

Cita bibliográfica: Idareta Goldaracena, F e Iturralde Bora, J. (2018). Dilemas éticos en Trabajo Social Sanitario. Un estudio de caso. [Ethical Dilemmas in Health-Related Social Work: A Case Study]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 79-93. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.04>

DILEMAS ÉTICOS EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO. UN ESTUDIO DE CASO

ETHICAL DILEMMAS IN HEALTH-RELATED SOCIAL WORK: A CASE STUDY

FRANCISCO IDARETA GOLDARACENA* 

Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra. francisco.idareta@unavarra.es

JOSEBA ITURRALDE BORDA 

Universidad Pública de Navarra

Resumen

Objetivo. El propósito de este trabajo consiste en conocer si las y los trabajadoras sociales son capaces de identificar los dilemas éticos en la intervención social, cuáles son los más habituales y cómo los resuelven. Este es uno de los primeros estudios empíricos en España sobre dilemas éticos en trabajo social sanitario. **Métodos.** La metodología utilizada en este estudio es cuantitativa (cuestionario) y cualitativa (entrevista semiestructurada). Participó la totalidad de trabajadoras y trabajadores sociales (15) que conforma la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Complejo Hospitalario de Navarra.

Resultados. Los dilemas éticos más habituales son los relativos al principio de autonomía y sus límites (46,6%) y la confidencialidad (26,6%) y, frente a estos dilemas éticos, en su mayoría (86,6%), tienden a consultar las dudas a sus colegas.

Conclusiones. Se constata que las y los profesionales son capaces de identificar los dilemas éticos y de gestionar su resolución y que consideran importante y necesario formarse en ética y deontología profesional.

Palabras clave: dilemas éticos, salud, trabajo social, intervención social, formación ética

Abstract

Objective. The objective of this study is to assess whether social workers are able to identify ethical dilemmas in social care intervention, which dilemmas are the most common and how to resolve them. This is one of the first empirical studies to be carried out in Spain on ethical dilemmas in health-related social work.

Methods. The methodology used in this study is quantitative (a questionnaire) and qualitative (semi-structured interviews). All the social workers (15) that make up the Health and Social Work Unit of the Hospital Complex of Navarra.

Results. The most common ethical dilemmas are those related to the principle of autonomy and its limits (46.6%) and confidentiality (26.6%). Most of the time (86.6%), when health-related social workers face these ethical dilemmas, they tend to raise their concerns with their colleagues.

Conclusions. This study confirms that professionals are capable of identifying ethical dilemmas and managing their resolution, and they consider receiving ethics training necessary.

Key words: ethical dilemmas, health, social work, social intervention, ethics training

* Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra. Campus de Arrosadía s/n. 31006-Pamplona. francisco.idareta@unavarra.es



Extended abstract

Basis. Ethical commitment of health social workers is fundamental for avoiding poor practices and to guarantee professional excellence. In fact, it is ethical commitment that has allowed professionals to identify moral judgements such as ethical princpalism and paternalism. Ethnical princpalism is concerned with the need of professionals to comply with ethical principals without exception and without consideration of the possible consequences for service users. Ethical princpalism also has to do with lack of knowledge about the exceptions provided for by deontology codes for some principles.

On the other hand, paternalism, the second of the morale judgements, has been with us since the origins of the profession. Paternalism is the practice of acting in the user's best interest regardless of what might be convenient for the him/her. It is highly related to ethical princpalism. Two types of paternalisms have been identified: that which is permitted by the deontology code (positive paternalism) and that which is not permitted (negative paternalism). When we are not aware of when ethical princpalism presents exceptions (most of which are specified in the deontology professional code), we tend to exhibit negative paternalism. On the other hand, if we are capable of making exceptions to ethical principles, following the directives of the code, we can use positive paternalism.

Both phenomenons negatively affect social interventions, and improper management of them can give way to poor professional practice. Thus it is important to know which ethical questions health professionals are most concerned about. There are very few studies that provide this information

Úriz, Ballestero and Urien, 2007; Fernández et al., 2012; Parra, Chagas, Palacín and Torralba, 2014; Úriz, Idareta, Ballestero and Viscarret, 2018). Precisely for this reason, this study aims to study whether health social workers are capable of identifying ethical dilemmas in the context of social intervention, which dilemmas are the most common, and how they are resolved. This is one of the first studies in Spain regarding ethical dilemmas in health-related social work.

