



**TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**“El Trabajo Social Sanitario
y los Comités de Ética
Asistencial”**

Autor/a:

D^{ña}. Laura Clavo Fernández

Tutor/a:

D. Pablo de la Rosa Gimeno

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

2014 - 2015

Valladolid, Junio del 2015

1. ÍNDICE

1. Índice general.	Pág. 2
2. Índice de tablas.	Pág. 3
3. Índice de siglas.	Pág. 4
4. Resumen y palabras claves.	Pág. 5
5. Introducción.	Pág. 7
6. Trabajo Social Sanitario.	
6.1. Antecedentes y orígenes.	Pág. 10
6.2. ¿Cómo se encuentra en la actualidad el Trabajo Social Sanitario?	Pág. 13
7. Ética, dilemas éticos, Comités de Ética y Bioética.	
7.1. Ética y Trabajo Social.	Pág. 14
7.2. Bioética.	Pág. 19
8. Problemas éticos de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario.	
8.1. Problemas éticos que surgen en la investigación.	Pág. 22
8.2. ¿Cómo se resuelven los dilemas éticos los profesionales del Trabajo Social Sanitario?	Pág. 30
9. Comités de Ética Asistencial.	
9.1. Antecedentes y orígenes.	Pág. 31
9.2. Justificación de su creación.	Pág. 32
9.2.1. Comités de Ética Asistencial en Castilla y León.	Pág. 36
9.2.1.1. Comités de Ética Asistencial Hospitalaria.	Pág. 40
9.3. Papel del trabajador social en los Comités de Ética Asistencial.	Pág. 42
10. Conclusiones.	Pág. 44
11. Bibliografía.	Pág. 46

2. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Creación y acreditación de los CEAS de la red de Sacyl.

Pág. 37

3. ÍNDICE DE SIGLAS.

- FITS: Federación Internacional de Trabajo Social
- CEA: Comité de Ética Asistencial.
- CEAH: Comité de Ética Asistencial Hospitalaria.

4. RESUMEN

A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado se va a realizar un breve análisis sobre los aspectos éticos más relevantes que influyen en la intervención del trabajador social sanitario. En las intervenciones sociales que realizan los trabajadores sociales en los centros sanitarios, en ocasiones se ven afectados por problemas éticos que tienen que ver con la institución, los usuarios o con otros profesionales.

Para realizar el análisis, comenzará con una descripción de qué es el Trabajo Social Sanitario y las funciones que tiene en los centros sanitarios. Tras esta descripción, se tratarán las características más relevantes de la ética y la bioética. Como punto central del trabajo, se abordarán los problemas éticos que influyen en las intervenciones de los trabajadores sociales. Y para terminar se ha incluido un estudio de los diferentes mecanismos existentes para la resolución de los problemas éticos de los profesionales: los Comités de Ética Asistencial, incluyendo el papel en ellos de los trabajadores sociales.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, ética, bioética, comités de ética asistencial, problemas éticos.

ABSTRACT

Throughout this work of end of degree is going to make a brief analysis of the most relevant ethical aspects that influence the health social worker intervention. Social interventions made by social workers in the health centers, sometimes affected by ethical problems that have to do with the institution, users or with other professionals.

For the analysis, it will begin with a description of what the health Social work and functions in health centers. After this description, the most relevant features of ethics and bioethics are dealt. As central point of the work, will address the ethical issues that are influencing the interventions of social shortly them. And finally we have included a study of different mechanisms for the resolution of ethical problems of professionals: Healthcare Ethics committees, including the role of social workers.

Key words: Health Social Work, ethics, bioethics, care ethics committees, ethical problems.

5. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los estudios relacionados con la importancia de la ética y su aplicación están teniendo una revitalización, más concretamente con la ética aplicada en las organizaciones, donde encontramos al Trabajo Social en todos sus ámbitos de actuación. Por ello he elegido este tema para mi Trabajo Fin de Grado, centrándome en el ámbito de la sanidad.

Como anteriormente se señalaba, la revitalización de la ética en el Trabajo Social que se está produciendo, y más concretamente en las intervenciones sociales, viene dada por la preocupación de los profesionales porque parte de la población vea al trabajador social como un mero gestor de recursos, debido a que su actividad diaria se basa en la realización de tareas burocratizadas y en la estandarización del trato hacia las personas que acuden a ellos. Esto nos plantea a los futuros profesionales el reto de pensar en nuevas alternativas, siendo la persona el recurso más importante con el que contamos a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo diario. Para conseguirlo debemos tener presente que nosotros podemos ayudar a que las personas sean las verdaderas protagonistas a la hora de tomar decisiones importantes para sus propias vidas.

Los profesionales del Trabajo Social en sus intervenciones, buscan el bienestar de los usuarios y la prestación del mejor servicio posible a estos y a la comunidad, siguiendo siempre una serie de normas y de principios que guían y regulan la profesión. Comentar que no todas las intervenciones que se le plantean a un Trabajador Social tienen una fácil solución. Esto puede deberse a que el problema surge en el momento de elegir entre dos alternativas válidas, siguiendo las normas éticas de la profesión en la toma de decisiones. En estos casos el profesional tendrá a mano siempre una serie de estrategias que podrían facilitar la resolución o la toma de decisiones ante una situación concreta. La puesta en marcha de una propuesta de resolución no aceptada, puede provocar en el usuario una insatisfacción.

Según Ballestero Izquierdo, A. (2009): “Dilema ético es un conflicto entre valores u obligaciones de peso similar que, aun siendo positivos, no pueden ser aplicados simultáneamente en la misma situación y que hacen dudar al profesional sobre el modo de actuar apropiado. En ese momento, el trabajador social tiene que resolver un dilema mediante un proceso de toma de decisiones en el que puede tener en cuenta el código ético, el razonamiento moral...”

Los dilemas éticos que se le plantean con más frecuencia al trabajador social en el ámbito sanitario son tres. En primer lugar, con los usuarios en lo referente a la confidencialidad, la autodeterminación, la veracidad de los datos; en segundo lugar, surgen dilemas éticos con la institución en referencia a problemas generados por la confrontación entre la ética del trabajador social y las leyes y normas que rigen las administraciones públicas o las instituciones donde desarrolla su actividad como profesional; y por último, con otros profesionales. Además se podría añadir un cuarto problema ético que es el que sufren los propios profesionales consigo mismo, con sus valores, y con los de la profesión. Este último es un dilema que conviviría con los otros tres anteriores, ya que cuando aparece cualquiera de los tres, el profesional es una de las partes importantes de la intervención.

Como ocurre en cualquier otra disciplina y en especial en la nuestra, por la importancia de los aspectos relacionados con la responsabilidad que tenemos por trabajar con la persona, no resulta fácil ser consciente de las malas prácticas en las intervenciones del día a día que se pueden estar llevando a cabo, bien como forma de prevención o como distintivo de profesionalidad, debido a que quizás, en su formación académica, no tenía tanta importancia el conocer la utilidad de las técnicas o métodos que se deben incorporar a la resolución de conflictos éticos en el trabajo diario, las cuales se están intentado integrar en la actualidad. Una alternativa que puede ayudar a aumentar la motivación de los propios profesionales sobre la utilización de las técnicas de resolución, es la de pensar que en las intervenciones difíciles es donde mejor se van a apreciar sus competencias, ya que un trabajo rutinario lo puede realizar cualquiera, sin embargo una intervención con un dilema ético, va a requerir siempre de formación, experiencia, y métodos concretos.

Por último, me gustaría hacer referencia a la figura de los comités de ética, estructurados por un grupo de profesionales dedicados a la reflexión y toma de decisiones sobre alternativas a los conflictos éticos que aparecen en la labor de los profesionales del Trabajo Social en el día a día, siendo este el principal objetivo que persiguen. Estos grupos buscan guiar y aconsejar a los profesionales en la toma de decisiones, supervisan las acciones llevadas a cabo y analizan los conflictos más habituales que surgen en su puesto de trabajo.

Por ello el objetivo que se intenta conseguir con este trabajo, es reflexionar sobre la ética, los dilemas éticos y la importancia de la existencia o no de los comités éticos en Trabajo Social y más concretamente en el ámbito de la salud.

6. TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

6.1. ANTECEDENTES Y ORÍGENES

La Organización Mundial de la Salud en 1978, definió la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Por ello, el papel del trabajador social en este ámbito es esencial, ya que sin él una de las partes del triángulo biopsicosocial, quedaría desatendida no llegando a realizarse un buen diagnóstico e intervención con la persona que acude a un centro de salud, ya sea en atención primaria, especializada o sociosanitaria, donde intervienen todos los profesionales en una coordinación interdisciplinar.

El Trabajo Social Sanitario debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot (1865 - 1939) que en 1905 creó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston. Para ello contó con la colaboración de una trabajadora social pionera en el desarrollo de su labor en el campo de la sanidad. Cabot (1915) decía:

El Trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es éste el que tiene que enseñar a los médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Éstos sólo pueden continuar con esa perspectiva tan corta de una forma segura y rentable si tienen un asistente social a su lado. Cada uno de nosotros tiene su campo propio, pero no debemos trabajar de forma separada, para los seres humanos que están a nuestro cargo puesto que ellos no pueden dividirse.

Mary Richmond, cita este hecho en su libro *Diagnostico Social*, editado en 1917, en el que se sientan las bases del Trabajo Social. La inclusión de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario no fue un hecho casual, si no que se trató de un proceso histórico largo, que comienza en el siglo XIX cuando la medicina empezó a ser más sensible al contexto social que rodeaba a la persona.

En España el primero en profesionalizar el Trabajo Social, fue el Dr. Roviralta, siendo el promotor de la primera escuela de Asistentes Sociales de España, en 1932 en Barcelona, según consta en el acta de 28 de enero de 1932 del Comité femenino de mejoras sociales. Anteriormente, en 1922, se produce la traducción del libro del Dr. Richard Clarke Cabot, editado en 1916, "*Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio*", en el que se refleja la importancia de los trabajadores sociales en su labor llevada a cabo con enfermos de tuberculosis, enfermedades venéreas y neurológicas, e infancia con problemas ortopédicos en el Hospital General de Massachusetts. El papel de los trabajadores sociales en el campo de la salud se introdujo con las primeras contrataciones alrededor de los años 1950-70 en Hospitales y Dispensarios, siendo la labor de estos la búsqueda de recursos externos e ingresos de aquellas personas en situaciones de gran precariedad, encontrándose situados siempre cerca de los departamentos administrativos. Son los primeros trabajadores sociales ubicados en los centros psiquiátricos los que comienzan a ir más allá de la mera burocracia llevada hasta entonces, ya que se empiezan a preocupar por las situaciones familiares del paciente, siendo los profesionales el lazo de unión entre la persona y su familia cuando por diversas circunstancias no existía el vínculo de unión. Su labor también consistía en la búsqueda de empleo, de alojamientos alternativos a aquellas personas sin familiares y la tramitación de prestaciones. Con la reforma sanitaria iniciada a partir de 1984, se introduce el Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria (Munuera & Munuera, 2007).

En el texto de Romero Rodríguez (2003) cita a Amaya Ituarte, quien define el Trabajo Social en Salud como,

... actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud".

Por lo tanto, el fin último que busca el trabajador social no es el conocimiento de una serie de datos, sino la realización de una intervención psicosocial que procure atender de manera integrada los aspectos clínicos de la enfermedad y los aspectos sociales, intentando ofrecer siempre una serie de medios adecuados para el tratamiento que ayuden a superar, o en algunos casos aliviar, el padecimiento tanto de la persona enferma como de su familia.

Toda intervención llevada a cabo por los profesionales del Servicio de Trabajo Social en el ámbito de la salud, deberá ir apoyada en un diagnóstico social sanitario, que empodere a la persona y a sus redes sociales, ya que no basta solo con la detección de las necesidades, sino que debe ser establecido un plan de trabajo aplicado a la persona, que promueva la resolución satisfactoria del problema que generó la demanda porque por el contrario se podrían generar nuevos desequilibrios sobre la persona. El diagnóstico deberá completarse con un plan de trabajo que estará integrado dentro de los planes terapéuticos diseñados por otros profesionales sanitarios que intervienen con la persona respondiendo al modelo biopsicosocial.

Es preciso advertir que no se debe confundir el Trabajo Social que se realiza en los Centros de Sanitarios, con aquellas actividades llevadas a cabo en los Centros de Servicios Sociales, ya que este último va dirigido a dar apoyo, fomentar la motivación de los usuarios, encontrar su posicionamiento en la sociedad, dar soporte a partir de recursos con los que cuentan los trabajadores sociales de los Servicios Sociales, mientras que las actividades realizadas por los trabajadores sociales en el ámbito sanitario van encaminadas a dar apoyo en aspectos psicosociales de la persona, acompañamiento durante la enfermedad, impulsando o moviendo los propios recursos con los que cuenta la persona o su familia.

6.2. ¿CÓMO SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO?

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de los trabajadores sociales de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población (Abreu, 2009, 74). En Europa la atención sanitaria, con la participación de todos los profesionales sanitarios incluyendo al trabajador social, es concebida como un derecho social fundamental que debe ser defendido como garantía de protección social hacia los ciudadanos. Es por ello, por lo que desde la ciudadanía se debe luchar por mantener este derecho ya que desde mediados de la década de los noventa, se están produciendo cambios en las políticas sanitarias y sociales de los países europeos, y más concretamente en España.

En nuestro país el planteamiento está girando hacia una atención sanitaria más centrada en tener en cuenta criterios económicos que en la preservación de los derechos sociales. Estas políticas sanitarias han dado lugar a recortes en recursos sanitarios, con la consecuencia de la supresión de muchos profesionales del Trabajo Social en el sector sanitario, en vez de proseguir con una atención basada en las necesidades individuales, que pongan el énfasis en la consecución de logros sobre una atención integral y de calidad.

7. ÉTICA, DILEMAS ÉTICOS, COMITÉS DE ÉTICA y BIOÉTICA.

7.1. ÉTICA Y TRABAJO SOCIAL

La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales puesto que la habilidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial en la calidad de los servicios que se prestan a las personas desde los servicios de Trabajo Social.

En ocasiones, los términos ética y moral son entendidos como sinónimos, debido a que ambos conceptos están influidos por una serie de valores como pueden ser las actitudes, creencias y principios ya sean de carácter moral, religioso, ideológico, político, de las personas con la que se interviene, del propio profesional o institución donde se lleva a cabo la labor profesional. Cuando se habla del concepto de ética, se alude al estudio que se ocupa de reflexionar críticamente acerca de la moral, analizando términos morales como lo que es correcto o incorrecto, de nuestras acciones. La moral haría alusión al conjunto de normas de comportamiento que están aceptadas por lo general en la sociedad, estando intrínsecamente relacionadas con la ley y la cultura, por ello se define a la ética como una actitud crítica sobre la moral y las leyes que se dan en una sociedad.

Se debe añadir también la distinción entre problema y dilema ético, siendo el primero un conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la labor del profesional en la intervención, teniendo en cuenta que no todos los problemas que le surgen al Trabajador Social Sanitario son de índole ética. Por el contrario el dilema ético surge cuando se dan dos alternativas posibles a una resolución de un problema cuya decisión por una de ellas acarreará al profesional un conflicto moral.

La ética aplicada actuaría como un puente entre la ética general y la moral puesto que, por un lado, trataría de definir los principios morales de una actuación adecuada a la intervención pero, por otro lado, su acercamiento a la práctica la llevaría a tratar cuestiones morales concretas que surgen en el quehacer profesional. Dentro de esta modalidad encontraríamos la ética profesional, definida como el conjunto de valores y principios éticos orientados por un referencial filosófico y reproducido en la práctica cotidiana y que están formalizados en el Código Deontológico de la profesión. Y como

segunda clasificación a la ética aplicada, haríamos alusión a la ética de las organizaciones, correspondiente a un conjunto de valores y responsabilidades por las que una institución actúa y responde, los cuales deberían ser identificados por los profesionales.

