o propusieron mejoras en la redacción. Muchas veces, los participantes no comprendieron el problema ético propuesto, señalando que no experimentaron tal conflicto y modificándolo sustancialmente. Frente a las discordancias o negaciones de los problemas enunciados, se percibieron diferencias en las experiencias de cada profesional, dadas las diversas realidades de trabajo de cada municipio. Sin embargo, se consideraron todas las notas.

Teniendo en cuenta que el IPE-APS-SB se está proponiendo para su aplicación en diferentes realidades, con diferentes modelos organizacionales

y procesos de trabajo, buscamos restringir el problema ético a su núcleo de significado, sin calificaciones relacionadas con la estructura de la APS, detalles o justificaciones. Así, siguiendo el IPE-APS de referencia, se buscó describir el problema de forma sucinta.

El principal desafío fue la identificación de los problemas éticos en la APS por parte de los profesionales, en vista de la concepción hegemónica de la ética, restringida al ámbito deontológico¹⁶. Se trata de una percepción restringida, lo que dificulta la comprensión de dimensiones ético-políticas que engloban una realidad contextual más compleja. Tal complejidad parece exigir, en asociación con el método de deliberación ética, una hermenéutica crítica, capaz de pensar el contexto y la configuración de los problemas éticos.

Como la clínica ampliada⁵ cuestiona las relaciones de poder, tanto entre profesionales y usuarios como en la dimensión social de las políticas públicas, los problemas éticos sobrepasan las

paredes de los centros de salud y llegan a la vida de las personas y de las familias, a sus casas y al territorio, a la comunidad y al trabajo. Implican la organización y funcionamiento del sistema de salud, además de procesos macroestructurales socioeconómicos y culturales, transversales a la asistencia. La compleja trama de relaciones y acciones que permean los procesos de trabajo en salud, asociada a la búsqueda de soluciones a los problemas cotidianos, hace que la dimensión ética sea inseparable de la política. Esta complejidad dificulta la identificación de conflictos éticos como tales y, por consiguiente, la posterior reflexión y deliberación.

La clínica ampliada, al desplazar la centralidad del acto clínico para las necesidades/intereses sociales, agrega una realidad política que remite a valores específicos, de dimensión pública, colectiva y participativa, que consideran a los profesionales y usuarios de la salud como sujetos y las relaciones como singulares, en un tipo de compromiso ético-político que busca la integralidad^{3,5}. En ese contexto, la ética volcada a los deberes formalmente prescritos por los códigos profesionales limita el debate de la moralidad a las relaciones contractuales entre profesional y paciente, siguiendo el modelo biomédico, normativo y liberal. Esa ética deontológica incorpora principios de la ética paternalista, en la cual buenas intenciones y ejemplos parecen suficientes para asegurar la eticidad de las acciones y comportamientos. Esta mirada, cargada de preceptos legales y corporativistas, pierde la capacidad de generar y fortalecer redes para la búsqueda de la excelencia profesional en la conducta social, así como para la realización de valores morales solidarios⁸.

Los problemas éticos deben ser percibidos como desafíos que exigen deliberación colectiva, superando soluciones particulares para buscar respuestas contextualizadas y creativas, de largo alcance, a partir del compromiso de los profesionales^{4,6}. Además, es necesario enfrentar una subciudadanía¹⁷ socialmente introyectada en el usuario del SUS, que niega derechos y calidad de atención por su (no) poder adquisitivo. Esta subciudadanía dificulta la reflexión sobre procesos que engloban determinantes socioeconómicos y culturales, conduciendo al sufrimiento moral y a la vulneración programática de los profesionales⁹.

La ética relacionada a la planificación, implementación y evaluación de políticas sanitarias tiene dimensión pública y de protección. Se concreta en el cuerpo profesional que construye y pone en práctica las políticas públicas, considerando resultados, consecuencias y amplitud social, es decir, la capacidad

de incluir a personas o grupos vulnerables. En ese sentido, el constructo validado en este trabajo, además de servir de fuente de información, puede abrir debates que amplifiquen la reflexión ética y la deliberación colectiva⁴.