Methods. A total of 15 social workers participated who make up the Health Social Work Unit of the Navarra Hospital Complex. The methodology used in this study is quantitative (using a questionnaire) and qualitative (carrying out semi-structured interviews). After setting up an appointment with the administrator responsible for the area, individual sessions were carried out with each professional in which they were first provided an explanatory letter regarding the voluntary nature of participation in the study, informed consent, and an address for delivery of the questionnaire. Second, semi-structured interviews were carried out.

The questionnaire «The Ethics Survey» was developed by Dr. Eileen Joan Ain (2001), a clinical social worker in New York. It was revised and validated by Professors Philip J. Boyle, Jonathan D. Moreno and Barbara Ann Lieberman and submitted for review by a tribunal that included Elaine Congress, Norman Linzer and Charles Auerbach. The questionnaire used in this study was translated and adapted to the Spanish context by the Efimec research group at the Public University of

Navarra. The team has been using the questionnaire in a number of different studies (Úriz y Ballestero, 2006; Úriz, Ballestero and Urien, 2007; Úriz, Viscarret and Ballestero, 2012; Úriz, Ballestero and Viscarret, 2013; Úriz, Idareta, Ballestero and Viscarret, 2018). Interviews were structured based on various questions used in different empirical studies with similar characteristics (Úriz and Ballestero, 2006; Úriz, Ballestero and Urien, 2007; Úriz, Viscarret and Ballestero, 2012; Úriz, Ballestero and Viscarret, 2013).

Results

Around 86.6% of professionals in this study are women, compared to 13.3% men. Most of the professionals (60%) are ages 41 to 50 and less than half (46%) have between 11 and 20 years professional experience. The areas of intervention in which they work include elder care (93.3%), disabled people (93.3%), family-related areas (86.6%), substance abusers (80%), people with termina diseases (70%), ethnic minorities (66.6%), homeless people and transient people (66.6%) and immigrants (60%).

The most common ethical dilemmas related to people's autonomy (46.6%) and confidentiality (26.6%). On the other hand, many interpretations of what is understood by ethical delimita were identified based on the responses obtained. There doesn't seem to be agreement concerning the difficulty involved in identifying ethical delimitas. In regards to the ways in which professionals manage ethical delimitas, the majority (86.6%) go to colleagues and co-workers. They also rely on specialized literature related to ethics and professional deontology (6.6%) in addition to their experience in the resolution of ethical delimitas (6.6%).

In terms of use and consideration that these professionals have for the deontology code, some do recognize its importance (13.9%), while others barely use it (26.6%). Related to training, a large part of the professionals (90%) consider it necessary to engage in ongoing training beyond their university studies. For a similar percentage of professionals (86.6%), ethics is fundamental in their professional work.

Conclusions

This study confirms that the professionals of the Health Social Work Unit of the Hospital Complex of Navarra are capable of identifying ethical delimitas and managing their resolution. They also consider it important and necessary to become trained in ethics and professional deontology. On the other hand, the ethical delimitas that are most worrisome for these professionals are the same delimitas detected in the majority of studies consulted (in terms of autonomy of service users and confidentiality). In the same way, professionals in health-related social work tend to downplay the authority of the deontology code, which promotes fictional moral pluralism in social work. In order to address this, we propose promoting ethics action through existing deontology commissions in order to achieve effective ethical pluralism in the profession. An active approach to ethics consists of putting into practice ethical reflection and interdisciplinarily moral behavior by consensus so that professionals can rediscover the humanizing quality of health social work.

Al Dr. Richard Cabot,
Con motivo de la conmemoración
del 150.º aniversario de su nacimiento

Introducción

Hace ya más de un siglo que la medicina comenzó a reconocer la importancia del trabajo social en la asistencia sanitaria. En este sentido, Richard Cabot (2008) fue quien posibilitó que se sentasen las bases del trabajo social sanitario al considerar que los cuidados del cuerpo no podían separarse de las circunstancias sociales en las que este se encontrase. De hecho, fue el primero en contratar una trabajadora social para gestionar aquellos problemas sociales que impedían a los pacientes alcanzar mejores cotas de salud. Esta trabajadora social fue Garnet Pelton (1910), que contrajo tuberculosis y tuvo que ser sustituida por Ida Cannon (1908, 1913), que ejerció como directora del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Massachusetts (Beder, 2006).