Según recoge Fernández Barrera, et al. (2012), para Sarah Banks los principios éticos del Trabajo Social son: autodeterminación, promoción del bienestar, igualdad y justicia distributiva. Por otra parte, la autora clasifica los dilemas éticos en tres categorías: referidos a los derechos de los individuos al bienestar, el bienestar público y las opresiones derivadas de la estructura. Por su parte, Josefina Fernández indica como aspectos éticos vinculados al trabajo social, los derechos de los individuos, entre los cuales se encuentra el derecho a decidir y por ello el derecho a la autodeterminación o autonomía, el bienestar social o política social y la lucha contra la desigualdad y opresión, aspecto, este último, relacionado estrechamente con el concepto de vulnerabilidad.

Los Códigos Deontológicos son una herramienta de apoyo que guía a los profesionales, puesto que están constituidos por un conjunto de normas que se orientan hacia una correcta intervención. Hay que añadir que los Códigos Deontológicos no tienen valor de norma jurídica y, por lo tanto, no pueden hacerse valer como un derecho positivo, sino que tratan de validar criterios e instrumentos que ayuden al profesional a orientar su acción en diversos contextos problemáticos. La finalidad de estos códigos se encuentra en ayudar al profesional a orientar la intervención, en la toma de decisiones en el momento en que se produce un dilema ético entre los valores del propio profesional, del usuario o de la institución.

Por lo tanto, en cuanto a la utilidad de los Códigos Deontológicos, se puede decir que poseen una función primaria que tiene que ver con el derecho y la moral, cuya razón de ser es condicionar el comportamiento de los profesionales de un mismo sector e inducir a estos a que actúen siguiendo un determinado modelo de intervención.

Como Código Deontológico de referencia para los trabajadores sociales, se debe destacar el Código Deontológico en Trabajo Social editado por el Consejo General del Trabajo Social en 2012. Este código consta de seis capítulos: descripción y ámbito de

aplicación; aplicación de principios generales de la profesión; derechos y deberes de los trabajadores sociales donde entran la relación con la persona usuaria, la relación con los otros profesionales y la relación con la institución; en el quinto capítulo encontramos la confidencialidad y secreto profesional y por último las comisiones deontológicas.

Toda intervención social-sanitaria se basa en unos principios básicos establecidos en el Código Deontológico de Trabajo Social (2012). Estos principios aluden a la dignidad de la persona como ser humano único e inviolable, puesto que tiene valor en sí mismo con sus intereses y finalidades, la libertad de la persona, en posición de sus facultades humanas, para realizar actos sin la coacción o impedimentos de otra persona y por último la igualdad de cada persona para poseer los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias. Desde estos principios básicos se derivan unos principios más generales como son:

- El respeto activo a las personas, puesto que son el centro de toda intervención.
- Aceptación de la persona con sus singularidades y diferencias.
- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
- Ausencia de juicios de valor sobre la persona.
- Individualización de la intervención.
- La personalización que exige el reconocer a la persona destinataria de la intervención como un sujeto activo y no como un objeto.
- Promoción integral de la persona considerándolo como un todo.
- Igualdad de oportunidades de derechos, de equidad y participación.
- Solidaridad, para conseguir una sociedad más implicada con las causas sociales.
- Justicia social.
- Reconocimiento de derechos humanos y sociales.
- Autonomía ejercida desde la confianza de las capacidades propias de los profesionales.

- Autodeterminación entendida como la responsabilidad de la persona sobre sus acciones y decisiones.
- Responsabilidad y corresponsabilidad con la persona.
- Coherencia profesional conociendo y respetando la normativa de la institución.
- Colaboración profesionales manera activa, constructiva y solidaria.
- Integridad que exige al profesional no abusar de la relación de confianza de la persona usuario.

Por último, hago alusión a los Comités de Ética, en el caso del ámbito sanitario, denominados Comités de Bioética. Los Comités de Ética, cuya autoridad es solamente moral, consisten en una comisión consultiva e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se producen en las instituciones, como consecuencia del trabajo diario, y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia. Estos comités no dependen de ningún órgano o comisión institucional.

Según Ana Isabel Lima (2008), las principales funciones de un Comité de Ética son:

- ✓ Proteger los derechos de los usuarios
- ✓ Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión en las situaciones que plantea el conflicto ético entre sus intervinientes: el profesional, el usuario y las instituciones.
- ✓ Colaborar en la formación en ética de los profesionales del Centro y en particular en la formación de los miembros del Comité.
- ✓ Proponer a la institución protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

Y se pueden clasificar en tres bloques convencionales:

1. Comités con finalidad de velar por la calidad de la investigación en sujetos humanos y la protección de los mismos.
2. Comités que procuran resolver conflictos éticos que plantean las intervenciones profesionales y elaboran protocolos asistenciales en los casos en que sea necesaria una política institucional, por la dificultad del problema o por la frecuencia del mismo. Estos comités deberían asumir también la responsabilidad de la formación en ética de los profesionales del centro y de otros estamentos del mismo.
3. Comités nacionales, permanentes o temporales con un ámbito de competencia ética muy amplio o puntual. Los informes que publican estos comités suelen tener resonancia mundial.

7.2. BIOÉTICA

La bioética nace en 1970 como disciplina tratando de unir la ética con la biología y teniendo como finalidad orientar en la aplicación de los avances tecnológicos en las ciencias de la salud, o en la relación con las personas, para respetar sus derechos, valores y principios morales. Por lo tanto la bioética es una disciplina que pretende ser la respuesta al estudio de los problemas éticos que se plantean al hilo del fuerte incremento de las aplicaciones de la ciencia y tecnología actual y que pueden modificar profundamente la vida humana.

Desde el ámbito de la salud, toda intervención realizada por los profesionales sanitarios debe ser llevada a cabo desde el respeto la autonomía de la persona, para proporcionar una atención sanitaria de calidad, respetando en todo momento la dignidad humana, por ser este un principio ético básico.

En las últimas décadas la atención sanitaria ha experimentado tres cambios trascendentales. En primer lugar, continuos avances científicos con nuevas oportunidades para mejorar la salud de la población. En segundo lugar, el reconocimiento ético y legal de los derechos del paciente que le sitúan en el centro de la intervención con una mayor capacidad de decisión. En tercer lugar, la consolidación de los modernos sistemas sanitarios que han supuesto un logro social incuestionable, pero que, también en el momento actual, plantean retos complejos

En el debate actual, dependiendo de la fundamentación filosófica en que se apoyen, se distinguen al menos cuatro modelos diferentes de bioética, que conducen a principios, normas y soluciones prácticas diferentes enmarcadas en dos grandes tendencias: el utilitarismo y el personalismo (Fernández-Crehuet, 1996:12). Estos modelos son:

- El modelo liberal radical: Asegura que la moral únicamente se debe fundamentar en la opción autónoma de cada persona, no en principios ni en valores trascendentales. El único principio central y relevante es el de autonomía y la libertad es el valor supremo cuyo único límite es la libertad de las demás personas.
- El modelo pragmático-utilitarista: Analiza los problemas éticos en base a la relación costo-beneficio, esto es, ponderando los riesgos y beneficios previsibles, como factores decisivos de la intervención terapéutica, en la asignación de recursos o toma de decisiones en el campo de la salud.
- El modelo sociobiológico: Coincide con la teoría evolucionista de Darwin, la cual plantea que las sociedades evolucionan, y que dentro de ese crecimiento biológico y social, también los valores morales deben cambiar. Los valores no son eternos y la ética es la encargada de mantener el equilibrio.
- El modelo personalista: Considera que la persona humana es una unidad, un todo, el fin y el origen de la sociedad, que es el punto de referencia entre lo lícito y lo ilícito.

En 1979, Beauchamp y Childress, publicaron en su manual *Principles of Biomedical Ethics*, los cuatro principios en los que se debe basar la bioética principalista. La bioética principalista busca construir un método sistemático de reflexión que ayude al profesional a elegir la solución correcta ante un dilema bioético. Estos principios son los siguientes:

El principio de autonomía, una acción autónoma es actuar intencionadamente, con conocimiento, sin influencia externa; la no maleficencia, consiste en no hacer daño intencionadamente; la beneficencia, obligación moral de actuar en beneficio de los otros y la justicia social, ya que las personas que tienen derechos iguales tienen que ser tratadas con igualdad y las personas que no tienen derechos iguales tiene que ser tratadas de manera diferenciada (justicia formal), distribución equitativa de los derechos y responsabilidades o cargas en la sociedad (justicia distributiva).

