

La intervenció ètica i la resolució de dilemes en el treball social sanitari

Emma Sobremonde de Mendicuti

PID_00208247

Índex

Introducció	5
1. L'ètica en el treball social sanitari	7
1.1. El codi deontològic	7
1.2. La bioètica	8
2. Concepte d'ètica i moral	10
3. Ciència i valors	12
4. Fonaments ètics de la intervenció social	17
4.1. Enfocament deontològic i teleològic	19
4.1.1. Les teories deontològiques	19
4.1.2. Les teories teleològiques	21
4.2. Principis ètics de la intervenció sanitària	23
4.2.1. Principis de la bioètica	24
4.2.2. Jerarquia dels principis: mínims i màxims	26
4.2.3. Tensions entre principis	30
5. Mètodes per a la presa de decisions ètiques	33
5.1. El mètode deliberatiu de Diego Gracia	33
5.2. Models per al treball social	37
5.2.1. Model de Marian Matisson	38
5.2.2. Model de Susan Blumenfield i Jane Isaacs Lowe	41
Resum	45
Glossari	47
Bibliografia	48

Introducció

Els treballadors socials sanitaris prenem diàriament decisions que tenen conseqüències per a les persones afectades. Com es pot actuar correctament? Quins criteris cal aplicar per a garantir que les nostres accions no facin mal? És suficient el criteri de correcció científicotècnica per a actuar responsablement en situacions on es produeixen conflictes de valor? L'experiència ens diu que no. Com hem d'actuar correctament amb una persona en situació de dependència que es nega a ingressar en una residència i els cuidadors de la qual plantegen dificultats per a atendre-la al domicili? Què hem de fer quan una adolescent ens diu que està embarassada i no vol que ho diguem als seus pares? L'elecció ens situa davant la necessitat d'emetre judicis morals perquè en aquest tipus de decisions estan implicats els valors del pacient, els de la seva família, els del professional i els de la societat. Per això, quan aquests valors entren en conflicte és difícil dilucidar quin és el curs d'acció correcte. Per a prendre decisions morals no n'hi ha prou amb el recurs a la ciència ni el recurs a la llei. Necessitem un marc ètic i una metodologia específica que ens orienti.

Per a això, en aquest mòdul ens ocuparem de totes dues qüestions. Després de plantejar unes reflexions preliminars sobre l'estat de la qüestió, dediquem la primera part a l'anàlisi dels fonaments ètics que necessitem per a prendre decisions prudentes. En la segona part, ens ocupem del mètode presentant dues guies per a l'anàlisi de problemes ètics que ens facilitin la presa de decisions. Per acabar farem, a tall de conclusions, una síntesi de les idees principals que han d'orientar la nostra pràctica.

1. L'ètica en el treball social sanitari

Els treballadors socials sanitaris ens trobem molt sovint davant conflictes ètics que ens fan difícil i complexa la presa de decisions. Si des del punt de vista científic les decisions es prenen conforme a fets o criteris objectius, les decisions morals es prenen respecte de valors. Per això hi ha una gran càrrega de subjectivitat en aquestes decisions, una càrrega que té a veure amb creences, preferències i opinions. El que per a una persona, bé sigui pacient o professional, és la millor opció, per a una altra és el contrari, és més, fins i tot la mateixa persona pot canviar d'opinió en un altre moment. A més treballem en institucions que ens assignen un paper professional que en moltes ocasions entra en conflicte amb la nostra pròpia ètica. Molt freqüentment ens veiem en la disjuntiva d'haver de triar entre defensar els interessos i desitjos dels nostres clients o defensar els de la institució. Davant aquest tipus de situacions ens assalta la incertesa.

De la preocupació dels professionals per aquesta qüestió neix la reflexió sobre el que s'ha de fer i el que no s'ha de fer en l'àmbit assistencial i cada professió estableix els seus propis codis ètics. En el cas del treball social, els principis ètics fonamentals amb els quals es compromet la disciplina estan recollits en els seus codis deontològics.

1.1. El codi deontològic

Un codi deontològic és el conjunt de principis i regles ètiques que regulen i guien l'activitat professional. Són les normes que determinen els deures mínims exigibles als professionals en l'acompliment de la seva activitat. Per això, emanen del mateix col·lectiu professional, que s'encarrega de recollir-les per escrit.

És important no confondre ètica professional amb codi deontològic. L'ètica professional és la disciplina que estudia els continguts normatius d'un col·lectiu professional, és a dir, estudia les normes del codi deontològic. L'anàlisi ètica de les normes professionals és la que pot donar lloc a ajustos en les normes mateixes o a canvis. Les normes professionals, com tot tipus de normes, s'elaboren en contextos històrics i culturals determinats, per la qual cosa són susceptibles de modificacions. Per la seva banda, el codi deontològic és el conjunt de principis vinculants per a un col·lectiu professional.

Així, qualsevol conflicte ètic que es plantegi en la pràctica ha de ser explorat tenint en compte aquests principis. Però, a més dels conflictes ètics que es deriven de la mateixa naturalesa de la professió, els treballadors socials sani-

taris ens veiem involucrats en la presa de decisions ètiques relacionades amb situacions de risc per a la salut. Treballem en equips interdisciplinaris dins d'institucions sanitàries on es plantegen conflictes ètics que cal resoldre tenint en compte les perspectives de valor i els principis ètics de cadascuna de les parts implicades en la decisió. Això ens obliga a aplicar no només el nostre propi codi ètic sinó també a conèixer les bases i fonaments de la bioètica. La bioètica neix precisament com una part de l'ètica aplicada per a ajudar els professionals de la salut a prendre decisions en situacions de risc i incertesa per a la vida.

1.2. La bioètica

La bioètica s'ha definit com l'estudi sistemàtic de la conducta humana en l'àmbit de les ciències de la vida i de la salut, analitzada tenint en compte els valors i principis morals.

El terme va ser encunyat el 1970 per l'oncòleg nord-americà Van Rensselaer Potter, en el seu famós article "Bioethics: The Science of Survival", en el qual l'autor mostra una profunda preocupació per la ruptura que s'estava produint entre dos àmbits del saber: el científic i l'humanístic. Alerta de la necessitat d'introduir criteris ètics en les intervencions humanes que afecten la vida. Des de la seva publicació, la bioètica ha tingut un desenvolupament espectacular i diversos factors hi han contribuït:

- **El desenvolupament de les biotecnologies**, que han aportat avanços singulars per a la gestió de la salut i del cos. Però aquests avanços que permeten, per exemple, allargar la vida amb tècniques de suport vital han provocat problemes ètics abans inimaginables per als professionals sanitaris.
- **El creixement de la despesa sanitària** que s'ha produït com a conseqüència de la universalització de l'assistència sanitària i de la incorporació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques. L'increment de costos genera tensions contínues a l'hora d'assignar recursos i establir prioritats. La distribució equitativa de recursos sanitaris s'ha convertit en una de les preocupacions principals de tots els governs.
- **El reconeixement ètic i jurídic del pacient adult i competent** com a agent moral autònom. Aquest fet ha suposat el progrés més important en la relació clínica del passat segle XX i ha posat en qüestió el model paternalista de l'assistència sanitària. De ser els professionals els qui jutjaven el que era bo per al pacient, es passa a una situació en la qual els pacients reclamen el dret a decidir el que consideren "el seu bé" degudament informats.
- **La pluralitat de referents ètics que conviuen en la societat** que complica la presa de decisions. El que per a uns és èticament acceptable per a uns

Referència bibliogràfica

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

altres no ho és. Prenem decisions des de codis morals diferents, la qual cosa no vol dir que no tinguem l'obligació moral de complir determinades normes morals i de ser responsables davant els altres i davant nosaltres mateixos dels nostres judicis i decisions.

Aquestes qüestions han portat a la necessitat d'establir un diàleg entre diferents perspectives i agents i a buscar un marc de referència ètic, mínim i comú, per als professionals sanitaris, d'aquí el desenvolupament de la bioètica.

Encara que la bioètica està present fonamentalment en l'àmbit de la medicina, en la mesura en què ofereix un marc de referència i un mètode d'anàlisi per a la resolució de conflictes ètics, s'està introduint progressivament en l'àmbit de la intervenció social. Així, els treballadors socials sanitaris ens trobem actualment amb dos marcs de referència, cosa que ens ofereix els principis ètics de la nostra professió i que ens proporciona la bioètica. Encara que la síntesi entre ambdues perspectives encara no s'ha dut a terme en el nostre context, la bioètica, pel seu nivell d'elaboració i ajust a les situacions amb les quals tractem, ens està brindant a la pràctica un marc teòric i metodològic excel·lent per a poder arribar a justificar moralment les decisions.

El desenvolupament de la bioètica en el nostre context sanitari s'ha materialitzat en la creació de comitès d'ètica assistencial interdisciplinaris (CEA). Al nostre país, des de la creació del primer comitè d'ètica el 1975 a l'Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu de Barcelona per part del president de l'Institut Borja de Bioètica, el doctor Francesc Abel, s'han creat molts comitès d'ètica assistencial. Aquests comitès són estructures formades per diferents professionals per a reflexionar, debatre i deliberar racionalment sobre conflictes ètics. No tenen caràcter executiu, la seva missió principal és assessorar els professionals, les institucions i la societat a l'hora de prendre decisions responsables i prudentes quan es produeixen conflictes de valor. La seva tasca és fonamental per a assessorar i proposar protocols o orientacions d'actuació. Els resultats de la seva deliberació no tenen caràcter vinculant, és a dir, no són d'obligat compliment per a uns altres. Els comitès emeten consells per ajudar les persones que tenen la responsabilitat de prendre decisions a prendre la millor possible. La millor decisió serà sempre prudent, raonable, presa després d'haver disminuït tant com sigui possible la incertesa.

Atesa la naturalesa i objectius d'aquests comitès, són cada vegada més nombrosos els treballadors socials sanitaris que s'hi han anat incorporant. Així, l'aplicació de principis ètics al treball social sanitari es planteja des d'una doble perspectiva: la que té a veure directament amb els nostres propis principis i valors i la que fa referència a l'aplicació dels principis i el mètode de la bioètica. Per tant, per a l'aplicació pràctica de totes dues perspectives cal comprendre prèviament què és l'ètica i quin són els seus fonaments.

2. Concepte d'ètica i moral

L'ètica és la disciplina que té per objecte l'estudi de la moral, entenent per moral les normes de comportament que segueixen les persones pel que fa al que és correcte o incorrecte, bo o dolent. Aquestes normes morals que ens dicten com hem d'actuar correctament es van gestant en cada context històric i social i, per tant, són canviants. Però en quina mesura les normes morals que se segueixen en cada societat són bones per a l'ésser humà? D'on provenen aquestes normes morals? Com es creen els sistemes de moralitat que prescriuen el que han de fer les persones? Precisament l'ètica és la ciència aplicada que neix per ocupar-se d'analitzar críticament la moral a fi de donar una resposta racional a la pregunta sobre la bondat o maldat dels actes humans. Així, encara que els termes **moral** i **ètica** s'utilitzen indistintament, convé assenyalar que no són el mateix. Vegem tots dos conceptes:

- **Moral.** Etimològicament, el terme *moral* prové del llatí *mores*, que significava 'costums', 'hàbits'. Per aquest motiu la moral es pot definir com el conjunt de valors, costums i normes de les persones o grups humans.
- **Ètica.** Etimològicament, el terme *ètica* ve del grec *ethos*, que significava 'caràcter' però també 'costum'. Els grecs utilitzaven el terme *ethos* per a referir-se al caràcter moral. Per aquest motiu l'ètica es pot definir com la ciència que estudia i analitza el comportament moral. Es tracta per tant d'un:
 - Saber pràctic que determina què és el bé i com s'ha d'actuar: teoria del comportament moral.
 - Intent racional de fonamentar la moral, un saber interpretatiu que dona arguments i raons plausibles per obrar correctament.

Tenint en compte la variabilitat dels comportaments morals i dels arguments que cada persona i cada societat poden esgrimir per justificar la correcció de les accions, com podem saber quins preceptes o normes morals són els més adequats?

Posem-ne un exemple: la nostra societat, jutja moralment de la mateixa manera el comportament d'una dona que vol interrompre l'embaràs fa cinquanta anys que ara mateix? Evidentment la resposta és negativa. La reflexió sobre aquest supòsit ens indica que els criteris morals han canviat, són diferents en els dos moments. Davant aquests fets l'ètica, com a ciència, s'ocupa d'analitzar els fonaments de les decisions morals i d'establir pressupòsits teòrics i raons pràctiques a fi que els preceptes o normes que s'estableixen siguin més adequats al projecte de societat.

