
La ética en la intervención desde el trabajo social sanitario

PID_00272835

Emma Sobremonte de Mendicuti

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas



Emma Sobremonte de Mendicuti

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad del País Vasco, doctora en Sociología por la Universidad de Deusto. Ha desarrollado su actividad profesional en el sistema sanitario como jefe de la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Hospital de Basurto (Servicio Vasco de Salud/Osakidetza) durante más de veinte años. Profesora de Trabajo Social y de Salud Pública de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Deusto desde 1992. Investigadora en el ámbito de las Ciencias Sociales y de la Salud. Ha publicado diversos artículos sobre trabajo social sanitario y desigualdades sociales en salud. Actualmente es directora del Departamento de Trabajo Social y Sociología y directora del máster en Intervención y Mediación Familiar de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto de Bilbao. Miembro del Comité de Bioética del Hospital de Basurto desde 1998.

La revisión de este recurso de aprendizaje UOC ha sido coordinada por la profesora: Dolors Colom Masfret (2020)

Segunda edición: marzo 2020
© Emma Sobremonte de Mendicuti
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. La ética en el trabajo social sanitario.....	7
1.1. El código deontológico	7
1.2. La bioética	8
2. Concepto de ética y moral.....	11
3. Ciencia y valores.....	13
4. Fundamentos éticos de la intervención social.....	18
4.1. Enfoque deontológico y teleológico	20
4.1.1. Las teorías deontológicas	20
4.1.2. Las teorías teleológicas	22
4.2. Principios éticos de la intervención sanitaria	24
4.2.1. Principios de la bioética	25
4.2.2. Jerarquía de los principios: mínimos y máximos	27
4.2.3. Tensiones entre principios	32
5. Métodos para la toma de decisiones éticas.....	34
5.1. El método deliberativo de Diego Gracia	34
5.2. Modelos para el trabajo social y el trabajo social sanitario	38
5.2.1. Modelo de Marian Matisson	39
5.2.2. Modelo de Susan Blumenfield y Jane Isaacs Lowe	42
Resumen.....	46
Glosario.....	47
Bibliografía.....	48

Introducción

Los trabajadores sociales sanitarios tomamos a diario decisiones que tienen consecuencias para las personas afectadas. ¿Cómo actuar correctamente? ¿Qué criterios aplicar para garantizar que nuestras acciones no hagan daño? ¿Es suficiente el criterio de corrección científico-técnica para actuar responsablemente en situaciones donde se producen conflictos de valor? La experiencia nos dice que no. ¿Cómo actuar correctamente con una persona en situación de dependencia que se niega a ingresar en una residencia y cuyos cuidadores plantean dificultades para atenderla en el domicilio? ¿Qué hacer cuando una adolescente nos dice que está embarazada y no quiere que se lo digamos a sus padres? La elección nos sitúa ante la necesidad de emitir juicios morales porque en este tipo de decisiones están implicados los valores de la persona enferma, los de su familia, los de cada profesional y los de la sociedad. Por eso, cuando estos valores entran en conflicto es difícil dilucidar cuál es el curso de acción correcto. Para tomar decisiones morales no es suficiente el recurso a la ciencia ni el recurso a la ley. Necesitamos un marco ético y una metodología específica que nos oriente.

Por eso, en este módulo nos ocuparemos de ambas cuestiones. Tras plantear unas reflexiones preliminares sobre el estado de la cuestión, dedicamos la primera parte al análisis de los fundamentos éticos que necesitamos para tomar decisiones prudentes. En la segunda parte nos ocupamos del método presentando dos guías para el análisis de problemas éticos que nos faciliten la toma de decisiones. Para terminar haremos, a modo de conclusiones, una síntesis de las ideas principales que deben orientar nuestra práctica.

1. La ética en el trabajo social sanitario

Los trabajadores sociales sanitarios nos encontramos muy a menudo ante conflictos éticos que nos hacen difícil y compleja la toma de decisiones. Si desde el punto de vista científico las decisiones se toman conforme a hechos o criterios objetivos, las decisiones morales se toman con respecto a valores. Por eso existe una gran carga de subjetividad en ellas, una carga que tiene que ver con creencias, preferencias y opiniones. Lo que para una persona, bien sea paciente o profesional, es la mejor opción, para otra es lo contrario, es más, incluso la misma persona puede cambiar de opinión en otro momento. Además trabajamos en instituciones que nos asignan un papel profesional que en muchas ocasiones entra en conflicto con nuestra propia ética. Muy frecuentemente nos vemos en la disyuntiva de tener que elegir entre defender los intereses y deseos de nuestros clientes o los de la institución. Ante este tipo de situaciones nos asalta la incertidumbre.

De la preocupación de los equipos profesionales por esta cuestión nace la reflexión sobre lo que se debe y no se debe hacer en el ámbito asistencial y cada profesión establece sus propios códigos éticos. En el caso del trabajo social en general y del trabajo social sanitario en particular, los principios éticos fundamentales con los que se compromete la disciplina se encuentran recogidos en sus códigos deontológicos.

1.1. El código deontológico

Un código deontológico es el conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían la actividad profesional. Son las normas que determinan los deberes mínimos exigibles a los equipos profesionales en el desempeño de su actividad. Por eso, emanan del propio colectivo profesional, que se encarga de recogerlas por escrito.

Es importante no confundir ética profesional con código deontológico. La ética profesional es la disciplina que estudia los contenidos normativos de un colectivo profesional, es decir, estudia las normas del código deontológico. El análisis ético de las normas profesionales es lo que puede dar lugar a ajustes en las mismas o a cambios. Las normas profesionales, como todo tipo de normas, se elaboran en contextos históricos y culturales determinados, por lo que son susceptibles de modificaciones. Por su parte, el código deontológico es el conjunto de principios vinculantes para un colectivo profesional.

Así, cualquier conflicto ético que se plantee en la práctica debe ser explorado a la luz de dichos principios. Pero, además de los conflictos éticos que se derivan de la propia naturaleza de la profesión, los trabajadores sociales sanitarios nos vemos involucrados en la toma de decisiones éticas relacionadas con situaciones de riesgo para la salud. Trabajamos en equipos interdisciplinarios dentro de instituciones sanitarias donde se plantean conflictos éticos que es preciso resolver teniendo en cuenta las perspectivas de valor y los principios éticos de cada una de las partes implicadas en la decisión. Esto nos obliga a aplicar no sólo nuestro propio código ético sino también a conocer las bases y fundamentos de la bioética. La bioética nace precisamente como una parte de la ética aplicada para ayudar a los colectivos profesionales de la salud a tomar decisiones en situaciones de riesgo e incertidumbre para la vida.

1.2. La bioética

La bioética se ha definido como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales.

El término fue acuñado en 1970 por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, en su famoso artículo "Bioethics: The Science of Survival" en el que el autor muestra una profunda preocupación por la ruptura que se estaba produciendo entre dos ámbitos del saber: el científico y el humanístico. Alerta de la necesidad de introducir criterios éticos en las intervenciones humanas que afectan la vida. Desde su publicación, la bioética ha tenido un desarrollo espectacular y varios factores han contribuido a ello:

- **El desarrollo de las biotecnologías**, que han aportado avances singulares para la gestión de la salud y del cuerpo. Pero estos avances que permiten, por ejemplo, alargar la vida con técnicas de apoyo vital han provocado problemas éticos antes inimaginables para los colectivos profesionales sanitarios.
- **El crecimiento del gasto sanitario** que se ha producido como consecuencia de la universalización de la asistencia sanitaria y de la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. El incremento de costes genera tensiones continuas a la hora de asignar recursos y establecer prioridades. La distribución equitativa de recursos sanitarios se ha convertido en una de las preocupaciones principales de todos los gobiernos.
- **El reconocimiento ético y jurídico del paciente adulto y competente** como agente moral autónomo. Este hecho ha supuesto el progreso más importante en la relación clínica del pasado siglo XX y ha puesto en cuestión el modelo paternalista de la asistencia sanitaria. De ser los equipos

Referencia bibliográfica

Van Rensselaer Potter (1970). "Bioethics: The Science of Survival".

profesionales quienes juzgaban lo que era bueno para el paciente, se pasa a una situación en la que los pacientes reclaman el derecho a decidir lo que consideran "su bien" debidamente informados.

- **La pluralidad de referentes éticos que conviven en la sociedad** que complica la toma de decisiones. Lo que para unos es éticamente aceptable para otros no lo es. Tomamos decisiones desde códigos morales diferentes, lo que no quiere decir que no tengamos la obligación moral de cumplir determinadas normas morales y de ser responsables ante los demás y ante nosotros mismos de nuestros juicios y decisiones.

Estas cuestiones han llevado a la necesidad de establecer un diálogo entre diferentes perspectivas y agentes y a buscar un marco de referencia ético, mínimo y común, para los colectivos profesionales sanitarios, de ahí el desarrollo de la bioética.

Aunque la bioética está presente fundamentalmente en el ámbito de la medicina, en la medida en que ofrece un marco de referencia y un método de análisis para la resolución de conflictos éticos, se está introduciendo progresivamente en el ámbito de la intervención social. Así, los trabajadores sociales sanitarios nos encontramos actualmente con dos marcos de referencia, el que nos ofrecen los principios éticos de nuestra profesión y el que nos proporciona la bioética. Aunque la síntesis entre ambas perspectivas está aún sin llevarse a cabo en nuestro contexto, la bioética, por su nivel de elaboración y ajuste a las situaciones con las que tratamos, nos está brindando en la práctica un marco teórico y metodológico excelente para poder llegar a justificar moralmente las decisiones.

El desarrollo de la bioética en nuestro contexto sanitario se ha materializado en la creación de comités de ética asistencial interdisciplinares (CEA). En nuestro país, desde la creación del primer comité de ética en 1975 en el Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu de Barcelona por parte del presidente del Instituto Borja de Bioética, el doctor Francesc Abel, se han creado muchos comités de ética asistencial. Estos comités son estructuras formadas por distintos colectivos profesionales para reflexionar, debatir y deliberar racionalmente sobre conflictos éticos. No tienen carácter ejecutivo, su misión principal es asesorar a los equipos profesionales, a las instituciones y a la sociedad a la hora de tomar decisiones responsables y prudentes cuando se producen conflictos de valor. Su labor es fundamental para asesorar y proponer protocolos u orientaciones de actuación. Los resultados de su deliberación no tienen carácter vinculante, es decir, no son de obligado cumplimiento para otros. Los comités emiten consejos para ayudar a quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones a tomar la mejor posible. La mejor decisión será siempre prudente, razonable, tomada después de haber disminuido en lo posible la incertidumbre.

Dada su naturaleza y objetivos, son cada vez más numerosos los trabajadores sociales sanitarios que se han ido incorporando a estos comités. Así, la aplicación de principios éticos al trabajo social sanitario se plantea desde una doble perspectiva, la que tiene que ver directamente con nuestros propios principios y valores y la que hace referencia a la aplicación de los principios y el método de la bioética. Por lo tanto, para la aplicación práctica de ambas perspectivas es preciso comprender previamente qué es la ética y sus fundamentos.

2. Concepto de ética y moral

La *ética* es la disciplina que tiene por objeto el estudio de la moral, entendiendo por *moral* las normas de comportamiento que siguen las personas con respecto a lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo. Estas normas morales que nos dictan cómo actuar correctamente se van gestando en cada contexto histórico y social y, por lo tanto, son cambiantes. Pero ¿en qué medida las normas morales que se siguen en cada sociedad son buenas para el ser humano? ¿De dónde provienen estas normas morales? ¿Cómo se crean los sistemas de moralidad que prescriben lo que deben hacer las personas? Precisamente la ética es la ciencia aplicada que nace para ocuparse de analizar críticamente la moral a fin de dar una respuesta racional a la pregunta sobre la bondad o maldad de los actos humanos. Así, aunque los términos **moral** y **ética** se utilizan indistintamente, conviene señalar que no son lo mismo. Veamos ambos conceptos:

- **Moral.** Etimológicamente, el término *moral* proviene del latín *mores*, que significaba costumbres, hábitos, de ahí que la moral se pueda definir como el conjunto de valores, costumbres y normas de las personas o grupos humanos.
- **Ética.** Etimológicamente, el término *ética* viene del griego *ethos*, que significaba carácter pero también costumbre. Los griegos utilizaban el término *ethos* para referirse al carácter moral, de ahí que la ética pueda definirse como la ciencia que estudia y analiza el comportamiento moral. Se trata por lo tanto de un:
 - Saber práctico que determina qué es lo bueno y cómo se debe actuar: teoría del comportamiento moral.
 - Intento racional de fundamentar la moral, un saber interpretativo que da argumentos y razones plausibles para obrar correctamente.

Dada la variabilidad de los comportamientos morales y de los argumentos que cada persona y cada sociedad pueden esgrimir para justificar la corrección de las acciones, ¿cómo saber que preceptos o normas morales son los más adecuados?

Pongamos un ejemplo, ¿juzga moralmente nuestra sociedad de igual manera el comportamiento de una mujer que desea interrumpir su embarazo hace cincuenta años que ahora mismo? Evidentemente la respuesta es negativa. La reflexión sobre este supuesto nos indica que los criterios morales han cambiado, son distintos en los dos momentos. Ante estos hechos la ética, en tanto

ciencia, se ocupa de analizar los fundamentos de las decisiones morales estableciendo presupuestos teóricos y razones prácticas a fin de que los preceptos o normas que se establecen sean más adecuados al proyecto de sociedad.