Desde entonces, la labor que realizan las trabajadoras sociales sanitarias continúa siendo fundamental y su sensibilidad ética inconfundible (Idareta, 2018). Concretamente en España, la evolución del compromiso ético del trabajo social ha estado muy condicionada por las trabajadoras sociales sanitarias (Idareta, Úriz y Ballester, 2017). No debemos olvidar que a partir de finales de la década de los 50, a nivel internacional, comenzaron a difundirse diferentes propuestas de principios éticos y que en 1976 la profesión se adscribió al código deontológico de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (1976).

No será hasta finales de la década de los 80 cuando el impacto de los principios éticos en la profesión alcance su cota más elevada, probablemente, gracias a la publicación de Diego Gracia (1989), con la que introducía los principios de la ética biomédica en España. Como consecuencia de todo ello, el trabajo social sanitario se vio fuertemente influido por la bioética en la década de los 90, probablemente mucho más que en otras áreas de intervención. De hecho, fue en 1999 cuando se creó el primer código deontológico de la profesión (Consejo General del Trabajo Social, 2015). Desde entonces, los principios éticos vienen sirviendo de guía e inspiración a las profesionales del trabajo social.

No obstante, también hay que destacar una tendencia en la profesión, denominada principialismo ético, que consiste en considerar que quebrantar una norma es siempre una mala praxis y que, por tanto, no caben excepciones. El principialismo no contempla que haya que contextualizar ni que personalizar las normas y deberes profesionales en cada caso concreto, distanciando así de la excelencia profesional a las profesionales que lo profesan. Esta errónea

consideración de los principios éticos se encuentra muy vinculada, especialmente en contextos altamente burocratizados, con el paternalismo en el trabajo social (Idareta y Ballester, 2013). De ahí que se deban identificar y desterrar definitivamente del ejercicio profesional las lacras morales del principialismo y del paternalismo (Idareta, Úriz y Viscarret, 2017).

En este sentido, existen muy pocos estudios empíricos en España que analicen cuáles son las cuestiones éticas y deontológicas que más preocupan a las profesionales del trabajo social (Úriz y Ballester, 2006; Úriz, Ballester y Urien, 2007; Taboada, 2009; Martín, 2011; Sobremonte, Ariño, Beloki y Etxeberria, 2011; Úriz, Viscarret y Ballester, 2012; Úriz, Ballester y Viscarret, 2013; Rodríguez, 2014) y muchos menos los relativos a las profesionales del trabajo social sanitario (Úriz et al., 2007; Fernández et al., 2012; Parra, Chagas, Palacín y Torralba, 2014; Úriz, Idareta, Ballester y Viscarret, 2018). De ahí la importancia de la presente investigación, que tiene como objetivo dar cuenta de las preocupaciones éticas y deontológicas a las que se enfrentan estas profesionales en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Material y métodos

La investigación se desarrolla en el Complejo Hospitalario de Navarra, conformado por un conjunto de clínicas de carácter público (Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin). Otros servicios dentro del complejo realizan actividades sanitarias ambulatorias y especializadas (Centro de Especialidades «Príncipe de Viana», Centro de Salud «Conde Oliveto», Centro de Salud de Tafalla y Ambulatorio «Doctor San Martín»).

El trabajo social sanitario es un servicio del Complejo Hospitalario de Navarra perteneciente a la sección de Admisión y Atención al Ciudadano. En la actualidad trabajan 15 trabajadoras sociales en diferentes áreas (Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, Neurología, Unidad de Cuidados Intensivos, Geriátrica, Oncología, Cirugía Vascul, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Rehabilitación). La muestra coincide con el universo ya que fueron encuestados y entrevistados los 15 profesionales de la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Complejo Hospitalario de Navarra.