Según Gracia, D. (2011),

Los cuatro principios de la bioética se organizan de modo que algunos quedan dentro de una ética de máximos o privada, y otros dentro de una ética de mínimos. La beneficencia y la autonomía son principios que se explican desde la referencia de un sistema de creencias, desde el cual define su proyecto vital y, conforme al cual determina los bienes que le permiten llevarlo a cabo. Este es un ámbito privado, en el que nadie puede ni debe interferir. Se refiere a los máximos a los que una persona aspira, los que dotan de sentido su actuación moral, la guía de sus comportamientos y convicciones. Por su parte, los principios de no maleficencia y justicia se refieren más bien aquellos elementos que aseguran la supervivencia, como base para la posterior toma de decisiones de carácter personal. El principio de no maleficencia asegura la vida de los individuos mientras que el principio de justicia es la garantía de un trato igualitario de aquellos bienes o servicios que permiten el desarrollo en sociedad de esa vida personal.

8. PROBLEMAS ÉTICOS DE UN TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

8.1. PROBLEMAS ÉTICOS QUE SURGEN EN LA INTERVENCIÓN

A continuación basándome en el estudio realizado por Ballesteros, Úriz y Vicarret (2012) sobre los diferentes *Dilemas Éticos de las Trabajadoras y los Trabajadores Sociales en España*, y junto con mi experiencia en prácticas en un Hospital, voy a describir algunos de los problemas éticos que los profesionales del Trabajo Social Sanitario viven en sus intervenciones diarias, tanto con las personas con las que llevan a cabo una intervención, como con otros profesionales de su mismo ámbito de actuación o fuera de éste.

Antes de comenzar, decir que la metodología utilizada para el estudio de Ballesteros, Úriz y Viscarret tuvo una parte cuantitativa, basada en una serie de cuestionarios, y otra parte cualitativa, puesto que se realizaron entrevistas semiestructuradas. Para la investigación, la población objeto de estudio estuvo compuesta por el colectivo de trabajadores sociales colegiados en España.

Para desarrollar los diferentes problemas éticos, se estableció una clasificación de cuatro grupos, a lo que como aportación añadiré qué principios se vulnerarían en la intervención profesional.

En el primer grupo, nos encontraríamos con aquellos problemas éticos relacionados con la información, es decir con el manejo de aspectos relevantes para las personas con las que se lleva a cabo la intervención en un Centro de Sanitario. Dentro de esta clasificación encontramos los siguientes problemas:

- **REVELACIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SOCIAL:**

Siendo una de las funciones del Trabajo Social la elaboración de la historia social, solo un 31% de los profesionales que realizaron la encuesta, manifestaron haber tenido en alguna ocasión un dilema ético referido a si debían o no revelar algún dato de la historia social a los usuarios o usuarias o a otras personas.

A este respecto, se debe tener en cuenta que las personas pueden solicitar el acceso a su historia social en cualquier momento, por lo que hay que tener especial cuidado en que aparezcan datos técnicos y valoraciones objetivas, además de evitar opiniones subjetivas o valoraciones personales.

En cuanto a las informaciones que se aportan a otros profesionales, éstas deben limitarse solo a los aspectos estrictamente necesarios para la intervención, respetando siempre el secreto profesional, tal como aparece reflejado en el artículo 48 del Código Deontológico de Trabajo Social en España.

En el caso de producirse un intercambio de información inapropiado de la historia clínica y social de la persona, revelando con ello algún aspecto importante de su vida, se estaría vulnerando el principio de confidencialidad.

- *EL DEBER DE INFORMAR A TERCERAS PERSONAS:*

El 48% de los profesionales a los que se les realizó la encuesta manifestaron haber tenido que hacer frente en alguna intervención a este tipo de problema ético.

En este tipo de problema quedarían comprometidos varios aspectos relevantes para la intervención profesional como es una vez más, el principio de la confidencialidad, afectando al tipo de relación que se establece entre trabajador social y el usuario. La información y su titularidad se convierten en un eje cotidiano de conflicto, puesto que la titularidad de la información pertenece siempre al usuario, pero hay circunstancias especiales en las que se justifica la ruptura de dicho principio, como en aquellos casos en los que la información pueda ser peligrosa para el usuario o afectar a terceras personas.

En algunas ocasiones la demanda de información, puede estar justificada, como es el caso de aquellos profesionales que también están implicados en la intervención con la persona, y precisan conocer algún aspecto relevante de su vida. En otros casos, estas demandas se hacen desde una posición de poder o superioridad de quien solicita la información, lo que hace que los trabajadores sociales se sientan presionados para facilitar o no determinada información.

Un ejemplo de este problema ético, se produce cuando al profesional se le plantea el conflicto entre: respetar la decisión de la persona de no desvelar información sobre algún aspecto de su vida y por tanto, mantener la relación profesional – paciente, o por el contrario, romper esa relación revelando la información a la tercera persona. Solo en aquellos casos que consideremos de extrema necesidad (teniendo en cuenta el principio bioético de la beneficencia), el profesional deberá hablar con la persona y tratar de convencerla para que autorice la utilización de la información.

- *LA CONFIDENCIALIDAD*

Dentro de este primer grupo, se hace mención a un problema como es el de la confidencialidad. Es un problema ético que ya hemos visto que también estaba implicado en los otros dos explicados con anterioridad, puesto que la confidencialidad es un derecho que tienen las personas y que debe ser respetado por todos los profesionales que intervienen en ésta.

Pero, pese a que la mayoría de los profesionales saben que han de mantener la confidencialidad sobre toda aquella información relativa a la persona obtenida en el transcurso de una relación profesional, el 41% de los profesionales que realizaron la encuesta, establecieron que en alguna ocasión habían experimentado este problema ético en sus intervenciones.

Es frecuente que el trabajador social sanitario, se enfrente en sus intervenciones diarias al conflicto de facilitar o no información tanto a familiares, como al resto de profesionales que han de proseguir con el proceso de atención social.

En la mayoría de los casos en los que se surgen estos dilemas éticos, el profesional se encuentra entre la duda, de romper o no la relación de confianza establecida con la persona durante el proceso de intervención.

- *EL CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Aunque una de las obligaciones de todos los profesionales que intervienen en la atención a la persona, es obtener su consentimiento, a la hora de realizar cualquier actuación, un 30% de los profesionales manifestaron haber tenido un problema ético relacionado con la obtención de dicho consentimiento.

El consentimiento se deriva directamente del principio de autonomía, pues si la persona es autónoma, es capaz de dar su consentimiento. Debe ser en todo momento real y efectivo y, sobre todo, informado. Esto significa que se ha de explicar realmente a las personas, las distintas ventajas y desventajas de los mismos, asegurándose de que las personas realmente han comprendido la información que se les está transmitiendo.

Un caso bastante habitual es el de las personas de edad avanzada, con importantes dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, añadiendo el hecho además de que vivan solas y no cuenten con apoyo familiar ni social suficiente. En el momento de ingreso en el hospital, el profesional de Trabajo Social durante la intervención le propone el ingreso en un centro residencial, propuesta que la persona rechaza. En este caso, al profesional se le generan dudas a nivel ético planteándose la siguiente pregunta ¿hasta dónde intervenir? Puesto que por un lado, efectuar una intervención sin su consentimiento, conlleva el riesgo de minusvalorar la capacidad de decisión y, por tanto, la autonomía de la persona afectada y, por otro lado, la adopción de una postura paternalista o autoritaria o, si toma la decisión drástica de inhibirse de actuar, podría provocar un riesgo de desamparo en la persona y lo que supondría un mayor riesgo para el usuario.

Únicamente se justificaría que el trabajador social actuara sin consentimiento de la persona, cuando ésta padeciera un deterioro cognitivo que le impidiera tomar una decisión sobre su vida. A la vez o a posteriori, sería preciso la comunicación de la intervención a la Fiscalía, con el fin de solicitar el procedimiento de posible incapacitación judicial.