Así, la moral está conformada por una pluralidad de sistemas morales de referencia que orientan la conducta de forma inmediata. Estos sistemas se manifiestan en los juicios morales que emitimos de manera espontánea, por ejemplo "no tengas relaciones sexuales fuera del matrimonio", y conforme a los cuales calificamos la conducta como buena o mala. Sin embargo, la ética trata de ver en qué consiste la moralidad, distinguiéndola del derecho y de la religión que también prescriben preceptos. La ética va más allá al tratar de justificar por qué es buena o mala una determinada norma moral; se pregunta, por ejemplo, por qué razones puede considerarse malo tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o por qué razones no hay que mentir. La ética trata de buscar fundamentos y razonamientos a favor o en contra de estas conductas establecidas socialmente y las examina a la luz de los principios e ideales últimos de realización a los que aspira el ser humano. Estas ideas quedan reflejadas sintéticamente en el esquema siguiente.

Distinción entre moral y ética

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

ÉTICA Y MORAL

La ética trata de poner en cuestión los postulados sobre los cuales se basa la acción moral para lograr con la crítica que los preceptos sean más adecuados a un determinado proyecto de sociedad



¿QUÉ ES BUENO O LO CORRECTO?



Teorías éticas

Fuente: elaboración propia

Mientras la moral orienta nuestra conducta de manera inmediata, la ética lo hace de modo mediato, plantea la reflexión antes de actuar. Como se observa en el esquema anterior, la ética somete a examen los mandatos morales que están en la vida social y analiza sus fundamentos con el fin de mejorar la vida social.

3. Ciencia y valores

Las personas nos vemos obligadas continuamente a decidir entre diferentes alternativas; los profesionales, ellos y ellas, también. No es posible vivir sin tomar elecciones y en cada elección están implicados los valores, también en las elecciones profesionales. En el ámbito de la ciencia tampoco es posible el conocimiento libre de valores, ya que los valores involucran al científico, tienen su forma de percibir la realidad y de interpretarla. El problema de la neutralidad valorativa ha sido objeto de grandes y largos debates en el ámbito de las ciencias sociales y también en el trabajo social sanitario. La mayor parte de este tipo de discusiones se ha producido en el intento de separar el conocimiento de los valores, pero no es algo tan sencillo. Se asume con demasiada frecuencia que el conocimiento de algo, de un hecho objetivo, está libre de valores, pero ¿es así? Pongamos un ejemplo:

Evaluación objetiva

Un colega del equipo de salud nos informa de que hay una paciente que vive en una casa en malas condiciones de habitabilidad. En principio, parece que esta afirmación está libre de valores porque se refiere a un "hecho objetivo" que podemos comprobar fácilmente con una visita domiciliaria. Ahora bien, si nos detenemos un poco más, nos daremos cuenta de que, independientemente de la existencia del hecho objetivo observado, en la propia afirmación ya hay un cierto contenido de valor. Cuando visualizamos a una persona como *paciente* ya estamos configurando la situación de una manera determinada. Estamos clasificando a la persona en función de nuestra relación con ella, es decir, como una *paciente*, como alguien que suponemos que va a necesitar ayuda, o bien, como alguien que forma parte de un sistema, en este caso, el sanitario. En este sentido, la podemos percibir como una persona que tiene un estatus de subordinación a nosotros y, también, como alguien *desviado* que no cumple con los estándares de habitabilidad de la vivienda en nuestro medio. Y de este modo ya hemos evaluado la situación desde nuestra propia perspectiva de valor.

Ejemplos de este tipo ponen de manifiesto que la neutralidad valorativa no es un asunto fácil, que los valores siempre están presentes en nuestra forma de percibir la realidad y de enjuiciarla. Como señala Sara Banks, también cualquier decisión técnica, incluso tomada a la luz de la legislación vigente, está impregnada por valores. Sobre esta cuestión se pronuncia de la siguiente manera:

"A menudo, en la bibliografía sobre trabajo social se distinguen los valores respecto del conocimiento y las cuestiones éticas/morales respecto de problemas legales y técnicos. Tales distinciones pueden ser útiles, siempre y cuando no impliquen que el conocimiento esté libre de valores o que las decisiones legales y técnicas se tomen sin recurrir a la ética. Podríamos decir que es una cuestión esencialmente legal decidir si hay que retener a esta persona en el hospital según la ley de salud mental. Sin embargo, la ley es pocas veces clara y tiene que ser interpretada por el trabajador social [...] nos dice que si emitimos el juicio técnico [ético] de que el desequilibrio es tal que la retención en el hospital es en interés de la persona enferma, entonces tenemos poderes para hacerlo. La ley no nos dice lo que deberíamos hacer sino simplemente lo que podemos hacer [...]. Nuestros principios éticos o valores determinarán la interpretación de la ley y de los hechos [el subrayado es mío]".

(1) La obra de esta autora británica es uno de los referentes más importantes en Europa sobre ética del trabajo social.

S. Banks¹ (1997). *Ética y valores en el trabajo social* (pág. 25). Barcelona: Paidós.

Teniendo en cuenta la relación existente entre ciencia y valores, no es extraño que los colectivos profesionales ante un mismo hecho adoptemos puntos de vista encontrados y nos enzarcemos en discusiones muchas veces tediosas. Independientemente de los debates que se producen para cada caso concreto y de los valores que están implicados, es importante señalar que existe otra dimensión importante que es necesario comprender para saber qué aspectos pueden estar subyaciendo en este tipo de discusiones entre profesionales y equipos y que pueden obedecer, en última instancia, a las diferentes formas de concebir la ciencia de cada uno de ellos e incluso de la propia disciplina. A propósito de esta cuestión, Sánchez Vidal señala dos formas divergentes y complementarias de concebir la ciencia que nos pueden dar pistas para reflexionar sobre nuestra propia concepción y la de las personas con las que trabajamos, veamos literalmente lo que dice el autor:

"A) La ciencia como empresa ideal que, en virtud de su pretendida deshumanización, genera unos contenidos (o leyes científicas) supuestamente objetivos, universales, desinteresadas y amorales. Se trata de la concepción positivista, natural. La ciencia sería así valorativamente neutra.

B) La ciencia como realización humana y, por lo tanto, imperfecta y saturada de subjetividad. Emerge aquí una imagen desmitificada, más prosaica y realista de la ciencia, desprovista de su tradicional aureola de misterio y omnipotencia. Una ciencia que involucra opciones y juicios de valor subjetivos, no siempre explicitados y sometidos a la crítica y a la contrastación pública."

A. Sánchez Vidal (1999). *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós.

Ciertamente el texto anterior nos muestra dos posturas antagónicas que nos ayudan a reflexionar sobre las raíces de nuestro posicionamiento. Donde nos situemos adquiere gran relevancia en la práctica profesional porque de cada una de las dos concepciones se van a derivar comportamientos profesionales distintos. Independientemente de los posicionamientos particulares de cada persona cabe preguntarse de cuál de las dos concepciones estamos más cerca los trabajadores sociales sanitarios. Si nos fijamos en el objeto de conocimiento/intervención de nuestra disciplina y en las finalidades declaradas en las convenciones internacionales cabe pensar que es la segunda opción la que suscita mayores adhesiones. El trabajo social y el trabajo social sanitario, en tanto disciplinas humanas y sociales, nos remiten a una forma de concebir la ciencia humanizada y con una alta dosis de subjetividad, lo que no significa, como puede pensarse, que dicha concepción carezca de estatus científico.

El método comprensivo

Precisamente el método *comprensivo* de las ciencias sociales aparece frente al *explicativo*, más propio de las ciencias naturales, para poder conocer científicamente el significado de las acciones humanas. Ambos métodos son dos operaciones intelectuales que tienen la misma validez científica.

Sin embargo, si analizamos paralelamente el comportamiento del sistema sanitario podemos deducir fácilmente que en la mayor parte de las disciplinas biosanitarias dominan los planteamientos positivistas de las ciencias naturales. No es otra la razón por la que los trabajadores sociales sanitarios nos vemos con la necesidad permanente de defender el concepto de salud como estado de

bienestar biopsicosocial dentro de las organizaciones sanitarias. Nos mueve el afán de que sean considerados los aspectos subjetivos que se hallan implícitos en ella. Se trata de un intento de atajar una posición científica que, aunque sobre el papel asume la definición anteriormente citada, en la práctica deja al margen los aspectos más humanos y subjetivos de la salud. De esta divergencia se producen en muchas ocasiones desencuentros entre los equipos de trabajadores sociales sanitarios y otros colectivos profesionales sanitarios porque tras ellas se esconden posturas de valor distintas que se manifiestan con más crudeza cuando surgen conflictos éticos. Y aunque en principio valores como la autonomía o la justicia son defendidos por todos, en la práctica, cada disciplina asistencial tiende, desde sus propios presupuestos de valor a otorgarles un peso diferencial. Por lo tanto, aunque cada profesión sanitaria parte de sus propios presupuestos de valor, también el contexto social e institucional en el que desempeñamos nuestra labor condiciona la manera de evaluar las situaciones.

Lo visto aquí nos ayuda a comprender que existe relación entre la ciencia y los valores, por lo que cuando nos vemos obligados a tomar una decisión ante un conflicto ético debemos tener en cuenta simultáneamente la perspectiva científico-técnica de análisis del problema y la perspectiva ética. El planteamiento científico-profesional nos proporciona cuáles son las intervenciones profesionales más adecuadas para resolver la situación sobre la base de los conocimientos y las evidencias disponibles, pero cuando se producen situaciones de conflicto de valores, el planteamiento ético es quien nos ayuda a analizar cuál de los cursos de acción posibles es el mejor para las partes implicadas.

Conflicto de valores

Pensemos en una persona mayor que necesita ayuda para la vida cotidiana y cuyos hijos no se muestran dispuestos a seguir cuidándola. Ambas partes nos demandan ayuda manifestando sus deseos, preferencias y argumentos. Las posibles respuestas profesionales a tal situación son diversas: ayuda domiciliaria, centro de día, ingreso en una residencia, entre otros. Sin embargo, antes de elegir cualquiera de ellas nos vemos en la necesidad de afrontar un juicio moral sobre cuál de ellas será la mejor desde el punto de vista ético. Tras el diagnóstico social sanitario, nos vemos en la tesitura de tener que identificar qué valores entran en conflicto, cuáles defiende cada una de las partes, cuáles tienen prioridad y por qué y cómo finalmente tomar una decisión razonable y prudente.

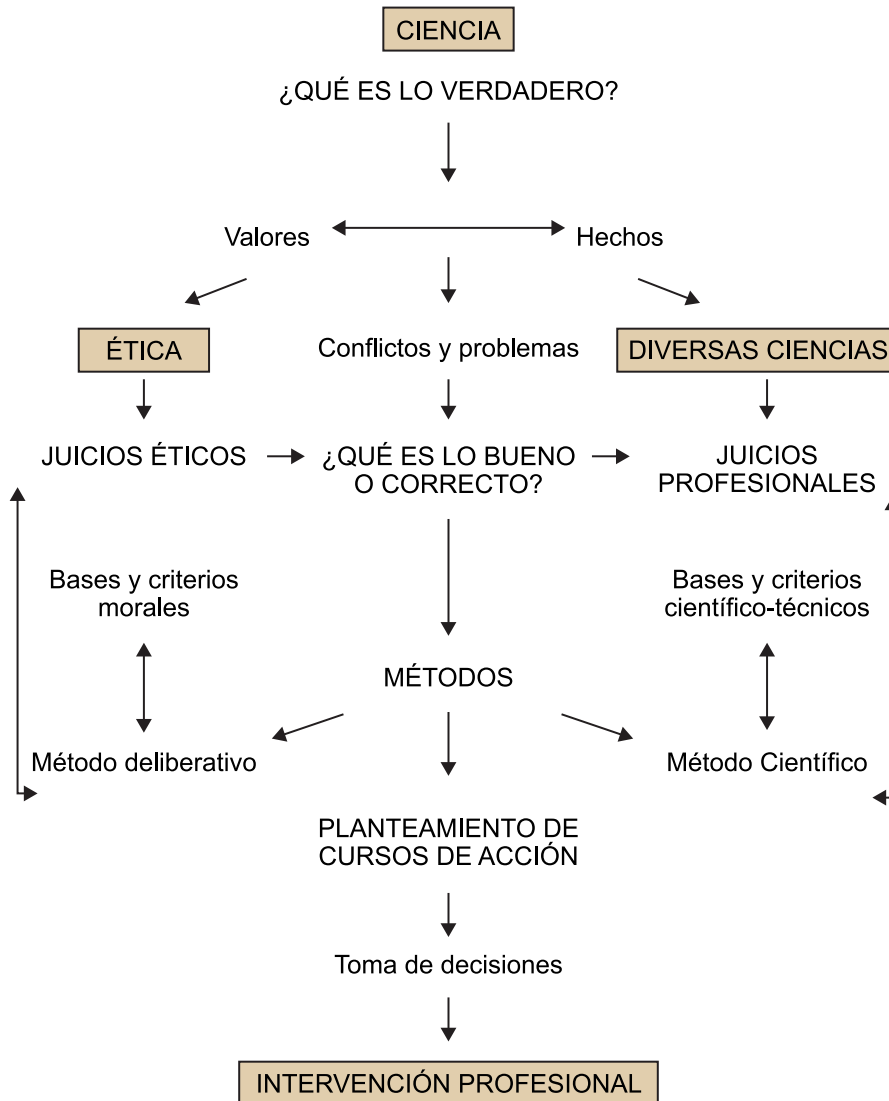
Desde el punto de vista ético la acción correcta es la que está hecha de acuerdo con "lo que debe ser", mientras que las ciencias son saberes de "lo que es".

Así pues, dada la naturaleza de los problemas éticos, es fácil comprender que éstos no puedan resolverse exclusivamente con criterios científicos. Si decidimos hacer un ingreso involuntario de un enfermo mental en un hospital psiquiátrico, desechamos la opción de mantenerlo en su domicilio y debemos, además, asumir conscientemente la responsabilidad de las consecuencias. La cuestión que debemos considerar es cómo justificar las decisiones, qué criterios o principios utilizar para elegir y saber dar razones de la opción elegida.

