

Iulia CABAC

# PRÁCTICAS DEONTOLÓGICAS

PRINCIPIOS ÉTICOS AL FINAL DE  
LA VIDA: EL HOSPITAL SAN JUAN  
DE DIOS

TFG 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

## Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

**Principios éticos al final de la vida: EL Hospital**

**San Juan de Dios**

Iulia Cabac

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**

**NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

**Estudiante / Ikaslea**

Iulia CABAC

**Título / Izenburua**

Principios éticos al final de la vida: El Hospital San Juan de Dios

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social / Gizarte Laneko Gradua

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

M<sup>a</sup> Jesus Uriz

**Departamento / Saila**

Departamento de trabajo social / Gizarte Laneko Saila

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2013/2014

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik

Iulia Cabac



**Resumen**

En nuestra profesión como Trabajadores/as Sociales, y en todas las demás, con especial interés en las que hay una relación directa con las personas, es importante disponer de una buena ética profesional y personal para realizar con éxito su trabajo. Conocer en profundidad los cuatro principios de la Bioética y sus orígenes es de especial interés para realizar una buena práctica profesional. En mi trabajo, después de referir el marco teórico en cuanto a este tema, y especialmente a los principios de la bioética, me centro en la aplicación de los mismos en el ámbito sanitario, y en concreto en el Hospital San Juan de Dios, que es donde realicé mis prácticas durante el último año de carrera.

*Palabras clave:* Ética; Bioética; Comité de Ética; Hospital San Juan de Dios; Principios Éticos.

**Abstract**

In our profession as Social Workers, and all other, with special interest in those that imply a direct relation with the persons, it is important to have a good professional and personal ethics to make successfully that job. Learn more about the four main principles of Bioethics and it's origins has a special interest for a good professional practice. In my work, after recounting the theory about this topic, and especially to the principles of Bioethics, I center on the application of the same ones on the sanitary area, and especially in Hospital San Juan de Dios, because is where I did my practices during the last year of my degree.

*Keywords:* Ethics; Bioethics; Ethical Committee, San Juan de Dios Hospital; Ethical Principles.



## Índice

### Introducción

Objetivos

<b>1. Ética General y Profesional</b>	<b>3</b>
1.1. Ética y Moral	3
1.2. Ética profesional	6
1.3. Dimensiones de la Ética profesional	10
<b>2. Ética en el Trabajo Social</b>	<b>13</b>
2.1. Historia de la Ética de Trabajo Social	13
2.2. Algunos Principios en el Trabajo Social	16
2.2.1. Autodeterminación	16
2.2.2. Bienestar	16
2.2.3. Igualdad	17
2.2.4. Justicia Distributiva	18
<b>3. Bioética</b>	<b>20</b>
3.1. Principios de la bioética	20
3.1.1. El Principio de respeto de la autonomía	21
3.1.2. El Principio de no-maleficencia	22
3.1.3. El Principio de beneficencia	23
3.1.4. El Principio de justicia	24
3.2. Virtudes en la Bioética	25
<b>4. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona (HSJD)</b>	<b>28</b>
4.1. Descripción del HSJD de Pamplona	28
4.2. Aplicación de los principios de la Bioética en la etapa final de la vida	28
4.3. Comité de Ética Asistencial del HSJD de Pamplona	33

**Conclusiones**

**Referencias**

**Anexos**

- A. Entrevista realizada a la presidenta del Comité de Ética de HSJD
- A. Códico Deontológico de Trabajo Social en España





## INTRODUCCIÓN

Mi trabajo desarrollado a continuación tiene que ver con la Ética y la Bioética en diferentes contextos, especialmente en el Trabajo Social. Tiene un orden descendente, ya que empiezo con un marco teórico más general sobre la Ética y la Bioética para después hablar sobre los mismos basándome en mi experiencia vivida en las prácticas, por un lado, y en la entrevista realizada a la presidenta del comité de ética de la misma institución, por otro. Por lo tanto, está compuesto por una parte teórica y otra más práctica.

A lo largo de mi trabajo desarrollo conceptos claves como el de “Ética”, “Moral” y “Bioética”, entre otros, que marcan el hilo conductor, y ayudan a una mejor comprensión. Una cuestión importante es la Ética General de las Profesiones donde destaco la importancia que ésta tiene en el ejercicio profesional. Descendiendo a la Ética del Trabajo Social, realizo un breve recorrido histórico, y después hago referencia a los principios y valores de la profesión. Sigo los mismos pasos en cuanto a la Bioética ya que ésta, a su vez, tiene también cuatro principios básicos que aparecen resumidos en lo desarrollado a continuación.

Como he nombrado anteriormente, además de la parte teórica, mi trabajo consta de otra parte práctica que tiene que ver con mis prácticas realizadas en el último año de carrera en el Hospital San Juan de Dios. Trato de proyectar sobre el papel la aplicación de los principios éticos basándome en mi experiencia vivida en el hospital desde el Trabajo Social. Y por último, hablo sobre el comité de ética del dicho hospital fundamentando la información que aparece en la entrevista realizada a una de las personas pertenecientes al mismo, en concreto la presidenta. Para realizar la parte teórica me sirvo de los libros de Sara Banks, Alberto Ballesteros, Augusto Hortal, entre otros.

Antes de la realización del trabajo me he marcado un objetivo general y otros tres específicos que son los siguientes:

#### Objetivo General

Realizar una reflexión teórico- práctica sobre los principios de la Bioética y su aplicación en el Hospital San Juan de Dios, (HSJD).

#### Objetivos Específicos

- Destacar la importancia de los principios de la bioética y su aplicación a las profesiones sanitarias y al Trabajo Social.
- Explicar la relevancia de los comités de ética como parte de la dimensión pragmática de la Ética Profesional.
- Conocer el funcionamiento de los comités de ética, y en especial el del HSJD.

---

## 1. ÉTICA GENERAL Y ÉTICA PROFESIONAL

### 1.1. Ética y moral

Ética y Moral son dos conceptos de uso habitual y, aunque no sea así, en muchas ocasiones se utilizan como si fueran sinónimos. Hay que decir que son dos términos que tienen significados diferentes que explicaré a continuación.

La raíz de la palabra “ética” proviene del griego *éthos*. Para entender mejor este concepto hay que saber que la palabra en griego *éthos* es lo contrario de la palabra *páthos*. *Páthos* se refiere a todo lo que nos ha sido dado por naturaleza sin que nosotros/as mismos/as hayamos contribuido activamente a su existencia. Es decir, todo aquello que hemos recibido “pasivamente” al margen de nuestra autonomía y trabajo. Nuestro patrimonio genético, la posición social de nuestra familia, o el lugar de nacimiento serían ejemplos de lo mencionado anteriormente o sea *páthos*. Si *páthos* se refiere a lo que una persona recibe por naturaleza, de forma pasiva, el *éthos* es totalmente diferente ya que su significado radica en el esfuerzo de los individuos en dar forma humana a lo recibido pasivamente.

Hay que señalar que la palabra *éthos* en griego tiene dos grafías diferentes. Hay dos maneras en las que nos podemos encontrar escrita esta palabra: una de ellas escrito con eta y otra con épsilon. La palabra escrita con eta significaba originalmente “morada” o “lugar de residencia”. Antiguamente en la poesía griega se usaba haciendo referencia a los pastos y sitios en los que los animales habitan y se crían. Después se destinó al lugar de residencia de los seres humanos. Por último, y el significado que mayor aceptación tuvo, es el de *carácter o talante*, es decir la disposición fundamental de una persona ante la vida. Sin embargo, hay que tener cuidado con la palabra carácter en castellano porque ésta puede tener un significado psicológico y otro estrictamente moral. *En sentido psicológico, el carácter es el conjunto de cualidades psíquicas y afectivas que intervienen en la conducta de una persona y la distinguen de los demás, lo que también llamamos la personalidad.* (Ferrer, J.J & Álvarez, J.C.; 2003: 23).

Aunque no es ese significado precisamente el que interesa a la ética, sino el carácter en su sentido estrictamente moral que quiere decir la disposición de una persona ante

la vida, *su modo de ser estable desde el punto de vista de los hábitos morales (disposiciones, actitudes, virtudes y vicios) que la marcan- la caracterizan- y le confieren el talante peculiar que la distingue*. El carácter moral es la configuración que una persona ha elegido en la vida, es decir la clase de persona que hemos elegido ser. (Ferrer, J.J & Álvarez, J.C.; 2003).

Para seguir con el segundo significado de la palabra *éthos* escrita con épsilon diremos que puede ser traducida como “habito” o “costumbre” y se refiere a los actos concretos a través de los cuales los individuos van realizando su proyecto de vida. El carácter moral se va formando a través de las opciones particulares de cada uno/a que hacemos en nuestra vida diaria. En este sentido, se puede decir que, desde el punto de vista moral, somos lo que elegimos y que al preferir determinados valores en las opciones concretas y particulares configuramos nuestro perfil moral. (Ferrer, J.J & Álvarez, J.C.; 2003).

Al acabar de explicar lo se entiende por “ética” procederé a hacer lo mismo con la palabra “moral”. Primeramente, el concepto proviene del latín *mos* que significa tanto costumbre como carácter o género de vida. Según Alberto Ballesteros (2006: 15), *la moral es un conjunto de reglas, valores y tabúes,...ajenos o externos a las personas e impuestos desde fuera por motivos políticos, sociales, religiosos, ideológicos, mientras que la ética conlleva una reflexión racional y crítica sobre la validez de las conductas humanas*.

Debido a que la ética tenga un carácter racional permite que los valores humanos tengan su origen en la reflexión propia de las personas; sin embargo la moral puede ser una asunción de normas ajenas a ellas. En la medida en la que la ética analiza las normas morales, nos encontramos ante una filosofía de la moral entendida como una serie de conocimientos establecidos de forma racional. La moral existe desde la existencia del ser humano porque éste siempre ha tenido unas normas de conducta, mientras que la ética no aparece hasta el siglo VI a.C. en Grecia cuando Sócrates introduce un cambio en la moral de la sociedad dándole más importancia a los valores que a las cosas materiales (Ballesteros A.; 2006).

En el libro *Para fundamentar la Bioética. Teoría y paradigmas teóricos en la Bioética Contemporánea* (2003), “moral” viene definida como los códigos normativos concretos

existentes en una comunidad humana. Entonces, se trata de una moral aceptada por tal comunidad, sin ser necesariamente sometida a la crítica racional. Ejemplo de ello sería la moral cristiana, islámica, etc. Es cierto que algunas comunidades, especialmente las más desarrolladas intelectualmente, intenten desarrollar un pensamiento reflexivo que justifique su existencia pero esa reflexión “ética” se queda en un segundo momento con respecto al código moral de cada una de estas comunidades. Para seguir con las tradiciones religiosas, y en concreto la cristiana, las personas creyentes, a pesar de no tener una base científica sobre la existencia de Dios, creen en su existencia. Muchas personas viven la religión tal y como se lo han comunicado de una generación a otra a través del proceso de socialización y en muchas ocasiones con una fe ciega que no deja paso a una posible crítica reflexiva.

No obstante, para seguir con lo anteriormente dicho, el mismo libro hace distinción entre la vida moral (moral vivida refiriéndose a la moral) y el saber moral (moral reflexionada refiriéndose a la ética). Se admite que ética y moral pueden usarse de forma indistinta pero en el artículo se limitan a hacer esta distinción por razones de claridad de términos. La vida moral se da en cada uno de los individuos y se refiere a una realidad dinámica donde las actuaciones pasadas permanecen de alguna manera en la vida de cada uno/a de nosotros/as y éstos nos modifican y nos remodelan. La vida moral tiene lugar en la vida de los individuos y en la mayor parte de ellos, sin necesidad de un conocimiento profundo de la teoría moral.

El segundo término referido al saber moral hace referencia al conocimiento fundamentado de la moralidad (ética). Es importante señalar que la moral reflexionada no es necesaria para poder llevar una vida moral buena. Una persona ignorante de la teoría moral puede ser una persona magnífica, con una vida moral íntegra, mientras que un conocedor profundo de las teorías morales puede ser, a su vez, un sinvergüenza.

Realizando este apartado de mi trabajo he visto que los diferentes autores utilizan diferentes conceptos para referirse a ética y moral, como por ejemplo la moral vivida y la moral reflexionada, aunque no tan importante es la denominación que cada uno/a le ponga como el significado que le den y a pesar de los diferentes “nombres” el significado de los dos términos es el mismo en los autores consultados.

## 1.2. Ética profesional

Ante la pregunta ¿qué es una profesión? me serviré de la definición de Max Weber desde hace ya un siglo que dice que *es la actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia* (Weber, M.; 1969: 82). Hoy en día cabe mencionar la sustitución de “hombre por “persona” o “ser humano” ya que, aparte de los hombres, también las mujeres tienen acceso al mundo laboral, a diferencia de antes.

Profundizando más en el término de “profesión” hay que destacar que no solamente es un “instrumento individual” que sirve para conseguir dinero con el que poder mantenerse, sino que significa bastante más. La actividad profesional no es sólo un medio para conseguir una meta, es decir, los ingresos que genera, sino una actividad que tiene el fin en sí misma. Obviamente, quien ejerce una profesional puede buscar como fin último el sustento pero esa no es la meta que le da sentido a la profesión en sí. La profesión no es una actividad profesional individual sino que es ejercida por un conjunto de personas que conforman una cierta “comunidad” que tienen los mismos objetivos o parecidos, métodos comunes, etc. La afiliación de una persona a una actividad y en una comunidad profesional le dota de una cierta *identidad* y le genera un sentido de pertenencia a la misma. Junto a la identidad que tiene por pertenecer a una familia, un país, etc. tendrá otra por ser sacerdote, ingeniero o trabajador/a social perteneciente por ello, al grupo que comparten con él/ella la misma identidad (Cortina, A., J.; 2000).

Después de introducir el término de “profesión” pasaré a hablar sobre la Ética Profesional. Ética y Deontología son dos términos que a veces se presentan como intercambiables. Augusto Hortal (1994) los distingue marcando las diferencias de cada uno de ellos. La Ética Profesional se centra en el tema del bien, qué es bueno hacer, cuál es el tipo de bien que busca como finalidad una profesión. La deontología profesional se ocupa, sobre todo, de los deberes y obligaciones y tiene el objetivo de formular normas exigibles a todos/as que ejercen una misma actividad profesional. El autor afirma que el bien es pluriforme, es decir que tiene muchas facetas y por eso hace falta normas que traten de salvaguardar unos mínimos obligatorios para todos/as

---

interpretados en los mismo términos. Sin normas no habría universalidad ni igualdad en las exigencias, y sin universalidad se daría pie a que se legitimase desigualdades y arbitrariedades.

La deontología profesional reúne los criterios compartidos por un grupo profesional determinado y convertido en un texto normativo a seguir por el mismo. En todos los códigos deontológicos se habla, primeramente, de la competencia profesional y de la correspondiente responsabilidad de los/as profesionales. Un/a buen/a profesional tiene que ser competente en aquello en lo que trabaja y esa competencia se adquiere tras el esfuerzo de estudio y socialización. Se es profesional por pertenecer a un grupo de profesionales y para ser aceptado dentro de él tiene que haber pasado por una preparación prolongada. Una de las cosas que tratan los códigos deontológicos es determinar el ámbito de la competencia de la propia profesión, las cosas que se quedan dentro y las que se quedan fuera del ejercicio profesional. Competencias y responsabilidad constituyen el primero núcleo temático de los códigos deontológicos. El segundo núcleo se dedica a regular las relaciones entre los profesionales, modalidades de adquirir la condición de colegiado facultativo para poder ejercer la profesión, los deberes de solidaridad con los/as compañeros/as, etc. El tercer núcleo que se aborda son los deberes y obligaciones con los clientes y usuarios de los servicios profesionales (Hortal, A.; 1994).

Me parece importante hacer referencia a los principios generales de actuación profesional de todas las profesiones. Fernández, J.L. (1996), hace alusión a cuatro principios fundamentales: Autonomía, Paternalismo, Beneficencia y No Maleficencia y Justicia Distributiva. La autonomía es uno un pilar importante a tener en cuenta en la ejecución de una profesión. Para que un/a cliente/a /usuario/a de un servicio pueda ejercer plenamente su libertad y autonomía necesita acceder a los medios para esa acción. Para ello, acuden a los profesionales a pedir ayuda con el fin último de poder tomar una decisión propia desde el conocimiento de las opciones existentes. El/la usuario/a no puede ser tratado/a como alguien “menor”, “inferior” o como alguien que no sabe decidir sobre su problema o su mal sino como alguien capaz de resolverlos. En definitiva, se trata de dar a conocer a los clientes el abanico de posibilidades existentes para que sean ellos/as mismos/as los que elijan la opción más

adecuada a sus necesidades, sin coacción externa por parte de los/as profesionales. En el caso contrario, el/la profesional pasaría el límite permitido y convertiría la atención en una intervención paternalista, poniendo el énfasis en la autoridad y poder que adquieren los profesionales al ser expertos en algo. Actuar a favor de los intereses de las personas, violentando la autonomía de los mismos sería una definición de la actuación paternalista. John Stuart Mill (1984) defiende que, ante todo, es mejor preservar la autonomía personal de cada individuo que lo contrario. En sus palabras, *Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo* (32).

En cuanto a los términos Beneficencia y la No-Maleficencia, se refieren a buscar el bien del/la usuario/a y a no actuar en contra o atentando contra él/ella. La noción de No-Maleficencia ha de entenderse como “no hacer daño” y está relacionado con la actuación profesional negligente. Los /as profesionales no son personas perfectas y es cierto que es imposible evitar poder causar alguna vez cualquier daño a algún/a usuario/a pero los niveles de negligencia tendrán que ser mínimos. Entre “hacer el bien” y “no hacer daño” hay un amplio margen. Es necesario poner límites para no caer en el paternalismo haciendo “demasiado bien” y tampoco ejercer la negligencia absoluta dañando al/la cliente.