Així, la moral està conformada per una pluralitat de sistemes morals de referència que orienten la conducta de manera immediata. Aquests sistemes es manifesten en els judicis morals que emetem de manera espontània, per exemple “no tinguis relacions sexuals fora del matrimoni”, i d’acord amb els quals qualifiquem la conducta com a bona o dolenta. No obstant això, l’ètica tracta de veure en què consisteix la moralitat, i la distingeix del dret i de la religió, que també prescriuen preceptes. L’ètica va més enllà, atès que tracta de justificar per què és bona o dolenta una determinada norma moral; es pregunta, per exemple, per quines raons es pot considerar dolent tenir relacions sexuals fora del matrimoni o per quines raons no cal mentir. L’ètica tracta de buscar fonaments i raonaments a favor o en contra d’aquestes conductes establertes socialment i les examina segons els principis i ideals últims de realització als quals aspira l’èsser humà. Aquestes idees queden reflectides sintèticament en l’esquema següent.

Distinció entre moral i ètica

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL

ÈTICA I MORAL

L’ètica tracta de posar en qüestió els postulats sobre els quals es basa l’acció moral per a aconseguir amb la crítica que els preceptes siguin més adequats a un projecte determinat de societat



QUÈ ÉS BO O CORRECTE?



Teories ètiques

Font: elaboració pròpia

Mentre la moral orienta la nostra conducta de manera immediata, l’ètica ho fa de manera mediata, planteja la reflexió abans d’actuar. Com s’observa en l’esquema anterior, l’ètica sotmet a examen els mandats morals que estan en la vida social i n’analitza els fonaments amb la finalitat de millorar la vida social.

3. Ciència i valors

Les persones ens veiem obligades contínuament a decidir entre diferents alternatives; els professionals també. No és possible viure sense triar i en cada elecció hi ha implicats els valors, també en les eleccions professionals. En l'àmbit de la ciència tampoc és possible el coneixement lliure de valors, ja que els valors involucren el científic, tenyeixen la seva forma de percebre la realitat i d'interpretar-la. El problema de la neutralitat valorativa ha estat objecte de grans i llargs debats en l'àmbit de les ciències socials i també en el treball social. La major part d'aquest tipus de discussions s'ha produït en l'intent de separar el coneixement dels valors, però no és tan senzill. S'assumeix amb massa freqüència que el coneixement d'alguna cosa, d'un fet objectiu, està lliure de valors, però és així? Posem-ne un exemple:

Avaluació objectiva

Un col·lega de l'equip de salut ens informa que hi ha una pacient que viu en una casa en males condicions d'habitabilitat. En principi, sembla que aquesta afirmació està lliure de valors perquè es refereix a un "fet objectiu" que podem comprovar fàcilment amb una visita domiciliària. Ara bé, si ens hi detenim una mica més, ens adonarem que, independentment de l'existència del fet objectiu observat, en la mateixa afirmació ja hi ha un cert contingut de valor. Quan visualitzem una persona com a pacient ja estem configurant la situació d'una manera determinada. Estem classificant la persona en funció de la nostra relació amb ella, és a dir, com una pacient, com algú que suposem que necessitarà ajuda, o bé com algú que forma part d'un sistema, en aquest cas, el sanitari. En aquest sentit, la podem percebre com una persona que té un estatus de subordinació envers nosaltres i, també, com algú "desviat" que no compleix els estàndards d'habitabilitat de l'habitatge en el nostre medi. I d'aquesta manera ja hem avaluat la situació des de la nostra pròpia perspectiva de valor.

Exemples d'aquest tipus posen de manifest que la neutralitat valorativa no és un assumpte fàcil, que els valors sempre estan presents en la nostra forma de percebre la realitat i d'enjudiciar-la. Com assenyala Sara Banks, també qualsevol decisió tècnica, fins i tot presa tenint en compte la legislació vigent, està impregnada de valors. Sobre aquesta qüestió es pronuncia de la manera següent:

"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 del paciente, 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 subratllat és de l'autora]".

(1) L'obra d'aquesta autora britànica és un dels referents més importants a Europa sobre ètica del treball social.

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

Tenint en compte la relació que hi ha entre ciència i valors, no és estrany que els professionals, davant un mateix fet, adoptem punts de vista oposats i ens enredem en discussions moltes vegades tedioses. Independentment dels debats que es produeixen per a cada cas concret i dels valors que hi estan implicats, és important assenyalar que hi ha una altra dimensió important que cal comprendre per a saber quins aspectes poden subjeure en aquest tipus de discussions entre professionals i equips i que poden obeir, en última instància, a les diferents formes de concebre la ciència de cadascun d'ells i fins i tot de la mateixa disciplina. A propòsit d'aquesta qüestió, Sánchez Vidal assenyala dues formes divergents i complementàries de concebre la ciència que ens poden donar pistes per a reflexionar sobre la nostra pròpia concepció i la de les persones amb les quals treballem. Vegem literalment el que diu l'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.

Certament el text anterior ens mostra dos punts de vista antagònics que ens ajuden a reflexionar sobre les arrels del nostre posicionament. On ens situem adquireix gran rellevància en la pràctica professional perquè de cadascuna de les dues concepcions es derivaran comportaments professionals diferents. Independentment dels posicionaments particulars de cada persona, cal preguntar-se de quina de les dues concepcions estem més a prop els treballadors socials sanitaris. Si ens fixem en l'objecte de coneixement/intervenció de la nostra disciplina i en les finalitats declarades en les convencions internacionals, cal pensar que és la segona opció la que suscita més adhesions. El treball social com a disciplina humana i social ens remet a una manera de concebre la ciència humanitzada i amb una alta dosi de subjectivitat, la qual cosa no significa, com es pot pensar, que aquesta concepció no tingui estatus científic.

El mètode comprensiu

Precisament el mètode comprensiu de les ciències socials apareix enfront de l'explicatiu, més propi de les ciències naturals, per a poder conèixer científicament el significat de les accions humanes. Tots dos mètodes són dues operacions intel·lectuals que tenen la mateixa validesa científica.

No obstant això, si analitzem paral·lelament el comportament del sistema sanitari podem deduir fàcilment que en la majoria de les disciplines biosanitàries dominen els plantejaments positivistes de les ciències naturals. No és cap altra la raó per la qual els treballadors socials sanitaris ens veiem en la necessitat permanent de defensar el concepte de salut com a estat de benestar biopsico-social dins de les organitzacions sanitàries. Ens mou l'afany que es considerin els aspectes subjectius que s'hi troben implícits. Es tracta d'un intent de tallar

una posició científica que, encara que sobre el paper assumeix la definició anteriorment citada, en la pràctica deixa al marge els aspectes més humans i subjectius de la salut. Fruit d'aquesta divergència es produeixen en moltes ocasions desacords entre treballadors socials i professionals sanitaris perquè darrere seu s'amaguen punts de vista de valor diferents que es manifesten amb més cruesa quan sorgeixen conflictes ètics. I encara que, en principi, valors com l'autonomia o la justícia són defensats per tots, a la pràctica, cada disciplina assistencial tendeix, des dels seus propis pressupòsits de valor, a atorgar-los un pes diferencial. Per tant, encara que cada professió sanitària parteix dels seus propis pressupòsits de valor, també el context social i institucional en el qual exercim la nostra tasca condiciona la manera d'avaluar les situacions.

El que hem vist aquí ens ajuda a comprendre que hi ha relació entre la ciència i els valors, per la qual cosa quan ens veiem obligats a prendre una decisió davant un conflicte ètic hem de tenir en compte simultàniament la perspectiva científicotècnica d'anàlisi del problema i la perspectiva ètica. El plantejament científicoprofessional ens proporciona quines són les intervencions professionals més adequades per a resoldre la situació basant-nos en els coneixements i les evidències disponibles, però quan es produeixen situacions de conflicte de valors, el plantejament ètic és el que ens ajuda a analitzar quin dels cursos d'acció possibles és el millor per a les parts implicades.

Conflicte de valors

Pensem en una persona gran que necessita ajuda per a la vida quotidiana i els fills de la qual no es mostren disposats a continuar cuidant-la. Ambdues parts ens demanen ajuda i manifesten els seus desitjos, preferències i arguments. Les possibles respostes professionals a aquesta situació són diverses: ajuda domiciliària, centre de dia, ingrés en una residència, entre d'altres. No obstant això, abans de triar qualsevol d'aquestes solucions ens veiem en la necessitat d'afrontar un judici moral sobre quina és la millor des del punt de vista ètic. Després del diagnòstic social sanitari, ens veiem en la tessitura d'haver d'identificar quins valors entren en conflicte, quins defensa cadascuna de les parts, quins tenen prioritat i per què i finalment com hem de prendre una decisió raonable i prudent.

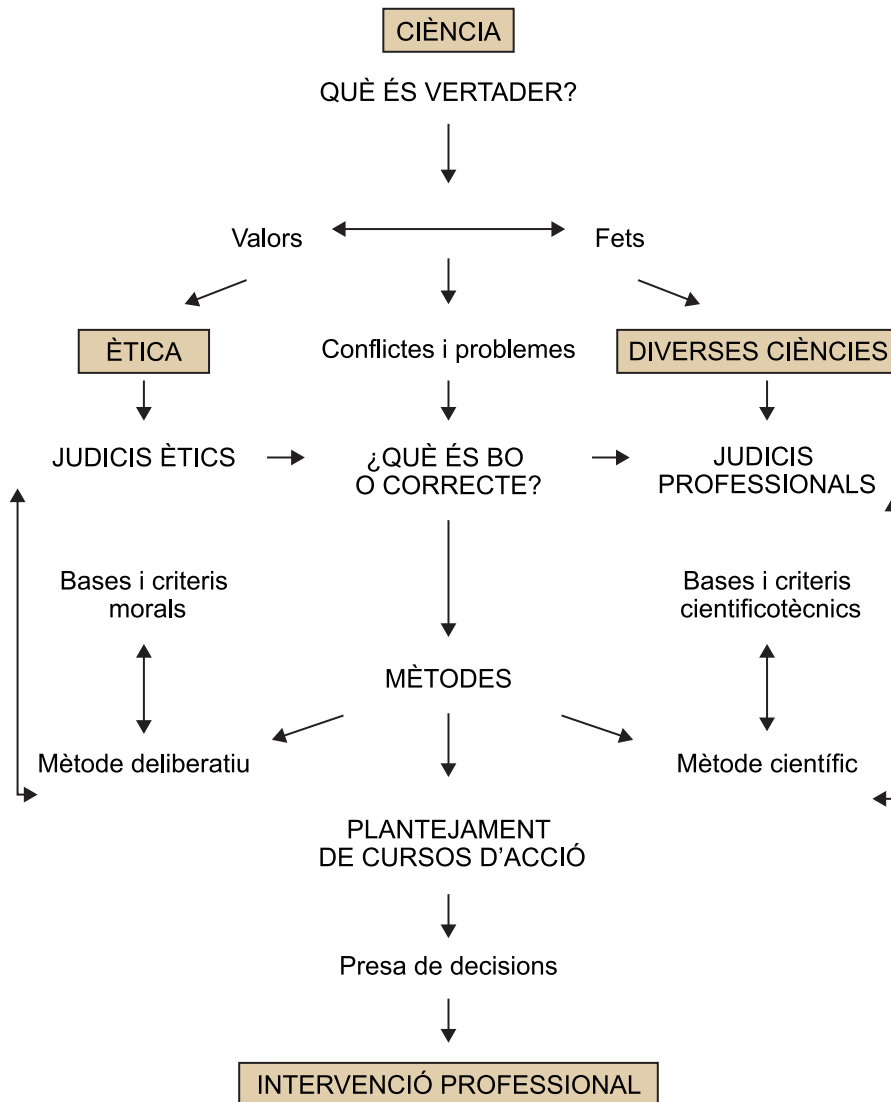
Des del punt de vista ètic l'acció correcta és la que està feta d'acord amb "el que ha de ser", mentre que les ciències són sabers "del que és".

Així doncs, atesa la naturalesa dels problemes ètics, és fàcil comprendre que aquests problemes no puguin resoldre's exclusivament amb criteris científics. Si decidim fer un ingrés involuntari d'un malalt mental en un hospital psiquiàtric, rebutgem l'opció de mantenir-lo al seu domicili i, a més, hem d'assumir conscientment la responsabilitat de les conseqüències. La qüestió que hem de considerar és com podem justificar les decisions, quins criteris o principis hem d'utilitzar per a triar i saber donar raons de l'opció triada.

Per a comprendre millor tots dos plantejaments, el professional i l'ètic, a continuació es presenta l'esquema conceptual següent. S'hi mostren de manera sintètica les interrelacions i singularitats de cadascun.

Diferències entre el plantejament ètic i el científic

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL



Font: elaboració pròpia

A més, l'ètica, com a disciplina científica, ha desenvolupat també els seus propis mètodes per arribar a comprendre quins són els criteris de correcció moral de les accions i així poder prendre decisions prudents. Aquesta ha estat la preocupació de la filosofia moral al llarg de la història. Des dels primers desenvolupaments aristotèlics sobre l'ètica de la virtut fins als més recents vinculats a l'utilitarisme i a l'ètica de la responsabilitat, hi ha una infinitat de teories que tracten sobre aquestes qüestions des de perspectives molt diferents i que proposen igualment mètodes diversos.