Para comprender mejor ambos planteamientos, el profesional y el ético, se presenta a continuación el siguiente esquema conceptual. En él se muestran de manera sintética las interrelaciones y singularidades de cada uno de ellos.

Diferencias entre el planteamiento ético y el científico

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL



Fuente: elaboración propia

Además, la ética en tanto disciplina científica ha desarrollado también sus propios métodos para llegar a comprender cuáles son los criterios de corrección moral de las acciones y poder así tomar decisiones prudentes. Ésta ha sido la preocupación de la filosofía moral a lo largo de la historia. Desde los primeros desarrollos aristotélicos sobre la ética de la virtud hasta los más recientes vinculados al utilitarismo y a la ética de la responsabilidad, hay un sinfín de teorías que tratan sobre estas cuestiones desde perspectivas muy distintas y que proponen igualmente métodos diversos.

Por todo lo expuesto se concluye que para enjuiciar éticamente una situación es necesario disponer de una base de criterios y principios morales que nos sirvan de referencia a la hora de tomar decisiones. Las normas jurídicas, los códigos de derechos humanos y los códigos éticos de las distintas disciplinas constituyen los referentes a los que acudir. Todos ellos toman sus principios de diferentes teorías éticas y nacen con el fin de proporcionar criterios de corrección moral de las acciones. Así, los trabajadores sociales hemos ido construyendo un sistema ético de referencia, sistema que se ha plasmado en códigos éticos recogidos y difundidos entre diversas organizaciones de trabajadores sociales como la NAWS, la IFTS y en nuestro país por el Consejo General de Trabajadores Sociales.

Referencia bibliográfica

National Association of Social Worker (NASW) (2008). *Code of ethics*. Disponible en: www.socialworkers.org. El código de la NAWS fue aprobado en 1996 y revisado en 2008.

4. Fundamentos éticos de la intervención social

Desde los orígenes del trabajo social sanitario la ética ha ocupado un lugar central en la disciplina. En la historia de la acción social nos encontramos con que se han hecho muchas cosas desde ideales éticos y religiosos. Fue precisamente la introducción de criterios científicos en la intervención social a comienzos del siglo XX lo que generó el proceso de diferenciación del trabajo social de la actividad benéfica que se venía desarrollando hasta ese momento. Mientras el voluntariado intervenía con las personas aplicando los criterios morales de su tiempo, las primeras trabajadoras sociales se cuestionan la corrección y suficiencia de la aplicación de tales valoraciones morales a la intervención social. Así, se va articulando progresivamente lo ético y lo técnico.

Lo técnico se desarrollará a partir de la incorporación de diferentes teorías de las ciencias sociales y de métodos ad hoc. Lo ético se construirá sobre la premisa básica del valor y la dignidad inherente a toda persona, que conlleva respetar una serie de valores básicos que, con diferentes matices y especificaciones, irán configurando el primer cuerpo conceptual de principios básicos del trabajo social y, por extensión, del trabajo social sanitario. Estos principios tienen su fundamento en diferentes teorías éticas y nacerán para posibilitar la aplicación práctica de los valores del trabajo social a las situaciones concretas.

Para los trabajadores sociales la conciencia ética no sólo es una parte necesaria de nuestra práctica profesional sino que se espera de nosotros:

- Que estemos preparados para explicar unas decisiones basadas en consideraciones éticas.
- Que seamos responsables de nuestras elecciones y decisiones.

Teniendo en cuenta esto, la primera cuestión que surge es saber qué posiciones éticas manejamos cuando nos vemos enfrentados a la necesidad de justificar los puntos de vista y decisiones. Para ello, necesitamos conocer nuestros propios valores. No es nada fácil distinguir entre valores personales y valores profesionales, es necesario ser consciente de esta realidad. Los valores personales tienen las decisiones profesionales.

Rujla Osmo y Ruth Landau insisten en que la perspectiva con la que vemos los trabajadores sociales el mundo refleja nuestra filosofía y sistema de valores. Éstos se derivan tanto de nuestra historia personal como cultural. Apoyan su tesis señalando la existencia de investigaciones cuyos resultados han puesto en evidencia que la jerarquía de valores que se aplica en el campo profesional y personal es la misma. Por ello, concluyen afirmando que "los trabajadores sociales necesitamos identificar los valores personales propios a fin de com-

Lectura complementaria

Para profundizar en la evolución de los principios y valores del trabajo social ved:

Salcedo (2000). "La evolución de los principios del Trabajo Social". *Acciones e investigaciones sociales* (núm. 11).

F. G. Reamer (1998). "The Evolution of Social Work Ethics". *Social Work* (vol. 43, núm. 6).

Referencia bibliográfica

R. Osmo; R. Landau (2006). "The rol of ethical theories in decision making by social workers". *Social Work Education* (vol. 25, núm. 8, pág. 864).

prendernos como seres éticos y comprometernos con argumentaciones explícitas que puedan hacer una contribución significativa a la calidad de la toma de decisiones en problemas o dilemas éticos".

Esto nos exige ofrecer argumentos articulados de las preferencias en términos de principios éticos. Debemos asumir el imperativo ético que significa tener que dar cuenta de nuestras intervenciones, de sus fundamentos, procesos y resultados. Ahora bien ¿cómo justificamos los juicios morales? ¿Qué argumentos utilizamos? Un argumento se estructura sobre la base de dos componentes principales o postulados: uno que muestre una visión particular y, por lo menos, otro que especifique las razones para esa visión. Un argumento comunica algo fundado. Cuando discutimos, no sólo decimos lo que pensamos, sino también por qué lo pensamos. Un argumento ofrece al interlocutor la posibilidad o le pone en situación de tener que elaborar un juicio crítico y tomar una posición de acuerdo o desacuerdo.

La toma de decisiones frente a cuestiones éticas se desarrolla sobre la base de procesos de argumentación, si bien, no siempre explicitados ni sometidos a una crítica racional. Así, preguntarse por el tipo de justificaciones morales o perspectivas que nos ayudan a evaluar y justificar las decisiones constituye para nosotros un deber moral.

La justificación se refiere al sistema de creencias o teorías que están siendo usadas para dar sentido a nuestra forma de actuar. Sin embargo, aunque sabemos la importancia que tiene la argumentación para el proceso de toma de decisiones éticas, en trabajo social en general y si nos centramos en el sanitario en particular, existen muy pocas investigaciones en nuestro contexto sobre esta cuestión. En la bibliografía especializada en temas de ética en trabajo social, como veremos más adelante, podemos encontrar algunos modelos de toma de decisiones éticas. Sin embargo, se sabe muy poco acerca de cómo es el proceso actual de las argumentaciones cuando nos vemos obligados a afrontar dilemas éticos. Apenas existe bibliografía con respecto a cómo justificamos las decisiones y qué marcos de teorías éticas utilizamos. Ante estas lagunas, los trabajadores sociales sanitarios estamos recurriendo a los desarrollos de la bioética y tratamos de apoyarnos en sus principios y métodos para la resolución de los conflictos éticos.

La bioética nos ofrece métodos para el análisis y la resolución de conflictos éticos que surgen en la práctica sanitaria. En cualquier caso, antes de examinar los métodos cabe examinar las teorías éticas que subyacen en las decisiones. Todas nuestras decisiones se apoyan en teorías éticas, otra cosa es que sepamos cuáles de ellas orientan nuestras acciones.

Con vistas a clarificar esta cuestión se presenta a continuación la clasificación de teorías éticas que se maneja más frecuentemente como marco de referencia en las profesiones sanitarias y, por consiguiente, en el trabajo social sanitario. El conocimiento de estas teorías proporciona criterios y argumentos para la reflexión ética de los trabajadores sociales.

4.1. Enfoque deontológico y teleológico

Existe una gran diversidad de teorías éticas que reflejan la diversidad de enfoques filosóficos del fenómeno moral. De la discrepancia entre ellas han surgido distintas clasificaciones. Una de las clasificaciones más utilizadas en bioética es la que divide las teorías éticas en dos grandes grupos: teorías deontológicas y teorías teleológicas. A continuación, tal y como se muestra en el esquema siguiente, examinaremos las diferencias entre ambos grupos señalando los autores más relevantes.

Deontologismo y teleologismo: clasificación de las teorías éticas

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

LAS DOS CARAS DEL FENÓMENO MORAL

→ DEONTOLÓGICA: "El deber". Se nos impone como obligatorio, como norma o regla. Acciones conforme a normas

Kant: ética del deber, defiende el obrar por deber

Rawls: teoría de la justicia distributiva: igualdad, derechos

→ TELEOLÓGICA: "Acciones conforme a fines". Decidir cuál es el fin para un proyecto de vida buena, feliz y lograda y analizar las consecuencias que se derivan de ir en su búsqueda.

Aristóteles: ética de la virtud y felicidad

Benthan, Mill: Utilitarismo: ética que busca el bienestar para el mayor número de personas

Fuente: elaboración propia

Esta clasificación ayuda a los trabajadores sociales a reconocer y entender los principios en los cuales están basadas sus decisiones éticas.

4.1.1. Las teorías deontológicas

La palabra *deontología* proviene del término griego *deon*, que significa deber. Se han denominado teorías deontológicas a todas las que plantean que ciertos tipos de acción son inherentemente correctos o incorrectos como una cuestión de principio, es decir, lo que cuenta es el deber, lo que debo hacer pase lo que pase. Por ejemplo, el mandato "nunca hay que mentir" expresa perfectamente esta perspectiva filosófica en la que la adherencia a las normas es un tema central.

Los deontólogos creen que existen una serie de deberes que deben cumplirse siempre, independientemente de las consecuencias. Así, un trabajador social que se ubica en esta perspectiva no se plantearía no cumplir con las normas bajo algunas circunstancias y despreciarlas en otras. Por eso, ante conflictos éticos que se producen entre deberes básicos, los deontólogos intentan determinar cuál es el deber principal.

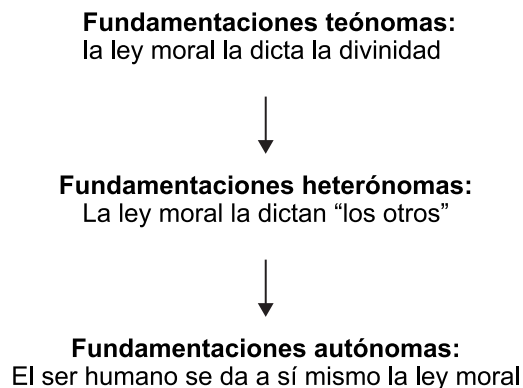
Este grupo de teorías se centra en satisfacer los propios deberes: respetar los derechos y la autonomía de los demás y tratarlos con justicia igualitaria. La teoría deontológica alega que la moralidad consiste en tener la intención correcta. ¿Y cuál es la intención correcta? Aquella que puede ser deseada universalmente para todos los seres humanos: "no hagas a otros lo que no quieres que hagan contigo". De esta manera, la cara deontológica del fenómeno moral hace referencia a lo que se impone como obligatorio, nos remite al deber y en esa medida nos constriñe, nos fuerza a hacer algo.

La cara deontológica la inaugura Kant primando el deber. Frente a éticas que señalan los fines debe perseguir el ser humano (como, por ejemplo, la felicidad que propone Aristóteles) y qué medios deben utilizarse para alcanzarlos (como por ejemplo, ejercitar las virtudes), defiende una ética que sea capaz de proponer modos o formas de establecer racionalmente normas que puedan ser universales, es decir, para todos. De ahí sus conocidos imperativos categóricos, que son reglas que propone seguir para establecer normas que deben imponerse siempre sin ninguna condición: "que la norma que te des a ti mismo pueda darse a los demás, es decir, que sea universalizable, o no trates nunca a ningún ser humano, ni siquiera ti mismo como puro medio". Además Kant plantea que la ética debe de ser **autónoma**, es decir, que las normas que nos demos sean fruto de nuestra razón y no fruto de leyes ajenas a uno mismo, como sucede en el caso de los mandamientos religiosos, cuyas normas provienen del mandato divino. Una ética autónoma implica considerar al ser humano como ser racional capaz de darse normas a sí mismo. Así, frente a **fundamentaciones teónomas**, (*teos*: dios; *nomos*: ley), donde las normas las dicta la divinidad, o frente a **fundamentaciones heterónomas**, (*heteros*: otro), donde las normas nos vienen de otros, surgen en la modernidad las fundamentaciones autónomas que resaltan la capacidad del ser humano para dictarse normas a sí mismo. Los tres tipos de fundamentaciones éticas que acabamos de exponer quedan reflejadas en el siguiente esquema conceptual:

Fundamentaciones éticas

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

TEORÍAS ÉTICAS



Fuente: elaboración propia

Por último, cabe señalar que para Kant la autonomía tiene sus límites. La libertad termina en el momento en que impedimos a otros ejercer la suya. Como consecuencia de esta visión autonomista, Kant está en contra del paternalismo y, fundamentalmente, del Estado paternalista que nos trata como menores de edad diciéndonos cuál es nuestro bien e imponiéndonoslo. Así el derecho justo es aquel que nos damos a nosotros mismos en tanto ciudadanos libres.

La perspectiva kantiana ha sido actualizada posteriormente por las teorías de la justicia. Entre estas últimas cabe destacar la teoría de la justicia de Rawls porque que es una teoría de la justicia para las instituciones sociales. Rawls propone una teoría para organizar la vida social en función de una serie de criterios que permitan repartir los bienes de manera equitativa. Su punto de partida es la existencia de una serie de derechos intangibles, con sus correspondientes deberes. Toda esta teoría trata de responder a dos preguntas sustanciales: qué bienes hay que repartir y con qué criterios. Desde su punto de vista, los bienes que hay que repartir son los bienes sociales primarios que necesitamos para desarrollarnos como personas; son los bienes económicos básicos, las libertades, las oportunidades y el respeto mutuo. Para Rawls estos bienes sociales deben ser distribuidos de manera igualitaria a menos que una distribución desigual redunde en beneficio de los más desaventajados.