Por último, en cuanto a los principios básicos en el ejercicio profesional, hablamos de Justicia referido al reparto y distribución racional de los recursos existentes. Teniendo en cuenta que el reparto de recursos no siempre ha sido equitativo, hay teorías que tratan de determinar qué criterios seguir para hacer una buena repartición. Optar por una justicia distributiva en el ejercicio profesional conseguiríamos un mundo más equitativa y justo en dirección a la necesidad, la igualdad, la contribución social y el propio esfuerzo de la persona (Fernández, J.L.; 1996).

Al realizar este punto de mi trabajo no podía dejar de lado la relación que hace Augusto Hortal (1994) de la tecnificación de la sociedad actual con el ejercicio profesional, y en concreto, con la ética. Está claro que hoy en día la técnica es muy importante e interviene en todos los aspectos de la vida humana, y las profesiones no



---

son una excepción. Técnica puede entenderse en un sentido amplio. Se puede entender como una habilidad entrenada para hacer bien una actividad determinada, como por ejemplo, tocar el piano, jugar al fútbol, etc. Para ser un buen profesional todos estaríamos de acuerdo con que las personas tendrían que poseer habilidades y saber manejarse en las tareas que tiene que desempeñar en su ejercicio profesional, teniendo en cuenta los principios que acabo de nombrar y explicar. El sentido al que hace especial alusión Augusto Hortal y el que me ha hecho reflexionar no es precisamente al que tiene que ver con las habilidades, sino al manejo y uso de las máquinas.

El profesional de hoy en día tiene que ser un buen técnico para ser un buen profesional, aunque sólo con eso no sería suficiente. En un ambiente tecnificado la responsabilidad se diluye, a veces se llega a echar la culpa a las máquinas por el mal funcionamiento de las instituciones o las prácticas de las personas. El ordenador es culpable o responsable de que mi trabajo no llegue a tiempo a la bandeja de entrada de un/a profesor/a, o los retrasos de Iberia o Renfe se deben a “problemas técnicos”. La tecnificación nos hace ser pieza de un proceso en el que cada uno/a interviene de manera más o menos mecánica. El funcionamiento de los procesos tecnológicos y de la organización burocrática de las actividades profesionales exigen que cada individuo haga “lo suyo” o “su parte” y se despreocupe del conjunto.

La técnica, además de diluir responsabilidades, aumenta la pasividad y el conformismo. La técnica, supone, pues, una cierta amenaza para la ética profesional. El ejercicio profesional tecnificado hace que se diluyan los aspectos éticos de la profesión. El avance tecnológico nos lleva a pensar que siempre existe una solución técnica para cualquier problema humano y expertos que la puedan solucionar. Augusto Hortal afirma los problemas éticos no tienen nunca soluciones meramente técnicas, y hay situaciones en la vida humana que no tienen tratamiento técnico: la maldad, la enfermedad incurable, las heridas del pasado, la muerte, etc.

Los avances siempre son importantes y necesarios en el mundo moderno que vivimos ofreciendo eficacia y precisión en los resultados obtenidos y además, disminuyen los esfuerzos. En nuestra profesión en concreto, la tecnificación excesiva sería un riesgo en la práctica correcta de nuestras funciones ya que en un trato directo con las

personas no hay que dejar de seguir unos principios básicos, nombrados anteriormente, que marquen nuestra intervención y el trato directo con los seres humanos. Está claro que nos tenemos que beneficiar de algunas nuevas técnicas como ordenadores, u otros aparatos que nos faciliten, de alguna manera, las labores de burocratización sin olvidar la atención directa con las personas atendidas o la coordinación con los otros/as profesionales/compañeros.

### **1.3. Dimensiones de la Ética Profesional**

La Ética profesional incluye tres dimensiones inseparables: la dimensión teleológica, la dimensión deontológica y la dimensión pragmática. La primera de ellas tiene que ver con el fin o los objetivos que se quieren alcanzar con una actividad profesional. Aplicado al Trabajo Social la dimensión teleológica plantea preguntas como “¿Qué quiero lograr con esta intervención?” o más general “¿Para qué sirve el Trabajo Social?” Sólo se puede hacer un buen trabajo, y por lo tanto ser un/a buen/profesional, si se reflexiona sobre la finalidad de lo que se está haciendo y sobre qué se quiere lograr con ello.

La dimensión deontológica se refiere a los deberes y las normas, en definitiva a los códigos profesionales que procura regular las conductas profesionales. La pregunta correspondiente a este paradigma es ¿qué se debe hacer? Cuando elegimos desempeñar una profesión nos comprometemos a seguir unas determinadas normas que fijaran nuestra práctica profesional. Francisco Bermejo (1996) afirma no ser partidario de una ética del deber por el deber, entendido como realizar el trabajo siguiendo las normas precisas sin una motivación moral profesional. Un/a profesional tendrá que disfrutar de lo que está haciendo, no vale sólo con que cumpla una serie de reglas. Y en Trabajo Social o cualquier otra profesión de trato humano, es primordial tener claro esta idea. Una vez consciente del fin que tiene nuestra profesión y su normativa concreta llegamos al tercer paradigma, que tiene que ver con la acción concreta: la dimensión paradigmática.

La ejecución de esta acción concreta puede tener dos consecuencias: primero a que en la realización de la misma sea el/la profesional no tenga ningún obstáculo, y segundo que se encuentre una situación dilemática. Estas situaciones de conflicto o

problemáticas son resueltas a través de métodos que orientan al/la profesional en la resolución de los mismos.

Un ejemplo de la dimensión pragmática son los comités de ética donde se reflexiona sobre la práctica profesional y se orienta hacia la resolución de los posibles conflictos dentro de una institución de trabajo. Ya que, como veremos más adelante, un punto importante de mi trabajo es el Comité de Ética Asistencial del Hospital San Juan de Dios, me parece importante profundizar en la importancia que tienen los comités de ética en general dentro de las instituciones. Para el buen funcionamiento de los comités de ética hay que tener claro que el objetivo de los mismos no es simplemente del mero encuentro amistoso entre varias personas que se reúnen para hablar y discutir sobre un tema. Según Diego Gracia, no sería suficiente entenderlos así, ya que los comités de ética sirven, principalmente, para mejorar la calidad de la toma de decisiones entre los participantes. Todo profesional, de cualquier ámbito, ya sea médico/a, trabajador/a social, etc., tiene la obligación de tomar decisiones y ser responsable de las mismas. Según el autor, en los comités de ética los profesionales aprenden, sobre todo, a mejorar sus decisiones. En esas decisiones que cada uno/a toma intervienen unos "hechos" concretos.

Un hecho clínico es que un/a paciente, al explorar sus datos, tenga el azúcar alto, pero al igual que hay hechos clínicos también existen los sociales, como el hecho de que una persona se encuentre en paro. Un problema es pensar que con el simple manejo de estos hechos, desde cualquier comité, se tomaría una decisión de calidad, y eso no es así. También hay que tener en cuenta los valores de los individuos, porque para cada uno/a nuestros valores son fundamentales y nos gustaría que los/as demás les dieran el mismo valor que nosotros/as mismos/as. Considero que los valores personales son algo que nos acompañan toda la vida y nos hacen ser como somos, y cuando alguien intenta transgredir alguno de ellos es que no te respeta como persona.

Antiguamente, según el mismo autor, los valores se podían manejar más fácilmente pero, en actualidad, nuestra sociedad se ha fragmentado y eso se ha convertido en tarea más difícil. En un pueblo de los años 40 el/la médico sabía qué valores tenían sus pacientes, porque generalmente, eran parecidos a los suyos. El Consentimiento Informado no hacía falta porque el/la médico, al tener valores parecidos, sabían e todo

momento las necesidades de sus pacientes y decidía por ellos/as. Sin embargo, en nuestra sociedad hemos pasado de ser “amigos morales”, es decir, con valores parecidos (nunca idénticos), a “extraños morales”. Ahora bien, en una sociedad donde somos “extraños morales” hay que empezar preguntando al/la otro/a qué piensa sobre lo que le quiero hacer, y a eso se le llama Consentimiento Informado.

En un comité de ética no puede haber imposición de ninguna cosa, sino que hay que preguntarse qué se debe hacer en determinadas situaciones, a pesar de los valores de cada miembro. En palabras de Diego Gracia (2009), hay que realizar valores porque éstos no están determinados en el mundo, el médico deberá conseguir un mundo más sano, el juez uno más justo, etc. También es cierto que los valores pueden entrar en conflicto cuando realizando uno y lesionamos otro, y para ello, es necesario deliberar. Deliberar significa analizar los valores y buscar una situación adecuada sin lesionar ninguno de los dos, es decir, buscar la solución más prudente (que no tiene que ver ni con la certeza ni con la verdad).

Un comité de ética tiene sentido si en él hay deliberación porque ahí es cuando interviene el saber y las experiencias de los diferentes perspectivas existentes en el comité. Tanto médicos, enfermeras, trabajadores/as sociales tendrán una visión diferente según su campo de trabajo y todas estas visiones ayudarán a enriquecer el análisis y tomar una decisión más prudente, que es lo que se trata en el proceso de deliberación.

Por lo tanto, la función primordial de cada comité de ética sería deliberar en conjunto sobre los hechos, y después sobre los valores envueltos en esos hechos con el fin de buscar la solución óptima. Y esa no es una tarea fácil, ya que hay que estar dispuesto a que tú pensar puede ser diferente al de los demás y aceptar diferentes opiniones para llegar a una solución más prudente. No se trata de vencer ni de imponer la propia opinión sobre la de los demás, sino no sería un proceso de deliberación. Se trata de escuchar al/la otro/a y sacar lo positivo de la opinión de ellos/as.

## 2. ÉTICA EN EL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social es una profesión que mantiene un contacto directo con los seres humanos, y por ello el/ la profesional tiene que tener un conocimiento amplio para poder tratar con los mismos. Además de tener un conocimiento profundo que guíe su práctica profesional, tendrá que saber establecer una relación de confianza con el/la usuario/a con el fin de actuar a favor de sus intereses. Para un buen desarrollo de la práctica profesional los/las trabajadores/as sociales tendrán que tener en cuenta unos valores y principios éticos propios del Trabajo Social.

### 2.1. Historia de la Ética de Trabajo Social

Antes de empezar con los principios y valores propios del Trabajo Social me parece importante hacer un breve recorrido en la Ética de nuestra profesión. *A lo largo del tiempo, los trabajadores sociales han ido construyendo un ideal profesional apoyado en una organización internacional con un código de ética de ámbito mundial sujeto a actualizaciones constantes*, lo que ha dado lugar a que los/las trabajadores/as sociales se mantengan unidos/as en los valores compartidos (Ballestero, A.; 2006: 23).

Los asistentes sociales del principio del siglo XX, preocupados por la llamada “cuestión social”, heredada de la revolución industrial del siglo anterior, se reunieron para intentar dar solución a los problemas sociales, tales como, empobrecimiento de los obreros, la falta de higiene o los problemas de salud con el fin de evitar que se produzca un problema social mayor en tanto en cuanto los niveles de exclusión y miseria fueran aumentando. Hasta entonces, las cuestiones de ese tipo se solucionaban haciendo uso de la caridad, pero a medida que las personas que necesitaban ayuda crecía se hacía imposible poder atender a través de esta forma de asistencia social. Poco a poco la caridad fue desapareciendo como se conocía hasta ese momento para dar lugar a otro tipo de asistencia más próxima al derecho que al voluntariado. Los inicios del Trabajo Social se ajustaron tanto a trabajadoras sociales como a enfermeras dado que tanto las necesidades médicas como sociales primaban en el momento. La necesidad tan urgente de estas dos tareas exigió priorizar la adquisición de conocimientos y para ello, se inició la creación de las primeras escuelas en las primeras décadas del siglo XX.

En EE.UU en 1919 habían ya 17 escuelas de Trabajo Social. En 1922, en Francia ya existía el primer diploma de estado de enfermeras visitadoras y en 1932 el de asistentes de servicio social. En España la primera escuela de Trabajo Social se ubicó en San Sebastián entre 1937 y 1939. Después se trasladó a Madrid (Ballestero, A.; 2006: 23-24).

En 1928 tuvo lugar la primera Conferencia Internacional de Servicio Social y ahí se dio la siguiente definición del concepto (De Robertis, C.; 2003: 44-45).

*La expresión servicio social comprende todo esfuerzo tendente a aliviar los sufrimientos que provienen de la miseria ( asistencia paliativa) y a devolver a los individuos y las familias las condiciones normales de existencia (asistencia curativa, a prevenir las plagas sociales ( asistencia preventiva), a mejorar las condiciones sociales, y a elevar el nivel de asistencia (asistencia constructiva), ya sea a través del servicio social de casos individuales, por medio de servicios sociales colectivos, por la acción legislativa administrativa de la colectividad, o bien a través de investigaciones y encuestas sociales. El servicio social engloba, pues, no solo la asistencia, la prevención y la acción social, sino también en cierta medida la higiene y la educación.*

En este ámbito formativo socio-sanitario había especial preocupación por la ética profesional, la transmisión de los valores colectivos que sustentaban la práctica del Trabajo Social así como la reflexión sobre los mismos. En Estados Unidos, las mujeres, y en especial Mary Richmond, tuvieron un rol importante en la conceptualización de la profesión, basado en el respeto a las personas en la promoción de la democracia lo que suponía tratar a las mismas individualmente como ser único y que los/las “clientes/as” participaran activamente en el los diferentes procesos. (Bouquet, B.; 1993 recogido por Ballestero, A.; 2006).

Tratar al usuario individual era una cuestión que se mantuvo a lo largo del tiempo y en 60-70 era un aspecto central en la ética del Trabajo Social. Se trataba de enfatizar positivamente en la relación del profesional con el/la usuario/a donde éste tuviera el derecho de tomar sus propias decisiones y que se respetara el principio de confidencialidad. Más tarde en los años 70-80 aumentó la idea de que los/las trabajadores/as sociales tenían que tratar a cada persona como a un individuo víctima de las desigualdades sociales, sin culparle de su situación. Todo ello, en estos años dio

---

lugar a que a los/as trabajadores/as sociales se les denominase como “controladores sociales” más favorables al Estado que a los propios usuarios (Ballesteros, A.; 2006).

En los años 80 y 90 se introdujeron nuevas ideas para el desarrollo del Trabajo Social enfocadas a atender a los usuarios con especial cuidado de sus derechos y responsabilidades de cada uno de ellos mediante la concentración de servicios y entidades privadas o la influencia del estado de bienestar. Los aspectos de la nueva derecha parecían superficialmente congruentes con los principios claves del Trabajo Social. Los derechos de las personas a elegir y a reclamar se podrían apreciar como parte de la noción del respeto a los individuos. El derecho de los usuarios a ser informados sobre su caso, a poder ver su expediente o a conocer sus derechos para pedir cualquier servicio encajarían en su conjunto con el principio del trato hacia los usuarios como agentes racionales y autodeterminantes.

Sin embargo, esta ideología de la nueva derecha no se centra en la integridad de la persona, sino simplemente en una parte de ella, y exactamente en la persona como “consumidora”. Los derechos del “consumidor” no son los mismos que los derechos de los “usuarios a la autodeterminación”, ya que los primeros se limitan a los individuos en su rol de consumidores de servicios, *mientras que los derechos se refieren a una cierta pauta de servicio predefinido, a un cierto tipo de trato, y una cierta serie de bienes.* (Banks, S.; 1997: 55). “Derechos de los usuarios a la autodeterminación”, se refiere a las personas como seres completos, con derecho a elegir, a tomar sus propias decisiones y a desarrollar sus potencialidades en un sentido más amplio que el del “consumidor”.

Según Sara Banks (1997) la referencia al usuario como “consumidor” sirve para esconder el rol del/la trabajador/a social como controlador de la sociedad, lo que algunos autores han llamado “nuevo autoritarismo”, basado en el concepto del usuario como algo extraño y peligroso. Esta es otra parte de la ideología de la nueva derecha, que, naturalmente, es contraria a los valores del Trabajo Social tradicional.

## **2.2. Algunos principios en el Trabajo Social**

El Código Deontológico de Trabajo Social desarrolla los principales principios que tiene que tener la profesión y según el documento hay 17 principios básicos, aceptación de la persona, superación de categorizaciones, personalización, entre otros. Me voy a basar en los principios desarrollados por Sara Banks (1997), ya que éstos mantienen una relación más estrecha con la Bioética y, como veremos más adelante, hay una estrecha conexión entre los principios de la Bioética y los principios éticos del Trabajo Social.

Según esta autora existen principalmente, cuatro principios básicos que son importantes en el Trabajo Social:

- Respeto y promoción de los derechos de los individuos a la autodeterminación.
- Promoción del Bienestar.
- Igualdad
- Justicia distributiva

### *2.2.1. Autodeterminación*

Autonomía y autodeterminación son tratados como conceptos similares, aunque hay autores que matizan los términos y hablan de autonomía cuando se refieren al poder de decidir y de autodeterminación cuando se refiere al poder de decidir y a la acción que sigue a esa decisión. (Spicker, 1990 recogido por Ballester, A.; 2006). Autonomía se refiere a la capacidad de las personas de reflexionar, de tomar sus propias decisiones y actuar. Vulnerarla sería impedir que esas personas actúen por sí mismas o negarles la información que les permita hacerlo. Cuando las personas siguen las decisiones que sobre ellas han tomado otras hablaríamos de paternalismo.