Es necesario unir las experiencias de deliberación de los comités de bioética con la deliberación política de los espacios de participación democrática en salud. En el mismo sentido, se deben incorporar métodos de gestión participativa para la problematización colectiva. Haciendo frente a la crítica sobre la democracia deliberativa como concepción formal, excluyente e impracticable en contextos de desigualdad, incorporar la deliberación ética a las prácticas participativas ya existentes en el SUS permitiría superar el discurso despolitizado sobre los conflictos morales, reforzando la participación en procesos de desarrollo moral y humanización. Como para deliberar es necesario comprender e interpretar, el método dialéctico debe dar lugar a una interdisciplinariedad convertida en intercambio de ideas, capaz de entender el problema en su contexto¹⁸.

El camino hacia la deliberación colectiva y una nueva educación para la ciudadanía se ve obstaculizado por la ideología neoliberal, las estructuras precarias y la gestión obsoleta, que no promueven la democracia participativa. En el mismo sentido, los sistemas educativos no capacitan a los estudiantes para problematizar la realidad; al contrario, educan para la competitividad, de forma autoritaria y con base en una supuesta meritocracia, sin dar voz ni desarrollar la capacidad de escuchar a los demás. Se trata de una educación que anula al sujeto e impide el desarrollo de competencias comunicativas. Esta postura centralizadora, jerárquica y corporativa trata a los ciudadanos como subciudadanos y profesionales como subprofesionales. Según Gracia¹⁸, es necesario cultivar el control del inconsciente y del propio narcisismo, acompañado de la capacidad reflexiva, en favor de la capacidad de reflexión necesaria para la deliberación ética. Por eso es fundamental ejercitar la autocritica de los propios valores y creencias, enfrentando las propias debilidades argumentativas.

Además, en el contexto del SUS y de una bioética de resistencia¹⁹, se amplía la necesidad de compromiso ético-político de los profesionales de la salud en las diversas instancias de poder. En esta perspectiva, el IPE-APS-SB puede ayudar a cultivar valores como solidaridad crítica, participación política y emprendimiento social⁴. La construcción de un *ethos* pautado en el hacer moral cotidiano cumple papel educador de nueva civilidad. Además, la praxis colectiva potencia la

cooperación, demostrando la capacidad humana para trascender y superar intereses particulares.

Buscar soluciones para los problemas pautándose en la voluntad común, en una praxis que se responsabiliza por las consecuencias de las decisiones, reposiciona al profesional como agente de cambio y contradice la tesis de que la motivación moral se reduce al cálculo estrecho de las ventajas y beneficios personales²⁰. El ideal de participación colectiva se basa en: 1) una ética atravesada por el político (sociedad civil, comunidades, calidad de vida y determinantes sociales del proceso salud-enfermedad); y 2) compromiso intelectual asumido como responsabilidad colectiva, con confianza en el poder de las ideas y en los valores que cargan²¹. Se trata, por lo tanto, de una ética que se transforma en participación política pautada en la justicia social, en los derechos humanos, en la protección a los vulnerados y en las necesidades/intereses del paciente.

En la APS, destaca la inseparabilidad entre asistencia y gestión, ya que la deliberación clínica requiere condiciones y medios para su realización, que incluyen la integración entre las actividades asistenciales y la planificación estratégica. En vista de las condiciones colectivas sanitarias e intersectoriales y el acceso a varios puntos de la red asistencial, la planificación puede mejorar la participación a través de la acción comunicativa. Por lo tanto, la deliberación depende de acciones estratégicas. Lo más importante no es el producto, sino la ruta de producción, que debe considerar a

los participantes como sujetos, establecer contratos y compromisos y establecer prioridades²².

Consideraciones finales

Tras la validación facial y de contenido por el método Delphi, la versión final del IPE-APS-SB abarcó 36 problemas ético-políticos (Anexo). El proceso permitió facilitar la comprensión de los enunciados, calificando sustancialmente el instrumento.

Como limitación metodológica, se destaca la participación solamente de cirujanos dentistas, una vez que el grupo de especialistas podría contar también con auxiliares y técnicos que integran los equipos de salud bucal. Aun así, fue posible ver los problemas analizados desde diferentes ángulos de análisis, en particular las relaciones entre equipo y usuario/comunidad. Como forma de superar esa limitación, ya que el constructo tiene por objetivo ser utilizado por todo el equipo, se buscó describir los problemas de forma sucinta, restringiéndolos a su núcleo de sentido.