Se utilizó una metodología cuantitativa (administración de un cuestionario validado) y cualitativa (realización de entrevistas semiestructuradas).

En cuanto a la metodología cuantitativa, se utilizó el cuestionario «The Ethics Survey» elaborado por la doctora Eileen Joan Ain (2001), trabajadora social clínica en Nueva York. Este cuestionario fue revisado y validado por los doctores Philip J. Boyle, director adjunto del Hastings Institute (Vancouver, Canadá), vicepresidente y editor jefe de Park Ridge Centre (Chicago, Illinois);

Jonathan D. Moreno, catedrático de Bioética en la Universidad de Virginia y director del Centro de Bioética; y Bárbara Ann Lieberman, experta en estadística y analista de programas del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América.

El cuestionario también fue sometido a evaluación por parte de un tribunal de expertos en ética del trabajo social compuesto por Elaine Congress, catedrática de Servicios Sociales y directora de los programas de posgrado y doctorado en la Universidad de Fordham (Nueva York) y los catedráticos de Trabajo Social Norman Linzer y Charles Auerbach, de la Universidad de Yeshiva (Nueva York).

Años más tarde, el cuestionario original fue traducido, contextualizado y adaptado al ámbito español por el grupo de investigación *Efimec* (Ética, Filosofía y Metodología de la Ciencia) de la Universidad Pública de Navarra, utilizándolo posteriormente en diferentes investigaciones (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013; Úriz et al., 2018). El cuestionario alterna preguntas de carácter abierto con preguntas de escala Likert y está dividido en cinco secciones: formación en ética, conocimiento y uso del código de ética, sistemas de apoyo ético, dilemas éticos percibidos y características demográficas.

Para esta investigación, con el propósito de centrarnos en analizar si las y los profesionales identifican los dilemas éticos y cuál es su tipología, hemos reducido el estudio a las siguientes áreas: datos personales (sexo, edad, títulos académicos, experiencia profesional y salario), datos profesionales (jornada de trabajo, relación del trabajo con diversas áreas de intervención social y problemas más frecuentes que se presentan en la intervención social), dilemas éticos (conocimiento de los diversos dilemas éticos, identificación de algún dilema ético relacionado y su incidencia) y dilemas éticos en el trabajo diario (satisfacción sobre la resolución de los problemas éticos, estrategias de resolución de dilemas éticos y apoyo judicial en la resolución de los dilemas éticos).

Con respecto a la metodología cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas, que fueron organizadas a partir de las preguntas que se realizan en diferentes estudios (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013), de tal manera que, como sucediese en todos ellos, se pudiesen ampliar y enriquecer algunas respuestas obtenidas a partir de los cuestionarios (Tabla 1).

Tabla 1. Preguntas realizadas en las entrevistas semiestructuradas

<p>CÓDIGO DE ÉTICA ¿Utiliza documentos para resolver cuestiones éticas? ¿Cuáles? ¿Han servido dichos documentos para resolver cuestiones éticas?</p> <p>CUESTIONES ÉTICAS ¿Con qué tipo de cuestiones éticas (de confidencialidad, abuso de poder, revelación de datos de la historia social, etc.) ha de enfrentarse en su trabajo diario? ¿Cuáles aparecen más frecuentemente en su trabajo diario, en general? (cuestiones de confidencialidad, de secreto profesional, etc.) ¿Puede poner algún ejemplo?</p> <p>RESOLUCIÓN DE LOS DILEMAS ÉTICOS ¿Qué hace habitualmente cuando tiene que resolver algún dilema ético (discutirlo con un colega, consultar a un superior, etc)? ¿Dispone en su trabajo de una metodología apropiada para resolver dilemas éticos? (Especifique cuál y en qué casos la ha utilizado)</p> <p>FORMACIÓN EN ÉTICA ¿Ha estudiado ética como parte de su formación?</p>

El diseño de la investigación se inició a finales de enero de 2018 y se dio por concluido a mediados de febrero, mientras que la realización de las entrevistas semiestructuradas comenzó a finales de marzo y concluyó a mediados de abril. Se concertó una cita con la responsable del área para coordinar del mejor modo posible las sesiones con cada profesional. Al inicio de cada sesión se les entregó una carta explicativa sobre la voluntariedad en la participación, el consentimiento informado, así como el cuestionario y un apartado de correos al que poder enviarlo una vez confeccionado para poder de ese modo garantizar la confidencialidad de los datos. Seguidamente, se procedió a efectuar las entrevistas semiestructuradas, que tuvieron una duración aproximada de media hora. Los cuestionarios fueron completados en un plazo medio aproximado de dos semanas. A finales de abril de 2018 contábamos con todos los cuestionarios, por lo que se procedió al análisis tanto de los mismos como de las entrevistas semiestructuradas.