Per tot el que hem exposat es conclou que per a enjudiciar èticament una situació és necessari disposar d'una base de criteris i principis morals que ens serveixin de referència a l'hora de prendre decisions. Les normes jurídiques, els codis de drets humans i els codis ètics de les diferents disciplines constitueixen els referents als quals acudir. Tots prenen els principis de diferents teories ètiques i neixen amb la finalitat de proporcionar criteris de correcció moral de les accions. Així, els treballadors socials hem anat construint un sistema ètic de referència, sistema que s'ha plasmat en codis ètics recollits i difosos entre diverses organitzacions de treballadors socials, com la NAWWS, l'IFTS i al nostre país el Consell General de Treballadors Socials.

Referència bibliogràfica

National Association of Social Worker (NASW) (2008). *Code of ethics*. Disponible a: www.socialworkers.org. El codi de la NAWWS es aprova el 1996 i es va revisar el 2008.

4. Fonaments ètics de la intervenció social

Des dels orígens del treball social l'ètica ha ocupat un lloc central en la disciplina. En la història de l'acció social ens trobem que s'han fet moltes coses des d'ideals ètics i religiosos. Va ser precisament la introducció de criteris científics en la intervenció social al començament del segle XX el que va generar el procés de diferenciació del treball social de l'activitat benèfica que es desenvolupava fins aquell moment. Mentre el voluntariat intervenia amb els seus clients aplicant els criteris morals del seu temps, les primeres treballadores socials es qüestionaven la correcció i suficiència de l'aplicació d'aquestes valoracions morals a la intervenció social. Així, es va articulant progressivament el que és ètic i el que és tècnic.

El tècnic es desenvoluparà a partir de la incorporació de diferents teories de les ciències socials i de mètodes *ad hoc*. L'ètic es construirà sobre la premissa bàsica del valor i la dignitat inherent a tota persona, que comporta respectar una sèrie de valors bàsics que, amb diferents matisos i especificacions, aniran configurant el primer cos conceptual de principis bàsics del treball social. Aquests principis tenen el fonament en diferents teories ètiques i neixen per possibilitar l'aplicació pràctica dels valors del treball social a les situacions concretes.

Per als treballadors socials la consciència ètica no només és una part necessària de la nostra pràctica professional sinó que s'espera de nosaltres el següent:

- Que estiguem preparats per a explicar unes decisions basades en consideracions ètiques.
- Que siguem responsables de les nostres eleccions i decisions.

Tenint en compte això, la primera qüestió que sorgeix és saber quines posicions ètiques manegem quan ens veiem enfrontats a la necessitat de justificar els punts de vista i decisions. Per a això, necessitem conèixer els nostres propis valors. No és gens fàcil distingir entre valors personals i valors professionals, és necessari ser conscient d'aquesta realitat. Els valors personals tenyeixen les decisions professionals.

Rujla Osmo i Ruth Landau insisteixen que la perspectiva amb la qual veiem el món els treballadors socials reflecteix la nostra filosofia i sistema de valors, que es deriven tant de la nostra història personal com cultural. Abonen la seva tesi assenyalant l'existència de recerques els resultats de les quals han posat en evidència que la jerarquia de valors que s'aplica en el camp professional i personal és la mateixa. Per això, conclouen afirmant que "els treballadors socials necessitem identificar els valors personals propis a fi de comprendre'ns

Referències bibliogràfiques

Per aprofundir en l'evolució dels principis i valors del treball social vegeu:

D. 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).

Referència bibliogràfica

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

com a éssers ètics i comprometre'ns amb argumentacions explícites que puguin fer una contribució significativa a la qualitat de la presa de decisions en problemes o dilemes ètics”.

Això ens exigeix oferir arguments articulats de les preferències en termes de principis ètics. Hem d'assumir l'imperatiu ètic que significa haver de retre comptes de les nostres intervencions, dels seus fonaments, processos i resultats. Ara bé, com justifiquem els judicis morals? Quins arguments utilitzem? Un argument s'estructura sobre la base de dos components principals o postulats: un que mostri una visió particular i, almenys, un altre que especifiqui les raons per a aquesta visió. Un argument comunica alguna cosa fonamentada. Quan discutim, no només diem el que pensem, sinó també per què ho pensem. Un argument ofereix a l'interlocutor la possibilitat o el posa en situació d'haver d'elaborar un judici crític i prendre una posició d'acord o desacord.

La presa de decisions davant de qüestions ètiques es desenvolupa sobre la base de processos d'argumentació, si bé no sempre explicitats ni sotmesos a una crítica racional. Així, preguntar-se pel tipus de justificacions morals o perspectives que ens ajuden a avaluar i justificar les decisions constitueix per a nosaltres un deure moral.

La justificació es refereix al sistema de creences o teories que s'estan usant per a donar sentit a la nostra manera d'actuar. No obstant això, encara que sabem la importància que té l'argumentació per al procés de presa de decisions ètiques, en treball social hi ha molt poques recerques en el nostre context sobre aquesta qüestió. En la bibliografia especialitzada en temes d'ètica en treball social, com veurem més endavant, podem trobar alguns models de presa de decisions ètiques. No obstant això, se sap molt poc sobre com és el procés actual de les argumentacions quan ens veiem obligats a afrontar dilemes ètics. Amb prou feines hi ha bibliografia pel que fa a com justifiquem les decisions i quins marcs de teories ètiques utilitzem. Davant aquestes llacunes, els treballadors socials sanitaris estem recorrent als desenvolupaments de la bioètica i tractem de basar-nos en els seus principis i mètodes per resoldre els conflictes ètics.

La bioètica ens ofereix mètodes per a l'anàlisi i la resolució de conflictes ètics que sorgeixen en la pràctica sanitària. En qualsevol cas, abans d'examinar els mètodes cal examinar les teories ètiques que subjeuen en les decisions. Totes les nostres decisions es basen en teories ètiques, una altra cosa és que sapiguem quines orienten les nostres accions.

Amb vista a aclarir aquesta qüestió, a continuació es presenta la classificació de teories ètiques que es maneja amb més freqüència com a marc de referència en les professions sanitàries i, per tant, en el treball social. El coneixement d'aquestes teories proporciona criteris i arguments per a la reflexió ètica dels treballadors socials.

4.1. Enfocament deontològic i teleològic

Hi ha una gran diversitat de teories ètiques que reflecteixen la diversitat d'enfocaments filosòfics del fenomen moral. De la discrepància entre elles han sorgit diferents classificacions. Una de les classificacions més utilitzades en bioètica és la que divideix les teories ètiques en dos grans grups: teories deontològiques i teories teleològiques. A continuació, tal com es mostra en l'esquema següent, examinarem les diferències entre tots dos grups i n'assenyalarem els autors més rellevants.

Deontologisme i teleologisme: classificació de les teories ètiques

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL

LES DUES CARES DEL FENOMEN MORAL

→ **DEONTOLÒGICA:** “el deure”. Se'ns imposa com a obligatori, com a norma o regla. Accions conforme a regles

Kant: ètica del deure, defensa el fet d'obrar per deure
Rawls: teoria de la justícia distributiva (igualtat, drets)

→ **TELEOLÒGICA:** “accions conforme a finalitats”. Decidir quina és la finalitat per a un projecte de vida bona, feliç i reeixida i analitzar les conseqüències que es deriven d'anar a buscar-la

Aristòtil: ètica de la virtut i felicitat
Benthan, Mill: utilitarisme o ètica que busca el benestar per al nombre més gran de persones

Font: elaboració pròpia

Aquesta classificació ajuda els treballadors socials a reconèixer i entendre els principis en els quals estan basades les seves decisions ètiques.

4.1.1. Les teories deontològiques

La paraula *deontologia* prové del terme grec *deon*, que significa ‘deure’. S’han denominat *teories deontològiques* totes les que plantegen que certs tipus d’acció són inherentment correctes o incorrectes com una qüestió de principi, és a dir, el que compta és el deure, el que hem de fer passi el que passi. Per exemple, el mandat “mai no s’ha de mentir” expressa perfectament aquesta perspectiva filosòfica en la qual l’adherència a les normes és un tema central.

Els deontòlegs creuen que hi ha una sèrie de deures que s’han de complir sempre, independentment de les conseqüències. Així, un treballador social que se situa en aquesta perspectiva no es plantejaria no complir les normes en algunes circumstàncies i menysprear-les en unes altres. Per això, davant conflictes ètics que es produeixen entre deures bàsics, els deontòlegs intenten determinar quin és el deure principal.

Aquest grup de teories se centra a satisfer els mateixos deures: respectar els drets i l'autonomia dels altres i tractar-los amb justícia igualitària. La teoria deontològica al·lega que la moralitat consisteix a tenir la intenció correcta. I quina és la intenció correcta? La que pot ser desitjada universalment per a tots els éssers humans: “no facis als altres el que no vols que et facin a tu”. D'aquesta manera, la cara deontològica del fenomen moral fa referència al que s'imposa com a obligatori, ens remet al deure i en aquesta mesura ens constreny, ens força a fer alguna cosa.

La cara deontològica la inaugura Kant fent prevaler el deure. Davant d'ètiques que assenyalen les finalitats que ha de perseguir l'ésser humà (com, per exemple, la felicitat que proposa Aristòtil) i quins mitjans s'han d'utilitzar per a aconseguir-los (com, per exemple, exercitar les virtuts), defensa una ètica que sigui capaç de proposar maneres o formes d'establir racionalment normes que puguin ser universals, és a dir, per a tothom. D'aquí deriven els seus coneguts imperatius categòrics, que són regles que proposa seguir per establir normes que s'han d'imposar sempre sense cap condició: “que la norma que et donis a tu mateix es pugui donar als altres, és a dir, que sigui universalitzable, o no tractis mai cap ésser humà, ni tan sols a tu mateix, com a pur mitjà”. A més Kant planteja que l'ètica ha de ser **autònoma**, és a dir, que les normes que ens donem siguin fruit de la nostra raó i no fruit de lleis alienes a un mateix, com succeeix en el cas dels manaments religiosos, les normes dels quals provenen del mandat diví. Una ètica autònoma implica considerar l'ésser humà com a ésser racional capaç de donar-se normes a si mateix. Així, davant de **fonamentacions teònomes** (*teos*: 'déu'; *nomos*: 'lleí'), on les normes les dicta la divinitat, o davant de **fonamentacions heterònomes** (*heteros*: 'un altre'), on les normes ens vénen d'uns altres, sorgeixen en la modernitat les fonamentacions autònomes que destaquen la capacitat de l'ésser humà per a dictar-se normes a ell mateix. Els tres tipus de fonamentacions ètiques que acabem d'exposar queden reflectides en l'esquema conceptual següent:

Fonamentacions ètiques

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL

TEORIES ÈTIQUES

Fonamentacions teònomes:
La llei moral dicta la divinitat



Fonamentacions heterònomes:
La llei moral la dicten els altres



Fonamentacions autònomes
L'ésser humà es dona a ell mateix la llei moral

Font: elaboració pròpia

Finalment, cal assenyalar que per a Kant l'autonomia té els seus límits. La llibertat acaba en el moment en què impedim a uns altres exercir la seva. Com a conseqüència d'aquesta visió autonomista, Kant està en contra del paternalisme i, fonamentalment, de l'Estat paternalista que ens tracta com a menors d'edat dient-nos quin és el nostre bé i imposant-nos-el. Així, el dret just és aquell que ens donem a nosaltres mateixos com a ciutadans lliures.

La perspectiva kantiana ha estat actualitzada posteriorment per les teories de la justícia. Entre aquestes últimes cal destacar la teoria de la justícia de Rawls, perquè és una teoria de la justícia per a les institucions socials. Rawls proposa una teoria per a organitzar la vida social en funció d'una sèrie de criteris que permetin repartir els béns de manera equitativa. El seu punt de partida és l'existència d'una sèrie de drets intangibles, amb els seus corresponents deures. Tota aquesta teoria tracta de respondre a dues preguntes substancials: quins béns cal repartir i amb quins criteris. Des del seu punt de vista, els béns que cal repartir són els béns socials primaris que necessitem per a desenvolupar-nos com a persones; són els béns econòmics bàsics, les llibertats, les oportunitats i el respecte mutu. Per a Rawls aquests béns socials han de ser distribuïts de manera igualitària, tret que una distribució desigual redundi en benefici dels més desaventatjats.