4.1.2. Las teorías teleológicas

El término *teleo* significa en griego fin. Por eso, las teorías teleológicas son aquellas que se centran en la búsqueda de un fin, en la búsqueda de las claves que conducen al ser humano a una vida plena y feliz. Esa vida plena y feliz se convierte en el fin que orienta el proyecto vital. Así, desde esta perspectiva las teorías teleológicas postulan que las acciones son buenas o malas en razón de sus consecuencias, en razón de la felicidad o vida plena que procuran. Aun-

Referencia bibliográfica

J. Rawls (2000). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.

que Aristóteles ha sido claro exponente de esta perspectiva ética, la orientación que más ha influido en el trabajo social y el trabajo social sanitario es la teoría utilitarista. El principio rector del utilitarismo clásico, representado por Jeremy Bentham y Stuart Mill, es la defensa del mayor bienestar para el mayor número de personas, de ahí que los utilitaristas consideren decisiones acertadas aquellas que tienen mejores consecuencias en términos de bienestar para la colectividad. Lo que ocurre es que podemos encontrarnos en situaciones en las que lo que es mejor para la mayoría no es bueno para alguien particular. A esto se refiere la figura simbólica del "chivo expiatorio", alguien que paga por el bienestar de los demás. Por ejemplo, se pueden satisfacer las necesidades de salud del 90% de la sociedad y dejar al margen las necesidades de un grupo de personas que padecen enfermedades raras. Cuando hablamos del mayor bienestar, el utilitarismo se refiere a la satisfacción máxima de intereses, entendidos como el disfrute o posesión de una serie de bienes que nos permiten después sentirnos bien, tener bienestar. Hace referencia también a la satisfacción máxima de preferencias, a ser posible, debidamente informadas. El utilitarismo plantea un esquema de cálculo de coste-beneficio. Para evitar que la aplicación de la fórmula coste-beneficio pueda perjudicar siempre a algunas minorías, se ha propuesto desde una perspectiva deontológica que cuestiones que afectan a la dignidad humana no deban entrar en el cálculo.

Para evitar las consecuencias negativas del utilitarismo clásico, éste ha ido evolucionando y se ha pasado a propugnar que el mayor bienestar para *todos* debe tener en cuenta también a *cada uno* en particular. De lo contrario se podría sacrificar a alguien en beneficio de la mayoría, por ejemplo matar a alguien por el bien de la humanidad.

El utilitarismo, a diferencia del deontologismo, no establece una jerarquía de deberes y destaca la noción del bien público o colectivo al prestar atención a las consecuencias de las acciones con relación a los principios de utilidad y justicia. Por el contrario, los deontologistas o kantianos defienden que los derechos del ser humano nunca pueden entrar en el cálculo. Nunca puede sacrificarse el derecho humano de algunas personas por el bienestar de la mayoría.

Es importante darse cuenta de las diferencias que existen entre ambas caras del fenómeno moral, la deontológica y la teleológica, ya que ambas imprimen diferencias en la toma de decisiones de los trabajadores sociales. Un trabajador social deontólogo defenderá que las normas éticas hay que cumplirlas siempre, independientemente de las consecuencias o factores que influyan en la situación, mientras que un teólogo las cumplirá sopesando las consecuencias. Estas diferencias pueden comprenderse mejor a través del ejemplo propuesto de la adolescente de catorce años que pide al trabajador social que no revele su embarazo porque su madre y padrastro podrían echarle de casa si se enteran.

Un trabajador social deontólogo consideraría que el deber de respetar la confidencialidad es un deber que no debe saltarse nunca porque defiende el derecho a la autodeterminación de la paciente para tomar decisiones sobre su

vida. Incluso si la ley estableciera en su país que se trata de una menor de edad y que por ello debería revelarlo a sus cuidadores legales, el trabajador social deontólogo tratará de seguir guardando el secreto e intentar encontrar cursos de acción alternativos que no rompieran su compromiso. El hecho de que la adolescente tenga catorce años no cambiaría el imperativo de defender la norma, incluso si eso diera como resultado daños para ella misma o para el sistema cliente. Por el contrario, para un trabajador social que adopta una perspectiva teleológica, el meollo de la cuestión está en las consecuencias que pudieran seguirse de revelar el secreto o de guardar la confidencialidad. Sopesaría y mediría las consecuencias para la adolescente, para el niño no nacido, para el sistema familiar, para el trabajador social, para los intereses sociales y para otras personas potencialmente afectadas. Sopesaría las varias obligaciones a las que debe responder con responsabilidad y evaluaría las consecuencias de cada posible acción para seleccionar al final la que produzca mayores beneficios para todos. En cualquier caso, interesa señalar que, aunque estemos obligados a respetar los mínimos que establece la ley, las formas de afrontamiento moral de cada profesional variarán según la perspectiva ética que nos oriente.

Kantianos y utilitaristas aparecen ahora menos distanciados, ya que han ido modificando en la práctica sus puntos de vista y han dado lugar a lo que se ha denominado éticas de la responsabilidad, que son aquellas que articulan principios y consecuencias.

4.2. Principios éticos de la intervención sanitaria

La intervención sanitaria se rige por los principios que ha adoptado la bioética, por lo que el trabajador social sanitario debe conocerlos. Todos los comités de ética asistencial se guían por ellos a la hora de analizar los conflictos que se presentan. El criterio ético fundamental que regula la bioética es el respeto a la dignidad de la persona, a partir de esta premisa básica se han establecido cuatro grandes principios éticos:

- la no maleficencia,
- la beneficencia,
- la justicia y
- la autonomía.

Estos principios los formularon por primera vez Beauchamp y Childress en el año 1979 en el libro titulado *Principles of Biomedical Ethics* y no son distintos de la ética sin más.

Tom Beauchamp

Fue uno de los colaboradores de la National Commission del Congreso de los Estados Unidos encargada de elaborar el decisivo informe Belmont para proteger a los sujetos humanos en la investigación que ese mismo año dio origen a los tres principios que, desde entonces, se consideran canónicos para entender todo el modo de pensar y resolver bioético. A estos tres principios se agregó posteriormente el cuarto de no maleficencia y un método sistemático de toma de decisiones.

Referencia bibliográfica

T. L. Beauchamp; J. F. Childress (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.

La voluntad de hacer el bien y no hacer daño ha sido el principio inspirador de la ética médica desde el juramento hipocrático. El principio de autonomía es el reconocimiento de la libertad individual como atributo de cualquier sujeto, esté sano o enfermo. La justicia es el principio por el cual debe regirse una sociedad cualquiera que cuente con un estado social de derecho y que pretenda ser respetuosa con los derechos fundamentales. Hoy en día, existe un amplio consenso sobre la validez de estos cuatro principios para ayudar a los colectivos profesionales sanitarios a tomar decisiones que sean respetuosas con la dignidad del ser humano. Por ello, los examinaremos a continuación con más detenimiento y procederemos seguidamente a clasificarlos estableciendo su correspondencia con los principios del trabajo social recogidos en los códigos éticos.

4.2.1. Principios de la bioética

- **Principio de no maleficencia.** *Primum non nocere*, lo primero es no hacer daño. Hace referencia a la obligación de no lesionar la integridad del ser humano, implica no hacer nada que pueda provocar daño en la persona. Por lo tanto, nos exige estar atentos para no generar con nuestras acciones consecuencias negativas para el paciente. Sin embargo, en muchas situaciones dudosas cabe preguntarse en qué consiste no hacer daño y dónde están los límites. ¿Es hacer daño no amputar una pierna a quien no quiere vivir sin ella? ¿Y dejar que un anciano dependiente rechace cualquier tipo de ayuda domiciliaria y ponga en riesgo su vida? Situaciones de esta naturaleza nos llevan a preguntarnos cuál es la diferencia entre hacer y no hacer un bien. La creencia de que la vida es siempre mejor que la muerte radicaliza nuestras posturas frente a este tipo de situaciones y nos dificulta la toma de decisiones. Y quizás, es difícil, e incluso inmoral, querer dar una respuesta simple y única a todos los casos y menos a priori. Las circunstancias concretas harán variar la respuesta. En cualquier caso, este principio nos dice que nunca es lícito hacer el mal aunque a veces sea lícito no hacer el bien.
- **Principio de beneficencia.** Se refiere a la obligación de procurar el bien a las personas que tratamos y de las que nos sentimos responsables. Cada profesión procura su bien, todo el bien que pueda. Bajo este principio se puede esconder el paternalismo profesional que tiende a dejar de lado los deseos, opciones y valores de las propias personas afectadas cuando entiende que su elección no es buena. El paternalista juzga la situación y se inclina a actuar desde sus propios criterios, sobre todo ante las personas más vulnerables. No hay paternalismo cuando la persona enferma asume conscientemente la acción benefactora de su profesional. Esta aceptación se puede dar de tres maneras: dando el asentimiento, dando el consentimiento o tomando la decisión. El asentimiento se refiere a la aceptación de lo que dice el profesional, él o ella, sin que se tenga una información específica, se apoya en la confianza ciega en el profesional. El consentimiento se otorga tras disponer de la información, se apoya en una mezcla

de información y confianza, requiere una buena información y personalizada. En el tercer caso, la decisión es del propio paciente, quien decide tras haber recibido la información por parte del profesional. Se apoya en los valores y proyectos personales de la persona enferma con la base de una buena información.

- **Principio de autonomía.** Hace referencia a la libertad individual en virtud de la cual existe la obligación de respetar los valores y principios propios de cada persona. Obliga a cada uno a responsabilizarse de sus actos y exige a los demás la obligación de respetar sus opciones morales. La autonomía pone límites a la beneficencia, de tal modo que el bien que queramos hacer está condicionado por la voluntad de la persona que tratamos, salvo en el caso de que no sea competente; una tentación que puede tener el profesional, él o ella, ante decisiones complejas es el intento de dar un excesivo margen a la autonomía del sujeto para inhibirse de la responsabilidad. En ocasiones se tiende a judicializar los casos para cubrirse ante posibles acusaciones. En cualquier caso, el respeto de la autonomía requiere hacerse cargo de la situación de vulnerabilidad e indefensión en la que se encuentra la persona enferma ante un profesional, él o ella, dada la relación asimétrica que existe entre ambos. Los equipos profesionales son los que tienen los conocimientos y las personas enfermas se ven obligadas a confiar en ello.
- **Principio de justicia.** Hace referencia a la obligación de no hacer daño a nadie, es decir, no discriminar ni lesionar a ningún ser humano por ninguna causa. Se refiere a la dimensión colectiva del principio de no maleficencia que implica una distribución justa de los recursos, pero una distribución justa no es la que reparte los beneficios a todos por igual, sino la que aplica el criterio de favorecer a los que están en peor situación. La justicia obliga al Estado y le exige desarrollar los mecanismos necesarios para que nadie sea discriminado ni excluido. No hablaríamos de justicia si no viviéramos en un mundo escaso de recursos y, además, desigualmente distribuidos. La escasez nos lleva a tener que elegir y a tomar decisiones que no pueden dejarnos satisfechos porque obligan a sacrificar algo. Se trata de sacrificar lo mínimo y lo menos malo. Una síntesis de los principios que acabamos de exponer se muestra en el siguiente esquema:

Principios de la bioética

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Principios éticos de la intervención sanitaria



Inspirados en las aportaciones de diversas teorías éticas



Proviene del paradigma médico

No maleficencia

Primum non nocere:
Primero no hacer daño
Condición elemental de la
beneficencia y de la justicia

Beneficencia

Hacer el bien al usuario:
asentimiento, consentimiento informado
De acuerdo al fin de la profesión

Autonomía

Cada uno decide sobre su propio
bien debidamente informado
Competencia para tomar decisiones

Justicia

No lesionar ni discriminar a
terceros
Satisfacción de
necesidades básicas
Distribución equitativa

Fuente: elaboración propia

4.2.2. Jerarquía de los principios: mínimos y máximos

En muchas situaciones no se pueden respetar los cuatro principios. Muchos conflictos éticos se producen precisamente porque entran en colisión varios principios, por ello se han jerarquizado. Esto significa que no todos obligan en igual medida.

Los principios están jerarquizados y agrupados atendiendo a dos niveles: el nivel público o ética de mínimos y el nivel privado o ética de máximos. Los principios de cada nivel son los siguientes:

- Nivel 1. Nivel público o ética de mínimos: principios de no maleficencia y justicia.
- Nivel 2. Nivel privado o ética de máximos: principios de autonomía y beneficencia.

La ética de mínimos

La ética de mínimos comprende los principios que hay que respetar en primera instancia porque están consensuados en una sociedad determinada. Reflejan la moral mínima que los miembros de una sociedad exigen para todos. Plantean obligaciones con respecto a lo que no se debe hacer a otros aunque en el ámbito privado pueda hacérmelo a mí mismo. Uno mismo puede rechazar un tratamiento o una ayuda que necesita para no poner en riesgo su bienestar o su vida pero no puede negárselo a otras personas. Por ello, no respetar los principios de no maleficencia y justicia puede dar lugar a sanciones legales

para el profesional. Si de una actuación profesional se deriva un daño para alguien el profesional puede ser denunciado y sancionado.