### *2.2.2. Bienestar*

La promoción del “bien” o del “bienestar” de alguien, en cierta medida, también depende de nuestro punto de vista acerca de lo que cada uno/a considera bienestar humano o de la propia concepción que se tiene sobre el propio bienestar. Los códigos de ética recalcan generalmente la obligación del/la trabajador/a social de velar por los



---

intereses del usuario. Mientras que en algunos casos el/la profesional debería proteger los intereses del usuario, hay casos en los que tiene que considerar los intereses de otras personas y velar por el “interés público” (por ejemplo, previniendo la delincuencia con la educación de jóvenes delincuentes). Estos intereses pueden resultar contrarios. (Banks, S.; 1997). A veces en la práctica del Trabajo Social el/la profesional buscan hacer el bien según su propio criterio personal y/o profesional dejando a un lado el punto de vista de los usuarios promoviendo, de esta manera, el paternalismo. (Ballester, A.; 2006).

### *2.2.3. Igualdad*

Igualdad implica luchar contra los distintos tipos de desigualdades y eso se puede tratar al menos de tres maneras: igualdad de trato, igualdad de oportunidades e igualdad de resultados. La primera se refiere a prevenir las desigualdades de acceso a los servicios tratando a los usuarios sin prejuicios o favores. No sería ese el caso en el que un/a blanco/a pediría recursos para su hijo/a discapacitado/a y fuera atendido con más rapidez que un/a negro/a que pidiera un apoyo parecido.

En cuanto a la segunda, o sea igualdad de oportunidades, se refiere a la erradicación de desigualdades en la competencia con los demás, concediendo a los individuos medios para alcanzar fines socialmente deseables. Un ejemplo de ello sería, como trabajador/a social conseguir un intérprete para una mujer de habla extranjero, de manera que ésta pueda expresar sus necesidades de la misma manera que otro usuario de habla castellana y poder acceder a los mismos servicios sin ningunas dificultades.

Por último, la igualdad de resultados es la que elimina todas las desigualdades iniciales. Ejemplo de este último sería que todas las personas pudieran ser atendidas en un centro, independientemente de su poder adquisitivo porque el Estado cubriría los costes de los/las más desfavorecidos/as. Los/las trabajadores/as sociales tiene que cumplir con los tres tipos de igualdades aunque hay que reconocer que la igualdad de trato es más fácil de alcanzar que las otras dos. Así, la igualdad de trato se lograría mediante el respeto hacia la otra persona, mientras que la igualdad de oportunidades y resultados requeriría de recursos adicionales o cambios en la política gubernamental.

Cuando se trata de ofrecer recursos de índole económica, deben elegir, normalmente, entre los usuarios que más lo necesite (Banks, S.; 1997).

#### *2.2.4. Justicia Distributiva*

Este principio se refiere a la distribución de los recursos según unas normas y criterios establecidos. Estos criterios de distribución pueden ser: según los derechos legalmente que tienen las personas, según las situaciones de desamparo o según las necesidades que tengan. En la práctica estos criterios pueden llevar a que haya desigualdades, ya que los derechos de las personas tienden a favorecer más la justicia que la igualdad. Por ejemplo las ayudas a las madres por tener un/a hijo/a son iguales para todas ellas, independientemente de su situación laboral, económica..., sino por el simple hecho de ser madre.

El principio de justicia es muy importante en la profesión porque al fin y al cabo, son los/as trabajadores/as sociales los/as encargados/as de distribuir los recursos públicos, en moneda o especie según los criterios establecidos. En palabras de Sara Banks (1997: 59), *el principio de justicia funciona en muchas decisiones del Trabajo Social y que se está convirtiendo en un aspecto más central en el momento presente, a medida que la asignación de recursos se convierte en una de las funciones mucho más corrientes para los trabajadores sociales.*

Biestek, un sacerdote americano católico, desarrolló en los años 60 siete principios éticos fundamentales en la práctica del Trabajo Social. Estos principios han sido muy influyentes principalmente porque Bistek no los entendía como principios éticos en sí sino que los define como unos principios para el propósito de los trabajadores sociales *de ayudar al cliente a alcanzar un mejor ajuste entre su persona y su entorno* (Biestek, F.; 1961: 12). Los siete principios a los que me estoy refiriendo aparecen resumidos de Sara Banks en su libro de *Ética y Valores en el Trabajo Social* (1997):

1. La individualización: responde a la necesidad de los individuos a ser tratados como seres diferentes unos a otros (como “este” ser humano en concreto). Ello implica el reconocimiento de las cualidades únicas de cada persona. Para detectar todo eso el/la trabajador/a social debería de poseer una serie de cualidades como, por ejemplo, tener la capacidad de entender los sentimientos

---

de las personas, tener una buena capacidad de escucha y observación y/o evitar los prejuicios, etc.

2. La expresión explícita de los sentimientos hace referencia a la necesidad de los usuarios a expresar libremente sus sentimientos, especialmente los negativos. El/la trabajador/a social debería estar atento/a a los que el usuario expresa sin ningún tipo de censura, y facilitando, además, su expresión.
3. La implicación emocional controlada: se refiere a la sensibilidad del/la profesional hacia los sentimientos de los usuarios, una comprensión de los significados y una posterior respuesta clara a los mismos.
4. La aceptación: es el principio por el cual el/la profesional del Trabajo Social atiende a los usuarios como personas teniendo en cuenta sus virtudes y defectos, priorizando la dignidad innata y de su valor como ser humano de la sociedad.
5. La actitud “no enjuiciadora”: se trata de ayudar a reconocer fracasos y debilidades sin valorar culpas. En palabras de Sara Banks (1997: 40), *el asistente no juzga a los usuarios en sí, sino a su conducta*.
6. La autodeterminación del usuario: se refiere al derecho de cada usuario de tener la libertad a la hora de elegir y decidir en su proceso de asistencia social y la respuesta del/la profesional es respetar sus decisiones.
7. La Confidencialidad o el Secreto profesional: se basa en el derecho básico del usuario a que la información transmitida al/la trabajador/a social, en su relación profesional, este mantenida en secreto, y la obligación ética de éste/ésta a preservarla.

Hasta aquí vimos algunos de los principios éticos del Trabajo Social que tienen especial relevancia en la práctica de la profesión. Para realizar una buena intervención en Trabajo Social es necesario tenerlos en cuenta y actuar acorde a ellos.

### 3. BIOÉTICA

Si nos atenemos a su origen etimológico podemos establecer que Bioética proviene de las palabras griegas *bios* (vida) y *ethos* (ética). Hablar sobre ética con relación a la vida es hablar del bien y del mal, de la bondad o maldad de las acciones humanas. El término de Bioética fue acuñado por primera vez por el cancerólogo estadounidense y profesor de la Universidad de Wisconsin, Rensselaer Van Potter, en el artículo del mismo que llevaba el nombre de “Bioethics, the Science of Survival” (1970), así como en su libro *Bioethics: a bridge to the future* (1971). Posteriormente, el término también fue utilizado por el holandés André Hellegers para nombrar el *Centro Joseph and Rose Kennedy Institute of the Study of Human Reproduction and Bioethics* en la Universidad de Georgetown. Aparte de incluir el concepto en la denominación del instituto, Hellegers se mostraba preocupado por los avances médico- tecnológicos lo que le impulsó a formar un grupo de discusión formado por diferentes profesionales, como médicos, filósofos y teólogos para tratar de reflexionar sobre algunos problemas derivados del dicho progreso (García Férrez, J., 2003).

Según García Férrez José (2003) en su artículo “Bioética y Personas Mayores” la definición de la bioética sería la siguiente:

*La bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto al nivel individual como al nivel de sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores, hoy y de cara al futuro. La Bioética supone, por tanto, un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinar, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la vida y la salud del ser humano y en especial a la biología y la medicina.*

#### 3.1. Principios de la Bioética

Desde que Bioética ha empezado a desarrollarse se han articulado una serie de principios que son los siguientes: Principio de Autonomía, Principio de No-Maleficencia, Principio de Beneficencia y Principio de Justicia.

### *3.1.1. El Principio de respeto de la autonomía*

El principio de la autonomía juega un papel bastante relevante en la bioética. La autonomía personal hace referencia a la capacidad de las personas para autodeterminarse, sin ser cohesionadas por influencias externas a ellas o propias limitaciones personales que les puedan impedir tomar una decisión u otra. Si el individuo es autónomo, éste obrará según su propio plan de acción y sus ideas. Por contrario, las acciones de una persona con una autonomía disminuida, estaría controlado por otras personas que actuarían en su nombre considerando al sujeto incapaz de operar según sus planes y deseos.

Las personas autónomas, es decir aquellas que se pueden regir por sí mismas, pueden tomar decisiones que no sean autónomas, ya sea porque están deprimidos o porque no se ven capaces de hacerlo. Al igual que una persona con autonomía limitada puede tomar decisiones autónomas. En general, una acción se puede considera autónoma si el individuo actúa:

1. Intencionalmente
2. Con comprensión
3. Sin influencias externas que determinen o controlen su acción

En cuanto a la intencionalidad ésta no admite grados ya que puede estar presente o no estarlo. Así, para que una acción sea autónoma basta con que la persona tenga una comprensión y libertad de controles externos “sustanciales”. La comprensión no tiene que ser total ni la libertad de control tiene que ser completa aunque es cierto que no es nada fácil determinar en qué consiste una “comprensión sustancial” y una “libertad sustancial de controles externos”(Beauchamp, T. & Childress, J.; 1999).

No es lo mismo ser una persona autónoma que ser respetado como un sujeto autónomo. El autoritarismo y el paternalismo consisten, esencialmente, en negar a las personas autónomas el derecho de actuar conforme sus deseos y decisiones. El respeto a la autonomía requiere que se reconozca el derecho del sujeto moral a tener sus propios puntos de vista, a realizar sus propias opiniones y a actuar conforme sus valores y creencias personales. Para respetar la autonomía de otras personas exige además de actitudes positivas, acciones. El respeto exige que hagamos todo lo posible para favorecer la autonomía de los seres humanos.

En este caso los profesionales del ámbito de la salud (hablando de este ámbito porque es en el que me baso especialmente en mi trabajo), estarían obligados a transmitir la información necesaria a sus pacientes tanto del diagnóstico del mismo como de las opciones terapéuticas existentes. La información deberá ser comunicada de tal manera que el/la paciente comprenda qué le pasa y pueda decidir con conocimiento de causa. Solamente en ese caso se respetaría la autonomía de los/las pacientes y se habría cumplido con las exigencias del consentimiento informado. Hay casos en los que se puede restringir legítimamente el ejercicio de la autonomía para salvaguardar otros valores morales que prevalecen en ciertas situaciones. Y, tal y como lo acabo de confirmar, la autonomía personal no prevalece siempre cuando entra en conflicto con otros valores y principios, y tampoco ocuparía el primer puesto en una supuesta jerarquía de deberes.

Un ciudadano puede decidir autónomamente conducir un coche a 200 kilómetros por hora en una ciudad, pero la sociedad, a su vez, tiene derecho a prohibir el ejercicio de su autonomía con el objetivo de proteger a los demás ciudadanos y proteger el derecho de la vida de los mismos. Al igual que hay casos evidentes también los hay que no lo son tanto, como por ejemplo, ¿hasta qué punto puede una sociedad impedir a el acceso el uso de determinados tratamientos muy costosos a alguien que no tiene ninguna esperanza de vida, si el/la mismo/a es el/la que está dispuesto/a a gastar sus propios recursos para pagar el tratamiento? Son casos en los que además de la autonomía se implican otros valores importantes (Beauchamp, T. & Childress, J.; 1999).

### *3.1.2. El Principio de no-maleficencia*

El principio de no-maleficencia se refiere básicamente, a no hacer daño intencionalmente. Unir el principio de no-maleficencia con el beneficio de beneficencia esconde ciertas distinciones importantes entre ambos. Mientras que el primero nos trasmite obligaciones negativas del tipo, no matarás, no robarás, el segundo nos trasmite obligaciones positivas como por ejemplo, di la verdad o comparte tus bienes con el que más lo necesita, etc. Parece que las obligaciones de no-maleficencia obligan con más fuerza sobre las de beneficencia.

Siguiendo este pensamiento y por poner un ejemplo del ámbito de la salud, parece ser que la obligación de los médicos de no dañar mediante diversos tratamientos un

órgano “bueno” de algún/a paciente parece vincular con más fuerza que la obligación de intentar curar el mismo si su funcionamiento ya estaba en mal estado previo al ingreso. Según, Beauchamp y Childress, (1999) el principio de no-maleficencia siempre tiene la obligación negativa de no hacer algo: “no hagas x”.

Hay que pararse a definir el concepto de “daño”, ya que es el núcleo del principio de no-maleficencia. Beauchamp y Childress utilizan el término “daño” con el sentido de frustrar o perjudicar los intereses de alguien, sin que necesariamente constituya una injusticia al perjudicado. Hay acciones dañosas en determinadas situaciones que son justificadas, como por ejemplo la imposición de sanciones penales por la comisión de un delito. En este caso, está claro que se “hace daño” a una persona sin cometer una falta moral. El principio de no-maleficencia no prohíbe cualquier daño, sino sólo aquel que constituye un injusto perjuicio a los derechos fundamentales de las personas.

### *3.1.3. El Principio de beneficencia*

Además de los dos principios anteriores de respetar la autonomía de los individuos y abstenerse de hacer daño, se requiere también contribuir a su bienestar. El término de beneficencia, según autores clásicos, es definido como cualquier acto humano realizado con el fin de beneficiar a la otra persona. En la vida moral es preciso establecer cuando la beneficencia es obligatoria y cuando es opcional. Se acepta que la moralidad común no incluye un principio de beneficencia que exija grandes sacrificios a los sujetos.

Por ejemplo, nadie afirmará que hay que donar los dos riñones para que sean trasplantados, sino que tal sacrificio respondería a una beneficencia ideal. Los autores aceptan que muchos actos de beneficencia responden a ideales más que a obligaciones aceptando, también, que no es nada fácil establecer la frontera entre ambas. No obstante, certifican la obligatoriedad de algunas acciones de beneficencia como, por ejemplo, proteger y defender los derechos de las personas, rescatar a alguien que esté en peligro, ayudar a individuos con incapacidades o deficiencias, etc. Está claro que estas normas tienen que estar clarificadas posteriormente y no obligan de manera ilimitada, hasta el extremo de exigir heroísmo. Se distingue entre la beneficencia general y beneficencia específica. La beneficencia específica hace alusión a la obligación de actuar benéficamente con las personas con las que nos vinculan

relaciones especiales, como hijos/as, amigos, pacientes, etc. La otra beneficencia, sin embargo, nos obliga a obrar benéficamente con todas las personas, mirando más allá de las relaciones especiales. En el caso de la beneficencia general, no es fácil establecer los límites de actuación.

Beauchamp y Childress (1999), ofrecen los siguientes criterios para determinar la existencia de una beneficencia general, sin la presencia de relaciones especiales. Cuando no existen relaciones particulares (contratos, amistad, relaciones familiares, etc.), un individuo está obligado a actuar benéficamente en favor de otro si se satisfacen los siguientes criterios:

1. Y corre un riesgo significativo de pérdida o de daño que afectaría a su vida, su salud o a cualquier otro interés suyo, que sea esencial e importante.
2. La acción de X (solo o en unión con otros) es necesaria para prevenir la pérdida o daño Y.
3. Existe una gran probabilidad de que la acción X tenga éxito, es decir que logre provenir eficientemente el daño o la pérdida que amenaza a Y.
4. La acción X no le supondría riesgos, costes significativos.
5. El beneficio que Y obtendría sobrepasa los posibles daños, costes o cargas que la acción pudiese suponer para X.

Tan importante es hacer el mal como hacer el bien por exceso. Cuando la beneficencia se practica sin tener en cuenta el respeto a la autonomía del beneficiario, se pasa a ejercer el paternalismo. El paternalismo, ejercido a una persona competente, es un atentado contra sus propias decisiones e ideas y una violación del principio de respeto por los seres humanos.

#### *3.1.4. El Principio de justicia*

La justicia tiene que ver con aquello que de alguna manera les pertenece a las personas. La injusticia conlleva la omisión o negación de algo que le corresponde. La justicia que interesa es la justicia distributiva, que se refiere en su sentido amplio, a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidad en la sociedad. El principio de justicia distributiva carece de contenido concreto afirmando simplemente que las personas que sean iguales en cuanto a las características y circunstancias,



deben recibir un trato igual. Para saber si se está actuando conforme las exigencias de la justicia distributiva necesitamos contar con *criterios materiales de justicia distributiva*:

1. A cada persona una porción igual.
2. A cada persona según sus necesidades.
3. A cada persona según sus esfuerzos.
4. A cada persona según su mérito.
5. A cada persona según las reglas de intercambio en un mercado libre (Beauchamp, T. & Childress, J.; 1999).

### **3.2. Virtudes en la Bioética**

Los principios de la bioética no son suficientes en la vida moral y según, Beauchamp T. L. y Childress J. F. (2011), hay que tener en cuenta otras dimensiones importantes. Los principios y las virtudes tendrán que ir juntos, ser complementarios, los principios son un conocimiento teórico y se centran en la objetividad de la verdad moral y las virtudes en la forma de actuar de las personas. El término “virtud” tiene orígenes en griego: *Areté*, *Ariston*, el superlativo de bueno-agathon. En latín, el término “virtud” se deriva de *virtus-ittis*, que significa fortaleza de carácter, vigor. La virtud hace referencia al cumplimiento fiel del fin establecido. Aristóteles (1985), se pregunta cuál es el fin del ser humano y cuáles son las virtudes para alcanzarlo. Él mismo dice que el fin de los humanos es conseguir la felicidad y hay que determinar cómo hay que comportarse para que eso ocurra. De ahí salen las virtudes de Aristóteles que algunas, incluso servirían en las profesiones sanitarias. Las virtudes serían cualidades que las personas deben poseer para poder desempeñar bien lo que se proponen hacer. Está claro que desde el punto de vista sanitario, el fin último es conseguir el bien del/la paciente pero hay que fijar la forma de cómo conseguirlo.