Resultados

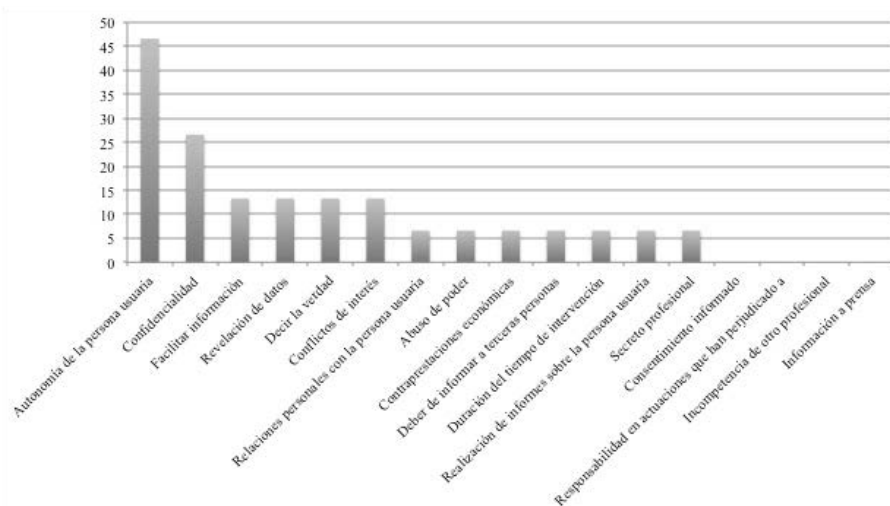
De la muestra (N = 15), el 86,6% son mujeres, frente al 13,3% que son hombres y la mayoría de las profesionales (el 60%) se encuentra entre los 41-50 años de edad. La totalidad de las profesionales (100%) son diplomadas en trabajo social y el 53% poseen formación complementaria (de todas ellas, el 25% han estudiado sociología, el 25% un experto en mediación familiar y el 12,5% un máster en gerontología). En cuanto a las universidades o instituciones

educativas donde han realizado sus estudios, el 73,3 % ha cursado sus estudios en la Universidad Pública de Navarra, el 13,3% en la Universidad del País Vasco y el 13,3% restante en la Universidad de Zaragoza.

La mayoría de las profesionales trabaja a jornada completa (86,6%) y un grupo más reducido tiene una jornada parcial (13,3%). Con respecto a la experiencia, menos de la mitad (el 46%) posee entre 11-20 años de experiencia profesional y las áreas de intervención en las que realizan su labor son las siguientes: personas mayores (93,3%), personas con discapacidad (93,3%), temas relacionados con familia (86,6%), personas toxicómanas (80%), personas con enfermedades terminales (70%), minorías étnicas (66,6%), personas sin hogar y transeúntes (66,6%) y personas inmigrantes (60%).

Cuando se les pregunta qué rol desempeñaban cuando les ha tocado enfrentarse a los dilemas éticos, todas las profesionales han señalado que ni como gestoras, ni como supervisoras, ni como educadoras, sino como trabajadoras sociales. Los dilemas éticos más frecuentes son los relativos a la autonomía de la persona usuaria (46,6%), seguidos de los dilemas éticos sobre la confidencialidad (26,6%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Ranking de dilemas éticos más habituales. Elaboración propia



A parte de estos, encontramos otros relativos a la revelación de datos, a decir la verdad, a facilitar información y a conflictos de interés. En relación a los dilemas éticos que se encuentran «algunas veces», hallamos los relativos a la autonomía y al consentimiento informado (33,3%) (Tabla 2). En las

entrevistas, las preocupaciones sobre los dilemas éticos giran también en torno a la autonomía de la persona usuaria (53%), a la confidencialidad (13,3%) y al consentimiento informado (6,6%).