Veamos ahora cómo se abordan estos principios desde el trabajo social sanitario. En los códigos deontológicos de la profesión, los principios de no maleficencia y justicia han quedado formulados con diferentes matices. Asumiendo como premisa básica del trabajo social sanitario el respeto al valor único y a la dignidad que todo ser humano posee, se propone la protección a la vida como el más básico de todos los derechos. A un nivel mayor de detalle se hace referencia tanto en los códigos internacionales como en el español a los principios de no maleficencia y justicia, si bien se recogen de manera distinta. A continuación se expone una síntesis elaborada a partir de las diversas formulaciones:

Los trabajadores sociales deben respetar:

- 1) El principio del **menor daño** postula que al enfrentarse a dilemas que tienen potencial de causar algún daño, los equipos profesionales procuran evitar, prevenir, reducir o reparar dicho daño.
- 2) El principio de **obligación de obedecer la ley y las regulaciones** postula que cada profesional enmarca su quehacer en el respeto a las leyes y regulaciones institucionales.
- 3) El principio de obligación de **respetar los derechos humanos fundamentales** de los individuos y los grupos reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados de dicha Declaración. El trabajo social sanitario es incompatible con el apoyo, directo o indirecto, a los individuos, grupos, fuerzas políticas o estructuras de poder que destruyan a otros seres humanos con el terrorismo, la tortura u otros medios violentos.
- 4) El principio de **justicia básica** postula que los trabajadores sociales articulan múltiples necesidades e intereses de los usuarios con las posibilidades y recursos disponibles, conforme al criterio de justicia.
- 5) El principio de **equidad e inequidad** postula que los colectivos profesionales de la intervención social tratan de igual manera a las personas que se hallan en las mismas circunstancias o en situaciones equivalentes; al mismo tiempo tratan de manera diferente a personas que se hallan en situaciones disímiles, si la equidad es relevante de ser considerada.
- 6) El principio de **provisión de necesidades humanas básicas** postula que los colectivos profesionales orientan su acción a la satisfacción de necesidades humanas básicas.

Referencia bibliográfica

National Association of Social Worker (NASW) (2008). *Code of ethics*. Disponible en: www.socialworkers.org.

7) El principio del **bien o interés de lo público** postula que los colectivos profesionales orientan su acción hacia la provisión de bienes públicos.

Como puede observarse estos principios matizan aspectos fundamentales de los principios de no maleficencia y justicia desde las especificidades particulares y propias del trabajo social sanitario. Estas matizaciones aportan riqueza al análisis ético interdisciplinar dentro de los recursos sanitarios. Interesa tener en cuenta que la cuestión de la distribución equitativa de los recursos sanitarios es un debate mucho más reciente entre los colectivos profesionales de la salud que entre los trabajadores sociales. En el sistema sanitario este debate se ha producido en los Estados del bienestar al universalizarse el derecho a la protección de la salud. Este derecho ha aumentado la demanda de servicios y recursos, y en consecuencia, los costes. El problema del incremento del gasto sanitario ha provocado la reflexión sobre sus límites. Dado que el gasto no puede crecer hasta el infinito, los sistemas sanitarios han incorporado el principio de eficiencia. Esto ha dado lugar a establecer la equidad como uno de los objetivos principales de los sistemas de salud.

Por el contrario, en el trabajo social sanitario el problema de la justicia ha ocupado un lugar central en la disciplina, precisamente porque una de sus metas es tratar de reducir las desigualdades sociales que se generan por la injusta distribución de los bienes sociales. El carácter estructural de la desigualdad social ha sido la razón por la que surgen profesiones como el trabajador social y, cuando se relaciona con la enfermedad, el trabajador social sanitario que tratan con sus intervenciones de corregir sus efectos. En última instancia, las desigualdades sociales en salud no dejan de ser una de las manifestaciones más relevantes de la desigualdad social presente en todas las sociedades. No es ningún secreto que a mayor desigualdad social mayores son las tasas de morbilidad y mortalidad. Por esta razón el trabajo social sanitario tiene una preocupación constante por la justicia social. Se expresa en la defensa de los derechos de las personas más desprotegidas y conlleva la búsqueda constante de recursos que procuren una vida digna. En el ámbito sanitario se manifiesta en la búsqueda de las condiciones y apoyos sociales necesarios para que todas las personas enfermas y sus familias puedan ejercer su derecho a la protección de la salud, de ahí que los trabajadores sociales sanitarios tengan entre sus principios la defensa de lo público como forma de plasmar en la práctica el principio de justicia básica.

La ética de máximos

La ética de máximos hace referencia a los principios que pertenecen a la dimensión privada. Respetar el principio de autonomía de las personas significa favorecer el proyecto de vida personal y el de las personas de las que nos sentimos responsables en función de la idea particular que tenga cada uno de lo que constituye su bien. Se habla de una ética de máximos para expresar la idea de que las obligaciones morales que imponen estos principios no tienen más límite que los que las propias personas establezcan, siempre y cuando se hayan respetado los mínimos. La protección del derecho a la libertad y a la intimidad ha dado lugar a diversas leyes que articulan el contenido concreto de estos derechos y sus correspondientes deberes.

Desde el punto de vista de la beneficencia cabe preguntarse: ¿cuánto bien podemos hacer los profesionales a nuestros clientes? Posiblemente, y teniendo siempre en cuenta la

autonomía de los pacientes, las posibilidades de llevar a cabo intervenciones que mejoren la situación de los clientes, pacientes o usuarios será mayor cuanto mejor preparados estemos desde el punto de vista científico-técnico. Aunque la no maleficencia nos obliga a actuar de modo responsable y a no dañar, el principio de beneficencia nos plantea la necesidad y la obligación de buscar la excelencia profesional.

La expresión de estos principios en los códigos éticos del trabajo social y del trabajo social sanitario es la siguiente:

1) El principio de **autonomía y libertad personal**, que postula que los equipos profesionales respetan y fomentan el derecho de los clientes a la autodeterminación y asisten a los clientes en sus esfuerzos para identificar y clarificar sus objetivos.

2) Los trabajadores sociales deberán **proporcionar la mejor atención posible** a todos aquellos que soliciten su ayuda y asesoramiento, sin discriminaciones injustas basadas en diferencias por sexo, edad, discapacidad, color, clase social, raza, religión, lengua, creencias políticas o inclinación sexual, siempre que cualquiera de estas diferencias no encubra violencia ni abuso de poder.

3) Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnicas, de forma objetiva y disciplinada, a **ayudar a los individuos**, grupos, comunidades y sociedades en su desarrollo y en la **resolución de los conflictos personales o sociales** y sus consecuencias.

4) El principio del **bien o interés de los individuos**, que postula que los equipos profesionales trabajan en estrecha colaboración con las personas atendidas y usuarios y en interés de los mismos, pero prestando el debido respeto a los intereses de las demás personas involucradas.

5) El principio de **privacidad y confidencialidad**, que postula que los equipos profesionales tienen en cuenta los principios del derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional. Los trabajadores sociales respetan la confidencialidad justificada, aun en los casos en los que la legislación de su país esté en conflicto con este derecho.

6) El principio de **veracidad y acceso a la información**, que postula que los equipos profesionales toman decisiones prácticas que les permiten hablar con la verdad y revelar toda la información relevante para sus clientes y otros profesionales.

7) Los equipos de trabajadores sociales deben **trabajar en estrecha colaboración con personas afectadas y usuarios, en interés de los mismos**, así como prestar el debido respeto a los intereses de las demás personas involucradas. Se debe motivar a los clientes y usuarios a que participen lo más posible y deben ser informados de los riesgos y posibles ventajas de las propuestas de actuación que se les ofrezcan.

8) Los equipos de trabajo social sanitario esperan, generalmente, **que las personas afectadas y usuarios se responsabilicen**, en colaboración con ellos, de las actuaciones que puedan afectar a su vida. Los trabajadores sociales deben hacer el menor uso posible de medidas legales coercitivas. Sólo deberían adoptarse medidas coercitivas en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes en litigio.

9) El principio de **calidad de vida**, que postula que los equipos profesionales promueven una mejor calidad de vida para todas las personas, tanto para los individuos como para la comunidad.

La reflexión sobre las especificaciones de los principios de autonomía y beneficencia de los trabajadores sociales refleja la importancia que se ha otorgado al principio de autonomía, más conocido en nuestra terminología como principio de autodeterminación. El énfasis en la autodeterminación, la individualización y la aceptación ha sido el santo y seña de la profesión durante muchas décadas. Por esa razón, cuando un trabajador social sanitario participa en el debate interdisciplinar para resolver conflictos éticos suele ver muy claramente cómo se puede respetar este principio.

El esquema siguiente muestra la síntesis sobre los principios de la bioética jerarquizados en los dos niveles de mínimos y máximos que acabamos de exponer:

Diferencias entre la ética de mínimos y de máximos

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL		
Niveles	Ámbito y finalidad	Principios
<p>Ética de mínimos</p> <p>↓</p> <p>Normas morales públicas establecidas por consenso democrático: obligatorias</p>	<p>Público: ética civil</p> <p>Iniciativas públicas-Estado</p> <p>↓</p> <p>Proyecto de vida buena: colectiva</p>	<p>No maleficencia</p> <p>Justicia</p>
<p>Ética de máximos</p> <p>↓</p> <p>Normas morales privadas establecidas autónomamente: opcionales</p>	<p>Privado: ética privada</p> <p>Iniciativa privada</p> <p>↓</p> <p>Proyecto de vida buena: personal</p>	<p>Autonomía</p> <p>Beneficencia</p>

Fuente: elaboración propia

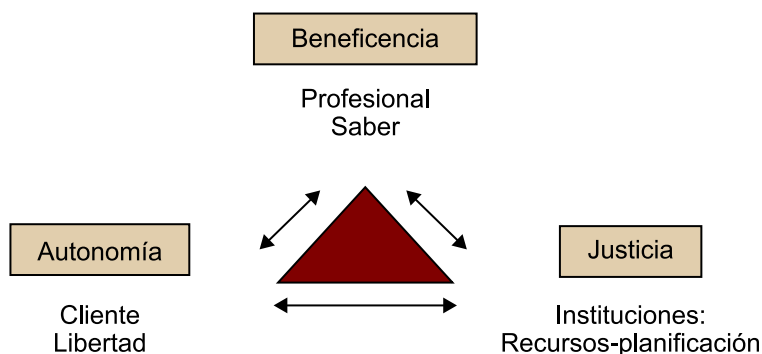
4.2.3. Tensiones entre principios

Surgen tensiones cuando no es posible respetar todos los principios. Dentro del marco institucional, cada una de las partes implicadas en la relación asistencial se coloca inicialmente en uno de ellos.

Tensiones entre principios: representación gráfica

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Representación gráfica de los principios de la bioética



Armonizar los principios en caso de conflicto

Fuente: elaboración propia

Cuando no existen conflictos es porque todo funciona en doble dirección: cada profesional intenta hacer "el bien" al usuario y respeta su autonomía, éste usa los recursos con responsabilidad y las instituciones asisten a los profesionales y están atentas a las necesidades y demandas de las personas afectadas.

Pero no siempre es así, por eso se producen los conflictos. Las tensiones más frecuentes se suelen producir cuando:

- Cada profesional trata de hacer todo "el bien" que puede (beneficencia) y la persona afectada no da su consentimiento (autonomía), rechaza la ayuda que se le ofrece. Un ejemplo de esta situación es cuando el paciente anciano en situación de dependencia se niega a aceptar la ayuda domiciliaria y pone en riesgo su vida o su bienestar. En este caso siempre habría que tener en cuenta si el paciente es capaz de tomar decisiones y si ha sido debidamente informado y en qué términos se ha hecho.
- Cada profesional trata de hacer todo el bien que puede (beneficencia) respetando la autonomía de la persona afectada pero la institución no facilita los recursos necesarios (justicia). Un ejemplo de esta situación es cuando el profesional, él o ella, determina la necesidad de una plaza en un centro

sociosanitario para una persona con una enfermedad crónica, lo acuerda con ella, pero la institución no le proporciona la plaza y pone en riesgo su salud. En el trabajo social sanitario, este tipo de tensiones son las más frecuentes ya que, a diferencia de lo que ocurre con los recursos sanitarios, los recursos sociales y sociosanitarios son mucho más escasos. El trabajador social y el trabajador social sanitario, dada su obligación de defender la justicia social y la equidad, se esfuerza por defender los derechos e intereses de los clientes ante las instituciones competentes.

- Cada profesional trata de hacer todo el bien que puede a la persona que atiende pero al hacerlo choca con los intereses de la familia. Esta tensión se produce, por ejemplo, cuando la familia de una persona con enfermedad o trastorno mental o de una persona anciana dependiente no quiere asumir la responsabilidad de los cuidados que la misma persona les demanda. La obligación de respetar la autonomía de ambas partes, la de la persona enferma y la de la familia, genera tensiones al trabajador social en el ejercicio de su beneficencia. Esta situación también es muy propia del trabajo social sanitario porque el núcleo de intervención no es sólo la persona afectada sino también la familia, tanto porque se suele ocupar en la mayor parte de los casos de la atención de la persona enferma, como por el hecho de que ella también nos demanda ayuda. Así, la tensión se produce porque nos vemos confrontados con la obligación de satisfacer las necesidades de ambos. Cuando no es posible armonizar las dos demandas habrá que tener en cuenta los perjuicios o daños que se pueden derivar para cada una de las partes.

5. Métodos para la toma de decisiones éticas

En nuestro contexto, los trabajadores sociales no estamos suficientemente familiarizados con la sistemática que requiere el proceso de toma de decisiones éticas. Por ello, en el ámbito sanitario, estamos incorporando los métodos que propone la bioética. Los conflictos éticos a los que se vienen enfrentando los colectivos profesionales de la salud durante las últimas décadas han dado lugar al desarrollo de diferentes métodos e instrumentos para la toma de decisiones. El más utilizado dentro de los comités de ética es el método deliberativo propuesto por el profesor de Bioética Diego Gracia. Entre la abundante bibliografía del autor dedicada a este tema, hemos seleccionado uno de sus artículos para presentar su propuesta metodológica. Pero antes veamos en qué consiste la deliberación.