El IPE-APS-SB está disponible para utilizarse por trabajadores, equipos y gerentes. Su objetivo es calificar los servicios y estimular la reflexión ética, abriendo nuevos espacios de deliberación colectiva, sintonizados con la planificación estratégica situacional. Solo se sugiere una validación más del constructo, basada en un estudio de enfoque psicométrico.

Referencias


1. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acceso 12 mar 2020];42(n esp 1):315-27. DOI: 10.1590/0103-11042018s121
2. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O trabalho na Estratégia Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018 [acceso 12 mar 2020];16(3):975-95. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00164
3. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc* [Internet]. 2018 [acceso 12 mar 2020];27(4):1174-85. DOI: 10.1590/s0104-12902018180117
4. Gomes D, Aparisi JCS. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [acceso 12 mar 2020];15(2):347-71. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00052
5. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica ampliada. *Mundo Saúde* [Internet]. 2009 [acceso 12 mar 2020];33(2):195-204. Disponível: <https://bit.ly/36Fs3xd>
6. Junges JR, Zoboli ELCP, Schaefer R, Nora CRD, Basso M. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [acceso 12 mar 2020];35(2):148-56. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.01.39811
7. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Nora CRD. Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acceso 12 mar 2020];22(2):309-17. DOI: 10.1590/1983-80422014222012
8. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. In: Grande LF, Gracia D, Sánchez MÁ, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 101-54.

9. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 12 mar 2020];16(3):935-53. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00149
10. Gomes D, Zoboli ELC, Finkler M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Physis* [Internet]. 2019 [acesso 12 mar 2020];29(2):e290208. DOI: 10.1590/s0103-73312019290208
11. Gomes D. Ética na atenção primária à saúde: construção de um inventário de problemas éticos na saúde bucal [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019.
12. Góes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 390-7.
13. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras Hoje* [Internet]. 2009 [acesso 12 mar 2020];44(3):86-93. Disponível: <https://bit.ly/3253lbF>
14. Marchon SG, Mendes WV Jr. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 12 mar 2020];31(7):1395-412. DOI: 10.1590/0102-311X00157214
15. Valdés MG, Marín MS. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [acesso 12 mar 2020];39(2):253-67. Disponível: <https://bit.ly/3kB0r0Y>
16. Finkler M, Ramos FRS. La dimensión ética de la educación superior en odontología: un estudio en Brasil. *Bordón* [Internet]. 2017 [acesso 12 mar 2020];69(4):35-49. DOI: 10.13042/Bordon.2017.690403
17. Souza J. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Lisboa: Leya; 2017.
18. Gracia D. La deliberación como método de la bioética. In: Porto D, Schlemper B Jr, Martins JZ, Cunha T, Hellmann F, organizadores. *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. Brasília: CFM; 2014. v. 2. p. 223-59.
19. Schramm FR. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 12 mar 2020];18(3):519-35. Disponível: <https://bit.ly/3kKID4Z>
20. Vásquez AS. *Ética y política*. México: FCE; 2007.
21. Cortina A. El quehacer público de la ética aplicada. In: Cortina A, García-Marzá D, organizadores. *Razón pública y éticas aplicadas*. Madrid: Tecnos; 2003. p. 13-44.
22. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da atenção básica em saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 12 mar 2020];19(53):265-74. DOI: 10.1590/1807-57622014.0331


Participación de las autoras

Doris Gomes y Mirelle Finkler concibieron y planearon el estudio. Doris Gomes recopiló y analizó los datos y redactó el manuscrito. Todas las autoras interpretaron los datos. Elma Zoboli y Mirelle Finkler realizaron la revisión crítica del artículo.