Tabla 2. Dilemas éticos frecuentes. Elaboración propia

	Bastante (%) (n.º profesionales)	Algunas veces (%) (n.º profesionales)
Autonomía de la persona	46,6% (7)	33,3% (5)
Confidencialidad	26,6% (4)	13,3% (2)
Facilitar información	13,3% (2)	26,6% (4)
Revelación de datos	13,3% (2)	13,3% (2)
Decir la verdad	13,3% (2)	20% (3)
Conflictos de interés	13,3% (2)	26,6% (4)
Relaciones personales con la persona usuaria	6,6% (1)	20% (3)
Abuso de poder	6,6% (1)	20% (3)
Contraprestaciones económicas	6,6% (1)	26,6% (3)
Deber de informar a terceras personas	6,6% (1)	13,3% (2)
Duración del tiempo de intervención	6,6% (1)	26,6% (4)
Realización de informes sobre la persona usuaria	6,6% (1)	13,3% (2)
Secreto profesional	6,6% (1)	0
Consentimiento informado	0	33,3% (5)
Responsabilidad en actuaciones que han perjudicado a un/a colega	0	6,6% (1)
Incompetencia de otro profesional	0	6,6% (1)
Información a prensa	0	0

Con respecto a la definición de dilema ético, se han encontrado tantas interpretaciones como respuestas obtenidas. Y aunque la mayoría coincide en que se trata de un conflicto o duda que surge frente a diferentes alternativas posibles, no hay acuerdo en torno a si se considera o no difícil su identificación. En las entrevistas llevadas a cabo el resultado ha sido el mismo.

Por otra parte, se constata que la mayoría de profesionales (86,6%) consultan a sus colegas o compañeras cuando tienen dudas al enfrentarse a un

dilema ético. Pero también reconocen que utilizan bibliografía especializada sobre ética y deontología profesional (6,6%), así como su experiencia en la resolución de dilemas éticos (6,6%). En las entrevistas se confirma la misma tendencia (86,6% consulta a colegas, el 6,6% revisa bibliografía especializada y el 6,6% aprovecha su experiencia en la toma de decisiones ética).

Con respecto a la utilización del código deontológico, algunas profesionales reconocen su importancia (13,3%), pero que apenas se utiliza (26,6%). Las entrevistas constatan lo mismo, así como que el código no se considera necesario (20%).

En lo relativo a la formación, algunas profesionales señalan que no estudiaron asignaturas directamente vinculadas con la ética y la deontología profesional (20%). Otras indican que, aunque las estudiaron, lo hicieron de forma muy superficial (20%). Un importante número de profesionales (90%) considera necesario seguir formándose después de haber concluido los estudios universitarios. Del mismo modo, para casi la totalidad de las profesionales consultadas (86,6%), la ética es fundamental en el ejercicio profesional. Es lo que constatan también las entrevistas realizadas. En este sentido, la correspondencia de los resultados obtenidos del cuestionario y de las entrevistas semiestructuradas ha sido muy elevada, sin discrepancias significativas reseñables.

Discusión

Del mismo modo que en gran parte de los estudios consultados (Úriz y Balletero, 2006; Úriz et al., 2007; Parra et al., 2014; Agrela, Gutiérrez y Fernández, 2017), la mayoría de profesionales de la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Complejo Hospitalario de Navarra son mujeres. Esto puede deberse a que tradicionalmente el trabajo social reproduce en la esfera pública el papel que ha desempeñado la mujer en la esfera privada (Agrela et al., 2017). También a que en sus orígenes, la profesión fue liderada por instituciones religiosas y filantrópicas y que las acciones caritativas y solidarias no retribuidas fueron llevadas a cabo por mujeres.