A continuación voy a explicar las virtudes propias de las propias de las profesiones sanitarias según la Catedrática de Filosofía Moral y Política, Victoria Camps (2007). La autora empieza su artículo explicando cuándo el término profesionalidad puede ser visto como virtud. Afirma que la idea de profesionalidad que se tiene es la de un buen experto que posee grandes conocimientos en un determinado área y tiene una cierta

habilidad práctica que no va más allá de hacer las cosas materialmente bien. Aparte de competencia científica y técnica, la profesionalidad exige algo más, es decir un plus moral. En definitiva, ésta se puede ver como una virtud si cumple unos requisitos que tienen que ver con una mirada del/la profesional hacia la ética, sensibilidad humana, más allá de las competencias científicas y técnicas que es lo que se les exige a los expertos precisamente.

Drane J. F. (1988), propone como virtudes fundamentales del/la médico/a las siguientes: la benevolencia, el respeto, el cuidado, la sinceridad, la amabilidad y la justicia. Siegler M. (2000), concibe que la virtud básica en el campo sanitario es el respeto a las personas, que incluye la compasión, la sinceridad y la confianza. También considera la prudencia como virtud, entendida como la síntesis de todas las virtudes. Ciertamente, el respeto y la sinceridad son dos formas de tener en cuenta la autonomía de los/as pacientes, su libertad a tomar sus decisiones y el derecho de recibir información sobre lo que les ocurre. La justicia es un deber del Estado pero su realización depende del comportamiento de los/as profesionales sanitarios, en la forma de no discriminación. En cuanto a la benevolencia, el sentir con el otro, es la mejor disposición para buscar el bien del/a enfermo/a.

Camps V. (2007) hace especial referencia a la virtud del cuidado ya que se ha convertido en una de las metas fundamentales de las profesiones sanitarias. Los/as profesionales del mundo sanitario tienen la obligación de cuidar a todos los/as pacientes y en especial, a los que no tiene curación. La prudencia es otra virtud que al juicio de la autora, se merece un trato especial. La prudencia no se refiere a poner en práctica una fórmula aprendida previamente, sino una decisión personal de los/as profesionales según el caso. En definitiva, Victoria nombra como virtudes de la práctica sanitaria las siguientes virtudes: Benevolencia, Respeto, Cuidado, Sinceridad, Amabilidad, Justicia, Compasión, Integridad y Prudencia.

Para concluir, ser virtuoso no es aprender a través de unas clases teóricas sino que forma parte de la manera de actuar de cada uno/a con justicia, amabilidad y respeto. Las virtudes no son normas que hay que cumplir sino que son actitudes y maneras de ser que se adquieren con las experiencias de la vida. Uno/a no nace amable o

respetuosa sino que lo va aprendiendo a medida que se relaciona con las personas y a través de las vivencias vividas.

## **4. EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA (HSJD)**

### **4.1. Descripción del HSJD de Pamplona**

Antes de centrarme en la aplicación de los principios éticos en el Hospital San Juan de Dios creo conveniente situar al lector ante este centro contando los aspectos más importantes sobre el mismo. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona es un centro sanitario privado, con vocación de servicio público, de confesión religiosa, sin ánimo de lucro e integrado en la red sanitaria de Navarra.

La razón de ser del hospital es la atención integral a pacientes (crónicos pluripatológicos, paliativos y quirúrgicos) y a sus familiares y/o allegados, abarcando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales en el contexto de los valores fundamentales de la Orden de San Juan de Dios: Hospitalidad, Responsabilidad, Respeto y Espiritualidad.

Juan de Dios nace en Montemor o Novo Portugal, en 1495, tres años después del descubrimiento de América. Éste crea el primer hospital en Granada, dedicándose de lleno al cuidado de los enfermos y necesitados. Concibe al enfermo como el centro de la medicina, de la enfermería y del hospital.

En el Hospital se atienden enfermos de medicina interna y geriatría, de cuidados paliativos y de daño cerebral, de cirugía en régimen de hospitalización y ambulatoria. Tiene capacidad de 193 camas repartidas de diferente manera: la mayoría de ellas en medicina interna y geriatría (101), cuidados paliativos (19), daño cerebral (15), unidad de cirugía (38) y unidad asistencial de Tudela (20) (Folleto Informativo sobre HSJD; 2014).

### **4.2. Aplicación de los principios de la Bioética en la etapa final de la vida**

Antes de hablar sobre la aplicación de los principios éticos en el hospital donde realicé mis prácticas, considero necesario definir algunos términos relevantes para comprender la fase final de la vida del ser humano dentro del ámbito sanitario. Un/a paciente ingresa en un centro hospitalario a consecuencia de una enfermedad que le crea sufrimiento, dolor y le disminuye, en cierta medida, su calidad de vida. La enfermedad supone un cambio en la vida de la persona humana y afecta a la totalidad del individuo, o sea, a sus expectativas, sentimientos, estados emocionales, etc.

Principios éticos al final de la vida: El Hospital San Juan de Dios

Desde el punto de vista interpersonal, la percepción de la enfermedad es más consoladora cuando la persona enferma se siente acompañada y cuidada desde el respeto, el cariño y la proximidad. La tarea de los “cuidadores” de las personas enfermas es de ayudar a que ésta acepte su nueva situación y vivir adecuadamente con la presencia de la enfermedad. Teniendo en cuenta que el sujeto no es la enfermedad, sino una persona enferma, es importante la interrelación entre las distintas dimensiones de la misma:

1. *La dimensión corporal como elemento de ser persona.*
2. *La dimensión intelectual como la capacidad de comprenderse uno/a mismo/a y el mundo en el que vivimos.*
3. *La dimensión emotiva que tiene que ver con el mundo de los sentimientos y cómo se viven.*
4. *La dimensión espiritual-religiosa que tiene que ver con el mundo de los valores y el sentimiento de la trascendencia (Valoix Fossas, R.; 2001: 26-27).*

La enfermedad da lugar al sufrimiento y al dolor ya que son términos que están estrechamente relacionados aunque es necesario hacer una distinción entre el los dos. El dolor hace referencia a un mal de orden físico que mientras que el sufrimiento se refiere a la dimensión interior humano. El dolor se puede combatir ayudándose de los fármacos o desde distintas terapias, pero el sufrimiento interno necesita de una atención distinta, reclamando la presencia humana y diálogos.

Existe dos tipos de dolor: agudo y crónico. El primero es un dolor de angustia y sorpresa, mientras el segundo se refiere a un dolor constante que padecen las personas en su fase terminal y la eliminación del misma debe ser considerado como un derecho del/la paciente. Hablar sobre la etapa última de los seres humanos lleva consigo, hablar de la calidad de vida, ya que ésta se ve deteriorada a medida que pasan los años. El término de “calidad de vida” es equiparable al concepto de salud y, en este sentido existe un derecho y un deber hacia ella. El/la profesional sanitario debe esforzarse al máximo en mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante terapias y cuidados adecuados, teniendo en cuenta la valoración del interesado (Valoix Fossas, R.; 2001).

En último lugar, y no menos importante, me centraré en el tema de la muerte que tanto miedo crea en las personas. La muerte es una realidad que todos y todas somos

conscientes de que nos va a pasar pero tendemos a no pensar en ello. El trauma de la muerte es la conciencia de que puede desaparecer el “Yo” individual y se ve como algo que rompe la armonía de la vida. El desarrollo tecnológico biomédico ha modificado las formas de “morir”. El/la enfermo/a no muere, sino que le “mueren”. Antes de morir, los individuos pueden ser asistidos, y entre las distintas modalidades de asistencia, la hospitalaria es muy importante, aunque no es la única. En el ámbito sanitario el término de “paciente terminal” implica que el individuo no tiene recuperación y las atenciones que recibe son de tipo “paliativo”. Los cuidados paliativos son cuidados totales y continuados al enfermo (y su entorno) al final de la vida cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y confort manifestados por los mismos. Generalmente, cuando se prevé el fallecimiento de un paciente, el enfermo deja de recibir asistencia médica terapéutica y pasa a ser sostenido mediante tratamiento paliativo (Flórez Lozano; J.A.; 2001).

Al igual que todos/as tenemos derecho a vivir dignamente, también lo tenemos a morir con dignidad. La muerte es un proceso irremediable y se debe intentar que el/la paciente esté tranquilo y con el dolor controlado para conseguir que tenga una muerte pacífica y con acompañamiento humano (Valoix Fossas, R.; 2001).

Después de definir algunos términos que me parecían importantes para entender con más proximidad a los/as enfermos/as en su etapa final de la vida dentro de un centro hospitalario pasaré a reflexionar sobre mi práctica profesional desarrollada durante mis prácticas de Trabajo Social en cuanto a algunos principios éticos de los que he hablado anteriormente.

Creo que todos y todas estamos de acuerdo en que una persona siempre quiere valerse por sí misma sin llegar a depender de nadie para sus tareas de día a día. Desgraciadamente, llega un momento en que la edad nos pesa y trae consigo un deterioro físico importante en cuanto a nuestra movilidad, y todo ello supone, entre otros, precisar ayuda externa para las actividades de la vida diaria.

La mayoría de las personas que llegan al Hospital San Juan de Dios de Pamplona son individuos que carecen de cierta autonomía de este tipo, ya que aparte de necesitar ayuda externa para muchas cosas, se sirven de bastón, andador o silla de ruedas para desplazarse, entre otras muchas problemáticas que les impide disponer de una autonomía completa. Lo que sí es cierto es que el objetivo de todos/as los empleados

---

del Hospital es que los/as pacientes recuperen su autonomía en el mayor grado posible, aunque eso no siempre se consiga. Y no por ello, se les deja de tomar en cuenta en la toma de cualquier decisión o actuación en el proceso de la intervención profesional con los/as mismos/as.

Me centraré en las actuaciones profesionales que se hacen desde el ámbito del Trabajo Social ya que es lo que más conozco y donde me he formado durante mis dos meses de prácticas, sin dudar que, aparte de la Trabajadora Social, los/as demás trabajadores/as del centro velan por los derechos de los /as pacientes y su bienestar dentro del hospital.

En todo momento los/las pacientes son el núcleo central de la propia intervención y siempre se cuenta con ellos/as en la toma de decisiones de cualquier tipo. Si por ejemplo, desde el punto de vista de la Trabajadora Social, lo más idóneo, para un/a paciente que le se prevé el alta en breve, es ir a una residencia y éste/a no quiere, se le ofrece otras alternativas que se puedan adecuar a sus necesidades, como por ejemplo, un piso tutelado adaptado que le permita una vida cómoda sin prescindir de una sensación de “libertad” o “independencia” que le permita sentirse como si estuvieran en su propia casa.

Es verdad que durante mi experiencia en el hospital me he encontrado con ancianos/as que se resisten ir a una residencia y los que, desde el primer momento, están dispuestos a ingresar en una en cuanto se les den el alta hospitalaria. Personalmente, entiendo perfectamente a las personas que no quieren porque al fin y al cabo significaría perder, medianamente, el contacto con los amigos/as, hábitos diarios y/o el simple hecho de hacer lo que se quiere en el momento deseado (aunque en cualquier residencia puedan recibir visitas constantes de los familiares/amigos/as). Las residencias tienen sus horarios y formas de funcionar y hay que adaptarse a ello. Para los seres humanos es muy importante mantener los hábitos diarios, la relación con las personas de “siempre”, en definitiva seguir con la vida “habitual” y nos solemos oponer a cambiar todo ello de “noche a la mañana” para empezar de cero en todos los sentidos. Así que, desde mi punto de vista no es nada fácil dejar lo que se tuvo para comenzar una “nueva vida” con nuevas normas y reglas.

El principio de la Beneficencia, llevado al terreno sanitario establece la obligación de los profesionales sanitarios a hacer el bien con sus actos maximizando los beneficios.

Es decir, primero no haciendo mal al otro/a (Principio de no Maleficencia) (Peña I Gallardo, C.; 2013). Desde el Trabajo Social, con cualquier actuación, se pretende mejorar la situación del/la paciente respondiendo a sus necesidades y sus deseos. Una norma general es que el/la enfermo/a se sienta ayudado por la profesional del Trabajo Social en todo momento. Es cierto que a veces no hay soluciones para todo y se puede encontrar uno/a en una situación realmente complicada, pero si tú como trabajador/a social aportas todo lo que sabes con fundamentación y además, en todo momento, respetando a la otra persona y tratándola con dignidad, considero que se haría la labor fundamental de lo que se entiende por Trabajo Social.

Muchas veces, refiriéndome tanto de los familiares como de los propios enfermos/as, acuden a la oficina para hablar con la Trabajadora Social, simplemente, para “desahogarse” y tener a alguien que le escuche y le entienda sin juzgar. Nuestra actitud debe ser siempre de escucha activa e interés por lo que le está pasando a la otra persona, con el fin de “ayudarla” en lo que está en nuestras manos como profesionales de Trabajo Social sin caer en el paternalismo o hacer algo por el “bien del paciente” sin su consentimiento y sin tener en cuenta sus opiniones.

El producto final de la intervención tiene que abarcar las peticiones y deseos de los mismos pacientes y la profesionalidad del/a Trabajador/a Social, sin que éste último haga ninguna presión sobre el/la interesado/a, respetándole/a en todo momento aunque la otra persona “pierda los papeles”.

Un tema importante al que le quiero dedicar unas líneas es al tema de confidencialidad. En el centro hospitalario San Juan de Dios se respeta al máximo el principio de la confidencialidad. En primer lugar, los informes de los pacientes que vayan a ingresar al hospital en los próximos días le llegan codificados al correo de la Trabajadora Social, siendo ella la que única del centro que lo puede descodificar mediante un sellado informático con autorización del Sistema Navarro de Salud.

También, siguiendo con el mismo principio, todo los informes que se hayan impreso doblemente por error o cualquier documentación del centro o de los/las pacientes que no haga falta más, se trituran de tal manera que la información no sea visible a ojos de nadie más que de los/as trabajadores/as del centro, como médicos, psicólogos, que con una justificación adecuada, necesitarían de dicha información. Las historias



sociales y clínicas están bien protegidas y para poder acceder a ellas es necesario introducir varias contraseñas.

En definitiva, en el centro las personas son tratadas como tal, como seres humanos con sus derechos y deberes y en todo momento siendo tratado con mucha dignidad y respeto, cuidando tanto de ellos/as mismos/as como de sus familias que necesitan ayuda y comprensión, sin sentir que se les juzga.

#### **4.3. Comité de Ética Asistencial del Hospital San Juan de Dios de Pamplona**

Los comités de ética forman parte de la dimensión pragmática de la ética profesional, tal y como lo he reflejado en el apartado 1.3. A continuación voy a hablar sobre el Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Pamplona explicando su composición, funciones y principales dilemas éticos, entre otras cuestiones de interés. Para desarrollar este apartado me voy a basar en la entrevista realizada a la presidenta del comité del hospital. La entrevista completa está añadida como anexo a este trabajo. Primero, me parece importante definir lo qué es un comité de ética asistencial, ya que esta es la denominación que tienen los comités en el ámbito hospitalario.

*Se denomina comité de ética asistencial aquella comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de profesionales y usuarios, creada para el análisis y el asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo final es la mejora de la calidad de la atención sanitaria. (Orden Foral 435/2001).*

Un comité de ética tiene que reunir al menos siete personas de diferentes ámbitos, tanto sanitarios como no sanitarios. El Comité de Ética Asistencial de San Juan de Dios de Pamplona junto al Comité de Ética de San Juan de Dios de Zaragoza forman un único comité. Cada uno de ellos está compuesto por siete personas, y además *los miembros del comité no deben ser remunerados, o sea que es un trabajo totalmente voluntario....*

El Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Pamplona está formado por dos enfermeras, una de ellas supervisora y otra trabajadora de planta, un abogado, que según la directora del comité es muy importante su presencia por diversos temas legales, el capellán del centro (el hermano Gabino), una médico internista, un

voluntario y la presidenta del comité que también es médico. En la entrevista realizada a la presidenta del comité, destacaba la importancia del capellán por su gran formación en temas de bioética, y por haber formado parte en el primer comité de ética de España que se hizo en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona.

En todos los hospitales de San Juan de Dios ha habido un comité de ética, aunque la acreditación haya sido más tardía. El primero de ellos se fundó en el Hospital de Barcelona y el fundador fue quién prácticamente trajo la bioética a España dentro de los hospitales. Con la llegada de la Orden Foral 435/2001 del 24 de agosto, por la que se regulan la creación y la acreditación de los comités de ética asistencial, los comités de Navarra van adquiriendo reconocimiento y son esos cuatro nombrados anteriormente acreditados hasta el día de hoy. En palabras de la directora, *los comités en San Juan de Dios tienen una tradición larguísima porque la persona que los impulsó es la persona que trajo la bioética... prácticamente...a España dentro de los hospitales, que fue el que fundó ese primer comité de Barcelona.*

La creación de los comités de ética dentro de los hospitales surgió a raíz de los avances médicos, que, de alguna manera, han dado lugar a nuevos problemas e inquietudes en ciertas ocasiones. Antes las personas se morían por *muerte natural*, sin poder ser salvados por la medicina, pero con el paso del tiempo y los progresos en la medicina había casos en los que la vida se podía alargar, ya sea trasplantando a alguien un riñón artificial o poniéndole una sonda alimenticia. Esos casos paradigmáticos necesitaban de la intervención de la bioética para reflexionar acerca de soluciones más adecuadas cuando la medicina no sabía qué hacer.