En el segundo grupo, encontramos los problemas éticos relacionados con aspectos específicos de la ejecución de la intervención profesional. En este grupo encontramos problemas relativos a los siguientes asuntos:

- *LA DURACIÓN DEL TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN:*

Un 40% de los trabajadores sociales manifestaron haber tenido un problema ético en el momento de tener que cerrar la historia social de la persona con la que estaban realizando una intervención.

En el caso concreto de los trabajadores sociales sanitarios, esto se produce con motivo del alta hospitalaria de la persona, puesto que se tienen que jugar con los tiempos que dura el tratamiento clínico. A veces se producen situaciones de presión al primar otros criterios (médico, económico) sobre el social realizando intervenciones apresuradas, parcheando los problemas y no aplicando el recurso más idóneo para esa situación problemática desde el punto de vista sociosanitario. Aquí se vulnera otro de los grandes principios de la bioética, el principio de justicia social.

- *AUTONOMÍA DE LA PERSONA.*

El respeto a la libertad y a las decisiones de las personas, como hemos visto anteriormente, es un aspecto fundamental de la práctica profesional del Trabajo Social, llegando a ocupar lugares importantes en las diversas declaraciones y documentos existentes.

Respecto a lo anterior, un 46,5% de los trabajadores sociales encuestados dijeron haber experimentado un dilema de esta clase en algunas ocasiones, lo que indica que no siempre están claras las situaciones en las que se debe limitar la autonomía o que, a veces, el respeto a la autonomía de la persona entra en conflicto con otro principio como el de bienestar de la persona que no siempre coincide con nuestros criterios personales.

Este principio ético es contrario al paternalismo profesional que llevan a cabo algunos trabajadores sociales en sus intervenciones, puesto que se basa en la consideración del usuario como persona libre capaz de tomar sus propias decisiones.

Como vimos en el caso de las personas mayores cuando se les hace la propuesta de realizar un ingreso en un centro residencial y éstos las rechazan, es aquí donde el trabajador social deberá valorar la voluntad o no de la persona mayor de ingresar en la residencia, pero también deberá tener en cuenta el bienestar de ésta, por el principio de la autonomía.

- *LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES*

Un 37 % de los trabajadores sociales expresaron haber experimentado un problema ético referido a la escasez de recursos disponibles para poder aplicarlos en la mayoría de las intervenciones que llevan a cabo, aunque son aún más frecuentes los problemas relativos a la distribución de los recursos.

En los casos relativos a la distribución de los recursos, los profesionales del Trabajo Social Sanitario se ven en muchas ocasiones en la tesitura de tener que decidir si primar el principio de justicia valorando, entre dos intervenciones iguales, a quién de las dos favorecen ofreciendo el recurso, situación que se observa con las plazas de las residencias sociosanitarias, al ser estas de un número limitado. Y por otro lado nos encontraríamos con el principio de igualdad de trato hacia todas las personas con las que intervienen.

En un tercer grupo recogeríamos todos aquellos problemas éticos relacionados con aspectos ajenos a la intervención que realizan los profesionales de Trabajo Social en el ámbito de la salud, y que se derivan de la relación profesional que mantienen con otros profesionales. Estos problemas éticos surgen por la:

- *LA INCOMPETENCIA DE OTRO TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL U OTRO PROFESIONAL*

Un 43% de los trabajadores sociales a los que se les pasó la encuesta manifestaron haber tenido un problema ético debido en muchos casos, a situaciones de mala práctica laboral en las que el otro profesional no estaba cumpliendo con las obligaciones derivadas de su competencia.

Según Ballesteros, Úriz & Vicarret (2012), citando a Chomsky *señalaba que la competencia profesional es un atributo que se articula y se perfecciona en su interacción con el entorno y en la que están muy presentes los valores profesionales, las habilidades laborales, las actitudes, las capacidades, los conocimientos, la representación de tareas y resultados, así como los métodos de intervención.*

Con respecto a este punto, en algunas ocasiones a los trabajadores sociales del ámbito sanitario se les plantea la duda de si violar o no aplicar una determinada norma de su institución para proteger a otro profesional.

Como último grupo nos encontraríamos con aquellos problemas referidos a un tipo de relación que se establece entre trabajador social y usuario.

- *DECIR LA VERDAD, NO TODA LA VERDAD O MENTIR*

En la encuesta llevada a cabo un 36% de los profesionales del Trabajo Social manifestaron haber tenido un problema ético de esta clase. Esto se produce debido a que los trabajadores sociales, en algunas ocasiones, descubren que la persona con la que están llevando a cabo la intervención les está ocultando información ya sea para conseguir un servicio determinado, o porque no cumplen alguno de los requisitos establecidos para obtenerla. En estos casos, los trabajadores sociales se debaten entre la obligación de comunicar todo tipo de situaciones fraudulentas o, por el contrario (y en casos de necesidad), ocultar esa información para que la persona obtenga el recurso solicitado.

8.2. ¿CÓMO RESUELVEN LOS DILEMAS ÉTICOS LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO?

Los trabajadores sociales cuando se enfrentan a un problema ético lo hacen consultando a otros profesionales del mismo ámbito de intervención o a algún órgano de asesoramiento propio de la institución donde trabaja.

Otras formas de hacer frente a los problemas éticos que tienen los profesionales del Trabajo Social en sus intervenciones, consistiría en la consulta del Código Deontológico de Trabajo Social o usando la lógica o el sentido común.

A diferencia de los trabajadores sociales que desempeñan su función en los servicios sociales donde todavía no existen los Comités de Ética, los trabajadores sanitarios pueden acudir a los Comités de Ética Asistencial Hospitalarios que se encuentran instaurados en los Centros de Salud donde realizan su trabajo diario y donde tienen un papel, ya que forman parte de estos comités.

El problema surge cuando los trabajadores sociales discuten los problemas éticos que han aparecido en su intervención con otros profesionales no habilitados para tal uso, corriendo el riesgo de vulnerar el secreto profesional. Pero por el contrario puede resultar tranquilizador puesto que esto quiere decir que ningún trabajador social espera a que los problemas se resuelvan solos, y aún peor sería que negaran la existencia de problemas éticos en las intervenciones que realizan.

9. LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

9.1. ANTECEDENTES Y ORÍGENES

Los Comités de Asistencial (CEA) se iniciaron en Estados Unidos a mitad del siglo pasado. El primer comité se estableció en 1960 en Seattle, con el fin de seleccionar a los pacientes que se iban a someter a la recién desarrollada técnica de la hemodiálisis. Estos comités se denominaron “Comités de la muerte”. En España, el primer comité se implantó en 1974 en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona con ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología para resolver los casos conflictivos desde la perspectiva ética. A partir de ese momento se van creando CEA en varios hospitales: el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, en la Clínica de la Universidad de Navarra, en la Clínica La Concepción de Madrid o en el Hospital del Espíritu Santo de Santa Coloma de Gramanet. En la actualidad, al menos once de las diecisiete Comunidades Autónomas tienen normativas sobre el tema y existen CEA no sólo en los hospitales, sino también en algunos servicios de Atención Primaria Sanz, 2014).

9.2. JUSTIFICACIÓN DE SU CREACIÓN

Los Comités de Ética Asistencial surgen con el fin de ayudar a la toma de decisiones clínicas que tienen que ver con valores éticos de los profesionales, o del profesional con la persona. Estos Comités tienen un carácter pluridisciplinar y competente con las necesidades de solución de conflictos éticos. En la puesta en marcha de soluciones al conflicto es necesario un proceso de análisis exhaustivo y un intercambio de opiniones donde se tienen en cuenta todos los valores implicados en la intervención, buscando siempre la mejor opción para solucionar el dilema ético que supone el problema al profesional.

Los CEA se constituyen como estructuras que acogen el desarrollo de la reflexión, el debate y la deliberación racional, y su labor es fundamental para asesorar y proponer protocolos de actuación en caso de conflicto ético.

Según Paolo Dordoni (2007) citando a Diego Gracia, define deliberar como

“un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad o modestia intelectual y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos escuchando atentamente e intercambiando opiniones y argumentos con los otros implicados en el proceso. La deliberación es la capacidad de relativizar la propia perspectiva acerca de los fenómenos, teniendo en cuenta la perspectiva de los demás, discutiendo racionalmente sus puntos de vista y modificando progresivamente la propia visión del proceso. Un proceso de deliberación ha funcionado bien cuando las opiniones mantenidas por los participantes en el punto de partida son distintas de las que sustentan al final del proceso”.