4.1.2. Les teories teleològiques

El terme *teleo* significa en grec 'finalitat'. Per això, les teories teleològiques són aquelles que se centren en la cerca d'una finalitat, en la cerca de les claus que condueixen l'ésser humà a una vida plena i feliç. Aquesta vida plena i feliç es converteix en la finalitat que orienta el projecte vital. Així, des d'aquesta perspectiva les teories teleològiques postulen que les accions són bones o dolentes d'acord amb les seves conseqüències, amb la felicitat o vida plena que procu-

Referència bibliogràfica

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

ren. Encara que Aristòtil ha estat clar exponent d'aquesta perspectiva ètica, l'orientació que més ha influït en el treball social és la teoria utilitarista. El principi rector de l'utilitarisme clàssic, representat per Jeremy Bentham i Stuart Mill, és la defensa del màxim benestar per al màxim nombre de persones. Per aquest motiu els utilitaristes consideren decisions encertades aquelles que tenen millors conseqüències en termes de benestar per a la col·lectivitat. El que ocorre és que ens podem trobar en situacions en les quals el que és millor per a la majoria no és bo per a algú particular. A això es refereix la figura simbòlica del "boc expiatori", algú que paga pel benestar dels altres. Per exemple, es poden satisfer les necessitats de salut del 90% de la societat i deixar al marge les necessitats d'un grup de persones que pateixen malalties rares. Quan parlem del màxim benestar, l'utilitarisme es refereix a la satisfacció màxima d'interessos, entesos com el gaudi o possessió d'una sèrie de béns que ens permeten després sentir-nos bé, tenir benestar. Fa referència també a la satisfacció màxima de preferències, si pot ser, degudament informades. L'utilitarisme planteja un esquema de càlcul de cost-benefici. Per a evitar que l'aplicació de la fórmula cost-benefici pugui perjudicar sempre algunes minories, s'ha proposat des d'una perspectiva deontològica que qüestions que afecten la dignitat humana no hagin d'entrar en el càlcul.

Per a evitar les conseqüències negatives de l'utilitarisme clàssic, aquest ha anat evolucionant i s'ha passat a propugnar que el màxim benestar per a tothom ha de tenir en compte també a *cadascú* en particular. En cas contrari es podria sacrificar algú en benefici de la majoria, per exemple matar algú pel bé de la humanitat.

L'utilitarisme, a diferència del deontologisme, no estableix una jerarquia de deures i destaca la noció del bé públic o col·lectiu en parer esment a les conseqüències de les accions en relació amb els principis d'utilitat i justícia. Per contra, els deontologistes o kantians defensen que els drets de l'ésser humà mai no poden entrar en el càlcul. Mai no es pot sacrificar el dret humà d'algunes persones pel benestar de la majoria.

És important adonar-se de les diferències que hi ha entre totes dues cares del fenomen moral, la deontològica i la teleològica, ja que totes dues imprimeixen diferències en la presa de decisions dels treballadors socials. Un treballador social deontòleg defensarà que sempre cal complir les normes ètiques, independentment de les conseqüències o factors que influeixin en la situació, mentre que un teòleg les complirà sospesant les conseqüències. Aquestes diferències es poden comprendre millor a través de l'exemple proposat de l'adolescent de catorze anys que demana al treballador social que no reveli el seu embaràs perquè la seva mare i el seu padrastre podrien fer-la fora de casa si se n'assabenten.

Un treballador social deontòleg consideraria que el deure de respectar la confidencialitat és un deure que mai no s'ha de saltar perquè defensa el dret a l'autodeterminació de la persona pacient per a prendre decisions sobre la seva vida. Fins i tot si la llei establís al seu país que es tracta d'una menor d'edat

i que per això ho ha de revelar als seus cuidadors legals, el treballador social deontòleg tractarà de seguir guardant el secret i intentant trobar cursos d'acció alternatius que no trenquin el seu compromís. El fet que l'adolescent tingui catorze anys no canviaria l'imperatiu de defensar la norma, fins i tot si això donés com a resultat danys per al client o per al sistema client. Per contra, per a un treballador social que adopta una perspectiva teleològica, el moll de la qüestió està en les conseqüències que es poden seguir de revelar el secret o de guardar la confidencialitat. Sospesaria i mesuraria les conseqüències per a l'adolescent, per al nen no nascut, per al sistema familiar, per al treballador social, per als interessos socials i per a altres persones potencialment afectades. Sospesaria les diverses obligacions a les quals ha de respondre amb responsabilitat i avaluarà les conseqüències de cada possible acció per a seleccionar al final la que produeixi majors beneficis per a tothom. En qualsevol cas, interessa assenyalar que, encara que estiguem obligats a respectar els mínims que estableix la llei, les formes morals de cada professional varien segons la perspectiva ètica que ens orienti.

Kantians i utilitaristes apareixen ara menys distanciat, ja que han anat modificant en la pràctica els seus punts de vista i han donat lloc al que s'ha denominat *ètiques de la responsabilitat*, que són aquelles que articulen principis i conseqüències.

4.2. Principis ètics de la intervenció sanitària

La intervenció sanitària es regeix pels principis que ha adoptat la bioètica, per la qual cosa el treballador social sanitari els ha de conèixer. Tots els comitès d'ètica assistencial es guien per aquests principis a l'hora d'analitzar els conflictes que es presenten. El criteri ètic fonamental que regula la bioètica és el respecte a la dignitat de la persona. A partir d'aquesta premissa bàsica s'han establert quatre grans principis ètics:

- la no-maleficència,
- la beneficència,
- la justícia i
- l'autonomia.

Aquests principis els van formular per primera vegada Beauchamp i Childress l'any 1979 en el llibre titulat *Principles of Biomedical Ethics* i no són diferents de l'ètica sense més.

Tom Beauchamp

Va ser un dels col·laboradors de la National Commission del Congrés dels Estats Units encarregada d'elaborar el decisiu informe Belmont per a protegir els subjectes humans en el camp de la recerca que aquell mateix any va donar origen als tres principis que, des de llavors, es consideren canònics per a entendre tota la manera bioètica de pensar i resoldre. A aquests tres principis s'hi va afegir posteriorment el quart de no-maleficència i un mètode sistemàtic de presa de decisions.

Referència bibliogràfica

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

La voluntat de fer el bé i no fer mal ha estat el principi inspirador de l'ètica mèdica des del jurament hipocràtic. El principi d'autonomia és el reconeixement de la llibertat individual com a atribut de qualsevol subjecte, estigui sa o malalt. La justícia és el principi pel qual s'ha de regir una societat qualsevol que compti amb un estat social de dret i que pretengui ser respectuosa amb els drets fonamentals. Avui dia, hi ha un ampli consens sobre la validesa d'aquests quatre principis per a ajudar els professionals sanitaris a prendre decisions que siguin respectuoses amb la dignitat de l'ésser humà. Per això, els examinarem a continuació amb més deteniment i procedirem seguidament a classificar-los i a establir-ne la correspondència amb els principis del treball social que es recullen en els codis ètics.

4.2.1. Principis de la bioètica

- **Principi de no-maleficència.** *Primum non nocere*, 'el primer és no fer mal'. Fa referència a l'obligació de no lesionar la integritat de l'ésser humà, implica no fer res que pugui provocar dany en la persona. Per tant, ens exigeix estar atents per no generar amb les nostres accions conseqüències negatives per al pacient. No obstant això, en moltes situacions dubtoses, cal preguntar-se en què consisteix no fer mal i on hi ha els límits. És fer mal no amputar una cama a qui no vol viure sense? I deixar que un ancià dependent rebutgi qualsevol tipus d'ajuda domiciliària i posi en risc la seva vida? Situacions d'aquesta naturalesa ens porten a preguntar-nos quina és la diferència entre fer i no fer un bé. La creença que la vida és sempre millor que la mort radicalitza les nostres posicions enfront d'aquest tipus de situacions i ens dificulta la presa de decisions. I potser, és difícil, i fins i tot immoral, voler donar una resposta simple i única a tots els casos i menys *a priori*. Les circumstàncies concretes faran variar la resposta. En qualsevol cas, aquest principi ens diu que mai no és lícit fer el mal, encara que de vegades sigui lícit no fer el bé.
- **Principi de beneficència.** Es refereix a l'obligació de procurar el bé a les persones que tractem i de les quals ens sentim responsables. Cada professió procura el seu bé, tot el bé que pugui. D'acord amb aquest principi es pot amagar el paternalisme dels professionals que tendeix a deixar de banda els desitjos, opcions i valors dels mateixos afectats quan entén que la seva elecció no és bona. El paternalista jutja la situació i s'inclina a actuar des dels seus propis criteris, sobretot davant les persones més vulnerables. No hi ha paternalisme quan el pacient assumeix conscientment l'acció benefactora del professional. Aquesta acceptació es pot donar de tres maneres: donant l'assentiment, donant el consentiment o prenent la decisió. L'assentiment es refereix a l'acceptació del que diu el professional sense tenir una informació específica, es basa en la confiança cega en el professional. El consentiment s'atorga després de disposar de la informació, es basa en una barreja d'informació i confiança, i requereix una bona informació i personalitzada. En el tercer cas, la decisió és del pacient mateix, qui decideix després d'haver rebut la informació per part del professional.

Es basa en els valors i projectes personals del pacient amb la base d'una bona informació.

- **Principi d'autonomia.** Fa referència a la llibertat individual en virtut de la qual hi ha l'obligació de respectar els valors i principis propis de cada persona. Obliga cadascú a responsabilitzar-se dels seus actes i exigeix als altres l'obligació de respectar les seves opcions morals. L'autonomia posa límits a la beneficència, de tal manera que el bé que vulguem fer està condicionat per la voluntat de la persona que tractem, excepte en el cas que no sigui competent; una temptació que pot tenir el professional davant decisions complexes és l'intent de donar un excessiu marge a l'autonomia del subjecte per inhibir-se de la responsabilitat. A vegades es tendeix a judicialitzar els casos per a cobrir-se davant possibles acusacions. En qualsevol cas, el respecte de l'autonomia requereix fer-se càrrec de la situació de vulnerabilitat i indefensió en la qual es troba el pacient davant el professional, atesa la relació asimètrica que s'estableix entre tots dos. El professional té els coneixements i el pacient es veu obligat a confiar-hi.
- **Principi de justícia.** Fa referència a l'obligació de no fer mal a ningú, és a dir, no discriminar ni lesionar cap ésser humà per cap causa. Es refereix a la dimensió col·lectiva del principi de no-maleficència que implica una distribució justa dels recursos, però una distribució justa no és la que reparteix els beneficis a tothom per igual, sinó la que aplica el criteri d'afavorir aquells que estan en pitjor situació. La justícia obliga l'Estat i li exigeix desenvolupar els mecanismes necessaris perquè ningú sigui discriminat ni exclòs. No parlariem de justícia si no visquéssim en un món escàs de recursos i, a més, desigualment distribuïts. L'escassetat ens porta a haver de triar i a prendre decisions que no ens poden deixar satisfets perquè obliguen a sacrificar alguna cosa. Es tracta de sacrificar el mínim i el menys dolent. Una síntesi dels principis que acabem d'exposar es mostra en l'esquema següent:

Principis de la bioètica

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL

Principis ètics de la intervenció sanitària



Inspirats en les aportacions de diverses teories ètiques



Provenen del paradigma mèdic

No-maleficiència

Primum non nocere:
Primer no fer mal
Condió elemental de
la beneficència i
de la justícia

Beneficència

Fer el bé a l'usuari
Assentiment, consentiment informat
D'acord amb la finalitat de la professió

Autonomia

Cada un decideix sobre el seu propi
bé degudament informat
Competència per a prendre decisions

Justícia

No lesionar ni
discriminar tercers
Satisfacció de
necessitats bàsiques
Distribució equitativa

Font: elaboració pròpia

4.2.2. Jerarquia dels principis: mínims i màxims

En moltes situacions no es poden respectar els quatre principis. Molts conflictes ètics es produeixen precisament perquè entren en col·lisió diversos principis, per això s'han jerarquitzat. Això significa que no tots obliguen de la mateixa manera.

Els principis estan jerarquitzats i agrupats atenent dos nivells: el nivell públic o ètica de mínims, i el nivell privat o ètica de màxims. Els principis de cada nivell són els següents:

- Nivell 1. Nivell públic o ètica de mínims: principis de no-maleficiència i justícia
- Nivell 2. Nivell privat o ètica de màxims: principis d'autonomia i beneficència

L'ètica de mínims

L'ètica de mínims comprèn els principis que cal respectar en primera instància perquè estan consensuats en una societat determinada. Reflecteixen la moral mínima que els membres d'una societat exigeixen per a tothom. Plantegen obligacions pel que fa al que no s'ha de fer als altres encara que en l'àmbit privat pugui fer-m'ho a mi mateix. Un mateix pot rebutjar un tractament o una ajuda que necessita per a no posar en risc el seu benestar o la seva vida, però no ho pot negar a altres persones. Per això, no respectar

els principis de no-maleficència i justícia pot donar lloc a sancions legals per al professional. Si d'una actuació professional es deriva un dany per a algú, el professional pot ser denunciat i sancionat.