Según la presidenta del comité estos casos paradigmáticos ya están superados y hoy en día el comité tiene que *bajar al pasillo*, o sea reflexionar sobre cosas más sencillas que les afecta directamente a los pacientes. La directora resalta la función consultiva del comité y en ningún momento decisoria, porque afirma que la responsabilidad última siempre va a ser del/la médico/a. En sus palabras... *el comité tiene una función primero consultiva,...el comité debe reflexionar y elaborar protocolos acerca del tratamiento...Tal y como expone la misma, el comité da una opinión, pero que no es vinculante nunca...se reflexiona en voz alta con una serie de pistas y se da una opinión por escrito, pero nunca va a ser vinculante...*

Otra labor importante que hace el comité es la docencia y como refleja la entrevista *la formación de ética tiene que tener una base de formación profesional... importantísimo...* En el HSJD Se dan cursillos de bioética a todos los trabajadores/as del centro cada cierto tiempo donde participan desde personal sanitario hasta personal administrativo y limpieza. La intención de estos cursillos, además de formar a los trabajadores/as en temas de bioética para la mejora de su práctica profesional, es de mejorar las relaciones entre los mismos promoviendo el respeto mutuo entre todos/as ellos/as. La entrevistada me cuenta que *se hacen grupos pequeños, de 15 personas, que permite una interacción... que va a la mejora de lo que es el ejercicio profesional y también, lo que intenta es mejorar las relaciones entre profesionales, que es una cosa muy importante dentro, por lo menos, de los hospitales, donde hay tanta variedad de estatus y de...y de trabajos...*

Desde el comité es importante promover una actitud. Por mucho que el hospital diga que ofrece una atención individualizada, integral...etc., el comité se encarga de que eso no se quede sólo en palabras. Según la entrevistada, los miembros del comité tienen que tener una *actitud ejemplarizante*, un modelo a seguir para los trabajadores/as del centro. Estoy de acuerdo con esta opinión porque uno/a cómo miembro del comité tiene que tener una actitud positiva y de respeto hacia todas las personas del establecimiento en el que trabaja ya que tiene que haber una concordancia entre lo que uno/a defiende y cómo actúa. La presidenta afirma que *hay que fomentar la actitud...una actitud que respete un comportamiento ético... lo llamo una habilidad ética o una actitud ética dentro del personal...* Si como miembro/a de un comité de ética defiendes los principios de autonomía, respeto, actitud positiva y otros principios básicos, también se tiene que demostrar con hechos.

Desde el comité también se incide en la buena comunicación que tiene que haber entre los/as compañeros/as de trabajo porque, en el caso contrario, eso puede influir negativamente en la práctica profesional, y en las familias. Por ello tiene que haber una base común para que se pueda reflexionar sobre unas cosas determinadas y todo ello fundamentadas adecuadamente. La metodología deliberativa es fundamental para que se haga un buen trabajo y en resumidas palabras las funciones generales del

comité, según la presidenta del mismo serían *la deliberación, el consenso y la argumentación...esas son funciones de un comité de ética.*

La metodología deliberativa, desde mi punto de vista, es muy útil ya que trata de buscar la solución más adecuada desde diferentes perfiles profesionales donde cada uno/a, desde su perspectiva profesional, personal y sus experiencias participa en la búsqueda de un consenso beneficioso para un determinado caso o paciente en particular. El hecho de que haya diferentes profesionales componentes del comité puede ser muy enriquecedor para abrir nuevos campos de visión, aunque también pienso que es difícil consensuar cuando cada una de las personas pertenece a un campo determinado. No obstante, también pienso que respetando y escuchando a todos/as expresando su opinión uno/a puede cambiar la suya propia. A veces no miramos más allá de lo que sabemos o lo que aprendemos y nos parece que nuestra idea u opinión tiene que ser la correcta o viable y muchas veces no lo es. Uno/a aprende prestando atención de los/as demás, e incluso se pueden cambiar de opinión y darse cuenta que lo suyo no es lo mejor.

En cuanto a los principios de la bioética, el principio de la Autonomía, centrada en la etapa final de la vida humana, tiene mucha relación con la correcta transmisión de información. La presidenta me explicaba que...*también entra en el principio de autonomía rechazar un tratamiento. El tratamiento de un paciente en una fase terminal tiene que ser de alivio, de confort, de paliar los síntomas...*En medicina, el principio de autonomía puede entrar en confrontación con otros principios como el de la No-Maleficencia. Tal como explica la presidenta un/a paciente que es autónomo puede elegir que le practiquen una actuación médica que no es la adecuada, debido a que el/la paciente no conoce los riesgos y el método de actuación. Un ejemplo de ello es cuando un/a paciente pide ser sedado/a y el/la médico no considera que sea lo más adecuado porque existen otros tratamientos más beneficiosos, entonces no se le podrá sedar. En palabras suyas...*una persona está sufriendo muchísimo y te dice...!a mí sédeme!, y tú te tienes que preguntar ¿hemos hecho todos los tratamientos adecuados o...se pueden calmar esos síntomas sin una sedación...ahí entraría el principio de No-Maleficencia...*Y todo ello, tiene que ver con el uso de una correcta información, para que el paciente sepa en todo momento, en que estadio de la enfermedad está y qué

---

posibilidad de tratamiento existen en la misma. La entrevistada, como médico, afirma que *si nosotros vemos que una actuación médica, digamos puede... puede ser... mala para el paciente pero que es lo que el paciente elige... se le explica al paciente...es que muchos pasos, mucho tratamientos que pueden lograr el alivio de síntomas...entonces todo eso requiere muchísima información*. Comparto con ella esta aportación y estoy convencida que si un paciente está al tanto de su situación no va a pedir que le hagan cosas que “no merecen la pena”.

En cuanto al principio de justicia, que tiene que ver con el acceso a los recursos sanitarios existentes, también hay casos en los que es preciso valorar si es necesaria una actuación o no. Si un paciente terminal pide ser operado de juanetes, probablemente habría que explicarle que la situación, en la que está realizarle una operación no sería lo más adecuado, pero volvemos a lo mismo, que si el/la paciente está puesto/a al corriente de su situación real de la enfermedad y ésta es comprendida, es muy posible que éste no pida tal cosa. En el caso contrario, puede que ocurra. La directora me lo explica de la siguiente manera: *...tú imagínate que te pide algo que no tiene ningún sentido, entonces también tendrás que contemplar ese principio de justicia...que no tiene ningún sentido por la evolución que sabes que va a llevar el paciente...*

Es muy importante individualizar el caso, hablar sobre un/a enfermo/a en concreto y su situación por la que está pasando, aunque la teoría sobre la ética y sus principios sea una para todos/as hay que saber aplicarla en el caso preciso. Cada caso es único aunque a simple vista parezca que sea igual. Dos pacientes, aunque les pase lo mismo hablando de enfermedad, son dos situaciones diferentes. Como un caso reciente que me cuenta la entrevistada *...no es lo mismo un paciente en una fase avanzada se quiera operar de cataratas porque se dedique al dibujo, que otro que no haga ninguna cosa que requiera una vista avanzada*. En todo momento, tanto dentro de un comité como en nuestra práctica profesional como Trabajadores/as Sociales, considero elemental saber intervenir teniendo en cuenta las circunstancias y las necesidades de cada realidad en particular. Habrá que evaluar y valorar cada caso en concreto, y en el caso de que hubiera protocolos, seguramente no valdría para todos los contextos aunque la raíz del problema sea el desarrollado en el mismo.

El dilema ético más frecuente tiene que ver con la limitación del esfuerzo terapéutico (por ejemplo, *...si poner o no poner una sonda de nutrición, ¿cuándo hay que no hacer tratamientos curativos sin sentido, no necesarias... etc.*). Sobre todo eso produce problemas en enfermería, porque al fin y al cabo, es la que será encargada de hacer esas cosas. Esos problemas son tratados mediante una metodología deliberativa de Diego Gracia que consta de, primero que se presente el caso, después presentar un problema sobre el que haya que reflexionar y aplicar los principios de la bioética teniendo en cuenta los valores del/a paciente. La decisión final, según la presidenta, es contrastada con la prueba de legalidad, es decir, si lo que se decide es legal o no.

Desde la Bioética también se plantea someter la decisión al principio de publicidad, es decir, ver si seríamos capaces de explicar y justificar esa decisión a cualquier persona. Además, también se tiene en cuenta el principio de universalidad, es decir, si se tomaría la misma decisión sea quien sea el/la usuario/a del/la que se trate.

Por concluir la entrevista, me parece importante recalcar la importancia que da la entrevistada a la transmisión correcta de la información y que la transmisión sea un proceso en que el/la médico se asegure de que los/as pacientes entiendan lo que se les está diciendo y están al corriente de la situación real por la que están pasando porque de ello dependerá las decisiones que tomen y las elecciones que hagan. Así se realizará un auténtico consentimiento informado.

## CONCLUSIONES

No nos cabe duda que tanto hoy como en tiempos anteriores, hace falta tener una buena ética para desarrollar adecuadamente cualquier profesión. Quizás, en esta nueva sociedad, con tanta diversidad de todo tipo de cosas, haga falta prestarle más atención a la Ética en general y construirnos como “personas” con los mejores valores y principios humanos. Aparte de ser un buen ser humano y tener buenas intenciones en el día a día es necesario saber aplicarlos en el trabajo que se desempeña, aunque me atrevo a decir que solamente con eso no bastaría. Para realizar bien cualquier trabajo, hoy en día, todos y todas estaríamos de acuerdo que es necesario tener unas competencias teóricas básicas de conocimientos, aparte de la moralidad humana que es necesario adquirir.

Por lo tanto, existen dos requisitos imprescindibles para ser capaz de trabajar en esta sociedad moderna, según mi punto de vista: la parte que tiene que ver con las competencias teóricas básicas que requiere el dicho trabajo y la parte ética que tiene que ver con los principios éticos, los valores y las virtudes de un/a buen/a profesional. Como hemos visto más detalladamente en el principio de este trabajo, la Ética y la Moral son términos distintos. Mientras que la ética surge del interior de una persona a raíz de la propia reflexión, la moral tiene una base social, es decir, tiene que ver con las normas que establece una sociedad y son impuestas de alguna manera a los individuos. La ética somete a la crítica a la moral, cuestiona lo que es bueno y lo que es malo haciendo uso de la reflexión. También es verdad que una norma moral puede ser discutible y debatible y la función de la ética es fundamentar la moral. Hay autores quienes, refiriéndose a lo mismo, hablan de la vida moral (como moral vivida) y el saber moral (moral reflexionada), donde el segundo se refiere el conocimiento fundamentado del primero.

Las profesiones suelen tener sus principios éticos básicos y de obligatorio cumplimiento por parte de los empleados con el fin de desempeñar adecuadamente sus funciones. En el Trabajo Social hay cuatro principios básicos desarrollados por Sara Banks (1997): el principio del respeto a la autodeterminación, la promoción del bienestar, la igualdad y la justicia distributiva. El primero de ellos se basa en el derecho de la persona atendida de actuar según sus propios deseos y elecciones sin coacción

externa. La promoción del bienestar, en resumidas palabras, se refiere a promover el “bien” al usuario, teniendo en cuenta sus criterios ya que al contrario el/la profesional fomentaría el paternalismo. La igualdad hace referencia a que todos/as las personas reciban por parte del/a profesional el mismo trato, sin prejuicios ningunos o favoritismos. Y por último, el principio de la justicia distributiva se refiere a la distribución de los recursos según unas normas establecidas. Biestek, a su vez, amplía otros siete principios, añadiendo otros como el principio de confidencialidad, la aceptación, la capacidad “no enjuiciadora”, etc.

La metodología de la Bioética se basa en cuatro principios. La Bioética es un estudio interdisciplinar que surge a raíz de los nuevos avances médicos. Entre sus principios se encuentra el de Autonomía, No-Maleficencia, Beneficencia y el de Justicia. Éstos son parecidos a los cuatro principios de la Ética del Trabajo Social desarrollados por Sara Banks. La Ética del Trabajo Social habla del principio de Bienestar y la Bioética habla del principio de Beneficencia que en términos generales dicen lo mismo: hacer el bien. Lo mismo pasa con la Promoción de la Autodeterminación y el de Autonomía que pretenden, en los dos casos, de que sea el usuario/a-paciente el/la que decida por sí mismo/a sin influencias externas.

La Justicia Distributiva es un principio que se dan tanto en la Ética como en la Bioética y en los dos casos mantiene el mismo nombre. En definitiva, esto me hace concluir que hay una coincidencia entre los principios éticos básicos de la Ética del Trabajo Social y los principios de la Bioética y, por lo tanto, los valores y virtudes que establecen son similares. Para poder hacer cumplir con la autonomía del/la usuario/a o del/la paciente, el/la profesional tendrá que actuar con respeto y sinceridad, que son dos virtudes necesarias en la práctica profesional.

Todos estos principios se aplican o se deben aplicar a cualquier intervención donde se trabaje con personas, y sobre todo, en la nuestra que es Trabajo Social. Una parte mi trabajo, referida a los principios éticos, está enfocada a la aplicación de los mismos en el Hospital San Juan de Dios. Trabajar en San Juan de Dios es trabajar continuamente con el dolor, el sufrimiento y la muerte. La enfermedad supone un gran cambio a todos los niveles tanto para los mismos/as pacientes como para sus familiares y/o amigos. Como profesional trabajador/a de un hospital, y en concreto, de San Juan de Dios, que es del que estamos hablando, hay que saber enfrentarte a esas realidades y saber



---

cómo reaccionar ante los/as pacientes que las sufren. La presencia y el apoyo de la familia es un pilar importante para cada uno/a de los/as pacientes.

Desde el trabajo social, se atiende tanto a las necesidades (emocionales, sociales, etc.) del/a enfermo/a como las de su familia. Trabajar con la familia es de suma importancia porque de esta manera se puede identificar los factores de riesgo que tiene la misma e intentar colaborar para la mejora de las situaciones difíciles mediante la búsqueda de soluciones adecuadas. Como profesionales del Trabajo Social tenemos que saber detectar esos casos de posible riesgo y elaborar una relación de ayuda teniendo en cuenta las circunstancias de cada familia y sus necesidades concretas. Los/as trabajadores sociales no hacen milagros pero sí que puede servir de gran ayuda para una familia (o paciente) que se ve derrumbada ante una situación difícil y no saben qué hacer. Muchas veces, las familias buscan un desahogo y compartir con alguien sus disgustos y problemas por las que está pasando, sin miedo a ser juzgados y poder sentirse en cada momento respetados y escuchados. En definitiva, el/la profesional del Trabajo Social tiene que tener presente siempre los principios éticos y desarrollar en torno a ellos, en la práctica diaria virtudes como, el respeto, la sinceridad, la prudencia, etc. con el fin de conseguir un buen ejercicio profesional. Las personas tienen que ser atendidas desde el respeto, amabilidad y buen trato para que éstas puedan contar con total libertad lo que les preocupa en un clima de confianza y seguridad.

Como he dicho anteriormente, trabajar en un hospital de las características de San Juan de Dios, es trabajar con el dolor y el sufrimiento e incluso con la muerte todos los días. En nuestra sociedad existe un cierto miedo a morir y ese tema no suele ser una cuestión a hablar con los amigos/familiares o conocidos ya que se tiende a evitar. Morir es una desgracia, y las desgracias no son algo bueno, y por lo tanto, se evitan o se intentan evitar. Ante una situación que se prevé la muerte al/a paciente en breve, el/la Trabajador/a Social tiene una función clave para que el proceso sea llevado lo mejor posible, sobre todo haciendo un seguimiento del duelo.

Para resolver situaciones de gran complejidad las instituciones suelen contar con un comité de ética. Según Diego Gracia un comité de ética tiene que utilizar una metodología deliberativa donde el colectivo reflexione acerca de los dilemas éticos existentes y encuentren, mediante un consenso común, una solución prudente. Esta es

la metodología que manejan desde el Hospital San Juan de Dios en su propio comité de ética asistencial. Tanto la presidenta del dicho comité como Diego Gracia en sus escritos sobre el tema, hacen referencia a la importancia de individualizar el caso. Cada caso tendrá sus circunstancias determinadas incluyendo los valores que “entran en juego”, y todo ello, determinará la toma de una decisión u otra.

La entrevistada deja claro que la decisión última la toma el/la médico responsable aunque desde el comité se debata sobre la solución más adecuada argumentado cada punto de vista desde los diferentes ámbitos profesionales pertenecientes al mismo. Insiste mucho en el tema de la formación en Bioética, una buena comunicación y transmisión de la información. Es necesario que todos/as los/as trabajadores/as del hospital se formen en temas de Bioética para poder llevarlos a su campo profesional y hacer un buen trabajo. Una comunicación adecuada entre los mismos intervendrá en el establecimiento de unas relaciones de compañerismo correctas donde cada uno/a pueda aportar sus experiencias y competencias con el fin de hacer un gran trabajo en equipo.

Como última aportación, decir que el trabajo me ha servido para profundizar en aspectos fundamentales de la Ética, y, lo que he aprendido haciéndolo me va a enriquecer tanto profesionalmente como personalmente. La construcción de la conciencia personal nos lleva toda la vida. Cuando somos niños recogemos un bagaje ético de la familia que nos recibe. Después la vamos ampliando incorporando los valores del entorno social que nos rodea. Aprendiendo nuevas cosas, analizando y criticando lo que vemos en la sociedad, revisamos los valores transmitidos de la familia defendiendo o abandonando algunos de los que se nos han sido inculcados. De esta manera nos construimos como seres humanos, unas buenas personas a criterio de cada uno/a.

La Ética sirve para regular la conducta de los individuos que lleva implícito un componente reflexivo, una actividad del ser humano, consciente y libre para ir construyendo su conciencia moral. A un buen profesional se le pide que trate al usuario/a con calidad y calidez. Es cierto que habrá situaciones en las que, como profesional, no podamos dar una solución óptima porque no la haya, pero ofrecer un trato de calidad con las personas, desde el respeto mutuo, es obligatorio.