A diferencia de otros estudios (Úriz y Balletero, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013; Úriz et al., 2018) en los que el grupo mayoritario (el 46%) es el comprendido entre los 31-40 años, en nuestro estudio, más de la mitad de la muestra (el 60%) se encuentra entre los 41-50 años. Suponiendo que los estudios universitarios se iniciasen con la mayoría de edad, probablemente esto tenga que ver con el hecho de que en 1984 la Escuela de Trabajo social se adscribe a la Universidad de Zaragoza y en 1988 a la Universidad Pública de Navarra, siendo en el curso 1990-1991 cuando comienza a impartirse la Diplomatura en trabajo social. De ese modo las profesionales de 41

años habrían iniciado la Diplomatura en 1995, mientras que las de 50 años la habrían iniciado en 1986. De ahí también que las universidades de procedencia de las profesionales encuestadas sean principalmente la Universidad Pública de Navarra (73,3%) y la Universidad de Zaragoza (13,3%).

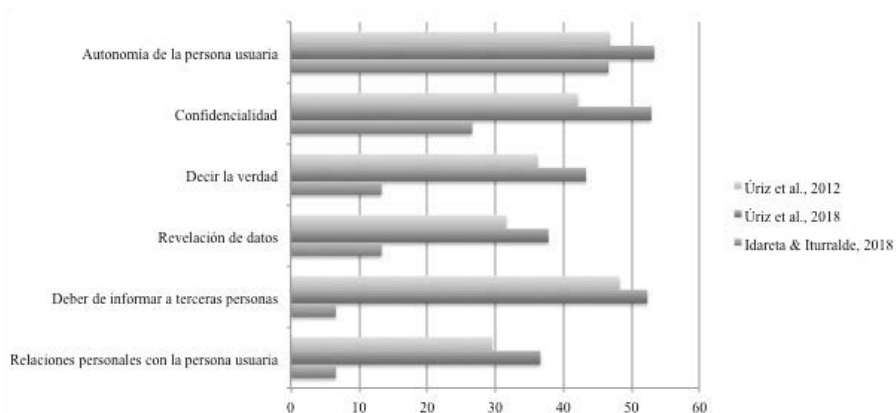
Con respecto al tipo de jornada laboral, nuestro estudio coincide con otros (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013; Úriz et al., 2018) en cuanto al porcentaje de profesionales a jornada completa (86,6%). Aunque se diferencia en relación a la media jornada, ya que en nuestro estudio el porcentaje es superior (13,3%) frente al del otro (8%). Algo parecido sucede con la experiencia laboral. Mientras que en nuestro estudio casi la mitad de las profesionales (el 46%) posee entre 11-20 años de experiencia, siendo el grupo más numeroso, en otro estudio (Úriz et al., 2007) este intervalo es el segundo más numeroso (el 31%).

En lo relativo a las áreas de intervención, las tendencias se mantienen con respecto al resto de estudios consultados: personas mayores, personas con discapacidad y temas relacionados con familia son las áreas de intervención más habituales. Con respecto a personas toxicómanas, personas con enfermedades terminales, minorías étnicas, personas sin hogar y transeúntes y personas inmigrantes, hay mayor disparidad de criterios probablemente porque nuestro estudio se circunscribe al ámbito sanitario y el resto de estudios existentes se centran más en los servicios sociales.

Del mismo modo que en otros estudios (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013; Úriz et al., 2018), en el nuestro la práctica totalidad de las profesionales ejercían labores de trabajadoras sociales cuando les ha tocado resolver algún dilema ético. Por otra parte, gran parte de los estudios señalados (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Taboada, 2009; Martín, 2011; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013; Rodríguez, 2014; Parra et al., 2014; Úriz et al., 2018) destacan que el dilema ético más habitual de las profesionales del trabajo social está relacionado con el principio de autonomía, sus límites y sus derivaciones (confidencialidad). En esta misma línea apunta también nuestra investigación aunque, como vemos en el siguiente gráfico (Gráfico 2), apenas haya coincidencia con respecto al resto de dilemas éticos analizados en dos investigaciones previas (Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2018).

Se podría entender que no hubiese tanta correspondencia con el primero de los estudios (Úriz et al., 2012) que aborda los dilemas éticos en trabajo social no específicamente sanitario. Pero sorprende la diferencia con el segundo (Úriz et al., 2018) que sí que aborda los dilemas éticos en trabajo social sanitario.