Vegem ara com s'aborden aquests principis des del treball social. En els codis deontològics de la professió, els principis de no-maleficència i justícia han quedat formulats amb diferents matisos. Assumint com a premissa bàsica del treball social el respecte al valor únic i a la dignitat que tot ésser humà posseeix, es proposa la protecció a la vida com el més bàsic de tots els drets. En un nivell més elevat de detall es fa referència, tant en els codis internacionals com en l'espanyol, als principis de no-maleficència i justícia, si bé s'hi recullen de manera diferent. A continuació s'exposa una síntesi elaborada a partir de les diverses formulacions:

Els treballadors socials han de respectar el següent:

- 1) El principi del **menor dany** postula que en enfrontar-se a dilemes que tenen potencial de causar algun dany, els professionals el procuren evitar, prevenir, reduir o reparar.
- 2) El principi d'obligació d'**obeir la llei i les regulacions** postula que el professional emmarca el seu quefer en el respecte a les lleis i regulacions institucionals.
- 3) El principi d'obligació de **respectar els drets humans fonamentals** dels individus i els grups reconeguts a la Declaració universal dels drets humans de les Nacions Unides i altres acords internacionals derivats d'aquesta declaració. El treball social és incompatible amb el suport, directe o indirecte, als individus, grups, forces polítiques o estructures de poder que destrueixin altres éssers humans amb el terrorisme, la tortura o altres mitjans violents.
- 4) El principi de **justícia bàsica** postula que els treballadors socials articulen múltiples necessitats i interessos dels usuaris amb les possibilitats i recursos disponibles, conforme al criteri de justícia.
- 5) El principi d'**equitat i iniquitat** postula que els professionals de la intervenció social tracten d'igual manera les persones que es troben en les mateixes circumstàncies o en situacions equivalents; al mateix temps tracten de manera diferent persones que es troben en situacions dissímils, si l'equitat és rellevant de ser considerada.
- 6) El principi de **provisió de necessitats humanes bàsiques** postula que els professionals orienten la seva acció a la satisfacció de necessitats humanes bàsiques.
- 7) El principi del **bé o interès del públic** postula que els professionals orienten l'acció cap a la provisió de béns públics.

Referència bibliogràfica

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

Com es pot observar aquests principis matisen aspectes fonamentals dels principis de no-maleficència i justícia des de les especificitats particulars i pròpies del treball social. Aquestes matisacions aporten riquesa a l'anàlisi ètica interdisciplinària dins dels serveis sanitaris. Interessa tenir en compte que la qüestió de la distribució equitativa dels recursos sanitaris és un debat molt més recent entre els professionals de la salut que entre els treballadors socials. En el sistema sanitari aquest debat s'ha produït en els estats del benestar en universalitzar-se el dret a la protecció de la salut. Aquest dret ha augmentat la demanda de serveis i, en conseqüència, els costos. El problema de l'increment de la despesa sanitària ha provocat la reflexió sobre els seus límits. Atès que la despesa no pot créixer fins a l'infinit, els sistemes sanitaris han incorporat el principi d'eficiència. Això ha donat lloc a establir l'equitat com uns dels objectius principals dels sistemes de salut.

Per contra, en el treball social el problema de la justícia ha ocupat un lloc central en la disciplina, precisament perquè una de les seves metes és tractar de reduir les desigualtats socials que es generen per la injusta distribució dels béns socials. El caràcter estructural de la desigualtat social ha estat la raó per la qual sorgeixen professions com el treball social que amb les seves intervencions tracten de corregir-ne els efectes. En última instància, les desigualtats socials en salut no deixen de ser una de les manifestacions més rellevants de la desigualtat social present en totes les societats. No és cap secret que com més desigualtat social hi ha més elevades són les taxes de morbiditat i mortalitat. Per aquesta raó el treball social té una preocupació constant per la justícia social. S'expressa en la defensa dels drets de les persones més desprotegides i comporta la cerca constant de recursos que procurin una vida digna. En l'àmbit sanitari es manifesta en la cerca de les condicions i suports socials necessaris perquè totes les persones malaltes i les seves famílies puguin exercir el seu dret a la protecció de la salut, i per aquest motiu els treballadors socials sanitaris tenen entre els seus principis la defensa del públic com a forma de plasmar en la pràctica el principi de justícia bàsica.

L'ètica de màxims

L'ètica de màxims fa referència als principis que pertanyen a la dimensió privada. Respectar el principi d'autonomia de les persones significa afavorir el projecte de vida personal i el de les persones de les quals ens sentim responsables en funció de la idea particular que tingui cadascú del que constitueix el seu bé. Es parla d'una ètica de màxims per a expressar la idea que les obligacions morals que imposen aquests principis no tenen més límit que els que les mateixes persones estableixin, sempre que s'hagin respectat els mínims. La protecció del dret a la llibertat i a la intimitat ha donat lloc a diverses lleis que articulen el contingut concret d'aquests drets i els seus corresponents deures.

Des del punt de vista de la beneficència cal preguntar-se: quant bé podem fer els professionals als nostres clients? Possiblement, i tenint sempre en compte l'autonomia dels pacients, les possibilitats de dur a terme intervencions que millorin la situació dels clients, pacients o usuaris són més gran com més ben preparats estiguem des del punt de vista científicotècnic. Encara que la no-maleficència ens obliga a actuar de manera responsable i a no danyar, el principi de beneficència ens planteja la necessitat i l'obligació de buscar l'excel·lència professional.

L'expressió d'aquests principis en els codis ètics del treball social és la següent:

1) El principi d'autonomia i **llibertat personal**, que postula que els professionals respecten i fomenten el dret dels clients a l'autodeterminació i assisteixen els clients en els seus esforços per identificar i aclarir els seus objectius.

2) Els treballadors socials han de **proporcionar la millor atenció possible** a tots aquells que sol·licitin la seva ajuda i assessorament, sense discriminacions injustes basades en diferències per sexe, edat, discapacitat, color, classe social, raça, religió, llengua, creences polítiques o inclinació sexual, sempre que qualsevol d'aquestes diferències no encobreixi violència ni abús de poder.

3) Els treballadors socials tenen la responsabilitat de dedicar els seus coneixements i tècniques, de forma objectiva i disciplinada, a **ajudar els individus**, grups, comunitats i societats en el seu desenvolupament i en **la resolució dels conflictes personals o socials** i les seves conseqüències.

4) El principi del **bé o interès dels individus**, que postula que els professionals treballen en estreta col·laboració amb els clients i usuaris i en interès d'aquests, però prestant el degut respecte als interessos de les altres persones involucrades.

5) El principi de **privadesa i confidencialitat**, que postula que els professionals tenen en compte els principis del dret a la intimitat, confidencialitat i ús responsable de la informació en el seu treball professional. Els treballadors socials respecten la confidencialitat justificada, fins i tot en els casos en què la legislació del seu país estigui en conflicte amb aquest dret.

6) El principi de **veracitat i accés a la informació**, que postula que els professionals prenen decisions pràctiques que els permeten parlar amb la veritat i revelar tota la informació rellevant per als seus clients i altres professionals.

7) Els treballadors socials han de **treballar en estreta col·laboració amb els clients i usuaris, en interès seu**, així com prestar el degut respecte als interessos de les altres persones involucrades. S'ha de motivar els clients i usuaris perquè participin tant com sigui possible i han de ser informats dels riscos i possibles avantatges de les propostes d'actuació que se'ls ofereixin.

8) Els treballadors socials esperen, generalment, **que els clients i usuaris es responsabilitzin**, en col·laboració amb ells, de les actuacions que puguin afectar la seva vida. Els treballadors socials han de fer el menor ús possible de mesures legals coercitives. Només s'haurien d'adoptar mesures coercitives en favor d'una de les parts implicades en un conflicte, després d'una acurada avaluació dels arguments de cadascuna de les parts en litigi.

9) El principi de **qualitat de vida**, que postula que els professionals promouen una millor qualitat de vida per a totes les persones, tant per als individus com per a la comunitat.

La reflexió sobre les especificacions dels principis d'autonomia i beneficència dels treballadors socials reflecteix la importància que s'ha atorgat al principi d'autonomia, més conegut en la nostra terminologia com a principi d'autodeterminació. L'èmfasi en l'autodeterminació, la individualització i l'acceptació ha estat el sant i senya de la professió durant moltes dècades. Per aquesta raó, quan un treballador social sanitari participa en el debat interdisciplinari per resoldre conflictes ètics sol veure molt clarament com es pot respectar aquest principi.

L'esquema següent mostra la síntesi sobre els principis de la bioètica jerarquitcats en els dos nivells de mínims i màxims que acabem d'exposar:

Diferències entre l'ètica de mínims i de màxims

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL		
Nivells	Àmbit i finalitat	Principis
<p>Ètica de mínims</p> <p>↓</p> <p>Normes morals públiques establertes per consens democràtic : obligatòries</p>	<p>Públic: ètica civil</p> <p>Iniciatives públiques-Estat</p> <p>↓</p> <p>Projecte de vida bona : col·lectiva</p>	<p>No-maleficiència</p> <p>Justícia</p>
<p>Ètica de màxims</p> <p>↓</p> <p>Normes morals privades establertes autònomament: opcionals</p>	<p>Privat: ètica privada</p> <p>Iniciativa privada</p> <p>↓</p> <p>Projecte de vida bona: personal</p>	<p>Autonomia</p> <p>Beneficència</p>

Font: elaboració pròpia

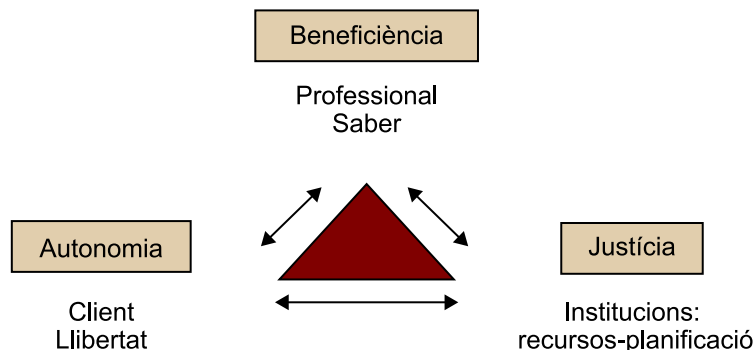
4.2.3. Tensions entre principis

Sorgeixen tensions quan no és possible respectar tots els principis. Dins del marc institucional, cadascuna de les parts implicades en la relació assistencial es col·loca inicialment en un d'aquests principis.

Tensions entre principis: representació gràfica

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL

Representació gràfica dels principis de la bioètica



Harmonitzar els principis en cas de conflicte

Font: elaboració pròpia

Quan no hi ha conflictes és perquè tot funciona en doble direcció: el professional intenta fer "el bé" a l'usuari i en respecta l'autonomia, aquest usa els recursos amb responsabilitat i les institucions assisteixen els professionals i estan atentes a les necessitats i demandes dels clients.

Però no sempre és així, per això es produeixen els conflictes. Les tensions més freqüents se solen produir quan:

- El professional tracta de fer tot "el bé" que pot (beneficència) i el client no dóna el seu consentiment (autonomia), rebutja l'ajuda que se li ofereix. Un exemple d'aquesta situació és quan el pacient ancià en situació de dependència es nega a acceptar l'ajuda domiciliària i posa en risc la seva vida o el seu benestar. En aquest cas sempre caldria tenir en compte si el pacient és capaç de prendre decisions i si ha estat degudament informat i en quins termes s'ha fet.
- El professional tracta de fer tot el bé que pot (beneficència) respectant l'autonomia del client però la institució no facilita els recursos necessaris (justícia). Un exemple d'aquesta situació és quan el professional determina la necessitat d'una plaça en un centre sociosanitari per a un pacient crònic, ho acorda amb ell, però la institució no li proporciona la plaça i posa en risc la seva salut. En el treball social, aquest tipus de tensions són les més freqüents, ja que, a diferència del que ocorre amb els recursos sanitaris, els recursos socials i sociosanitaris són molt més escassos. El treballador social, atesa l'obligació que té de defensar la justícia social i l'equitat, s'esforça per defensar els drets i els interessos dels clients davant les institucions competents.

- El professional tracta de fer tot el bé que pot al seu client, però en fer-ho xoca amb els interessos de la família. Aquesta tensió es produeix, per exemple, quan la família d'un pacient psiquiàtric o d'un ancià dependent no vol assumir la responsabilitat de les cures que el client els demana. L'obligació de respectar l'autonomia de totes dues parts, la del pacient i la de la família, genera tensions al treballador social en l'exercici de la beneficència. Aquesta situació també és molt pròpia del treball social, perquè el client no és només el pacient sinó també la família, tant perquè se sol ocupar en la majoria de casos de l'atenció del pacient, com pel fet que ella també ens demana ajuda. Així, la tensió es produeix perquè ens veiem confrontats amb l'obligació de satisfer les necessitats de tots dos. Quan no és possible harmonitzar les dues demandes cal tenir en compte els perjudicis o danys que es poden derivar per a cadascuna de les parts.

5. Mètodes per a la presa de decisions ètiques

En el nostre context, els treballadors socials no estem suficientment familiaritzats amb la sistemàtica que requereix el procés de presa de decisions ètiques. Per això, en l'àmbit sanitari, estem incorporant els mètodes que proposa la bioètica. Els conflictes ètics als quals s'enfronten els professionals de la salut durant les últimes dècades han donat lloc al desenvolupament de diferents mètodes i instruments per a la presa de decisions. El més utilitzat dins dels comitès d'ètica és el mètode deliberatiu proposat pel professor de Bioètica Diego Gracia. Entre l'abundant bibliografia de l'autor dedicada a aquest tema, hem seleccionat un dels seus articles per presentar la seva proposta metodològica. Però abans vegem en què consisteix la deliberació.