## REFERENCIAS

- Aristóteles, (1985) *Ética nicomáquea. Ética eudemia*, Madrid: Gredos.
- Ballester, A. (2006) *Dilemas Éticos en Trabajo Social*, Pamplona: Eunate.
- Banks, S. (1997) *Ética y valores en el Trabajo social*, Barcelona: Paidós.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1999) *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona: Masson.
- Bermejo, F. J. (1996) "La Ética en el Trabajo Social", en Bermejo, F. J. (1996) *Ética y Trabajo Social*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 15-43.
- Biestek, F. (1961) *The Casework Relationship*, Londres, Allen and Unwin.
- Bouquet, B (1993) "Les valeurs dans l'histoire du service social", *Rencontre*, Nº 88, Erés Editions en Ballester, A. (2006) *Dilemas Éticos en Trabajo Social*, Pamplona: Eunate.
- Camps, V. (2007) "La excelencia de las profesiones sanitarias". *Humanidades Médicas*. Nº 21, 11-21.
- Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social (2012). Texto aprobado por el Consejo General del Trabajo Social, 29 de junio.
- Cortina, A.; (2000) "El sentido de las profesiones", en Cortina, A. & Conill, J. (Drs) (2000) *Diez Palabras clave en Ética de las Profesiones*, Estella: Verbo Divino, 13-28.
- De Robertis, C. (2003) *Fundamentos del trabajo social*, Valencia: Nau llibres-Universitat de Valencia.
- Diego Gracia (2009) Jornada "Creación de un Comité de Ética aplicada a la Intervención Social en Álava". Teoría y Práctica de los Comités de Ética. Álava.
- Drane J.F. (1988) *Becoming a Good Doctor: The place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas City: Sheed and Ward.
- Ferrer, J.J & Álvarez, J.C. (2003) *Para fundamentar la Bioética. Teoría y paradigmas teóricos en la Bioética Contemporánea*, Madrid: Desclée De Brouwer.
- Fernández, J.L. (1996) "El profesional y las organizaciones: algunos problemas éticos" en Bermejo, F. J. *Ética y Trabajo Social*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, pp. 105-154.

- Flórez Lozano, J. A. (2001) *Aspectos Psicoafectivos del Enfermo terminal: Atención ética integral*, Barcelona: Gráficos Compás S.A.
- GARCÍA FÉREZ, José (2003) "Bioética y Personas Mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003].
- García Roca, J. (2000) "Trabajo Social", en Cortina, A. & Conill, J. (Drs) *Diez Palabras clave en Ética de las Profesiones*, Estella: Verbo Divino, 313-357.
- Guía informativa sobre el Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Hortal Augusto, A. (1994) "Planteamiento de una ética profesional", en Fernández, J.L. & Hortal Augusto, A. (Comp.), *Ética de las profesiones*, Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 55-73.
- Hortal Augusto, A. (1994) "Ética y Tecnificación de las profesiones", en Fernández, J.L. & Hortal Augusto, A. (Comp.), *Ética de las profesiones*, Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 75-82.
- Orden Foral 435/2001, de 24 de Agosto, del Consejero de Salud, por la que se regula la Creación y la Acreditación de los Comités de Ética Asistencial. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 2001, Nº116.
- PEÑA I GALLARDO, C. (2013) "El dilema ético en la toma de decisiones en trabajo social sanitario: Deliberación ética en la intervención social entorno de un caso de malos tratos a las personas mayores". *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto, nº 199, 103-114.
- Potter, V. R. (1971) *Bioethics bridge to the future*, New Jersey: Prentice-Hall.
- Potter, V. R. (1970) "Bioethics: The Science of Survival". *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 (1) ,127-153.
- Siegler M. (2000) "Professional Values in Modern Critical practice". *The Hastings Center Report. Special Supplement* ,July-August ,S19-S22.
- Spicker, P. (1990) "Social Work and Self-determination", *The British Journal of Social Work*, Nº 30, 221-236.
- Stuart Mill, J. (1984) *Sobre la libertad*, Barcelona: Orbis.
- Valoix Fossas R. (2001) "Dolor y Calidad de Vida" en Institut Borja de bioética & Fundación Mapfre Medicina. *Ensayos de Bioética-2*, Madrid: Mapfre S.A., 23-45.

- Weber, M. (1969) *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Barcelona: Península, 82.



## ANEXOS

### **Anexo 1: Entrevista a la Presidenta del Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios 08/05/2014**

¿Quién forma parte del Comité de Ética de HSJD?

*Un Comité de Ética siempre es un Comité que tiene que reunir a personas de diferentes profesiones o disciplinas, entonces..... en principio, no tiene que tener cargos directivos...en general el hospital no tiene que tener...el Comité no tiene por qué tener cargos directivos que condicionen un poco la reflexión, entonces está formado el Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Pamplona es un Comité un poco especial porque está unido con el Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, entonces forman un único Comité, cada uno con siete personas...pero yo te voy a explicar un poco quién forma parte en el de Pamplona....en el de Pamplona hay...a ver ...dos enfermeras, una que es supervisora y otra trabajadora de planta...hay un abogado, que también es muy conveniente que haya en los Comités por el sustento legal de cualquier decisión sobre la que se reflexione, está el hermano Gabino que es el capellán del centro que tiene una formación amplia e importante en Bioética y además formó parte del primer Comité de Bioética que se hizo en un hospital de España, en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona y él formaba parte de ese Comité de Ética, hay un lego que se dice...que es un voluntario...que es el que tiene la función de secretario del Comité y...yo creo que ya he nombrado...ah...y hay una médico internista y luego estoy yo...también médico y presidenta del Comité...somos siete personas que pertenecemos al Comité de aquí..*

Desde cuando empezó a funcionar y el proceso histórico que tuvo...

*Hombre, el Comité empezó a funcionar hace mucho tiempo, fíjate que te estoy hablando de que en el año....creo que fue... se fundó el primer Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios en...no me acuerdo, pero bueno, hacia los años 80, entonces lo que pasa que los Comités en San Juan de Dios tienen una tradición larguísima porque la persona que los impulsó es la persona que trajo la bioética... prácticamente...a España dentro de los hospitales, que fue Franche Isabel, que fue el que fundó ese*

*primer Comité de Barcelona... y entonces dentro de la orden siempre ha habido...esos Comités que no han estado acreditados pero con la historia de la acreditación de los Comités que les da una validez y les da una vida digamos dentro de, por ejemplo, aquí del Gobierno de Navarra, pues yo creo que la primera vez, que cuando se acreditó el Comité del Hospital San Juan de Dios fue en el año 2008...acreditado, pero ya te digo que reuniones había desde el año 90...aquí en Pamplona, y desde los 80 en Barcelona y yo creo que todos los hospitales de la Orden ha habido esa inquietud aunque sea de esa forma no reconocida por no estar acreditada, pero aquí en Navarra se acreditó, primero el de Navarra, luego el del Virgen del Camino, luego el de Pamplona y luego el de Tudela, o sea que...no sé si fue antes el del hospital nuestro o del Virgen del Camino, pero son cuatro los Comités acreditados, o sea es una...una tradición súper importante en lo que es la reflexión acerca de los problemas que se pueden presentar en relación con los pacientes, con las enfermedades y con las familias.*

¿Cuáles son las funciones del Comité?

*El Comité, en principio, yo...yo creo que la creación de los Comités coincidió con la...un poco...la revolución de la medicina, te hablo de los Comités Hospitalarios...en los que se producían situaciones...pues...que partían, en realidad, de sentencias judiciales, en relación, por ejemplo, a la prolongación de la vida...había lo que se llaman los casos paradigmáticos, había que desconectar o... pedían unos padres que se desconectara un respirador de una hija que llevaba un tiempo en coma y...entonces eso era una situación nueva dentro de la medicina que hasta entonces digamos que...la gente se moría de muerte "natural"...cuando le tocaba, pero luego empezaron las ucis, empezaron los riñones artificiales, se desarrollaron enormemente la cirugía...es decir, se salvaba gente que antes no tenía posibilidad de vivir a raíz de una enfermedad o una situación y ...entonces claro, se empezaba a pensar ¿hasta dónde?...o...porque se habían hecho las cosas y si se habían hecho bien, por ejemplo, en lo del Consentimiento Informado ¿no?...empezaron a desarrollarse aunque luego las cifras oficiales igual se me pueden perder pero estamos hablando de los años 70...había una serie de casos que se llamaban casos paradigmáticos, que por ejemplo era, la desconexión de un respirador de Karen Ann Quinlan que también fue a los tribunales...el tratamiento de un niño que le faltaba el esófago y tenía, además, un síndrome de Down...si se le*



trataba de forma que se intentará que siguiera adelante o no...empezaron los problemas de las madres de alquiler...quiero decir que se produjeron unas situaciones nuevas y los Comités nacieron para reflexionar acerca de cosas trascendentes en los que la medicina no sabía qué hacer, pero claro...hoy en día los casos paradigmáticos, digamos que está superados, y para mí el Comité tiene que bajar al pasillo..eh...o sea tiene que reflexionar acerca de cosas mucho más sencillas, por ejemplo acerca de la sujeciones de los pacientes y entonces lo que hace el Comité es reflexionar y elaborar protocolos acerca del tratamiento con sedación...lo mismo, reflexiona y elabora un protocolo de actuación, es decir, el Comité tiene una función, primero consultiva...que no decisoria porque el Comité no debe sustituir a nadie en su responsabilidad de tomar una decisión, o sea un médico, generalmente...puede ser una enfermera, puede ser un familiar...pide una opinión al Comité...el Comité tiene que estar...estudia en profundidad los datos y recabar más datos si se requiere...para eso, suele pedir que sea la propia persona que hace la consulta que exponga el caso, hace una reflexión...ve qué conflictos hay entre, bueno...los principios fundamentales y otra serie de situaciones y...bueno...puede...da una opinión, pero que no es vinculante nunca, es decir que el médico que haya hecho la consulta...suelen ser médicos por eso te digo...imagínate que es poner una sonda de alimentación o no ponerla ¿no?, pues entonces él será el que lo decida, sin embargo nosotros habremos participado y habremos hecho preguntas como¿...y qué opinaba el paciente? o ¿se le ha pedido, realmente permiso para tomar esa decisión?...¿hay métodos de tratamiento alternativos que podrían encajar en lo que él quería?...es decir se da una serie de...se reflexiona en voz alta con una serie de pistas y se da una opinión por escrito, pero nunca va a ser vinculante...quiero decir...que nunca se le va a decir qué es lo que tiene que hacer porque la responsabilidad...ese sí que es un principio importante, la tiene que asumir la persona responsable... y luego otra labor importante es la de docencia...como los cursos que te pasé, y creo que muchísimo interés en el aprendizaje, la semana que viene va a empezar la sexta edición de bioética básica dentro del hospital, es decir que el interés por la formación es importante, pero, yo creo que el secreto es que no se quede en teoría sino que...hay que fomentar la actitud...una actitud que respete un comportamiento ético...yo le llamo pues...una habilidad ética o una actitud ética dentro del personal, aquí los cursos que organiza el Comité son cursos para todos los profesionales en los que se juntan

*médicos, enfermeras, auxiliares, limpieza, administración...eh...laboratorio, todos...todo el personal...y entonces lo que se establece un conocimiento lo que es...que se pretende es establecer un conocimiento simultaneo, es decir, que todos partamos de la misma base y que todos la tengamos discutida...se hacen grupos pequeños, de 15 personas, que permite una interacción...son cursos que están acreditados, es decir que el Comité no es una...una cosa de...yo que se...de puritanismo o de...sino que es una cosa que va a la mejora de lo que es el ejercicio profesional y también, lo que intenta es mejorar las relaciones entre profesionales, que es una cosa muy importante dentro, por lo menos, de los hospitales, donde hay tanta variedad de estatus y de...y de trabajos ¿no?...y esas son las funciones más o menos del Comité.*

¿Qué aspectos ves más importantes a tratar desde el Comité teniendo en cuenta las características de este hospital y sus pacientes?

*Pues para mí el de fomentar una actitud...el de pasar de una teoría a la acción, es decir a la práctica más que a la acción ¿no?...es muy bonito decir que estamos tratando personas, que damos una atención integral, una asistencia individualizada...pero...si se queda en palabras pues...es una tontería ¿no?...eso lo encuentras en cualquier manual y eso se repite constantemente, entonces a mí lo que me parece es que la función, primero tiene que...aunque te parezca un poco raro y un poco anticuado...ser ejemplarizante, es decir que tú fomentas...tú no puedes decir que...que llames a la puerta de cada habitación antes de entrar si luego no saludas a tus compañeros por el pasillo...tú no puedes hablar de...llamar sin tener una educación básica, educación social ya, de relación social...entonces el Comité, por lo menos en mi criterio, por lo menos desde todo lo que hablamos es obtener resultados prácticos y sencillos...el objetivo actual y te lo digo desde mi punto de vista es manejar bien la información porque no es decir todo lo que hay no todas las posibilidades...es saber manejar la comunicación y yo creo que el Comité debe trabajar desde dentro para fomentar un poco la naturalidad de las relaciones para que cada estamento o cada profesión o cada grupo profesional tenga su espacio pero el mismo espacio todo el mundo y que cada uno desarrolle lo que tenga que desarrollar pero que haya una comunicación y una conexión porque si no eso nunca repercutirá en los pacientes y en las familias...si va cada uno a su bola...es otra paradoja el trabajo en equipo... la trabajadora social tiene*

*una función, el médico tiene otra, la fisio tiene otra...y si nadie interacciona, si cada uno va a su bola ¿no?...entonces eso es muy triste, es tristísimo, y además es poco práctico porque eso redundaría en un perjuicio para el paciente...yo...te lo vuelvo a repetir, defendiendo la bioética de pasillo...la bioética de a pie...la bioética de unificar criterios y luego ya hablaremos de las funciones que cada uno tiene o cómo se tiene que desarrollar o cómo se tiene que hablar... pero yo creo que tiene que ser partiendo todos pues...de un lenguaje común y unos conocimientos súper básicos si me hablas de formación en ética...la formación de ética tiene que tener una base de formación profesional...importantísimo... porque sino, no puedes tampoco discurrir y tiene que tener unos conocimientos legales ,también básicos, porque si no tampoco los puedes llevar a la práctica, tú no puedes hacer lo que te dé la gana porque te lo manda tu conciencia...tú conciencia...primero tienes que consensuar...digamos que crearía, desde mi punto de vista ,una conciencia común, que todos estuviéramos medianamente de acuerdo... porque es que sino ...tu imagínate que cada uno defiende que lo hace porque se lo dicta su conciencia, eso no es posible, todos tenemos que tener un consenso y es la deliberación, el consenso y la argumentación...esas son funciones de un Comité de Ética, porque tú tienes que defender, no puedes decidir por capricho, tiene que estar fundamentado y tiene que estar argumentado, es decir, que es una cosa muy seria....que no es que se reúnan cuatro iluminados...que por cierto, un Comité da mucho trabajo, y la gente tampoco...a veces está tan predispuesta a trabajar, porque parece muy bonito el hablar ¿no?...pero es que hay que llevarlo a la práctica, hay que recoger actas, hay que hacer memorias...estás obligado a hacer esas cosas, hay que responder a la gente, y entonces si falla...eso ,pues, tampoco el Comité puede ser representativo , entonces a la gente le parece muy bonito pertenecer a un Comité, pero claro, un Comité requiere bastante trabajo y eso...pues...se acepta como un plus porque una característica de un Comité es que nunca es remunerado, los miembros del Comité no deben ser remunerados, o sea que es un trabajo totalmente voluntario, o sea que fíjate el compromiso...es el primer núcleo de ejemplo y si no das ese ejemplo pues mal irá el Comité, si no logras ese funcionamiento...por eso también tiene que ser voluntario...que alguien se incorpore debe pasar por la voluntariedad, te lo pueden proponer pero si tú no quieres pues ya está...*

¿Cómo se tratan los cuatro principios de la bioética en la última etapa de la vida del paciente?

*Pues mira, una cosa muy importante...los cuatro principios fundamentales...el primero es el de autonomía, digamos que es el que eso ya está con el Consentimiento Informado y las Voluntades Anticipadas...digamos que...deberían estar cubiertos pero claro...la autonomía del paciente...puede entrar en conflicto....el otro día lo comentaba en...bueno en la última reunión del Comité, con la No- Maleficencia porque yo creo que lo que estamos haciendo...que estamos viviendo un poco de la rentas en lo que es la bioética y ¿por qué te digo esto?...porque ahora todo el mundo habla del principio de autonomía...hablamos muchísimo del principio de autonomía....el principio de la autonomía del paciente, sobre todo en el final de la vida tiene que ver mucho con una correcta información....desde mi punto de vista, estamos corriendo el riesgo de hacer un encarnizamiento informativo, antes se hablaba de un encarnizamiento terapéutico, que hoy se llama obstinación terapéutica pero...hoy corremos el riesgo, por cumplir el principio de autonomía y por evitar, yo creo que el complejo casi del paternalismo dentro de la medicina, estamos corriendo el riesgo de confrontar el principio de autonomía del paciente, que es la capacidad libre de elección, con otros principios, porque....si nosotros vemos que...que una actuación médica, digamos puede...a ver cómo te lo explico...puede ser...mala para el paciente pero que es lo que el paciente elige...¿me explico?...un paciente elige o dice...bueno ya que soy autónomo yo elijo que me seden pero el médico dice ¿cómo que le seden? ...esto es muy...muy...los minutos no son suficientes para esta historia... ¿cómo que me seden?...entonces dice...pero a ver ¿se han probado...? y se le explica al paciente...es que hay otros...hay otros...muchos pasos, mucho tratamientos que pueden lograr el alivio de síntomas sin sedarle...entonces todo eso requiere muchísima información, porque por ejemplo, una sedación no se debe hacer nunca, lo digo porque tú al final eres una persona de la calle....sin que se hayan hecho los tratamientos adecuados que tengan posibilidad previa...se llama sin que exista un síntoma refractario, es decir, una persona está sufriendo muchísimo y te dice...! a mí sédeme! y tú te tienes que preguntar ¿hemos hecho todos los tratamientos adecuados o se puede hacer...se pueden calmar esos síntomas sin una sedación directamente?...pues ahí entraría el principio de No-*

*Maleficencia...yo el principio de Beneficencia lo considero dentro del principio de No-Maleficencia...no hacer el mal, y luego está el principio de justicia...imagínate por ejemplo el de la...el de la...digamos que...el del dinero, por decirlo eh...primero, sería tratar a todo el mundo por igual pero el principio de justicia hoy está muy...muy imbricado con lo que son los recursos sanitarios... tú imagínate que te pida algo...yo que sé...que no tenga ningún sentido, entonces también tendrás que contemplar ese principio de justicia...que no tiene ningún sentido por la evolución que sabes que va a llevar el paciente porque tú me hablaste de muerte, es decir, en una situación terminal...imagínate que en una situación terminal te diga el paciente...que no te dice nada, pero bueno...esas son imaginaciones de la calle...!quiero operarme de juanetes!...pues dices...a ver ¿qué beneficios le va a aportar esto? ¿no?...cuando esto puede privar a otra persona de otra prestación sanitaria ¿me explico?...entonces si me dices, desde un punto de vista teórico...la autonomía...muy bonito... la justicia...precioso, tratar a todos por igual y que todo el mundo tenga acceso a los cuidados paliativos...que no todo el mundo tampoco lo tiene...y el de No-Maleficencia, no prolongar la vida de forma inadecuada eh...eso sería desde el punto de vista formal... pero eso tiene mucho por reflexionar porque una cosa es la teoría y otra es la práctica...*

En el caso de que un paciente te diga que se quiere operar de una cosa y, como médico, ves que eso no tiene....