Diego Gracia Guillén

Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina, es una referencia de la bioética tanto en España como en Hispanoamérica, donde imparte numerosos cursos. Es doctor honoris causa en varias universidades. Diego Gracia fue el organizador del primer máster de Bioética en España y ha sido el maestro de cientos de clínicos que han difundido sus enseñanzas en diversas instituciones sanitarias. También sus doctrinas han nutrido a numerosos comités de ética y a expertos en biomedicina. Discípulo de Laín Entralgo, asumió la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense cuando éste se jubiló, en 1979.

La deliberación

La deliberación es el comportamiento intelectual que considera los pros y los contras de nuestras decisiones antes de adoptarlas y examina la razón o sinrazón de los puntos de vista antes de emitir un juicio en situaciones complejas. Requiere analizar muy cuidadosa y reflexivamente los principales factores implicados en cada situación y dedicar tiempo y esfuerzo.

5.1. El método deliberativo de Diego Gracia

El método deliberativo defendido por Gracia trata de acercarse al análisis ético de los conflictos de una forma problemática por contraposición a la dilemática. El autor expone la diferencia de ambas perspectivas en los siguientes términos:

"El objetivo de la aproximación *dilemática* es elegir entre diferentes posibilidades, generalmente dos. Su método es la teoría de la elección racional. Por el contrario, la *problemática* pone más el acento en el camino que en la meta; se fija más en el procedimiento que en la conclusión, entre otras cosas porque no es evidente que los problemas morales tengan siempre solución, y que de tener esa solución sea una y la misma para todos. La dilemática es una aproximación decisionista a los problemas éticos, en tanto la problemática es básicamente deliberativa".

D. Gracia (2000). "La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica". En: VV.AA. *Comités de ética asistencial* (pág. 21-41). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Referencia bibliográfica

D. Gracia (2001). "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Medicina Clínica* (núm. 117, pág. 20). Barcelona.

La aproximación dilemática es la que adoptamos con más frecuencia y por la ansiedad que nos genera nos conduce a tomar decisiones rápidamente, sin la necesaria reflexión, sin tratar de encontrar otros cursos de acción posibles a los dos que hemos visto inicialmente. Nos urge encontrar la respuesta correcta y, sin embargo, puede que ésta no exista, tan sólo aproximaciones y opciones distintas en cada caso. Por eso, buscamos muchas veces equivocadamente en el método "recetas". El método nos ayuda a recorrer el camino. Los problemas morales son complejos y la deliberación persigue analizarlos precisamente en toda su complejidad. Para ello Gracia indica lo siguiente:

"puede tomarse como norma que los cursos de acción son siempre cinco o más, y cuando se han identificado menos es por defecto en el proceso de análisis. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está generalmente en los extremos, sino en el medio o cercano a él. De ahí que el resultado del proceso de deliberación suela ser tan distinto al de los procedimientos dilemáticos. Ya dijo Aristóteles que la virtud solía estar en el punto medio".

D. Gracia (2001)

Para identificar varios cursos de acción hay que deliberar ponderando en cada conflicto tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso.

La importancia de la deliberación recae en el proceso mismo de reflexión más que en la meta que se quiere alcanzar. Por eso el éxito o el fracaso depende de las personas que lo lleven a cabo. El procedimiento deliberativo contiene varias fases que exponemos a continuación basándonos en la propuesta de Gracia y en la adaptación realizada por M. de los Reyes.

- 1) Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión tras recoger todos los datos pertinentes (hechos).
- 2) Discusión de los aspectos médicos de la historia clínica biológicos y biográficos: problemas de salud física y psíquica, problemas sociales y económicos, problemas legales y problemas de relación sanitaria (hechos).
- 3) Identificación de los problemas morales que presenta (valores). Identificar problemas, relaciones entre ellos y cuál es el principal.
- 4) Identificación de los principios éticos en conflicto (valores).
- 5) Elección por la persona responsable del caso del problema moral que le preocupa y que quiere discutir (valores).
- 6) Identificación de los cursos de acción posibles (deberes). Establecer un árbol de decisión con los cursos extremos e intermedios.

Referencia bibliográfica

M. de los Reyes (2007). "Introducción a la bioética. Metodología para tomar decisiones en ética clínica". *Pediatría Integral* (vol. XI, núm. 10, pág. 868-869).

7) Deliberación del curso de acción óptimo (deberes). Contraste con los principios: discusión de los principios involucrados (nivel 1 y 2). Evaluación de las consecuencias previsibles: análisis del contexto y circunstancias, examinar si se puede o si se debe hacer una excepción.

8) Toma de decisión final (deberes). Contraste con el canon de moralidad; decisión correcta, buena o aceptable como mal menor. Ajuste al marco legal.

9) Justificación o razonamiento final. Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos que se podrían objetar y que estaríamos dispuestos a defender públicamente. Valorar si la decisión, tomándola tras un tiempo prudencial, sería la misma.

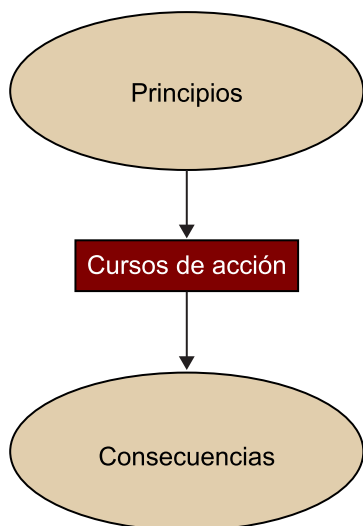
A propósito de estas fases Gracia (2001) señala en su artículo una serie de ideas y reflexiones en las que por su interés extraemos a continuación:

- En primer lugar, insiste en que los valores tienen como apoyo necesario los hechos, por eso es imprescindible para el procedimiento de análisis que se disponga de una historia clínica muy completa que recoja en detalle toda la información. Difícilmente se podrán valorar los aspectos éticos comprometidos sin un buen conocimiento biológico y biográfico de la persona enferma. El diagnóstico social sanitario puede aportar mucha información psicosocial sobre el paciente, su situación y sobre el contexto.
- En segundo lugar, subraya que la fase más compleja del método es la deliberación sobre el curso de acción moralmente óptimo. El modo de hacerlo es, como veremos más adelante en detalle, *en dos fases o tiempos*: contrastarlo primero con los principios en juego (nivel de mínimos y nivel de máximos) y después con las consecuencias previsibles. En este momento se advierten claramente las posiciones de los deontologistas y teleologistas. Los primeros tenderán a tomar las decisiones sólo a la vista de los principios y los teleologistas insistirán en el análisis de las consecuencias y de las circunstancias concretas. Como ambas posturas son extremas no suelen darse mayoritariamente. El deber primario es siempre cumplir con los principios, por ello quien quiera hacer una excepción tiene que probar que puede y debe hacerse. La excepción deja de serlo cuando se convierte en principio y esto hay que evitarlo. En medicina hay situaciones que justifican la violación del principio de veracidad, es el origen de la tradicionalmente llamada "mentira piadosa" o de la excepción al consentimiento informado conocida con el nombre de "privilegio terapéutico". Decir la verdad en determinadas situaciones puede llegar a ser irresponsable.
- En tercer lugar, señala que frente a las éticas de la convicción están ganando fuerza las llamadas *éticas de la responsabilidad*. Se denominan así las éticas que articulan principios y consecuencias. La mayor parte de los

bioeticistas manejan las categorías propias de las éticas de la responsabilidad. Para las éticas de la responsabilidad el análisis del problema moral se puede articular como expresa el esquema de la figura siguiente:

Esquema de análisis de los problemas morales

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL



Fuente: Diego Gracia (2001)

Por la dificultad que entraña la fase de evaluación de la calidad ética de cada curso de acción Gracia (2001) propone desarrollar los tres pasos siguientes:

1) Contraste del curso de acción con los principios morales

a) En este punto propone en primer lugar **recurrir al análisis de los principios de la bioética** involucrados en el caso que se está tratando: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Como los principios de no maleficencia (no hacer daño) y justicia tienen carácter público y son deberes universalizables y exigibles a todos y cada uno incluso coactivamente, son los primeros que hay que contrastar. Para que ejerzan coerción es preciso que tengan forma jurídica. Por eso en este punto debemos analizar la legislación que hubiere al respecto.

Los principios de autonomía y beneficencia pertenecen al espacio privado que cada cual puede gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Se corresponden con la ética de máximos.

b) En segundo lugar, **hay que identificar los conflictos entre valores o principios**. En caso de conflicto, los deberes propios de la ética de mínimos suelen tener prioridad sobre los deberes de la ética de máximos. Es frecuente que los conflictos morales surjan como consecuencia de cómo considera cada so-

ciudad determinadas cuestiones, por ejemplo, la interrupción del embarazo. En algunas sociedades o momentos históricos se ha tipificado como un deber público de no maleficencia incluido en el Código penal y en otros, como un deber de gestión privada vinculado al principio de autonomía y beneficencia.

2) Evaluación de las consecuencias previsibles

a) En este punto propone "la evaluación de las circunstancias que concurren en el caso concreto y las consecuencias previsibles de la decisión". Advierte que debe hacerse muy cuidadosamente. Las circunstancias en ética, al igual que en derecho, pueden ser agravantes, atenuantes o eximentes. Cuando se da alguna de estas circunstancias, el deber cede y se puede y se debe hacer una excepción. Por ejemplo, en el caso de un paciente en situación terminal, pueden concurrir circunstancias para no decir la verdad. Por lo tanto, hay que examinar con detalle si se puede y se debe hacer excepciones a los principios. Para hacer excepciones debemos justificar siempre que la aplicación de una norma o principio atenta contra la dignidad del ser humano. En el caso de los deberes públicos que han adquirido forma jurídica la excepción sólo la puede hacer el juez o la ley al despenalizar la aplicación de la norma en ciertos supuestos. Es lo que ha ocurrido con la legislación española sobre el aborto.

Por último, el autor nos recuerda dos cosas más que cabe tener en cuenta.

- Por un lado, que el objeto del proceso de deliberación no es tomar decisiones sino asesorar a quien las tenga que tomar en cada caso: paciente, profesional sanitario, familia o gestor.
- En segundo lugar, que la deliberación moral puede ser individual o colectiva porque, como sucede en otros ámbitos como el legal o el clínico, los casos más graves son analizados por más de un profesional. Las sesiones clínicas son un buen ejemplo de ello. No obstante, ningún profesional puede escapar a la deliberación consigo mismo cuando tiene que decidir ante un paciente. En cualquier caso, la deliberación colectiva realizada de manera interdisciplinaria aporta gran riqueza para el análisis minucioso del caso porque ante un conflicto ético cada profesional tiene una mirada diferente.

5.2. Modelos para el trabajo social y el trabajo social sanitario

Una vez visto el método más utilizado dentro de los comités de ética asistencial en España y ante la ausencia de métodos propios del trabajo social y del trabajo social sanitario en nuestro contexto, vamos a ver dos modelos de toma de decisiones éticas propuestos por trabajadoras sociales estadounidenses. Los dos modelos que vamos a exponer enriquecen y complementan la perspectiva de

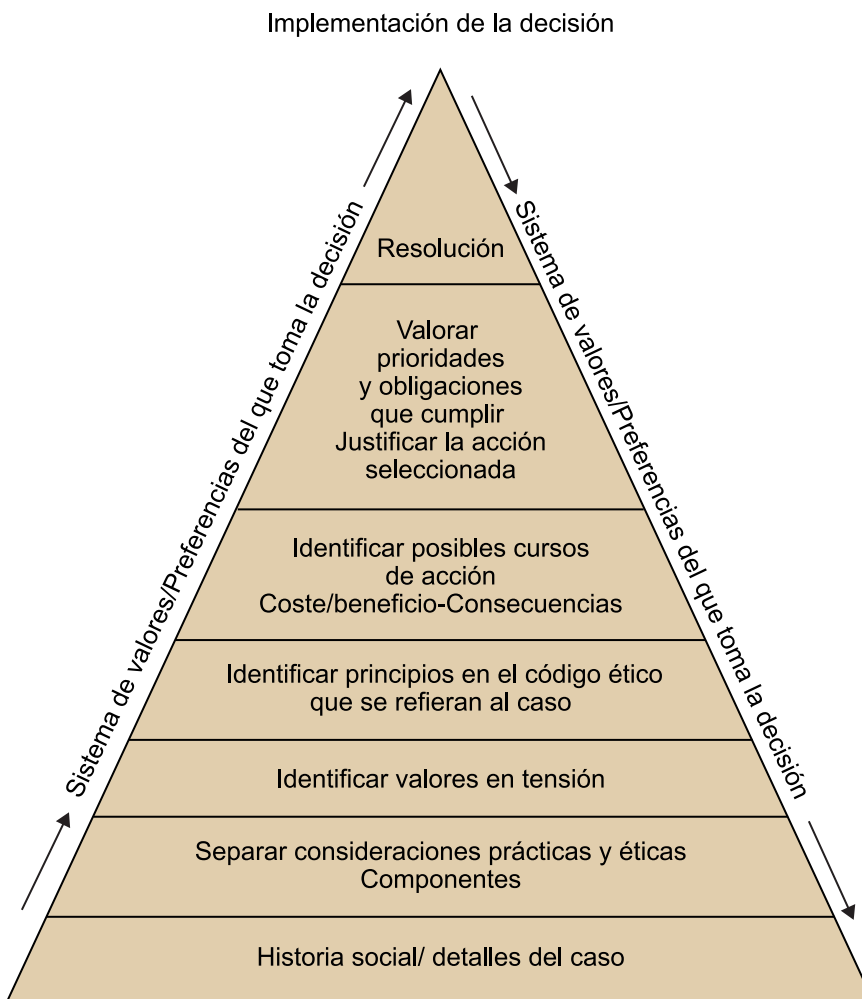
análisis que nos aporta la bioética ya que sus autoras, inspirándose en ésta, han sido capaces de adaptarla a la realidad específica del trabajo social aplicable al trabajo social sanitario.