Por ello, para los CEA, deliberar debe ser la manera de desarrollar sus funciones, como vemos señalado en la Guía para Comités de Ética Asistencial:

- Consultas sobre problemas bioéticos, ya que no se pueden tomar decisiones sin un razonamiento previo, ni se pueden hacer consultas sobre intervenciones en las que están en juego valores humanos. El procedimiento para el análisis de casos, tiene una serie de fases:
 - o Fase previa de aceptación y preparación, recomendable que se realice por escrito.
 - o Presentación del caso
 - o Aclaración y análisis de los hechos
 - o Detección de problemas éticos presentes y de los valores implicados. Selección del problema que va a ser objeto de estudio, con la identificación de los valores en conflicto.
 - o Identificación y estudio de los cursos de acción posible.
 - o Elección del curso de acción óptimo.
 - o Marco jurídico de la decisión y prueba de la publicidad.

Por último, se debe realizar una formulación de recomendaciones, que consiste en un informe escrito, dirigido a la persona que realizó la consulta. El CEA tiene como obligación la confidencialidad, debiendo respetar el derecho a la intimidad de todos los implicados y de toda la información a la que se acceda en el ejercicio de las funciones.

- Elaboración de protocolos y orientaciones de actuación sobre temas de bioética, dirigidos a orientar cuales son los problemas y las necesidades reales del entorno. También es importante difundir los documentos propios y conocer los que han realizado otros Comités de Ética Asistencial o las diferentes Comisiones de Bioética, discutiéndolos y si fuera necesario adaptándolos a su propia situación.

- La labor docente en bioética, no solo de sus miembros sino del resto del personal de la institución. Existen tres modelos de enseñanza de la ética: modelo impositivo donde hay alguien que sabe y alguien que aprende; modelo informativo, que es un modelo moderno donde lo que se trata es de informar para que después cada uno elija libremente y por último el modelo deliberativo, donde lo que se busca es el intercambio de opiniones de los participantes en el comité.

Los objetivos de toda formación sistemática en bioética son: que los profesionales sanitarios sean capaces de reconocer los aspectos éticos de su práctica profesional; dar a los profesionales sanitarios conocimientos teóricos; proporcionarles habilidades prácticas para que sean capaces de tomar decisiones y argumentarlas y por último es necesario cambiar las actitudes de los profesionales.

- Memoria de actividades, que se debe presentar anualmente al Gerente de Área o del Hospital. La memoria anual deberá contener lo siguiente: composición y cambios producidos durante el año; objetivos propuestos al inicio; reuniones ordinarias y extraordinarias; orden del día de las convocatorias correspondientes; casos consultados sin que sean detallados debido a la confidencialidad; protocolos de recomendación y otros informes elaborados; actividades formativas desarrolladas en el ámbito del Comité de Ética Asistencial como fuera de él; participación en congresos, publicaciones e investigaciones en materia de bioética; necesidades detectadas; cumplimiento de objetivos y juicios críticos de las actividades desarrolladas y por último otras actividades o cuestiones que se deseen comunicar

Los Comités de Ética Asistencial han de evitar:

- Asesorar o emitir informes sobre cuestiones en las que exista por escrito una queja, denuncia o reclamación.
- No podrá emitir juicios acerca de las responsabilidades de los profesionales.
- No podrá sustituir al Comité Ético de Investigación Clínica

- No podrá sustituir a la Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios Profesionales
- No podrá sustituir las responsabilidades de las personas u órganos encargados de la gestión.

Los Comités de Ética Asistencial tienen como fin contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, ayudando a mejorar la calidad asistencial, puesto que tienen en cuenta los valores humanos y los principios éticos implicados en el ejercicio de cada profesional que participa en los comités bioéticos, ayudándoles a mejorar en la práctica de su ejercicio profesional en el Hospital.

9.3. COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL DE CASTILLA Y LEÓN

Como alude la Guía para Comité de Ética Asistencial, el CEA de Castilla y León se rige por el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León, y son acreditados por el Consejero de Sanidad a propuesta de la Comisión de Bioética de la Comunidad Autónoma, constituida como un órgano consultivo del Sistema Regional de Salud, adscrito a la Consejería de Sanidad. En el año 2002 habían sido acreditados por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) seis Comités de Ética Asistencial, todos ellos con ámbito de actuación hospitalario. En el año 2007 las once áreas de salud contaban con Comités de Ética Asistencial de Área, es decir con ámbito de actuación que incluye atención primaria y atención especializada. En dos de los once casos los Comités de Ética Asistencial de área coexisten con el Comité de Ética Asistencial hospitalario.

TABLA 1: CREACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS CEAS DE LA RED DE SACYL		
ÁREA DE SALUD	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	AÑO DE CREACIÓN
Ávila	Hospital/ área	2001
Burgos	Área	2006
	Hospital de Burgos	1998
	Hospital de Aranda	2002
	Hospital de Miranda	2001
León	Hospital/Área	1996
Bierzo	Hospital/Área	2004
Palencia	Hospital/Área	1998
Salamanca	Hospital/Área	1997
Segovia	Hospital/Área	1997
Soria	Hospital/Área	2003
Valladolid Oeste	Hospital/Área	1998
Valladolid Este	Área	2004
	Hospital Medina del Campo	2006
Zamora	Hospital/Área	1998

Nota. Recuperado de Guía para Comités de Ética Asistencial de la Junta de Castilla y León.

La Comisión de Bioética de Castilla y León es un órgano de referencia en materia de bioética para los CEA, además de proponer al Consejo de Sanidad la acreditación de los CEA y su renovación. Colaborar en la elaboración y armonización de protocolos y orientaciones de actuación, así como en la potenciación de la formación en bioética de los profesionales.

Como hemos visto previamente en las funciones de los CEA a nivel nacional, el decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los comités de ética asistencial y se crea la comisión de bioética de Castilla y León establece las siguientes funciones, delimitando la actuación de los CEA a un nivel más cercano, dando apoyo y asesoramiento a los profesionales sanitarios durante la intervención directa. Estas funciones deberán aparecer en cualquier protocolo de actuación de un CEA de Castilla y León.

- Velar por los derechos de los usuarios, promoviendo un entorno asistencial lo más humano posible.
- Velar por el respeto de la dignidad de las personas que interviene en la relación asistencial.

- Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos éticos.
- Asesorar desde una perspectiva ética a los correspondientes centros, servicios o establecimientos.
- Proponer a los correspondientes centros, servicios o establecimientos protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que presentan conflictos éticos.
- Elevar las cuestiones que estimen oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.
- Colaborar en la formación bioética de los profesionales
- Elegir a las personas que desempeñaran la presidencia y la secretaria.
- Elaborar y aprobar su propio reglamento de régimen interno.
- Elaborar una memoria anual de actividades, que deberá remitirse a la persona o personas responsables de los correspondientes centros, servicios o establecimientos y a la consejería de sanidad y Bienestar Social

Teniendo en cuenta de que las funciones de los CEA en ningún caso se tratarán de:

- Reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiera solicitado su asesoramiento.
- Asesorar o emitir informes en los supuestos en que la persona interesada hubiese presentado por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa.
- Emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales implicados en los asuntos que se les sometan.
- Proponer la imposición de sanciones
- Sustituir a los comités Éticos de Investigación Clínica.

La pertenencia a un CEA será siempre voluntaria. Debiendo estar formadas por un número mínimo de siete miembros, a ser posibles con formación y experiencia en materia de bioética, entre los cuales deberá figurar:

- Personal facultativo
- Personal sanitario no facultativo
- Personal sanitario.
- Una persona licenciada en derecho, o titulada superior con conocimientos de legislación sanitaria.
- Una persona ajena al centro, servicio o establecimiento, no vinculada a los profesionales sanitarios, con interés acreditado en bioética

No pudiendo formar parte del CEA el personal que ostente puestos directivos en el ámbito sanitario.