*Hombre, pues le tienes que convencer...el paciente siempre, dentro de la autonomía tiene derecho de rechazar un tratamiento, es decir, suele suceder más al revés que tú le digas...le quiero poner una sonda nasogástrica por esto, por esto y por esto...y que te diga...!no quiero!...entonces también entra dentro del principio de autonomía rechazar un tratamiento. Si un paciente, imagínate que tiene un cáncer súper extendido te pide que le operes de juanetes...hombre, habrá que decirle...habrá que explicarle las cosas, porque tú misma preguntando esto ves que no tiene ningún sentido...eh...si está en una fase próxima a la muerte....cuando el tratamiento, cuando el pronóstico es de incurabilidad, por eso es muy importante distinguir la fase terminal...la fase terminal...el tratamiento tiene que ser de alivio, de confort, de paliar los síntomas, por eso nacieron los cuidados paliativos también, pero que te pidan algo que no tiene*

ningún sentido y que además lo vas a tener que tratar porque, imagínate que los juanetes es una operación que luego sí que hay que tratar con analgesia pero yo creo que no entra en ninguna cabeza y para eso el médico...como médico, yo tendré que emplear bastante tiempo...el tiempo necesario, ni mucho ni poco para explicarle al paciente que comprenda esa situación ¿no?, es decir....vamos a ver, estamos hablando que usted está en una situación en lo que la curación no es posible...fíjate si es absurdo que te pidan eh...sobre todo en la fase cercana a la muerte que es como lo que estamos hablando, porque ¿para qué?...a ver, una persona, igual, si está andando y si la muerte no es próxima es otra cosa porque le puede permitir... eso influye en su confort, pero ahí tienes que ver, pues un montón de cosas y, nunca puedes tomar una decisión...siempre te tienes que preguntar a ver ¿de quién estamos hablando?...y te voy a decir una...un caso reciente...no es lo mismo un paciente en una fase avanzada de enfermedad se quiera operar de cataratas porque se dedique al dibujo y porque le satisfaga el dibujo, que otro que no haga ninguna cosa que requiera una vista avanzada, por lo menos te lo tendrás que plantear y te lo tendrás que plantear estudiando el caso, pero no tenemos que hablar de la muerte sino del moribundo, ¿me explico?, porque la muerte es una...es un...es algo...es un concepto, es abstracto...un concepto abstracto, sin embargo el moribundo es una persona que tiene sus circunstancias, que tiene su...su situación familiar, que tiene sus creencias, que sabe lo que le merece la pena o lo que no y que tiene una autonomía pero la autonomía no sirve para nada si no tienes una información y no la comprendes...tú no puedes decir responsablemente sino entiendes de qué estás hablando ¿no?, o sea que esos principios encorsetados, pues yo, lo siento mucho pero sirven para bastante poco, desde el punto de vista teórico, pero sí sirven mucho, como hilo conductor para decir...vamos a pensar en un paciente que tiene... ¿es autónomo?, o ¿que no lo es?, ¿por qué no puede ser autónomo?¿por qué nos puede importar?...porque si no es autónomo y tiene que tomar una decisión alguien tendrá que decidir por él y entonces entramos en el concepto de las decisiones por representación, pero...¿quién es la persona que tiene que decidir?, ves como todo son preguntas, y no te sirve hablar sobre la muerte y hablar sobre el cáncer...te sirve hablar sobre la muerte de una persona y sobre el cáncer que padece una persona sobre la fase que encuentra, sobre las circunstancias que condicionan su vida, sobre los valores que tiene, sobre sus creencias,

sobre su familia...¿entiendes?...es pensar en una persona en concreto, siempre...otra cosa es la teoría que puede ser orientativa y algo tienes que tener de hilo conductor y los principios han sido un hilo conductor muy importante y lo siguen siendo, ¿Por qué?...porque te permiten un punto de partida para gente que no...que...yo que sé...que no está metida en el tema y es un punto de partida...el resumen es muy claro...estás pensando en una persona y punto...una persona que tiene una circunstancia de vida, que tiene unas creencias determinadas, que tiene un capacidad concreta para decidir...y si no la tiene alguien tendrá que decidir por él, pero todo eso pasa por la información, porque si tú no tienes la información, tú eres el que dices...a ver ¿me voy a morir?...ah pues que me operen de juanetes, pero claro sin saber que te vas a morir igual quieres que te operen de juanetes...si sabes que te vas a morir en un plazo de un tiempo... medio corto, yo creo que a nadie se le ocurriría operarse de juanetes, pero claro...eso lo tiene que saber ¿no?, y ahí entramos en el derecho a la verdad, que es otra, que con la información, es la base de la autonomía...porque si no ¿qué vas a decidir si ni sabes la verdad y no tienes información de alternativas?...poco puedes decidir... ¿no?...es más complicado de lo que parece y más sencillo también, porque tienes que pensar...decía mi profesora Franche Isabel cuando le decía...¿ y qué piensas sobre el aborto?, y decía...¿el aborto de quién?...¿ de quién estamos hablando?...pues ya está...¿ qué opina de la muerte?...¿ la muerte de quién?...¿ de quién estamos hablando?...porque dependerá ¿no?...y tú lo habrás visto la variedad de gente que pasa por un despacho de una trabajadora social ¿no?...ya está.

¿Con que dilemas éticos es más frecuente encontrarse?

Pues hay un dilema coñazo...coñazo...que es si poner o no poner una sonda de nutrición, por ejemplo...eso es lo que yo creo que ocupa más tiempo ahora en este momento en nuestro Comité...porque también hay diálisis en el Hospital de Zaragoza...es la limitación del esfuerzo terapéutico, es otro tema, por ejemplo, la retirada...reciente...a veces de la diálisis, pero es la limitación del esfuerzo terapéutico... ¿cuándo hay que parar?¿ cuándo hay que no hacer tratamientos curativos o exploraciones diagnosticas sin sentido?...sin sentido digo, no necesarias...y eso es la limitación del esfuerzo terapéutico, y yo creo que tanto la sonda...también viene a ser porque si tú no pones una sonda de nutrición que indicas que la nutrición es necesaria

*es una forma de limitación del esfuerzo terapéutico...y la limitación del esfuerzo terapéutico es...no emprender acciones agresivas o acciones con intención curativa cuando no es posible la curación y eso es lo que más cuesta tanto aceptar a las familias como proponer a los médicos y, causa también problemas en enfermería porque la enfermera es la que pone y quita...entonces es un tema complejo eh, y yo creo que es la principal...bueno en nuestro Comité, la formación y la docencia, lo consideramos muy importante, pero la limitación del esfuerzo terapéutico es el pan nuestro de cada día...y en todos los Comités probablemente.*

¿Y cómo están tratados estos dilemas?

*Pues con una metodología deliberativa, están tratados con un método, con una metodología...entonces se trata de, primero, que se presente el caso, segundo, de que, la persona que presente el caso en un caso problemas que ve, elija un problema que transmita, por ejemplo, dice ¿retirar o no retirar?, ¿poner o quitar?...y, luego, la aplicación de los principios, luego la aplicación y el conocimiento y la expresión de los valores del paciente y luego, la toma de decisión por el médico responsable...y todo eso, se le suele hacer...es un método que es el de Diego Gracia...se suele contrastar con la prueba de legalidad, es decir ¿es legal lo que estamos proponiendo, hablando o contando con la prueba de la temporalidad?...es decir, tomaríamos esta decisión, igual dentro de una semana tomaríamos la misma...y con la prueba de la publicidad, si esto se entera el público en general ¿qué pasa?...entonces eso es la metodología de Diego Gracia, que es una metodología a seguir, la metodología deliberativa...de deliberación*

¿Crees que hay algún aspecto ético que se quede “flojo” y que sea importante tratar en el Hospital?

*A mí el tema de la información, a ver, no porque se quede flojo, sino porque es necesario pero a todos los niveles, a nivel de la sociedad también...el tema del manejo de la información... ¿dentro del hospital?...hombre, yo no elegiría en este momento...hay temas que hay que seguir tratando...que hay que seguir tratando y creo que un tema no se trata y se acaba...un tema hay que evaluarlo, hay que evaluar cómo va...recientemente, por ejemplo se ha revisado...se revisan los protocolos elaborados por el Comité y el próximo que vamos a revisar es el de la metodología que tenemos*



*dentro del Comité...¿dentro del hospital? y ¿dentro concretamente del hospital?...hombre a mí, porque me parece interesante, pero me parece que es a nivel de todos los hospitales, porque no hay más que ver...las...la capacidad de los problemas por parte de los pacientes y por parte de los familiares...yo creo que al tema de información hay que darle mil vueltas porque no hace falta que sea exhaustiva sino que sea una información útil...si quieres que sea exhaustiva que lo sea...pero que sea útil, que vea alternativas y que sea comprendida por el paciente y por la familia y ya está...y entonces, yo creo que ese es un tema que yo creo que en este momento se hace de una forma muy mecánica...no sé si tú, como paciente o algún familiar...ha firmado un Consentimiento Informado...pues, es que, te dan un papel...a mí el proceso de la información y comunicación me parece súper importante, pero no aquí, que yo creo ya incidimos bastante, sino en cualquier sitio...*

*¿Te refieres que no sea un proceso tan “frio” ...*

*Que no sea un papel...sino que sea un proceso y el proceso hay que revisarlo...tú tienes que estar seguro de que la persona entiende de qué estamos hablando, tenemos que simplificar mucho nuestro lenguaje, tenemos que hacernos comprensibles y tenemos, los profesionales, que aprender un poco a comunicarnos o, por lo menos, yo creo que toda persona...además es una característica humana básica, la comunicación...pero toda persona tiene que ser consciente de la necesidad que tiene de comunicación como ser humano y luego saber que la persona que tiene en frente es otro, igual que yo...otro yo...que suelo decir, el otro yo...porque ya que somos tan creídos pues diciendo...pues es otro como yo...pero con la creencia esa, y eso establecería una comunicación...que no tiene...un...que tiene que tener un feedback ¿no?...no puedes soltar un rollo sin asegurarte que la otra persona plantee sus preguntas....y luego, no se puede hacer en una vez...una buena información no es una vez...una buena información es quedarte a disposición de...porque a ti cuando te dan una mala noticia....imagínate que te dice...tienes un cáncer...ya no oyes más...y luego dice el médico...pero si se lo he explicado...bueno, pues habrá que explicárselo otra vez ¿no?, como en cualquier persona, o sea...como cuando tú te llevas un disgusto, no entiendes a la primera y la enfermedad es uno de los mayores disgustos que las personas podemos tener en la vida, ya sea nuestra o de un familiar, por lo tanto hay que estar siempre disponible*

*para la información y pocas veces para el mangoneo, para mandar y para decir lo que hay que hacer...y yo creo que eso no sólo se da en medicina, se da en el campo de lo social, también...y en fin, son situaciones muy delicadas, y tú no puedes decidir por la persona, tú tienes que informar, tú puedes opinar si te lo piden pero tú no le puedes decir...tiene que hacer esto...y ahí está la bioética...hay un...una...casi....una cosa que se utiliza...un mantra ¿no?...que dice...la bioética no da respuestas, plantea preguntas....te tienes que preguntar cómo estas actuando, para preguntarte al final si lo has hecho bien o si es lo que debes hacer y lo demás son tonterías...es una forma de vida...es una forma de vida profesional de vida personal también, te vuelvo a aconsejar “La ética para Amador”...*

¿Existen normativas que legalice todo esto de los Comités?

*La acreditación...el Decreto Foral de Acreditación, por eso tenemos la acreditación desde que se aprobó el Decreto...*

Muchas Gracias por tu tiempo.

---

## **Anexo2: Código deontológico de trabajo social**

### *PREÁMBULO*

El primer código deontológico en trabajo social editado por el Consejo General del Trabajo Social fue aprobado por Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999. Desde entonces, en los siguientes diez años, el código se ha impreso hasta en seis ocasiones.

El presente documento es una actualización del anterior texto, siendo el primer Código Deontológico del siglo XXI que edita el Consejo General del Trabajo Social, y se justifica en la necesidad de ahondar en los principios éticos y deontológicos profesionales atendiendo a las nuevas realidades sociales y a las normas que influyen directamente en la actividad profesional.

Sus objetivos, entre otros, tienen que ver con la necesidad de acotar responsabilidades profesionales, promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos, definir el correcto comportamiento profesional con las personas con la persona usuaria y con otros profesionales, evitar la competencia desleal, mantener el prestigio de la profesión, perseguir el constante perfeccionamiento de las tareas profesionales, atender al servicio a la ciudadanía y a las instituciones, valorar la confianza como factor importante y decisivo en las relaciones públicas y servir de base para las relaciones disciplinarias.

Si el anterior documento estableció un marco de regulación de los principios éticos y criterios profesionales por los que se rige la profesión de trabajo social, el actual código pretende superar las dificultades con las que se ha encontrado la profesión a lo largo de la década siguiente. Este código sirve para confirmar el compromiso de la profesión del trabajo social con la sociedad, incluyendo los avances científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades tanto del profesional del trabajo social como de las personas usuarias.

Respecto al papel del profesional del trabajo social, hemos de tener en cuenta sus funciones:

Se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice.

De ello se desprende [1]:

- Información
- Investigación
- Prevención
- Asistencia
- Atención directa
- Promoción e inserción social
- Mediación
- Planificación
- Gerencia y dirección
- Evaluación
- Supervisión
- Docencia
- Coordinación

Para desarrollar sus funciones, los profesionales del trabajo social cuentan con unos instrumentos específicos del trabajo social:

- Historia social. Documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.
- Ficha Social. Soporte documental de trabajo social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.

- Informe Social. Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- Escalas de valoración social. Instrumento científico que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado. Permite elaborar un diagnóstico social
- Proyecto de intervención social. Diseño de intervención social que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación.

En base a estas premisas que definen la actividad del trabajador/a social se ha elaborado un Código Deontológico para la profesión del trabajo social en España, documento fundamental para el buen desempeño de la profesión.

Sirvan las presentes normas deontológicas para recoger los derechos y deberes de todos los trabajadores sociales en el ejercicio de su actividad profesional.

#### *CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.*

Artículo 1.- El presente Código Deontológico es el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en el Estado español.

Artículo 2.- Los deberes que formula este Código Deontológico, como resultado de la voluntad normativa que corresponde a una entidad de derecho público, obligan a todos/as los/las profesionales del Trabajo Social en el Estado español en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad profesional o contractual en que la practiquen. Asimismo, estos deberes se extienden a las sociedades profesionales registradas en el correspondiente colegio oficial, sin perjuicio de otras regulaciones colegiales.

El Consejo General del Trabajo Social, los Consejos Autonómicos, los Colegios Oficiales del Trabajo Social (en adelante las organizaciones colegiales) podrán estipular y

aprobar cuantas normas deontológicas adicionales al presente Código consideren, en el marco competencial y territorial que les corresponda legalmente y siempre que la legislación autonómica les confiera tal facultad.

Las normas dictadas en el ejercicio de dicha potestad serán complementarias y congruentes con las establecidas en el presente Código.

Artículo 3.- El incumplimiento de alguna norma de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos de las respectivas organizaciones y cuya corrección se hará a través del procedimiento sancionador establecido.

Artículo 4.- Las organizaciones colegiales asumen como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la deontología profesional, así como velar por su cumplimiento y dedicarán atención preferente a la difusión de los preceptos de este Código entre todos los/las profesionales y el conjunto de instituciones sociales. Propondrán asimismo que los principios aquí expuestos sean objeto de estudio por el alumnado de Trabajo Social en las universidades.

Las organizaciones colegiales tratarán de que las normas de este Código Deontológico, que representan un compromiso formal de la Institución Colegial y de la profesión ante la sociedad española, por su carácter esencial para el ejercicio de una profesión de alto significado ético, humano y social, pasen a formar parte del ordenamiento jurídico garantizado por los poderes públicos.

Artículo 5.- El Trabajo Social es la disciplina científico-profesional que *promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno* [2].