Diego Gracia Guillén

Diego Gracia Guillén, catedràtic d'Història de la Medicina, és una referència de la bioètica tant a Espanya com a Hispanoamèrica, on imparteix nombrosos cursos. És doctor *honoris causa* en diverses universitats. Diego Gracia va ser l'organitzador del primer màster de Bioètica a Espanya i ha estat el mestre de centenars de clínics que han difós els seus ensenyaments en diverses institucions sanitàries. També les seves doctrines han nodrit nombrosos comitès d'ètica i experts en biomedicina. Deixeble de Laín Entralgo, va assumir la càtedra d'Història de la Medicina de la Universitat Complutense quan aquest es va jubilar, l'any 1979.

La deliberació

La deliberació és el comportament intel·lectual que considera els pros i els contres de les nostres decisions abans d'adoptar-les i examina la raó o desraó dels punts de vista abans d'emetre un judici en situacions complexes. Requereix analitzar molt acuradament i reflexivament els principals factors implicats en cada situació i dedicar-hi temps i esforç.

5.1. El mètode deliberatiu de Diego Gracia

El mètode deliberatiu defensat per Gracia tracta d'apropar-se a l'anàlisi ètica dels conflictes d'una manera problemàtica per contraposició a la dilemàtica. L'autor exposa la diferència de totes dues perspectives en els termes següents:

“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”. A: Diversos autors. *Comitès de ètica assistencial* (pàg. 21-41). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

L'aproximació dilemàtica és la que adoptem amb més freqüència i per l'ansietat que ens genera ens condueix a prendre decisions ràpidament, sense la reflexió necessària, sense tractar de trobar altres cursos d'acció possibles alternatius als dos que hem vist inicialment. Ens urgeix trobar la resposta correcta i, no obstant això, pot ser que aquesta resposta no existeixi, tan sols apro-

Referència bibliogràfica

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

ximacions i opcions diferents en cada cas. Per això, busquem moltes vegades equivocadament “receptes” en el mètode. El mètode ens ajuda a recórrer el camí. Els problemes morals són complexos i la deliberació persegueix analitzar-los precisament en tota la complexitat. Per a això Gracia indica el següent:

“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)

Per a identificar diversos cursos d'acció cal deliberar ponderant en cada conflicte tant els principis i valors implicats com les circumstàncies i conseqüències del cas.

La importància de la deliberació recau en el procés mateix de reflexió més que en la meta que es vol aconseguir. Per això l'èxit o el fracàs depèn de les persones que el duguin a terme. El procediment deliberatiu conté diverses fases que exposem a continuació, basant-nos en la proposta de Gracia i en l'adaptació feta per M. de los Reyes.

- 1) Presentació del cas per la persona responsable de prendre la decisió després de recollir totes les dades pertinents (fets).
- 2) Discussió dels aspectes mèdics de la història clínica biològics i biogràfics. Inclou problemes de salut física i psíquica, problemes socials i econòmics, problemes legals i problemes de relació sanitària (fets).
- 3) Identificació dels problemes morals que presenta (valors), de les relacions entre ells i de quin és el principal.
- 4) Identificació dels principis ètics en conflicte (valors).
- 5) Elecció per la persona responsable del cas del problema moral que la preocupa i que vol discutir (valors).
- 6) Identificació dels cursos d'acció possibles (deures). Establiment d'un arbre de decisió amb els cursos extrems i intermedis.
- 7) Deliberació del curs d'acció òptim (deures). Contrast amb els principis: discussió dels principis involucrats (nivells 1 i 2). Avaluació de les conseqüències previsibles: anàlisi el context i les circumstàncies, examen de si es pot o si s'ha de fer una excepció.
- 8) Presa de decisió final (deures). Contrast amb el cànon de moralitat; decisió correcta, bona o acceptable com a mal menor. Ajust al marc legal.

Referència bibliogràfica

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

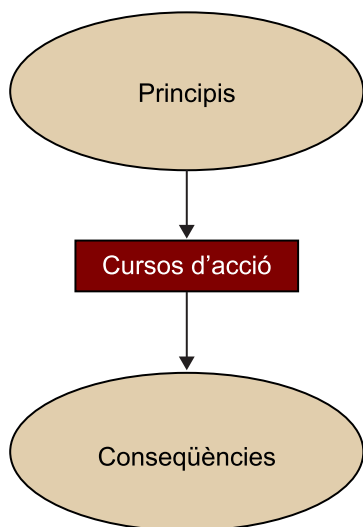
9) Justificació o raonament final. Arguments en contra de la decisió i arguments en contra d'aquests arguments que es podrien objectar i que estaríem disposats a defensar públicament. Valoració de si la decisió, prenent-la després d'un temps prudencial, seria la mateixa.

A propòsit d'aquestes fases, Gracia (2001) assenyala en el seu article una sèrie d'idees i reflexions que per l'interès que tenen exposem a continuació:

- En primer lloc, insisteix que els valors tenen com a suport necessari els fets, per això és imprescindible per al procediment d'anàlisi que es disposi d'una història clínica molt completa que reculli detalladament tota la informació. Difícilment es podran valorar els aspectes ètics compromesos sense un bon coneixement biològic i biogràfic del pacient. El diagnòstic social sanitari pot aportar molta informació psicosocial sobre el pacient, la seva situació i el context.
- En segon lloc, subratlla que la fase més complexa del mètode és la deliberació sobre el curs d'acció moralment òptim. La manera de fer-ho és, com veurem més endavant detalladament, en dues fases o temps: contrastar-lo primer amb els principis en joc (nivell de mínims i nivell de màxims) i després amb les conseqüències previsible. En aquest moment s'adverteixen clarament les posicions dels deontologistes i teleologistes. Els primers tendiran a prendre les decisions només considerant els principis i els teleologistes insistiran en l'anàlisi de les conseqüències i de les circumstàncies concretes. Com que tots dos punts de vista són extrems no se solen donar majoritàriament. El deure primari és sempre complir els principis, per això qui vulgui fer una excepció ha de provar que es pot fer i que s'ha de fer. L'excepció deixa de ser-ho quan es converteix en principi i això cal evitar-ho. En medicina hi ha situacions que justifiquen la violació del principi de veracitat, és l'origen de la tradicionalment anomenada *mentida piadosa* o de l'excepció al consentiment informat coneguda amb el nom de *privilegi terapèutic*. Dir la veritat en determinades situacions pot arribar a ser irresponsable.
- En tercer lloc, assenyala que davant de les ètiques de la convicció estan guanyant força les anomenades *ètiques de la responsabilitat*. Es denominen així les ètiques que articulen principis i conseqüències. La major part dels bioeticistes manegen les categories pròpies de les ètiques de la responsabilitat. Per a les ètiques de la responsabilitat l'anàlisi del problema moral es pot articular com expressa l'esquema de la figura següent:

Esquema d'anàlisi dels problemes morals

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL



Font: Diego Gracia (2001)

Per la dificultat que comporta la fase d'avaluació de la qualitat ètica de cada curs d'acció, Gracia (2001) proposa desenvolupar els tres passos següents:

1) Contrast del curs d'acció amb els principis morals

a) En aquest punt proposa en primer lloc **recórrer a l'anàlisi dels principis de la bioètica** involucrats en el cas que s'està tractant: autonomia, beneficència, no-maleficència i justícia. Com que els principis de no-maleficència (no fer mal) i justícia tenen caràcter públic i són deures universalitzables i exigibles a tots i cadascun fins i tot coactivament, són els primers que cal contrastar. Perquè exerceixin coerció cal que tinguin forma jurídica. Per això en aquest punt hem d'analitzar la legislació que hi hagi sobre aquest tema.

Els principis d'autonomia i beneficència pertanyen a l'espai privat que cadascú pot gestionar d'acord amb les seves pròpies creences i ideals de vida. Es corresponen amb l'ètica de màxims.

b) En segon lloc, **cal identificar els conflictes entre valors o principis**. En cas de conflicte, els deures propis de l'ètica de mínims solen tenir prioritat sobre els deures de l'ètica de màxims. És freqüent que els conflictes morals sorgeixin com a conseqüència de com considera cada societat determinades qüestions, per exemple, la interrupció de l'embaràs. En algunes societats o moments històrics s'ha tipificat com un deure públic de no-maleficència inclòs en el Codi penal i en uns altres, com un deure de gestió privada vinculat al principi d'autonomia i beneficència.

2) Avaluació de les conseqüències previsibles

a) En aquest punt proposa “l’avaluació de les circumstàncies que concorren en el cas concret i les conseqüències previsibles de la decisió”. Adverteix que s’ha de fer molt acuradament. Les circumstàncies en ètica, igual que en dret, poden ser agreujants, atenuants o eximents. Quan es dóna alguna d’aquestes circumstàncies, el deure cedeix i es pot i s’ha de fer una excepció. Per exemple, en el cas d’un pacient en situació terminal, poden concórrer circumstàncies per no dir la veritat. Per tant, cal examinar amb detall si es pot i s’han de fer excepcions als principis. Per fer excepcions hem de justificar sempre que l’aplicació d’una norma o principi atempta contra la dignitat de l’ésser humà. En el cas dels deures públics que han adquirit forma jurídica l’excepció només la pot fer el jutge o la llei en despenalitzar l’aplicació de la norma en certs supòsits. És el que ha ocorregut amb la legislació espanyola sobre l’avortament.

Finalment, l’autor ens recorda dues coses més que cal tenir en compte.

- D’una banda, que l’objecte del procés de deliberació no és prendre decisions sinó assessorar a qui les hagi de prendre en cada cas: pacient, professional sanitari, família o gestor.
- En segon lloc, que la deliberació moral pot ser individual o col·lectiva perquè, com succeeix en altres àmbits com el legal o el clínic, els casos més greus són analitzats per més d’un professional. Les sessions clíniques en són un bon exemple. No obstant això, cap professional pot escapar a deliberar amb un mateix quan ha de decidir davant un pacient. En qualsevol cas, la deliberació col·lectiva realitzada de manera interdisciplinària aporta gran riquesa per a l’anàlisi minuciosa del cas perquè davant un conflicte ètic cada professional té una mirada diferent.

5.2. Models per al treball social

Una vegada vist el mètode més utilitzat dins els comitès d’ètica assistencial a Espanya i davant l’absència de mètodes propis de treball social en el nostre context, a continuació veurem dos models de presa de decisions ètiques proposats per treballadores socials nord-americanes. Els dos models que exposarem enriqueixen i complementen la perspectiva d’anàlisi que ens aporta la bioètica ja que les seves autores, inspirant-se en la bioètica, han estat capaces d’adaptar-la a la realitat específica del treball social.

5.2.1. Model de Marian Matisson

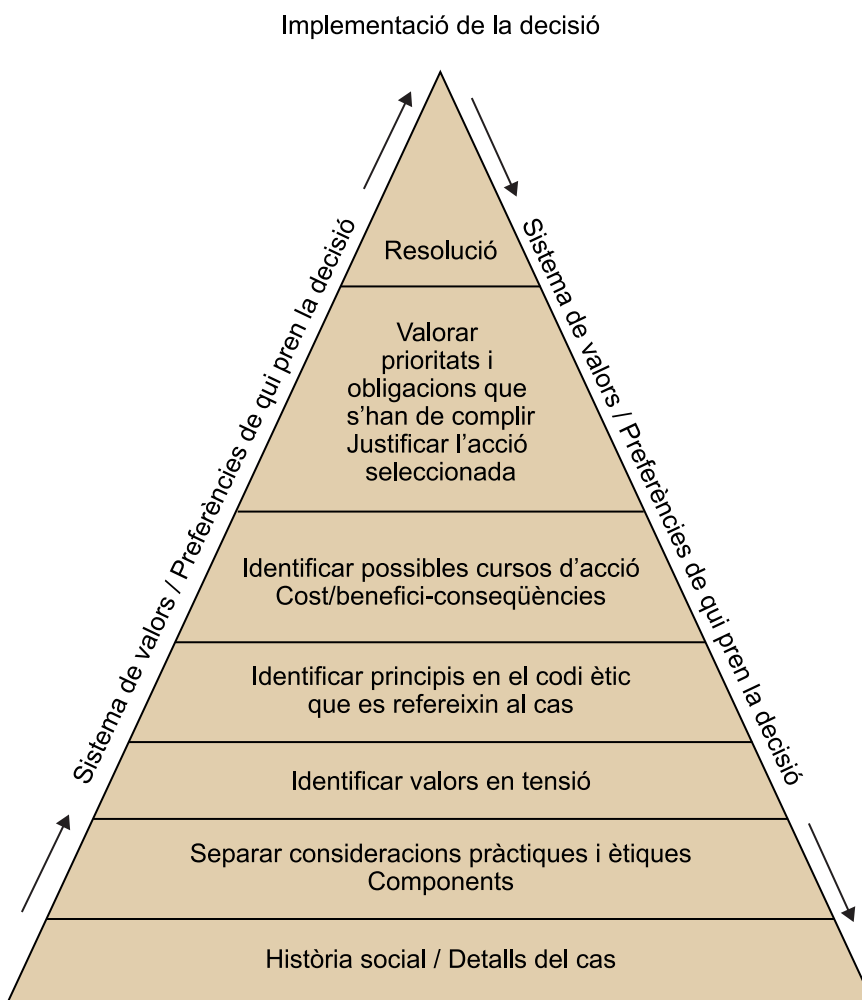
El primer és el model proposat per Marian Matisson a "Ethical decision making: The person in the process". L'estructura del model, com es pot observar en la imatge següent, conté pràcticament les mateixes fases que el mètode exposat anteriorment. Prenent com a exemple el conflicte que planteja al treballador social el cas de l'adolescent embarassada que demana que es guardi el secret del seu embaràs a la seva mare i padrastre, l'autora proposa la guia següent:

Guia per a l'anàlisi de conflictes ètics

Referència bibliogràfica

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

MODEL PER A ANALITZAR DILEMES ÈTICS



Font: Matisson (2000)

1) **Explorar acuradament tots els detalls del cas** per a comprendre en tota la globalitat i complexitat la circumstància de la pacient. Per a poder dur a terme aquest pas és necessari tenir ben documentat el cas i haver fet un bon diagnòstic social sanitari. Un aspecte molt important és conèixer la cultura de la pacient perquè la seva manera de definir i afrontar la situació estarà deter-

minada pels valors i tradicions del seu grup de pertinença, tant religiós, ètnic com de classe social, per exemple. Caldrà veure, per tant, com valoren aquesta situació des de les seves claus interpretatives.