Las limitaciones con las que nos encontramos en los CEA son la falta de tiempo de los profesionales para poder reunirse, la poca difusión de la información requerida para la sesión, la escasa credibilidad de su eficacia por parte del entorno, es decir de los profesionales y los propios pacientes, la inadecuada utilización de este servicio por parte de los profesionales y por último se podría señalar la escasas consultas que se realizan a los CEA.

Un fin propio de los CEA, consiste en ayudar a que las decisiones que se toman en relación con las cuestiones de valor de la asistencia sean las mejores decisiones posibles. No bastando que las decisiones tomadas sean buenas, sino que han de ser las mejores. Las decisiones relativas a las cuestiones de valor moral, lo mismo que las decisiones técnicas propias de la actividad profesional, serán tomadas siempre con incertidumbre y nunca siendo ciertas, sino solo probables.

9.3.1. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HOSPITALARIO

Los Comités de Ética Asistencial Hospitalario (CEAH), que se encuentran bajo la coordinación de los Comités de Ética Asistencial de Castilla y León, son órganos colegiados de deliberación, con carácter consultivo interdisciplinar, creados para el análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial, con el fin último de contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, promover la mejora de la calidad asistencial y fomenta la excelencia del ejercicio profesional. En cuanto a su organización y funcionamiento se deberán adecuar a lo previsto en las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados, en el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre y en los reglamentos de régimen interno de los CEA. Los CEAH dependerán de la Gerencia del Hospital, quienes se encargarán de informar sobre sus actuaciones, y de quienes recibirán el apoyo que necesiten.

Las reuniones serán de obligado cumplimiento celebrándose de manera periódica en la sala de juntas del propio hospital. Para garantizar el funcionamiento del CEAH, este contará con los siguientes medios que serán facilitados por la Gerencia del hospital: personal administrativos de apoyo, espacio para secretaría, mobiliario adecuado para garantizar la confidencialidad de los documentos, soportes informáticos, que deberán incluir protección de la confidencialidad de los datos y por ultimo deberán de contar con espacios adecuados para celebrar las reuniones.

Respecto a las funciones que deberían llevar a cabo y evitar los CEAH, las primeras son similares a las recogidas en el Decreto 108/2002, de 12 Septiembre, por el que se establece el Régimen Jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León. Aunque en el caso de las funciones que en ningún caso deberán llevar a cabo los profesionales en los CEAH, nos encontramos con dos excepciones a mayores que no se recogen en los CEA, siendo estas las siguientes:

- Adoptar decisiones de carácter vinculante.
- Sustituir las responsabilidades que correspondan a las personas u órganos encargados de gestión.

Todos los CEAH, deberán estar formados por un número mínimo de siete miembros, entre los que deberá estar incluidos: personal facultativo y no facultativo, personal no sanitario, una persona licenciada en derecho y al menos una persona no vinculada a la profesión sanitaria pero con acreditación en Bioética.

Para realizar asesoramiento por parte del CEAH, los profesionales, usuarios y órganos directivos o de representación de hospital podrán dirigirse al Comité solicitando dicho asesoramiento. Las solicitudes en el caso de los usuarios se canalizaran a través del servicio de Atención al Paciente ya a través de la Secretaria del Comité en el resto de los casos.

Los CEAH deben elaborar anualmente una memoria de sus actividades. Memoria que tendrá que ser redactada por el titular de la Secretaría del Comité y sometida a aprobación por el resto de los miembros del mismo.

9.4. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL HOSPITALARIO

Dentro de los grupos interdisciplinarios que constituyen los Comités de Ética Asistencial Hospitalario, nos encontramos con la figura del trabajador social, cuya labor va a consistir, junto con otros profesionales sanitarios, en el análisis de los casos conflictivos propuestos por algún miembro del CEAH para recomendar el modo de proceder.

El papel del trabajador social dentro de estos comités será dar una visión socio-sanitaria en aquellas cuestiones o dilemas éticos que lleguen al comité. Es decir, el Trabajador Social se va a preocupar por aspectos sociales, personales y emocionales de la persona, puesto que estos profesionales en sus intervenciones diarias luchan por los derechos de las personas, respetan la autonomía de las personas cuando rechazan el ingreso en una residencia, cuando se da una mala distribución de los recursos, etc.

Para el estudio del caso se comenzará con la exposición de la historia clínica, pasando a continuación a dar la palabra a los diferentes miembros que estén en la reunión con el objetivo de aclarar algún punto de la historia clínica que no haya sido entendido.

A posteriori cada uno de los miembros que forman el CEAH deberá identificar los conflictos éticos que se observan en el caso presentado. Cuando se hayan identificado los conflictos éticos, se decidirá de forma grupal y consensuada cuales son los que afectan directamente al caso y cual serán objeto del informe o recomendación, que se emitirá de cara a elaborar la memoria de actividades que anualmente el CEAH debe entregar a la Comisión de Bioética de Castilla y León.

En el análisis ético de los casos se seguirá el método de la deliberación, considerando los valores en conflicto que definen el problema ético, las circunstancias del caso y los posibles perjuicios y beneficios de aplicar las diferentes propuestas de acción.

Parra, Changas, Palacin & Torralba (2014) en su estudio sobre *la Responsabilidad del Trabajo Social en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables* afirman que el profesional del Trabajo Social está sujeto a una permanente reflexión, desde una perspectiva ética, sobre su práctica. El cuestionamiento reiterado sobre los criterios y las finalidades que rigen la praxis no es sólo de naturaleza teórica y técnica, sino también

ética. Los profesionales del Trabajo Social son los que se encuentran de manera más directa ante los efectos generados por la injusticia social, la desigualdad, la falta de equidad en la salud y la educación, entre otros aspectos. El marco ético en el que se basa el Trabajo Social hospitalario está muy relacionado con la ciencia de la bioética, que se basa en fundamentos que los trabajadores sociales siempre han contemplado, destacando especialmente el principio de autodeterminación, el respeto a las personas y el principio de justicia.

Para los trabajadores sociales sanitarios, formar parte de los CEAH puede ser considerado como un avance hacia la integración del concepto biopsicosocial en los casos en los que trabaja el personal sanitario.

En las decisiones éticas ya no solo se va a tener en cuenta la parte médica de la persona, sino que la parte social va a tener relevancia a la hora de proponer una posible solución.

El análisis de diferentes casos dentro de los Comités ayuda a los profesionales del Trabajo Social a mejorar en sus intervenciones, puesto que estos trabajan en su día a día por el respeto, la autonomía, la solidaridad, la igualdad, la distribución equitativa de los recursos, etc., principios que se trabajan en los CEAH.

Aunque aún existen muchas cuestiones por resolver, como por ejemplo cuando los trabajadores sociales se coordinan con otros compañeros de otras entidades o servicios y se cuestionan ¿Qué información pueden o no facilitar? ¿Se respetó la confidencialidad de la persona? Y ¿su autonomía? ¿Se está llevando a cabo un reparto equitativo y justo de los recursos? Su papel en los CEAH es importante puesto que aportan la vertiente más humanitaria, la social, que ayuda al resto del comité a reflexionar sobre la parte sociosanitaria de la persona, de la comunidad y de la sociedad.

10. CONCLUSIONES

Con este Trabajo Fin de Grado he querido llevar a cabo, una revisión bibliográfica sobre las intervenciones que realizan los profesionales del Trabajo Social Sanitario y aquellos problemas éticos con los que se enfrentan en su práctica diaria. Como también, la de conocer y profundizar en el contenido y el funcionamiento los Comités de Ética Asistencial en cualquiera de sus niveles y qué características tienen para poder ser un referente en la búsqueda de solución a los problemas éticos de cualquier profesional sanitario. Y por último conocer cuál es el papel que juega el trabajador social dentro de los Comités de Ética Asistencial a nivel hospitalario.

La elección de mi tema para el Trabajo de Fin de Grado, se debió a la relevancia que he aprendido que debe tomar la ética en todas las intervenciones que los profesionales de Trabajo Social realizan en su quehacer diario. Y esto se lo debo en gran parte a mi tutora de prácticas por enseñarme y transmitirme las ganas de aprender sobre la bioética y también a todos aquellos profesores que me han acompañado en el transcurso de estos cuatro años inculcándome estos conocimientos para llegar a ser una buena profesional y sobre cómo realizar una intervención de calidad.