Artículo 6.- Trabajador/a social es la persona física que acredite estar en posesión de cualquier título oficial que faculte para ejercer la profesión de trabajo social obtenido en alguna de las universidades españolas. Los/las profesionales cuyo título de Trabajo Social haya sido expedido por otros Estados miembros de la Unión Europea, deberán presentar la correspondiente credencial de reconocimiento del mismo para el ejercicio

de la profesión en España o de su homologación cuando se trate de títulos expedidos por países terceros.

## *CAPÍTULO II. APLICACIÓN DE PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFESIÓN*

Artículo 7.- El Trabajo Social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad [3] tal y como se contemplan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos [4], las instituciones democráticas y el Estado de Derecho. En ellos se basa la actuación profesional, por medio de la aceptación de los siguientes principios.

Principios básicos:

- Dignidad. La persona humana, única e inviolable, tiene valor en sí misma con sus intereses y finalidades.
- Libertad. La persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos.
- Igualdad. Cada persona posee los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias.

De estos principios básicos derivan los siguientes Principios generales:

- Respeto activo a la persona, al grupo, o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.
- Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.
- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
- Ausencia de juicios de valor sobre la persona así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.
- Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad.
- Personalización exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo en el proceso de intervención con la intencionalidad de derechos y deberes.
- Promoción integral de la persona, considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos

circunstanciales. Supone superar visiones parciales, unilaterales así como integrar la intervención a través de la interprofesionalidad.

- Igualdad de oportunidades de derechos, de equidad y de participación desde la convicción de que cada persona tiene capacidades para una mayor calidad de vida.
- Solidaridad, implicarse en el logro de una sociedad inclusiva, y la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión, estigmatización o subyugación social.
- Justicia social con la sociedad en general y con las personas con las que se trabaja, dedicando su ejercicio profesional a ayudar a los individuos, grupos y comunidades en su desarrollo y a facilitar la resolución de conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias.
- Reconocimiento de derechos humanos y sociales y su concreción en el ejercicio real de los mismos.
- Autonomía ejercida desde la confianza en las capacidades propias de los profesionales, sin coacciones externas.
- Autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones.
- Responsabilidad y corresponsabilidad con la persona usuaria, con todos los sujetos que participan en la intervención profesional y con las instituciones.
- Coherencia profesional conociendo y respetando el proyecto y la normativa de la institución donde trabaja.
- Colaboración profesional de manera activa, constructiva y solidaria en relación con los/las otros/as profesionales que participan en la intervención profesional con la persona usuaria. Del mismo modo en lo referente a la auto-organización de los/as profesionales del trabajo social en sus estructuras organizativas colegiales.
- Integridad exige del profesional no abusar de la relación de confianza con la persona usuaria, reconocer los límites entre la vida personal y profesional, y no aprovecharse de su posición para obtener beneficios o ganancias personales.



---

*CAPÍTULO III DERECHOS Y DEBERES DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.*

*RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA*

Artículo 8.- Los/as profesionales del trabajo social se comprometen a respetar y promover los principios recogidos en este Código Deontológico.

Artículo 9.- Los/las profesionales del trabajo social ejercen su profesión desde el respeto de los derechos humanos fundamentales de los individuos, grupos y comunidades reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y de las Libertades Fundamentales, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007, la Constitución Española de 1978 y todos aquellos recogidos en las declaraciones y convenciones reconocidas por la Comunidad Internacional y ratificadas por España.

Artículo 10.- Los/las profesionales del trabajo social toman decisiones justificadas éticamente, en conformidad con la Declaración Internacional de Principios Éticos de la FITS, los Criterios Éticos Internacionales para los Trabajadores Sociales y cuanto se establece en el presente Código Deontológico.

Artículo 11.- Los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional, tal y como se recogen en el Capítulo IV del presente Código.

Artículo 12.- Los/las profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento.

Artículo 13.- Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.

Artículo 14.- Los/las profesionales del trabajo social trabajan en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas.

Artículo 15.- Los/las profesionales del trabajo social, promoviendo el compromiso y la implicación de la personas usuarias, favorecen que éstas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros. Harán el menor uso posible de medidas legales coercitivas, y sólo las adoptarán en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes.

Artículo 16.- El trabajo social es incompatible con el apoyo, directo o indirecto, a individuos, grupos, fuerzas políticas o estructuras de poder que agredan a otros seres humanos mediante el terrorismo, la tortura u otros medios violentos.

Artículo 17.- Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.

Artículo 18.- El/la profesional del trabajo social tiene el deber de proporcionar, basándose en las características y capacidades de comprensión de la persona usuaria, la información necesaria sobre las disposiciones legislativas y administrativas y sobre los derechos, deberes, ventajas, desventajas, recursos y programas pertinentes. Desde estos conocimientos establece la relación profesional con la persona usuaria, el proceso, los resultados previstos y la posible finalización de la intervención.

Artículo 19.- Cuando por causas diversas no sea posible consensuar las cuestiones que afecten a la persona usuaria, el profesional velará por la elección de los mejores procesos que aseguren que la decisión adoptada es tomada en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de aquel/lla.

Artículo 20.- En los casos en que sea necesario derivar la atención de la persona usuaria a otro servicio, el/la profesional del trabajo social lo hará de la manera más favorable para aquella, procurando la continuidad de la intervención.

Artículo 21.- Cuando la acción o actividad de la persona usuaria, de forma real o potencial, presente un grave riesgo (previsible o inminente) para sí o para otros, se

procederá profesionalmente, con el consentimiento del equipo en su caso, a solicitar a quien corresponda la limitación cautelar del derecho de autodeterminación.

Artículo 22.- El/la profesional del trabajo social procurará el desarrollo de procedimientos para que la persona usuaria tenga un comportamiento adecuado en la relación profesional basada en el respeto mutuo.

Artículo 23. La situación de poder o superioridad que el ejercicio de su actividad pueda conferir al profesional del trabajo social sobre la persona usuaria, nunca será utilizada por aquel/lla para su lucro, interés o beneficio propio.

#### *RELACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES*

Artículo 24.- En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del trabajo social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad.

Artículo 25.- El/la profesional del trabajo social debe recabar el consentimiento de la persona usuaria para la presencia de terceras personas ajenas al acto de intervención profesional, tales como alumnado en prácticas, profesionales en formación, estudio o investigación, voluntariado, etc.

Artículo 26.- El/la profesional del trabajo social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social.

Artículo 27.- El/la profesional del trabajo social preste desinteresadamente y orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten.

Artículo 28.- El/la profesional del trabajo social debe registrar y archivar debidamente la documentación realizada a fin de poderla transferir o derivar a los profesionales correspondientes para evitar reiteraciones o retrocesos en la actividad profesional.

Artículo 29.- El/la profesional del trabajo social evalúe con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo.

Artículo 30.- Las relaciones entre los/las profesionales del trabajo social deben regirse por los principios de profesionalidad, coordinación, colaboración y respeto recíproco, evitando la competencia desleal.

Artículo 31.- Para participar en la selección de colegas y otros profesionales el/la profesional de trabajo social lo hará de acuerdo con los criterios éticos contenidos en este Código Deontológico. En todo caso deben tenerse en cuenta criterios de igualdad, no discriminación, publicidad, mérito y capacidad.

Artículo 32.- En las peritaciones el/la profesional del trabajo social mantendrá el más absoluto respeto personal al colega) de la parte contraria o al autor/a del trabajo profesional al que se refiera la peritación, evitando cualquier tipo de descalificación subjetiva y ciñéndose a los aspectos técnicos de la cuestión controvertida. Deberá limitarse a emitir contenidos de estricta índole técnica- profesional.

Artículo 33.- Cuando un/a profesional del trabajo social conozca que otro/a colega incumple las normas del presente Código Deontológico debe comunicarlo por escrito a la organización colegial correspondiente.

#### *RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES*

Artículo 34.- Los/las profesionales del trabajo social se han de implicar profesionalmente en los derechos e intereses de la persona usuaria informando, cuando ello sea necesario, a la autoridad competente y a los organismos colegiales acerca de las violaciones de Derechos Humanos, malos tratos o cualquier actuación cruel, inhumana o degradante de que sea víctima cualquier persona de los que tuviere conocimiento en el ejercicio profesional, incluso cuando las personas consientan la situación en la que se encuentran.

Artículo 35.- El/la profesional del trabajo social asumirá los principios de este Código y la promoción de derechos y deberes sociales en las organizaciones y entidades en las que ejerza su actividad, apoyando responsablemente y de manera activa, en la medida de sus posibilidades, los procesos orientados a la mejora de la calidad de los servicios sociales.

Artículo 36.- El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus

objetivos. En caso de que aquellos sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el/la profesional actúe en conformidad con lo establecido en el presente Código. En caso de conflicto entre la dependencia laboral y el respeto a los principios de la profesión que pudieran generar acciones incompatibles con los principios éticos o la calidad o eficiencia profesional en beneficio de la persona usuaria, el/a profesional podrá recabar el apoyo y en su caso el amparo del Colegio Profesional.

Artículo 37.- El/la profesional del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

Artículo 38.- El/la profesional del trabajo social, al informar con regularidad de su actividad a los responsables de la entidad donde preste sus servicios, hágalo dentro de los límites compatibles con la confidencialidad, el secreto profesional y los principios básicos de la profesión, tal y como se desprende de este Código.

Artículo 39.- El/la profesional del trabajo social debe dar a conocer a los/las responsables o directivos/as de la institución u organismo donde presta sus servicios, las condiciones y los medios indispensables para llevar a cabo la intervención social que le ha sido confiada, así como todo aquello que obstaculice su labor profesional.

Artículo 40.- El/la profesional del trabajo social dispondrá de autonomía para elegir y aplicar en la elección y aplicación de las técnicas idóneas, medios y condiciones que favorezcan sus relaciones e intervenciones profesionales. Así mismo, tiene derecho a solicitar de la organización donde preste sus servicios la oportunidad de formarse y actualizarse en todas aquellas materias que repercutan en un mejor desempeño de su acción profesional.

Artículo 41.- El/la profesional del trabajo social, en relación con la organización y el trabajo en equipo, tenga en cuenta que la documentación profesional está sujeta a criterios de confidencialidad, por lo que su uso queda limitado por y para el objetivo

profesional de que se trate. Solicite las medidas de seguridad necesarias para garantizar dicha confidencialidad.

Artículo 42.- El/la profesional del trabajo social debe tener una visión global del trabajo a realizar en la institución u organismo en los que presta sus servicios, y establecer prioridades con criterios objetivos acordes con la misión de la entidad y en función de las necesidades detectadas en la realidad social.

Artículo 43.- El/la profesional del trabajo social, desde el marco de sus competencias profesionales en la organización de la que forma parte, ha de facilitar la cooperación con las entidades y organizaciones afines, cuyas políticas y programas vayan dirigidos a proporcionar servicios adecuados y promover la calidad de vida de los usuarios.

Artículo 44.- El/la profesional del trabajo social vele para que los informes realizados, a petición de su entidad o cualquier otra organización, permanezcan sujetos al deber y al derecho general de la confidencialidad. En cualquier caso la entidad solicitante quedará obligada a no darles difusión fuera del objetivo concreto para el que fue recabado en los términos que se establecen en el siguiente Capítulo.

Artículo 45.- Ante prácticas no éticas de alguna organización o entidad, que lesionen los derechos y/o la dignidad de la persona usuaria, el/la profesional del trabajo social comunicará la situación a la Comisión Deontológica de la respectiva organización colegial.

Artículo 46- El/la profesional del trabajo social desde su responsabilidad principal hacia la persona usuaria proponga los necesarios cambios de política, procedimientos y actuaciones mediante los canales apropiados con los que cuentan las entidades y organizaciones. En el caso de que éstas limitaran la responsabilidad en su actuación y persistan lesiones y vulneración grave de los derechos de la persona usuaria, si se agotan las vías de soluciones adecuadas, recúrrase a instancias superiores o a la más amplia comunidad de intereses.

Artículo 47.- El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional

suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto.

#### *CAPÍTULO IV. – LA CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL*

Artículo 48.- La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 49.- Están sujetos/as al secreto profesional:

- Los/las profesionales del trabajo social cualquiera que sea su titulación, ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.
- Los/las profesionales que trabajan en equipo con el/la profesional del trabajo social y que, por su intervención y con independencia de su profesión, tengan conocimiento de cualquier información confidencial.
- El alumnado de trabajo social en prácticas y el voluntariado que ocasionalmente intervengan junto al/la trabajador/a social.

El/la profesional del trabajo social solicitará discreción a los/las colaboradores/as, personal administrativo, estudiantes, voluntarios/as o de cualquier otro tipo, que por razón de su profesión manejen información confidencial, haciéndoles saber la obligación de guardar silencio sobre la misma, sin perjuicio de firmar cláusulas de obligación de secreto conforme a la normativa de protección de datos.

Artículo 50.- El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

Artículo 51.- El/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Artículo 52.- El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Artículo 53.- El/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial:

- De calidad: El/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
- De consentimiento: Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional. La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que haya de facilitar para la intervención profesional. Deberá explicarse a la persona usuaria cómo trabaja la organización, indicándole que tiene en todo momento el derecho de aceptar, rechazar o retirar el consentimiento, si en algún momento lo estima oportuno, de acuerdo con la normativa vigente.
- De Cesión de información y advertencia de confidencialidad: El/la profesional del trabajo social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atenderá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.
- De limitación: El/la profesional del trabajo social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos



que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.

- De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje: El/la profesional del trabajo social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.
- De Finalidad: La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.
- De custodia y acceso responsable: El/la trabajador social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

#### Artículo 54.- Supuestos de exención de la confidencialidad y del secreto profesional

El/la profesional del trabajo social tendrá como prioridad la vida, seguridad e integridad física, psicológica y social de la persona usuaria, dando la información confidencial indispensable en el círculo más restringido posible de la intervención profesional.

Para que el/la profesional pueda romper el secreto profesional debe darse una situación excepcional de suma gravedad que suponga un riesgo previsible e inminente para la persona usuaria, para el/la trabajador/a social o para terceros.

No obstante, el/la profesional no vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:

- a. Cuando fuera relevado/a del secreto profesional, por escrito, por la persona usuaria, su representante legal o sus herederos.

- b. Cuando reciba orden de informar sobre cuestiones confidenciales por mandato legal o por un órgano judicial. Si a pesar de ello tuviese dudas sobre los límites de la información confidencial solicitada podrá pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica de la estructura colegial correspondiente y plantearlo tanto de forma previa como en el juicio o expediente, para ser eximido de dicha obligación por la autoridad judicial o administrativa.
- c. Cuando sea denunciado por un usuario por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse. Si comparece como testigo podrá pedir el relevo conforme al punto b).
- d. Cuando la persona usuaria o terceras personas puedan resultar afectadas de una forma injusta y grave.
- e. Cuando se realice la intervención social en equipo respecto de la información necesaria para ello, independientemente de si son trabajadores/as sociales o no. Si no lo son se advertirá de la obligación de secreto profesional o de guardar silencio.

Artículo 55.- En caso de duda en la aplicación de los principios y supuestos antes indicados para la ruptura del secreto profesional se atenderá jerárquicamente a los siguientes principios:

- Prioridad de protección de los derechos fundamentales de la persona usuaria o terceros especialmente protegidos por la Ley.
- Principio de seguridad.
- Principio de libertad de decisión.

#### *CAPÍTULO V. – LAS COMISIONES DEONTOLÓGICAS*

Art.- 56.- El Consejo General creará una Comisión Deontológica a la que dotará de un Reglamento de Régimen Interno que establecerá el funcionamiento, objeto y funciones de la misma.

En todo caso, la Comisión Deontológica del Consejo General podrá:

- Realizar actividades formativas y divulgadoras en materia de ética profesional y deontología.

- Emitir informes generales a petición del Consejo General en materias de su competencia.
- Emitir informes sobre aspectos específicos en materia de ética y deontología profesional cuando sean solicitados por organismos o instituciones públicas o privadas, previa toma en consideración por el Consejo General.
- Emitir informes en materias de su competencia a petición de los Colegios Oficiales o Consejos Autonómicos.

Art.- 57.- Las organizaciones colegiales podrán crear sus propias Comisiones Deontológicas de acuerdo con lo previsto en sus Estatutos y en su propia normativa autonómica. En caso de que no la creasen podrán recurrir a la Comisión Deontológica del Consejo General a los fines previstos en el Capítulo 1.

Art.- 58.- Las Comisiones Deontológicas velarán por la deontología profesional con arreglo a lo dispuesto en este Código Deontológico. Sus funciones serán:

- a. Elaborar criterios orientativos generales sobre aspectos deontológicos en la intervención profesional.
- b. Prestar asesoramiento genérico a los/as profesionales que lo requieran.
- c. Dictaminar en casos específicos sometidos a su consideración por las Juntas de Gobierno de los Colegios o Consejos Autonómicos, sea por iniciativa de éstos o a petición de los colegiados.

Art.- 59.- Las Comisiones Deontológicas podrán dictaminar, a petición de los órganos colegiales con competencia en materia sancionadora, en los casos de expedientes disciplinarios seguidos por la comisión de presuntas vulneraciones del Código Deontológico.

En estos casos el dictamen emitido por las Comisiones Deontológicas será preceptivo, pero no vinculante.

#### *DISPOSICIÓN FINAL.- ENTRADA EN VIGOR*

PRIMERA. El presente Código Deontológico, una vez aprobado por la Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social, se publicará para general conocimiento de los/as profesionales del trabajo social, en el primer boletín de

información que se edite, así como en las páginas web de los Consejos Autonómicos y Colegios Oficiales entrando en vigor a los 20 días al siguiente de su aprobación.

[1] Aprobadas unánimemente en Asamblea Extraordinaria de 29 de septiembre de 2001.

[2] Definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, FITS en Asamblea de Montreal de julio de 2001.

[3] Constitución Española de 1978 Art. 1.1

[4] Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y posteriores ampliaciones.