2) Distingir els detalls pràctics del cas dels aspectes ètics. Separar fets de valors, judicis tècnics de judicis ètics. Implicaria, d'una banda, preguntar-se quins tipus de tractament social es podrien utilitzar i també si el professional disposa de coneixements empíricament contrastats sobre les conseqüències físiques, psíquiques, socials o econòmiques que provoca un embaràs en l'adolescència. Pel que fa als components ètics, s'hauria de preguntar si hi ha límits per a la confidencialitat i en quina mesura es podria respectar l'autodeterminació de l'adolescent. Això obligaria el professional a avaluar la capacitat o competència psicològica de l'adolescent per prendre les seves pròpies decisions pel que fa a continuar amb l'embaràs i, si escau, sense la supervisió de la seva família en el cas que existís amenaça que la rebutgessin. A més caldria considerar també a quins interessos caldria servir: als de l'adolescent, als del nen no nascut o als del sistema familiar.

3) Identificar la tensió entre principis. En aquest cas es produeix entre el respecte a l'autonomia-autodeterminació de la pacient (ètica de màxims –privada–) i el deure de justícia amb els pares i amb el no nascut a qui involucren les conseqüències (ètica de mínims –pública–). Els principis del nostre codi ètic que fan referència a l'autonomia dels clients ens diuen que sempre tenim l'“obligació de respectar la confidencialitat, però també que tenim l'“obligació d'obeir la llei i les regulacions institucionals (la justícia)”. A més, hem de “buscar el bé o interès dels individus [...] però prestant el degut respecte als interessos de les altres persones que hi estan involucrades”.

4) Com hem vist en el model proposat per Diego Gracia, en cas de conflicte entre els deures de mínims i de màxims, com succeeix en aquest cas, els deures propis de l'ètica de mínims solen tenir prioritat sobre els deures de l'ètica de màxims perquè són públics i exigibles a tothom per via legal. Així, en aquest cas, hauríem d'explorar el **marc legal** sobre la confidencialitat per saber si la llei permet a l'adolescent ocultar la informació als seus cuidadors o, si escau, si existeix alguna excepció justificada. Els tres grans supòsits en els quals es planteja trencar el deure de confidencialitat són: per a evitar un dany a altres persones, per a evitar un dany a la pròpia persona i per imperatiu legal. En la nostra legislació, l'adolescent de catorze anys no és considerada major d'edat, per la qual cosa els pares o cuidadors legals tenen dret a saber que la seva filla està embarassada. Però, a més, el deure de no fer mal ens obliga també a protegir la seguretat i la salut del nen encara no nascut. Així ens trobem davant el deure de respectar la confidencialitat enfront de l'obligació moral de procurar el millor per a l'adolescent i per als altres. Des d'una perspectiva jurídica, la confidencialitat de la informació relativa a la salut arriba també als familiars,

què hem de fer? Abans de res cal seleccionar diversos cursos d'acció possibles i tractar d'evitar reduir el problema a un dilema de només dues sortides, dir-ho o no dir-ho als pares, i actuar amb calma i prudència.

5) Ens enfrontem al moment d'identificar **cursos d'acció** possibles valorant-ne les conseqüències previsible. És el moment de la deliberació pròpiament dita en el qual analitzem els pros i els contres de prendre una decisió o una altra. Per a això cal avaluar les circumstàncies que concorren en el cas concret: hi pot haver algun atenuant, agreujant o eximent? Hi ha en aquest cas alguna circumstància que pugui justificar el fet de no complir la llei i respectar la confidencialitat? Si es respectessin els desitjos de l'adolescent i no es revelés la informació, quines conseqüències tindria per a ella? I per al fill no nascut? I per als pares o cuidadors? I per al treballador social? És important també tenir en compte com afectaria aquesta situació de desacatament de la llei als interessos del treballador social. Els costos i beneficis de cada curs d'acció diferiran per a cadascuna de les persones implicades. Tan sols després d'un escrupolós examen de les obligacions i de les conseqüències podrà el treballador social triar una acció.

Quins possibles cursos d'acció es poden plantejar en aquest cas? Vegem-ne alguns.

- a) Guardar la confidencialitat i no revelar el secret.
- b) Informar l'adolescent del dret dels seus pares a saber-ho i de la seva obligació a dir-los-ho, i demanar-li que els ho digui ella mateixa.
- c) Informar l'adolescent del dret dels seus pares a saber-ho i demanar-li el consentiment per a informar-los-en nosaltres.
- d) Revelar la informació als pares sense l'assentiment ni consentiment de l'adolescent, entenent que es tracta d'una menor d'edat.
- e) Oferir a l'adolescent la possibilitat d'una intervenció familiar.
- f) Posar a disposició de l'adolescent els suports i serveis adequats per a encarar la situació.
- g) Citar els seus pares per a valorar millor la situació i les circumstàncies concretes que concorren.
- h) D'altres.

Com es pot observar, la llista de cursos d'acció pot ser molt variada i no s'ha de reduir a dues: respectar la confidencialitat o no respectar-la. Hi ha moltes opcions intermèdies, és més, se'n poden seleccionar diverses i realitzar-les d'una manera gradual en el temps. En qualsevol cas caldrà sospesar les conseqüències previsible per a totes les parts implicades. Vegem-ne algunes.

La decisió de guardar el secret pot tenir diverses conseqüències. D'una banda, els pares, en assabentar-se, poden denunciar la situació perquè s'ha incomplert l'obligació legal, la qual cosa podria tenir conseqüències negatives per al treballador social i també per a l'adolescent pel que fa a la relació amb els seus pares. Podria ser castigada i rebutjada. La decisió de revelar el secret po-

dria provocar la ruptura de la relació de l'adolescent amb el treballador social i la pèrdua de confiança, la qual cosa podria trencar o obstaculitzar el procés d'ajuda iniciat. Caldria considerar, així mateix, les repercussions psicològiques i socials d'aquesta decisió en l'adolescent. També el treballador social hauria de valorar si no trenca el secret quines possibilitats reals d'ajuda pot oferir a l'adolescent si acorda amb ella la confidencialitat acollint-se a circumstàncies com la maduresa de la jove o, per exemple, l'evidència d'un maltractament per part dels progenitors.

A favor de trencar la confidencialitat, podríem considerar que la decisió d'informar-ne els pares podria possibilitar que aquests li prestessin l'ajuda que necessita i evitar-los la sensació que "s'ha destapat l'assumpte" de mala manera.

Moltes més conseqüències es podrien considerar coneixent amb més profunditat tots els detalls i circumstàncies del cas. En qualsevol cas, com que el conflicte afecta la justícia i es tracta d'un deure de mínims exigible, no s'ha d'ocultar la informació als pares. No obstant això, entre els dos cursos d'acció extrems, podem trobar un terme mitjà. Es podria començar per seguir treballant el vincle amb l'adolescent, donar-li el suport que necessita per, en un segon moment, tractar de fer-li comprendre les conseqüències que es deriven del seu secret per a ella, per al fill no nascut i per als seus pares, i proposar-li després una reunió amb la família per tractar conjuntament el problema. Paral·lelament caldria tractar de posar-la en contacte amb tots els recursos disponibles que creiem necessaris. També es podrien considerar altres seqüències d'acció. Recordem que no hi ha receptes ni una única solució. Els criteris morals que s'aprenquin ens ajudaran, però amb freqüència sempre quedaran marges d'incertesa.

5.2.2. Model de Susan Blumenfield i Jane Isaacs Lowe

Les treballadores socials sanitàries nord-americanes Susan Blumenfield i Jane Isaacs Lowe proposen una guia específica per a analitzar dilemes ètics en la planificació de les altes hospitalàries. En el cas de les altes hospitalàries és molt freqüent que es plantegin conflictes ètics que aboquen a situacions dilemàtiques: abandonar o no l'hospital en el temps previst. Per a això, les autores presenten un model molt sintètic que, per la senzillesa, pot resultar orientador en molts casos.

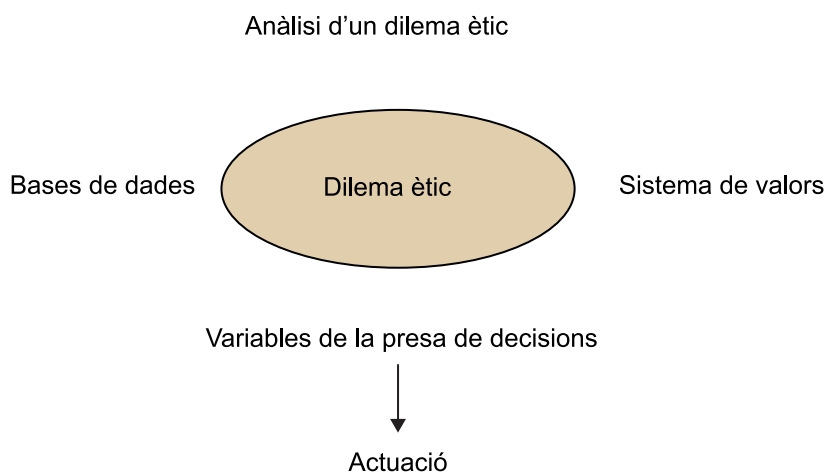
Referència bibliogràfica

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

Es tracta d'un model que destaca les peculiaritats que comporten els conflictes ètics que es produeixen dins del programa de planificació de l'alta hospitalària. Per això, les autores atorguen molta importància a les obligacions institucionals i al factor temps. Si aquests factors influeixen sempre en la presa de decisions, tenen més pes en aquests casos. Per afrontar-los proposen, com es pot observar en l'esquema següent, un model que consta de tres elements:

Anàlisi d'un dilema ètic

ÈTICA DE LA INTERVENCIÓ SOCIAL



Font: Blumenfield i Isaacs (1991)

- **La base de dades.** Fa referència a l'estudi dels fets a partir de la informació continguda en la història social. El treballador social ha de començar estudiant tot el que sap del pacient, el seu diagnòstic i pronòstic, la situació familiar, els suports amb els quals compta, els recursos personals i els factors positius i negatius del seu entorn que li poden condicionar les opcions a l'alta.
- **El sistema de valors.** Fa referència al contingut pròpiament ètic del conflicte. El treballador social s'ha de preguntar per a qui pren la decisió, qui hi està implicat, quins criteris s'usen per a prendre decisions, quin tipus de consentiment es necessita i si existeix un raonament sòlid per a prendre la decisió. També és important analitzar quins valors defensen les parts implicades. En general, el treballador social tracta de determinar els valors del pacient i de la seva família tenint en compte la seva classe social i els seus trets culturals.
- **Les variables de la decisió.** En aquest punt assenyala la necessitat d'establir estratègies realistes que tinguin en compte les conseqüències de les possibles decisions en les persones i les variables relatives a les obligacions institucionals que condicionen la decisió. Com a novetat, les autores

Lectura complementària

Per ampliar la informació sobre els conflictes en els quals es plantegen tensions entre els mandats institucionals i els deures professionals en l'àmbit sanitari podeu consultar:

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

suggereixen que les decisions preses s'introdueixin en una base de dades per a afavorir l'avaluació de dilemes futurs.