Como pasos previos para la elaboración del estudio, he llevado a cabo una búsqueda, selección, análisis y extracción de la información obtenida a través de los distintos soportes (libros, artículos, Código Deontológico del Trabajo Social...). Todo el proceso de recuperación de información ha sido largo y a veces muy frustrante al no encontrar la suficiente información necesaria para llevar a cabo este proyecto. Aun así ha sido un proceso muy enriquecedor debido al conocimiento adquirido durante este periodo.

Uno de mis objetivos para la realización de este estudio consistía en saber cuáles son los problemas que con más frecuencia se producen en las intervenciones de los profesionales del Trabajo Social. Para la realización de este objetivo me he encontrado con el inconveniente de escasos estudios sobre problemas éticos. Aun así, gracias al conocimiento obtenido en las prácticas que he realizado en el hospital Comarcal de Medina del Campo, y a la ayuda de profesionales con conocimientos en esta materia, creo haber superado mi objetivo.

Otro objetivo que me proponía con la elaboración de este trabajo era el de conocer el funcionamiento de un Comité de Ética Asistencial y la importancia que puede llegar a tener en la resolución de problemas éticos que se producen durante las intervenciones de los profesionales.

Con la elaboración de este estudio me he dado cuenta de que el papel del Trabajador Social en los Comités de Ética Asistencial es escaso. Esto se debe a que no existen unas funciones definidas de los trabajadores sociales dentro de los comités, puesto que su presencia en éstos es únicamente de asesoramiento.

A través del proceso de análisis y la extracción de información sobre los Comités de Ética Asistencial, he podido observar que en la actualidad cada vez están teniendo una creciente importancia. Esto se debe a la labor de reflexión que realizan sobre los diversos problemas asistenciales que surgen en las intervenciones. Los Comités de Ética Asistencial prestan un valioso servicio tanto a los profesionales como a los pacientes, ayudando en cada caso a tomar la decisión más adecuada.

Después del Trabajo Fin de Grado realizado, desde mi punto de vista voy a exponer algunas propuestas de mejora para el futuro, que podrían consistir en que se realizasen investigaciones con el objetivo de conocer mejor cuales son los problemas éticos que afectan a los profesiones en sus intervenciones, más concretamente en los referidos a los trabajadores sociales sanitarios. Por otro lado, se debería estudiar la importancia que tiene un trabajador social en las decisiones de carácter biopsicosocial, y por ello dar relevancia al papel que puede desarrollar en el Comité de Ética Asistencial. Añadir que sería necesario que los profesionales del Trabajo Social Sanitario tengan unas funciones definidas dentro de los Comités.

Como conclusión final al Trabajo Fin de Grado, creo que es una buena experiencia para aprender y desarrollar técnicas de investigación. En mi caso, ha sido un proceso enriquecedor tanto en el terreno personal como profesional, puesto que en estos meses he ampliado conocimientos que de otra manera no hubiese adquirido. Además, he tenido la suerte de contar en todo momento con profesionales que me han ofrecido asesoramiento, orientación y conocimientos.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Abreu Velázquez, M^a C. (2009). El Trabajo Social Sanitario en la Atención Primaria de Salud. Servicio Canario de Salud. Canarias. 3 (2).
- Agulló Porras, A., Alfaro Ramos, R. López Guillem, B., Rubio Fernández., Sahuquillo Mompó, M^a. C., Sempere Juan, M^a. A. & Vilaplana Amat, M^a. C. (2013). Trabajo Social Sanitario y Gestión de Casos. Documentos de Trabajo Social (51).
- Ballester Izquierdo, A. (2009). Dilemas éticos en Trabajo Social: El modelo de la ley social. *Portularia*, IX (2).
- Ballester Izquierdo, A., Úriz Pemán, M.J. y Viscarret Garro, J.J. (2012). Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España. *Papers*. 97 (4).
- Ballesteros, A., Viscarret, J.J. y Úriz, M.J. (2011). Como resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España. *Portularia*, XI (2).
- Barroso Asenjo, P., Clavache Pérez, L. (2000). Comités de Ética Asistencial (CEA) en España y en Europa. *Revista Bioética y ciencias de la Salud*, 5 (2).
- Cabot, Richard C. (1915). Informe del Presidente del Comité de Salud. Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección. Baltimore.
- Cambrón Infante, A. (1999). Los comités de ética en el sistema sanitario. Necesidades y limitaciones. Universidad de Coruña.
- Cañizo Fernández-Roldan, A. (2005). Comités institucionales de bioética. En M^a Teresa López de la Vieja, *Bioética entre la medicina y la ética*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Castellanos, Marie C. (1985). Manual de Trabajo Social. Prensa Medica-Mexicana. México.
- Colom Masfret, D. (2008). El trabajo social sanitario. Madrid: Siglo XXI.
- Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan* 47.

Colom Masfret, D. (2011). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*.

De Lecuona, I. (2007). *La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas para la nueva Ley de Investigación Biomédica*. *Revista de Bioética y Derecho*, (11).

Decreto 108/2002, de 12 de Septiembre, por el que se establece el Régimen Jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León

Dordoni, P. (2007). Bioética y pluralismo: el método socrático en la tradición de Leonard Nelson y Gustav Heckmann en Medicina. Madrid.

Estebaranz, F.J. (2013). Los Comités de Ética Asistencial. *RevistaSalus.com*, 9 (33).

Feito Grande, L. (2011). Fundamentos de Bioética de Diego Gracia. *Bioética & Debat*. 17(64).

Fernández Barrera, J., de Vicente Zuera, I., Palacín Bartrolí, C., Alegre, R.M^a., Boixadòs, A., Chagas, E.,... Tabueña, M.C. (2012). Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derechos*, (24).

Fernández-Crehuet, J. (1996) Humanismo y Bioética. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía del Distrito de Granada, Málaga.

González Barrio, N. (1920). "Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio". Ed. Calpe. Madrid.

Guía para Comités de Ética Asistencia. Junta de Castilla y León. Valladolid.

Hernando, P., Barja, J., Bertrán, J.M., Busquets, J.M., Fabregat, N., Fernández, N.,...Villarroya, C. (2013). La calidad en los Comités de Ética Asistencial. *Comité de Ética de Cataluña*. Generalitat de Catalunya.

Herranz Rodríguez, g. (2008). El hospital como órgano ético. Cuadernos de Bioética, XIX.

- Lima, A.I. (2008). ¿Desde dónde abordar la Ética en Trabajo Social? I. Jornada de Trabajo Social. Una mirada ética a la profesión. Vitoria
- Munuera Gómez, P., Munuera Hernández, M. A (2007). Mediación Intercultural en el Ámbito Socio Sanitario. Trabajo Social Hoy. Número Extraordinario 2. Dedicado a: Trabajo social y sistema público de salud.
- Parra Ramajo, B., Chagas Lemos, E., Palacín Bartroli, C. & Torralba Roselló. J.M^a. (2014). La Responsabilidad en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3).
- Busquets, E. (2011). Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat.* 17(64),
- Ramírez Navarro, J.M., García Herrero, G. (2010). Secreto profesional y confidencialidad. I Jornada de Trabajo Social. Una mirada ética a la profesión. Vitoria.
- Romero Rodríguez, I. (2003). Trabajo Social y Medicina en Extremadura. Revista de Estudios Extremeños.
- Sanz, Emilio J. (2014). Título de Experto en Ética Médica. Comités de Ética Asistencial. Organización Médica Colegial. Madrid.
- Úriz Pemán, M. J. (2008). Dilemas Éticos que se plantean en la práctica diaria del Trabajo Social. I Jornada de Trabajo Social. Una mirada ética a la profesión. Vitoria.
- Valois- Nuñez, C. (2011). Intimidad, confidencialidad y dilema ético a propósito de un caso. *Portularia*, XI (2).
- Vidal-Bota, J., Sarrias Lorenz, X., Ros Sevilla, F. (2006). ¿Están siendo útiles los comités asistenciales? *Cuadernos de Bioét.* XVII.
- Yagüe López, M^a. R. (2014). La intervención del trabajo social sanitario desde la bioética personalista. *Documentos de Política Social, historia, investigación y desarrollo*, 2(9).