5.2.1. Modelo de Marian Matisson

El primero es el modelo propuesto por Marian Matisson en "Ethical Decision Making: The Person in the Process". La estructura de su modelo, como puede observarse en la imagen siguiente, contiene prácticamente las mismas fases que el método expuesto anteriormente. Tomando como ejemplo el conflicto que le plantea al trabajador social sanitario el caso de la adolescente embarazada que pide que se guarde el secreto de su embarazo a su madre y padrastro, la autora propone la siguiente guía:

Guía para el análisis de conflictos éticos

MODELO PARA ANALIZAR DILEMAS ÉTICOS



Fuente: Matisson (2000)

1) **Explorar cuidadosamente todos los detalles del caso** para comprender en toda su globalidad y complejidad la circunstancia de la paciente. Para poder llevar a cabo este paso es necesario tener bien documentado el caso y haber

Referencia bibliográfica

M. Matisson (2000). "Ethical decision making: The person in the process". *Social Work* (vol. 45, núm. 3).

hecho un buen diagnóstico social sanitario. Un aspecto muy importante es conocer la cultura de la paciente porque su modo de definir y afrontar la situación estará determinado por los valores y tradiciones de su grupo de pertenencia, bien sea religioso, étnico o de clase social, por ejemplo. Habrá que ver por lo tanto cómo valoran esta situación desde sus claves interpretativas.

2) Distinguir los detalles prácticos del caso de los aspectos éticos. Separar hechos de valores, juicios técnicos de juicios éticos. Implicaría por un lado, preguntarse qué tipos de tratamiento social podrían ser utilizados y también si se dispone de conocimientos empíricamente contrastados sobre las consecuencias físicas, psíquicas, sociales o económicas que provoca un embarazo en la adolescencia. Con respecto a los componentes éticos, debería preguntarse si existen límites para la confidencialidad y en qué medida podría respetarse la autodeterminación de la adolescente. Esto obligaría a cada profesional a evaluar la capacidad o competencia psicológica de la adolescente para tomar sus propias decisiones con respecto a continuar con el embarazo y, en su caso, sin la supervisión de su familia en el caso de que existiera amenaza de que le rechazasen. Además habría que considerar también a qué intereses habría que servir: a los de la adolescente, a los del niño no nacido o a los del sistema familiar.

3) Identificar la tensión entre principios se produce en este caso entre el respeto a la autonomía-autodeterminación de la paciente (ética de máximos-privada) y el deber de justicia con los padres y con el no nacido a quienes involucran las consecuencias (ética de mínimos-pública). Los principios de nuestro código ético que hacen referencia a la autonomía de los clientes nos dicen que siempre tenemos la "obligación de respetar la confidencialidad" pero también que tenemos la "obligación de obedecer la ley y las regulaciones institucionales (la justicia)". Además, debemos "buscar el bien o interés de los individuos [...] pero prestando el debido respeto a los intereses de las demás personas involucradas".

4) Como veíamos en el modelo propuesto por Diego Gracia, en caso de conflicto entre los deberes de mínimos y de máximos, como sucede en este caso, los deberes propios de la ética de mínimos suelen tener prioridad sobre los deberes de la ética de máximos porque son públicos y exigibles a todos por vía legal. Así, en este caso, deberíamos **explorar el marco legal** sobre la confidencialidad para saber si la ley permite a la adolescente ocultar la información a sus cuidadores o, en su caso, si existe alguna excepción justificada. Los tres grandes supuestos en los que se plantea romper el deber de confidencialidad son: por evitar un daño a otras personas, por evitar un daño a la propia persona y por imperativo legal. En nuestra legislación, la adolescente de catorce años no es considerada mayor de edad, por lo que los padres o cuidadores legales tienen derecho a saber que su hija está embarazada. Pero además, el deber de no hacer daño nos obliga también a proteger la seguridad y la salud del niño aún no nacido. Así nos encontramos ante el deber de respetar la confidencialidad frente a la obligación moral de procurar lo mejor para la adolescente y

para los demás. Desde una perspectiva jurídica, la confidencialidad de la información relativa a la salud alcanza también a los familiares ¿qué hacer? Antes de nada hay que seleccionar varios cursos de acción posibles y tratar de evitar reducir el problema a un dilema de sólo dos salidas, decirlo o no decírselo a sus padres, y actuar con calma y prudencia.

5) Nos enfrentamos al momento de **identificar cursos de acción** posibles valorando las consecuencias previsibles de ellos. Es el momento de la deliberación propiamente dicha en el que analizamos los pros y los contras de tomar una u otra decisión. Para ello hay que evaluar las circunstancias que concurren en el caso concreto, ¿puede haber algún atenuante, agravante o eximente? ¿Hay en este caso alguna circunstancia que pueda justificar el no cumplir la ley y respetar la confidencialidad? Si se respetaran los deseos de la adolescente y no se revelara la información, ¿qué consecuencias tendría para ella? ¿Y para el hijo no nacido? ¿Y para los padres o cuidadores? ¿Y para el trabajador social? Es importante también tener en cuenta cómo afectaría esta situación de desacato a la ley a los intereses del trabajador social. Los costes y beneficios de cada curso de acción diferirán para cada una de las personas implicadas. Tan sólo después de un escrupuloso examen de las obligaciones y de las consecuencias podrá el trabajador social elegir una acción.

¿Qué posibles cursos de acción se pueden plantear en este caso? Veamos algunos.

- a) Guardar la confidencialidad y no revelar el secreto.
- b) Informar a la adolescente del derecho de sus padres a saberlo y de su obligación a decírselo, pidiéndole que se lo diga ella misma.
- c) Informar a la adolescente del derecho de sus padres a saberlo y pedirle el consentimiento para informarles nosotros.
- d) Revelar la información a sus padres sin el asentimiento ni consentimiento de la adolescente entendiendo que se trata de una menor de edad.
- e) Ofrecer a la adolescente la posibilidad de una intervención familiar.
- f) Poner a disposición de la adolescente los apoyos y servicios de trabajo social sanitario adecuados para encarar la situación.
- g) Citar a sus padres para valorar mejor la situación y las circunstancias concretas que concurren.
- h) Otras.

Como puede observarse, la lista de cursos de acción puede ser muy variada y no tiene por qué reducirse a dos: respetar la confidencialidad o no respetarla. Hay muchas opciones intermedias, es más, pueden seleccionarse varias y realizarlas de una manera gradual en el tiempo. En cualquier caso habrá que sopesar las consecuencias previsibles para todas las partes implicadas. Vamos a ver algunas.

La decisión de guardar el secreto puede tener varias consecuencias. Por un lado los padres al enterarse pueden denunciar la situación por haberse incumplido la obligación legal, lo que podría tener consecuencias negativas para el trabajador social y también para la adolescente en lo que respecta a la relación con sus padres. Podría ser castigada y rechazada. La decisión de revelar el secreto podría provocar la ruptura de la relación de la adolescente con el trabajador social y la pérdida de confianza, lo que podría romper u obstaculizar el proceso de ayuda iniciado. Habría que considerar asimismo las repercusiones psicológicas y sociales de esta decisión en la adolescente. También el trabajador social tendría que valorar si no rompe el secreto qué posibilidades reales de ayuda puede ofrecer a la adolescente si acuerda con ella la confidencialidad acogiéndose a circunstancias como la madurez de la joven o, por ejemplo, la evidencia de un maltrato por parte de sus progenitores.

A favor de romper la confidencialidad, podríamos considerar que la decisión de informar a sus padres podría posibilitar que éstos le prestaran la ayuda que necesita y evitarles la sensación que "se ha destapado el asunto" de mala manera.

Muchas más consecuencias se podrían considerar conociendo en mayor profundidad todos los detalles y circunstancias del caso. En cualquier caso, como el conflicto afecta a la justicia y se trata de un deber de mínimos exigible, la información a sus padres no debe ocultarse. Sin embargo, entre los dos cursos de acción extremos, podemos encontrar un término medio. Se podría comenzar por seguir trabajando el vínculo con la adolescente, darle el apoyo que necesita para, en un segundo momento, tratar de hacerle comprender las consecuencias que se derivan de su secreto para ella, para su hijo no nacido y para sus padres y proponerle después una reunión con la familia y tratar conjuntamente el problema. Paralelamente habría que tratar de ponerle en contacto con todos los recursos disponibles que fuéramos viendo necesarios. Otras secuencias de acción también podrían ser consideradas. Recordemos que no hay recetas ni una única solución. Los criterios morales que se vayan aprendiendo nos ayudarán, pero con frecuencia siempre quedarán márgenes de incertidumbre.

5.2.2. Modelo de Susan Blumenfield y Jane Isaacs Lowe

Las trabajadoras sociales sanitarias estadounidenses Susan Blumenfield y Jane Isaacs Lowe proponen una guía específica para analizar dilemas éticos en la planificación de las altas hospitalarias. En el caso de las altas hospitalarias es muy frecuente que se planteen conflictos éticos que abocan a situaciones dilemáticas: abandonar o no el hospital en el tiempo previsto. Para ello, las autoras presentan un modelo muy sintético que, por su sencillez, puede resultar orientador en muchos casos.

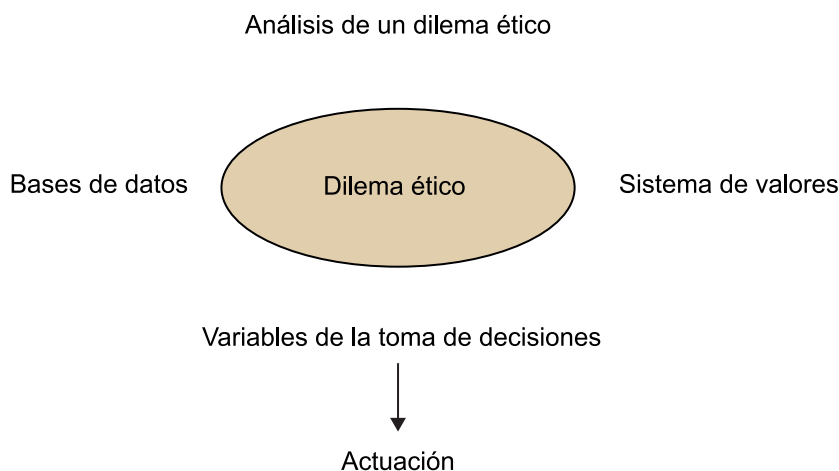
Referencia bibliográfica

S. Blumenfield; J. I. Isaacs (1991). "Guía para analizar dilemas éticos en la planificación de altas hospitalarias". *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 10, pág 198-128).

Se trata de un modelo que resalta las peculiaridades que conllevan los conflictos éticos que se producen dentro del programa de planificación del alta hospitalaria. Por eso, las autoras otorgan mucha importancia a las obligaciones institucionales y al factor tiempo. Si estos factores influyen siempre en la toma de decisiones, su peso es mayor en estos casos. Para afrontarlos proponen, como puede observarse en el esquema siguiente, un modelo que consta de tres elementos:

Análisis de un dilema ético

ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL



Fuente: Blumenfield e Isaacs (1991)

- **La base de datos.** Hace referencia al estudio de los *hechos* a partir de la información contenida en la historia social. El trabajador social tiene que empezar estudiando todo lo que sabe de la persona enferma, su diagnóstico y pronóstico, la situación familiar, los apoyos con los que cuenta, los recursos personales y los factores positivos y negativos de su entorno que le pueden condicionar las opciones al alta.
- **El sistema de valores.** Hace referencia al contenido propiamente ético del conflicto. El trabajador social debe preguntarse para quién toma la decisión, quién está implicado en ella, qué criterios se usan para tomar decisiones, qué tipo de consentimiento se necesita y si existe un razonamiento sólido para tomar la decisión. También es importante analizar qué valores defienden las partes implicadas. En general, el trabajador social trata de determinar los valores de la persona enferma y de su familia teniendo en cuenta su clase social y sus rasgos culturales.
- **Las variables de la decisión.** En este punto señala la necesidad de establecer estrategias realistas que tengan en cuenta las consecuencias de las posibles decisiones en las personas y las variables relativas a las obligaciones

Lectura complementaria

Para ampliar la información sobre los conflictos en los que se plantean tensiones entre los mandatos institucionales y los deberes profesionales en el ámbito sanitarios podéis consultar:

C. Galambos (1999). "Resolving ethical conflicts in a managed health care environment". *Health and Social Work* (vol. 24, núm. 3).

institucionales que condicionan la decisión. Como novedad, las autoras sugieren que las decisiones tomadas se introduzcan en una base de datos para favorecer la evaluación de dilemas futuros.

Para ilustrar la aplicación del modelo, las autoras presentan un caso en el que se plantea un dilema ético muy típico de los trabajadores sociales sanitarios. Para analizarlo utilizan las categorías analíticas de J. Smith y A. J. Davis. Por su valor didáctico finalizaremos la exposición transcribiendo una síntesis del mismo.

Caso ilustrativo

Se trata de un paciente de 68 años soltero que ingresa en el hospital proveniente de una residencia privada, sucio, desaseado, mal alimentado y confuso. Ingresó para operarse de próstata y, aunque después de la intervención disminuye su confusión, no parece estar cognitivamente bien. El paciente no tiene familia ni conocidos.

Durante la hospitalización, el paciente habló de volver a casa, pero no sabía muy bien dónde estaba su hogar. No mostró ninguna preocupación por volver a la residencia, más bien parecía dispuesto a ir dondequiera que le llevaran. Tras recuperarse de la intervención, el médico propone que le lleven de nuevo a la residencia. El paciente quiere volver a la residencia. Al contactar con la residencia se supo que el personal apreciaba al paciente y que estaba bien adaptado. Al ser informado el administrador de los problemas de salud, dice que cree que pueden hacerse cargo de ellos.