Per il·lustrar l'aplicació del model, les autores presenten un cas en el qual es planteja un dilema ètic molt típic dels treballadors socials sanitaris. Per a analitzar-lo utilitzen les categories analítiques de J. Smith i A. J. Davis. Pel valor didàctic que té finalitzarem l'exposició transcrivint-ne una síntesi.

Cas il·lustratiu

Es tracta d'un pacient de seixanta-vuit anys solter que ingressa a l'hospital provinent d'una residència privada, brut, deixat, mal alimentat i confús. Ingressa per operar-se de pròstata i, encara que després de la intervenció disminueix la seva confusió, no sembla estar cognitivament bé. El pacient no té família ni coneguts.

Durant l'hospitalització, el pacient parla de tornar a casa, però no sap molt bé on és la seva llar. No mostra cap preocupació per tornar a la residència, més aviat sembla disposat a anar a qualsevol lloc on el portin. Després de recuperar-se de la intervenció, el metge proposa que el tornin a portar a la residència. El pacient vol tornar a la residència. En contactar amb la residència se sap que el personal aprecia el pacient i que està ben adaptat. En ser informat l'administrador dels problemes de salut, diu que creu que se'n poden fer càrrec.

Per a l'hospital, atesa la manca de temps en la planificació d'altres, és convenient que el pacient torni al més aviat possible a la residència. Una recerca posterior revela que la residència no té gaire bona reputació, que hi ha hagut algunes queixes i que el Departament d'Assumptes Socials de la ciutat no la recomana. La dubtosa reputació de la residència i el nivell d'assistència que requereix el pacient fan que al treballador social el preocupi que el pacient torni a la residència. Les infermeres de l'hospital no coincideixen: unes pensen que el poden cuidar adequadament a la residència i unes altres creuen que no.

El treballador social demana al cirurgià que concerti una visita psiquiàtrica per obtenir una avaluació de l'estat mental. El psiquiatre valora que està capacitat per a tornar a la residència si vol i suggereix que el donin d'alta. El cirurgià també vol que torni a la residència. En tractar el tema amb el metge i les infermeres, el treballador social troba desacords importants en la valoració de l'eficàcia del pla d'alta, així que el treballador social s'enfronta al dilema de retornar el pacient a la residència o preparar un pla per a transferir-lo a una unitat de cures especialitzades.

1) conflicte entre dos principis ètics. El conflicte de valors en aquest cas es planteja entre respectar l'autonomia del pacient, que diu que vol tornar a la residència, i la responsabilitat i el deure de beneficència del treballador social de prestar-li el millor nivell d'assistència possible. No obstant això, l'autonomia del pacient és qüestionable a causa del dubtós estat de les seves facultats.

2) conflicte entre dues accions possibles en les quals algunes raons afavoreixen una acció i unes altres hi van en contra. Entre les raons que afavoreixen el retorn a la residència hi ha que el pacient la coneix i hi vol tornar, també el personal de la residència vol que torni; els metges creuen que s'hi podria defensar, algunes infermeres també. Des del punt de vista institucional, per la falta de temps en les altes, seria convenient que tornés. Entre les raons en contra hi ha que quan el pacient va arribar a l'hospital estava mal cuidat, la residència no té gaire bona reputació i hi ha algunes queixes registrades en contra seva. Els motius de l'administrador de la residència per a continuar acollint-lo són qüestionables. Els metges volen que torni però no coneixen el nivell de cures que es presten en aquestes residències. Algunes infermeres estan convençudes que el pacient necessita un nivell de cures més elevat. Encara que el pacient no està considerat legalment incapacitat, les últimes valoracions professionals consideren que la seva competència psíquica és dubtosa. Per tot això, no hi ha raons concloents ni a favor ni en contra.

3) conflicte entre dues alternatives insatisfactòries. En aquest cas cap de les alternatives és completament satisfactòria.

Enviar-lo a la residència seria fer el que ell vol i li permetria integrar-se de nou en un entorn conegut entre gent que el coneix. No obstant això, sembla que necessita més

Lectura complementària

Per ampliar la informació sobre els conflictes ètics més freqüents que tenen els treballadors socials en el sistema sanitari podeu consultar:

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

Referència bibliogràfica

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

assistència després de l'hospitalització i fins i tot l'hauria pogut necessitar abans, per l'estat en què va ingressar. Pel que se sap de la residència i de les limitacions del judici del pacient, hi ha grans dubtes sobre la seva capacitat de triar.

Enviar-lo a una unitat de cures especialitzades, encara que sembla més apropiat, l'allunyaria de tot el que li és familiar i de la gent que el coneix. Seria un lloc nou i desconegut al qual no vol anar. A més, els seus ingressos no cobririen el cost i caldria fer una sol·licitud als serveis socials, la qual cosa allargaria l'estada a l'hospital més enllà de les seves necessitats mèdiques.

4) Conflicte entre els principis d'una persona i el seu suposat paper. El paper del treballador social està dividit entre el rol de "jugador d'equip" i la principal responsabilitat de fer el que és correcte per al pacient. El paper com a planificador d'altres subratlla el fet que ha d'ajudar a donar altes ràpides, però l'engegada de qualsevol pla perllongarà l'estada. El conflicte entre el paper dins de l'hospital i els seus principis ètics contribueix a la complexitat de la decisió.

5) Conflicte entre la necessitat d'actuar i la necessitat de reflexionar. En gairebé tots els casos de planificació d'altres el temps és un obstacle que de vegades afegeix pressió i d'altres contribueix al dilema ètic. Per regulació governamental, el treballador social ha de dur a terme el pla d'alta ràpidament. No obstant això, qualsevol pla que s'apliqui té moltes ramificacions i requereix un temps per a analitzar-lo, reflexionar-hi i intercanviar impressions. Els conflictes sorgits de les ramificacions només afegeixen més dificultats a la presa de decisions. El treballador social, conscient ara de les ambigüitats que hi ha, ha de resoldre el dilema i actuar. En aquest moment el treballador social ha d'aplicar el model proposat per les autores i analitzar-ne els tres elements –les dades de què disposa, les variables de la presa de decisions, el sistema de valors– i finalment actuar. L'actuació està condicionada en aquest cas pel temps i els recursos. En últim terme, el pacient deixarà l'hospital quan se li hagi proporcionat un pla d'alta, el que finalment decideixi el treballador social. Una anàlisi detinguda i l'ordenació dels elements del dilema ajudaran a avançar cap a una resolució, però no posaran fi a la naturalesa angoixant del procés.

Com hem insistit al llarg del mòdul, mai no hi ha una única resposta per als conflictes ètics. El mètode deliberatiu i l'aplicació de guies específiques ens proporcionen un marc per a facilitar el raonament crític i la presa de decisions, si més no prudents i raonables. En això consisteix la responsabilitat professional.

Resum

En aquest mòdul s'han tractat els dos aspectes més importants que necessita el treballador social sanitari per a enfrontar-se als conflictes ètics que es presenten en l'exercici professional: els fonaments i els mètodes de l'ètica. Com que el treball es desenvolupa dins del sistema sanitari, s'han pres com a referència les teories, els principis i els mètodes de la bioètica, que és l'ètica aplicada al camp de les ciències de la vida i de la salut tractant-les de conjugar amb els principis ètics del treball social.

Per a comprendre els fonaments de les decisions morals s'ha començat explicant la relació que hi ha entre la ciència i els valors i s'ha distingit entre judicis tècnics i judicis morals. Els primers s'emeten conforme a fets i els segons, conforme a valors. Aquesta distinció aporta moltes claus per a comprendre que el recurs a la ciència no és suficient per a prendre decisions ètiques, necessitem coneixements d'ètica.

En segon lloc, hem abordat l'estudi de les teories ètiques i dels principis utilitzats en bioètica. Sota els dos enfocaments més importants, el deontològic i el teleològic, s'han agrupat les teories i els autors més representatius de cadascun. L'enfocament deontològic analitza la correcció d'una acció en funció de principis o deures i l'enfocament teleològic, pel que fa a les finalitats o conseqüències. L'aproximació entre tots dos enfocaments ha donat lloc a un mixt que s'ha denominat *ètica de la responsabilitat*. A continuació s'han exposat els principis de la bioètica que s'apliquen per a l'anàlisi de conflictes ètics, els quals són: no-maleficència, beneficència, autonomia i justícia.

En tercer lloc, s'ha abordat l'estudi dels mètodes per a la presa de decisions ètiques. Per la gran acceptació que té en el món sanitari s'ha presentat el mètode deliberatiu proposat pel bioeticista Diego Gracia. Finalment, s'ha complementat amb dos models de presa de decisions elaborades per treballadors socials.

L'estudi dels fonaments teòrics i dels mètodes de l'ètica permet als treballadors socials sanitaris analitzar els conflictes ètics i prendre decisions prudentes i racionables en situacions difícils.

Glossari

autonomia *f* Terme introduït per Kant i que significa la capacitat de donar-se a si mateix lleis. Es refereix al caràcter autolegisllador de l'ésser humà. En bioètica s'identifica amb la capacitat de prendre decisions.

beneficència *f* Principi de la bioètica que obliga no només a no fer el mal sinó a fer el bé. No es pot fer el bé en contra de la voluntat de les persones.

capacitat *f* Qualificació ètica i jurídica de l'estat psicològic d'un individu pel qual se'l reconeix apte, aquí i ara, per a prendre decisions concretes sobre aspectes bàsics de la seva vida i poder exercir els drets fonamentals que té reconeguts.

competència *f* En bioètica, aptitud psicològica d'un pacient per a exercir la seva autonomia personal i prendre les seves pròpies decisions sanitàries.

confidencialitat *f* Dret del pacient al fet que tots aquells que arribin a conèixer dades relacionades amb la seva persona per la seva vinculació laboral en participar, de manera directa o indirecta, en les funcions pròpies de les institucions sanitàries respectin la seva intimitat i compleixin el deure de sigil, reserva i secret.

consentiment informat *m* Model de relació clínica que consisteix en un procés comunicatiu i deliberatiu entre el professional sanitari i el pacient capaç, en el transcurs del qual prenen decisions conjuntament sobre la manera més adequada d'abordar un problema de salut.

deliberació *f* Procés de ponderació dels factors que intervenen en un acte o situació concreta, a fi de buscar la solució òptima o, quan això no és possible, la menys lesiva.

ètica de màxims *f* Tothom aspira a la perfecció i la felicitat i, en conseqüència, al màxim, a l'òptim. Aquest òptim no és igual per a tothom, sinó que depèn del sistema de valors religiosos, morals, culturals, entre altres, de cadascú. Per tant, els màxims són diferents per a cadascú, que alhora ha de tenir llibertat per a gestionar-los privadament, per aquest motiu aquest nivell està regit pels principis bioètics de beneficència i autonomia. En aquest nivell cadascú és autònom per a ordenar i conduir la seva vida d'acord amb el seu propi sistema de valors.

ètica de mínims *f* Com a membres d'una societat, tots els éssers humans han d'acceptar i respectar un conjunt de regles i valors comuns. El seu garant és l'Estat que, per fer-les complir, pot utilitzar la força. Els principis que regeixen aquest nivell són el principi de no-maleficència i el de justícia.

justícia *f* Principi ètic que afirma el dret de tots els éssers humans a ser tractats amb igual consideració i respecte.

menor madur *m* Expressió sorgida per a designar el subjecte que, tot i ser menor d'edat, posseeix un grau de maduresa psicològica i humana que li permet gaudir dels drets de personalitat en un grau major o menor.

paternalisme *m* Model de relació sanitària en el qual es traslladen a la relació entre persones adultes i capaces els trets propis d'una relació paternofilial, això és que el professional adopta el paper de pare protector i poderós, i el pacient, el de nen fràgil i obediènt.

privacitat *f* Dret de la persona a determinar i controlar quina informació sobre ella mateixa és revelada, a qui i amb quin motiu.

privilegi terapèutic *m* Situació en la qual el metge oculta informació al pacient o no li demana el seu consentiment per a una acció diagnòstica o terapèutica perquè considera que això produiria al malalt un dany psicològic.

prudència *f* Virtut intel·lectual que permet prendre decisions racionals o almenys raonables en condicions d'incertesa. Les decisions prudentes no són certes però sí que aspiren almenys a ser raonables, per això diverses decisions diferents poden ser igualment prudentes.

secret, sigil o reserva *m* Termes clàssics deontològics i jurídics que es refereixen al que de manera acurada es conserva reservat i ocult, és a dir, allò que s'ha de mantenir separat del coneixement dels altres.

Bibliografia

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, pàg. 198-128).

Borrell, F. i altres (2001). "El deber de no abandonar al paciente". *Medicina Clínica* (núm. 117, pàg. 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, pàg. 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". A: Diversos autores. *Comités de ética asistencial* (pàg. 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, pàg. 20). Barcelona.

Gracia, D. i altres (2001). "Toma de decisiones en el paciente menor de edad". *Medicina Clínica* (núm. 117, pàg. 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 a: 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, pàg. 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. i altres (2001). "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones". *Medicina Clínica* (núm. 117, pàg. 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, pàg. 1463-66).