Doris Gomes

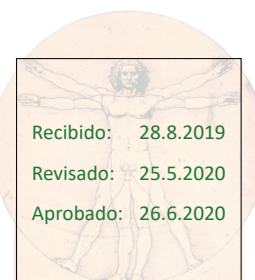
 0000-0003-2445-8318

Elma Zoboli

 0000-0002-7324-5389

Mirelle Finkler

 0000-0001-5764-9183



Anexo

Inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de Salud para la Salud Bucal (IPE-APS-SB)
1. Dificultad para convencer o motivar al usuario a continuar el tratamiento, especialmente sin el trabajo clínico-educativo del TSB.
2. Exceso de familias registradas para cada ESB.
3. Falta de condiciones o capacidad instalada para que las ESB atiendan a todas las urgencias.
4. Falta de condiciones para la realización de visitas domiciliarias por los profesionales de la ESB.
5. Las EqSF y ESB no colaboran entre sí, lo que resulta en pocas acciones interprofesionales.
6. Falta de respeto a los usuarios o familiares por parte de los profesionales de la ESB o trabajadores de la UBS, con base en prejuicios y estigmas.
7. Prescripción de tratamiento o indicación de procedimiento que el usuario no podrá pagar.
8. Falta de compromiso y participación de algunos profesionales que actúan en la ESB en el desempeño de sus funciones.
9. Inadecuada formación de los profesionales de la salud bucal para el desempeño de sus funciones en la APS.
10. Indicaciones clínicas inadecuadas de tratamientos o procedimientos por parte de los profesionales de la salud oral.
11. Omisión de los profesionales de la salud bucal ante un procedimiento clínico o prescripción inadecuados.
12. Demérito a la calidad asistencial del cirujano dentista del servicio público por otros profesionales, en especial de la iniciativa privada.
13. Dificultad en el sistema de referencia para la realización de exámenes complementarios, especialmente los radiográficos.
14. Falta de respeto entre los miembros de la ESB, en particular en la valorización del servicio auxiliar y del trabajo en equipo.
15. Cuestionamiento sobre la conducta clínica de los cirujanos dentistas por otros profesionales de la salud bucal, incluso por los profesionales auxiliares.
16. Falta de apoyo institucional con acciones intersectoriales para discutir y resolver problemas éticos.
17. Dificultad para establecer los límites de la relación profesional-usuario.
18. El usuario solicita al cirujano dentista los procedimientos que desea, siguiendo un patrón coercitivo de consumo o tradicional de cura invasiva.
19. Dificultad para preservar la privacidad del usuario debido a problemas en la estructura física y la rutina de la ESB y la UBS.
20. Falta de transparencia de la coordinación de la UBS en la resolución de problemas que involucran a los profesionales.
21. Usuarios que no siguen las orientaciones profesionales en el cuidado con su propia salud.
22. Desacuerdo entre la recepción de usuarios en salud bucal y lo recomendada por la ESF.
23. Ausencia o insuficiencia de ASB para auxiliar en el trabajo clínico y colectivo.
24. Dificultades para llevar a cabo acciones educativas y preventivas debido a problemas en las relaciones intersectoriales salud-educación.
25. Violencia experimentada en el trabajo involucrando diversos actores.
26. Discriminación entre usuarios del sistema de salud, relacionada a estigmas sociales.
27. Algunos usuarios de la salud bucal presentan problemas cognitivos relacionados a condiciones socioeconómicas generadoras de vulneración social.
28. Dificultad para desarrollar el trabajo clínico en equipo y la aparición de enfermedades en el trabajo debido a problemas en la estructura física del consultorio odontológico.
29. Disminución o ausencia de atención odontológica de urgencia en las UPA.
30. Condiciones laborales precarias en salud bucal.
31. Asignación inadecuada o insuficiente de profesionales en el CEO.
32. Falta de transparencia en la lista de espera por los servicios de media complejidad en salud bucal.
33. Subestimación y desviación de función de TSB a ASB.
34. Falta de compromiso de los profesionales, relacionada con la formación insuficiente para actuar en la APS/ESF.
35. Falta de unión de la ESB para mayor valorización del trabajo en la APS.
36. Incomprensión sobre la actuación del cirujano dentista como parte de la ESF y más allá de la acción curativa.

APS: atención primaria a la salud; ASB: auxiliar de salud bucal; CEO: centro de especialidades odontológicas; EQSF: equipo de salud de la familia; ESB: equipo de salud bucal; ESF: Estrategia Salud de la Familia; TSB: técnico de salud bucal; UBS: unidad básica de salud; UPA: unidad de cuidados de emergencia