Para el hospital, dado el apremio de tiempo en la planificación de altas, es conveniente que el paciente vuelva cuanto antes a la residencia. Una investigación posterior reveló que la residencia no tenía muy buena reputación, que había habido algunas quejas sobre ella y que el Departamento de Asuntos Sociales de la ciudad no la recomendaba. La dudosa reputación de la residencia y el nivel de asistencia que requería el paciente hicieron que al trabajador social le preocupara su regreso. Las enfermeras del hospital no coincidían en sus recomendaciones, unas pensaban que podían cuidarle adecuadamente en la residencia y otras no.

El trabajador social pidió al cirujano que concertara una visita psiquiátrica para obtener una evaluación del estado mental. El psiquiatra valoró que estaba capacitado para volver a la residencia si quería y sugirió que le dieran de alta. El cirujano también quiere que vuelva a la residencia. Al tratar el tema con el médico y las enfermeras, el trabajador social encontró desacuerdos importantes en la valoración de la eficacia del plan de alta así que el trabajador social se enfrentaba al dilema de devolver al paciente a la residencia o preparar un plan para transferirlo a una unidad de cuidados especializados.

1) Conflicto entre dos principios éticos. El conflicto de valores en este caso se plantea entre respetar la autonomía de la persona enferma, que dice que quiere regresar a la residencia, y la responsabilidad y el deber de beneficencia del trabajador social de prestarle el mejor nivel de asistencia posible. Sin embargo, la autonomía de la persona enferma es cuestionable debido al dudoso estado de sus facultades.

2) Conflicto entre dos acciones posibles en las que algunas razones favorecen una acción y otras van en contra. Entre las razones que favorecen el regreso a la residencia están que el paciente la conoce y quiere volver, también el personal de la residencia quiere que vuelva; los médicos creen que se podría defender allí, algunas enfermeras también. Desde el punto de vista institucional, dado el apremio de tiempo en las altas, sería conveniente que regresara. Entre las razones en contra están que cuando el paciente llegó al hospital estaba descuidado, la residencia no tenía muy buena reputación y había algunas quejas registradas contra ella. Los motivos del administrador de la residencia para seguir acogiéndole eran cuestionables. Los médicos quieren que regrese pero no conocen el nivel de cuidados que se prestan en estas residencias. Algunas enfermeras estaban convencidas de que el paciente necesitaba un mayor nivel de cuidados. Aunque el paciente no estaba considerado legalmente incapacitado, las últimas valoraciones profesionales consideraban que su competen-

Lectura complementaria

Para ampliar la información sobre los conflictos éticos más frecuentes que tienen los trabajadores sociales en el sistema sanitario podéis consultar:

G. Kadushin; M. Egan (2001). "Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective". *Health and Social Work* (vol. 26, núm. 3).

Referencia bibliográfica

S. J. Smith; A. J. Davis (1984). "Ethical dilemmas: Conflict among Rights, Duties, and obligations". *American Journal of Nursing* (núm. 80,8, pág. 1463-66).

cia psíquica era dudosa. Por todo ello, no hay razones concluyentes ni a favor ni en contra.

3) Conflicto entre dos alternativas insatisfactorias. En este caso ninguna de las alternativas es completamente satisfactoria.

Enviarle a la residencia sería hacer lo que él quiere y le permitiría reintegrarse de nuevo en un entorno conocido entre gente que le conoce. Sin embargo, parece ser que necesita más asistencia tras la hospitalización e incluso podría estar necesitando antes, dado el estado en el que ingresó. Por lo que se sabe de la residencia y de las limitaciones del juicio de la persona enferma, existen grandes dudas sobre su capacidad de elegir.

Enviarle a una unidad de cuidados especializados, aunque parece más apropiado, le alejaría de todo lo que le es familiar y de la gente que le conoce. Sería un sitio nuevo y desconocido al que él no quiere ir. Además, sus ingresos no cubrirían el coste y habría que pedir una solicitud a los servicios sociales, lo que alargaría la estancia en el hospital más allá de sus necesidades médicas.

4) Conflicto entre los principios de una persona y su supuesto papel. El papel del trabajador social está dividido entre su rol de "jugador de equipo" y la principal responsabilidad de hacer lo correcto para el paciente. El papel como planificador de altas subraya el hecho que debe ayudar a dar altas rápidas pero la puesta en marcha de cualquier plan prolongará la estancia. El conflicto entre el papel dentro del hospital y sus principios éticos contribuye a la complejidad de la decisión.

5) Conflicto entre la necesidad de actuar y la necesidad de reflexionar. En casi todos los casos de planificación de altas el tiempo es un obstáculo que a veces añade presión y otras contribuye al dilema ético. Por regulación gubernamental, el trabajador social debe llevar a cabo el plan de alta rápidamente. Sin embargo, cualquier plan que se aplique tiene muchas ramificaciones y requiere un tiempo para analizarlo, reflexionarlo e intercambiar impresiones. Los conflictos surgidos de las ramificaciones sólo añadían más dificultades a la toma de decisiones. El trabajador social, consciente ahora de las ambigüedades existentes, debe resolver el dilema y actuar. En este momento el trabajador social deberá aplicar el modelo propuesto por las autoras y analizar sus tres elementos: los datos de que dispone, las variables de la toma de decisiones, el sistema de valores y proceder por último a actuar. La actuación está condicionada en este caso por el tiempo y los recursos. En último término, el paciente dejará el hospital cuando se le haya proporcionado un plan de alta, el que finalmente decida el trabajador social. Un análisis detenido y la ordenación de los elementos del dilema ayudarán a avanzar hacia una resolución, pero no acabarán con la naturaleza angustiosa del proceso.

Como hemos insistido a lo largo del módulo, nunca hay una única respuesta para los conflictos éticos. El método deliberativo y la aplicación de guías específicas nos proporcionan un marco para facilitar el razonamiento crítico y la toma de decisiones cuando menos prudentes y razonables. En eso consiste la responsabilidad profesional.

Resumen

En este módulo se han tratado los dos aspectos más importantes que necesita el trabajador social sanitario para enfrentarse a los conflictos éticos que se presentan en el ejercicio profesional: los fundamentos y métodos de la ética. Como el trabajo se desarrolla dentro del sistema sanitario, se han tomado como referencia las teorías, principios y métodos de la bioética, que es la ética aplicada al campo de las ciencias de la vida y de la salud tratándolas de conjugar con los principios éticos del trabajo social sanitario.

Para comprender los fundamentos de las decisiones morales se ha comenzado explicando la relación que existe entre la ciencia y los valores y distinguiendo entre juicios técnicos y juicios morales. Los primeros se emiten conforme a hechos y los segundos, conforme a valores. Esta distinción aporta muchas claves para comprender que el recurso a la ciencia no es suficiente para tomar decisiones éticas, necesitamos conocimientos de ética.

En segundo lugar, hemos abordado el estudio de las teorías éticas y de los principios utilizados en bioética. Bajo los dos enfoques más importantes, el deontológico y el teleológico, se han agrupado las teorías y los autores más representativos de cada uno de ellos. El enfoque deontológico analiza la corrección de una acción en función de principios o deberes y el enfoque teleológico, con respecto a los fines o consecuencias. La aproximación entre ambos enfoques ha dado lugar a uno mixto que se ha denominado *ética de la responsabilidad*. A continuación se han expuesto los principios de la bioética que se aplican para el análisis de conflictos éticos, que son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

En tercer lugar, se ha abordado el estudio de los métodos para la toma de decisiones éticas. Por su gran aceptación en el mundo sanitario se ha presentado el método deliberativo propuesto por el bioeticista Diego Gracia. Por último, se ha complementado con dos modelos de toma de decisiones elaboradas por trabajadores sociales.

El estudio de los fundamentos teóricos y de los métodos de la ética permite a los trabajadores sociales sanitarios analizar los conflictos éticos y tomar decisiones prudentes y razonables en situaciones difíciles.

Glosario

autonomía *f* Término introducido por Kant y que significa la capacidad de darse a sí mismo leyes. Se refiere al carácter autolegislator del ser humano. En bioética se identifica con la capacidad de tomar decisiones.

beneficencia *f* Es el principio de la bioética que obliga no sólo a no hacer el mal sino a hacer el bien. No se puede hacer el bien en contra de la voluntad de las personas.

capacidad *f* Calificación ética y jurídica del estado psicológico de un individuo por el que se le reconoce apto, aquí y ahora, para tomar decisiones concretas sobre aspectos básicos de su vida y poder ejercer los derechos fundamentales que tiene reconocidos.

competencia *f* En bioética hace referencia a la aptitud psicológica de un paciente para ejercer su autonomía personal y tomar sus propias decisiones sanitarias.

confidencialidad *f* Derecho de la persona enferma a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona por su vinculación laboral al participar, de forma directa o indirecta, en las funciones propias de las instituciones sanitarias respeten su intimidad y cumplan con el deber de sigilo, reserva y secreto.

consentimiento informado *m* Modelo de relación clínica que consiste en un proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional sanitario, él o ella, y de la persona enferma capaz, en el curso del cual toman decisiones conjuntamente acerca de la manera más adecuada de abordar un problema de salud.

deliberación *f* Proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concreta, a fin de buscar la solución óptima o, cuando esto no es posible, la menos lesiva.

ética de máximos *f* Todo el mundo aspira a la perfección y la felicidad y, en consecuencia, a lo máximo, a lo óptimo. Ese óptimo no es igual para todos, sino que depende del sistema de valores religiosos, morales, culturales, entre otros, de cada uno. Por lo tanto, los máximos son distintos para cada cual, que a la vez debe tener libertad para gestionarlos privadamente, de ahí que este nivel se halle regido por los principios bioéticos de beneficencia y autonomía. En este nivel cada uno es autónomo para ordenar y conducir su vida de acuerdo con su propio sistema de valores.

ética de mínimos *f* En cuanto miembros de una sociedad, todos los seres humanos tienen que aceptar y respetar un conjunto de reglas y valores comunes. Su garante es el Estado que, para hacerlas cumplir, puede utilizar la fuerza. Los principios que rigen este nivel son el principio de no maleficencia y el de justicia.

justicia *f* Principio ético que afirma el derecho de todos los seres humanos a ser tratados con igual consideración y respeto.

menor maduro *m* Expresión surgida para designar aquel sujeto que, siendo menor de edad, posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite disfrutar de los derechos de personalidad en un grado mayor o menor.

paternalismo *m* Modelo de relación sanitaria en el que se trasladan a la relación entre personas adultas y capaces los rasgos propios de una relación paterno-filial, esto es que el profesional, él o ella, adopta el papel de padre protector y poderoso y el paciente, el de niño frágil y obediente.

privacidad *f* Derecho de la persona a determinar y controlar qué información sobre sí misma es revelada, a quién y con qué motivo.

privilegio terapéutico *m* Situación en la que el médico oculta información al paciente o no le pide su consentimiento para una acción diagnóstica o terapéutica porque considera que ello produciría al enfermo un daño psicológico.

prudencia *f* Es la virtud intelectual que permite tomar decisiones racionales o al menos razonables en condiciones de incertidumbre. Las decisiones prudentes no son ciertas pero sí aspiran al menos a ser razonables, por eso varias decisiones diferentes pueden ser igualmente prudentes.

secreto, sigilo o reserva *m* Términos clásicos deontológicos y jurídicos que se refieren a lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto, es decir, aquello que debe mantenerse separado del conocimiento de los demás.

Bibliografía

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.

Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Barcelona: Paidós.

Blumenfield, S.; Isaacs, J. I. (1991). "Guía para analizar dilemas éticos en la planificación de altas hospitalarias". *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 10, pág. 198-128).

Borrell, F. y otros (2001). "El deber de no abandonar al paciente". *Medicina Clínica* (núm. 117, pág. 262-273). Barcelona.

Consejo General de Diplomados en Trabajo Social (2008). *Código deontológico de la profesión de diplomado en Trabajo Social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

De los Reyes, M. (2007). "Introducción a la bioética. Metodología para tomar decisiones en ética clínica". *Pediatría Integral* (vol. XI, núm. 10, pág. 868-869).

Galambos, C. (1999). "Resolving ethical conflicts in a managed health care environment". *Health and Social Work* (vol. 24, núm. 3).

Gracia, D. (2000). "La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica". En: VV.AA. *Comités de ética asistencial* (pág. 21-41). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Gracia, D. (2001). "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Medicina Clínica* (núm. 117, pág. 20). Barcelona.

Gracia, D. y otros (2001). "Toma de decisiones en el paciente menor de edad". *Medicina Clínica* (núm. 117, pág. 179-190). Barcelona.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.

Internacional Federation of Social Workers (IFSW) (2004). *Ethics in Social Work, Statement of Principles*.

Kadushin, G.; Egan, M. (2001). "Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective". *Health and Social Work* (vol. 26, núm. 3).

Mattisson, M. (2000). "Ethical decision making: The person in the process". *Social Work* (vol. 45, núm. 3).

National Association of Social Worker (NASW) (2008). *Code of ethics*. Disponible en: www.socialworkers.org.

Osmo, R.; Landau, R. (2006). "The rol of ethical teories in decision making by social workers". *Social Work Education* (vol. 25, núm. 8, pág. 864).

Potter, V. R. (1970). *Bioethics: The Science of Survival*.

Rawls, J. (2000). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.

Reamer, F. G. (1998). "The Evolution of Social Work Ethics". *Social Work* (vol. 43, núm. 6).

Salcedo, D. (2000). "La evolución de los principios del trabajo social". *Acciones e Investigaciones Sociales* (núm. 11).

Sánchez Vidal, A. (1999). *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós.

Simon P. y otros (2001). "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones". *Medicina Clínica* (núm. 117, pág. 419-426). Barcelona.

Smith, S. J.; Davis, A. J. (1984). "Ethical dilemmas: Conflict among Rights, Duties, and Obligations". *American Journal of Nursing* (núm. 80,8, pág. 1463-66).