Gráfico 2. Comparación de rankings de dilemas éticos más frecuentes



Elaboración propia.

Algo similar sucede en relación a la utilización que las profesionales realizan del código deontológico. Del mismo modo que en la mayoría de las investigaciones consultadas (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Martín, 2011; Úriz et al., 2013) las profesionales del trabajo social conocen la existencia del código deontológico, pero reconocen que lo utilizan muy poco y que no lo consideran necesario. Efectivamente, y del mismo modo que se señala en otro estudio (Úriz et al., 2013), se relativiza la autoridad del código deontológico.

En relación a la ayuda a la que las profesionales del trabajo social recurren cuando se enfrentan a los dilemas éticos, la tendencia no parece mantenerse. En los escasos estudios publicados sobre esta cuestión (Úriz et al., 2011; Rodríguez, 2014), el 13,5% de las profesionales consultan sus dudas con las colegas, frente al 86,6% de nuestro estudio. Todo apunta a que se buscan consultas accesibles, en círculos cercanos (trabajadoras sociales con las que trabajan, otros profesionales con los que trabajan, colegas de confianza, sean o no trabajadoras sociales, etc.), pero, sobre todo, rápidas, motivadas por el requerimiento de intervención inminente. Únicamente el 6,6% señala que utiliza bibliografía especializada (por ejemplo, el código deontológico).

El otro 6,6% restante se basa en su experiencia a la hora de resolver los dilemas éticos. En este caso, y del mismo modo que en otro estudio (Úriz et al., 2011), se deriva de las entrevistas que las profesionales consideran que los dilemas éticos son cuestiones de responsabilidad individual y que la experiencia puede ser suficiente a la hora de resolverlos. Efectivamente, la experiencia profesional y la pericia son siempre bienvenidas, pero no garantizan que el

análisis de los casos se realice desde una perspectiva ética. De hecho, desde la experiencia se tiende a encuadrar los casos desde una perspectiva eminentemente técnica (Idareta, 2018). Desde este punto de vista, la formación en ética y deontología profesional facilita la contextualización del caso desde una perspectiva ética, proponiendo estándares éticos comunes surgidos de la reflexión intradisciplinar de las profesionales.

En este sentido, según otros estudios (Úriz y Ballester, 2006; Úriz et al., 2007; Úriz et al., 2012; Úriz et al., 2013), el 65% de las profesionales querían seguir formándose en ética y deontología profesional, frente al 40% de nuestro estudio. Lo mismo sucede con la importancia que se le otorga a la ética en la disciplina. En otras investigaciones la práctica totalidad de las profesionales consideraban que la ética es el fundamento transversal que da sentido al trabajo social (Sobremonte et al., 2011; Úriz et al., 2013; Rodríguez, 2014), frente al 46,6% de las profesionales de nuestro estudio.

Conclusiones

A partir de todo lo anterior, y a diferencia de otros estudios (Martín, 2011), cabe concluir que las profesionales de la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Complejo Hospitalario de Navarra son capaces de identificar los dilemas éticos y de gestionar su resolución contando para ello con sus colegas, pero requieren formación en ética y deontología profesional para estar más y mejor preparados en la toma de decisiones ética. Especialmente en todo lo relativo al conocimiento ético (para saber identificar y gestionar con mayor solvencia los dilemas éticos a través de las diferentes metodologías existentes), a las habilidades éticas (en el análisis crítico de diferentes alternativas posibles, tomando como punto de partida el código deontológico de la profesión) y a las virtudes éticas (conociendo y encarnando las cualidades necesarias para ser un buen profesional del trabajo social).

Con respecto a esta formación, cabría señalar dos cuestiones importantes: una, sobre los dilemas éticos y, la otra, sobre el código deontológico. Los resultados del presente estudio coinciden con los de la mayoría de investigaciones consultadas en relación a los dilemas éticos que más preocupan a las profesionales (la autonomía de las personas usuarias y la confidencialidad). No obstante, la dispersión existente entre el ranking propuesto por Úriz y sus colaboradores (2012, 2018) y el nuestro en relación al resto de dilemas éticos es probable que tenga que ver no sólo con la diferencia muestral, sino también con la dificultad de las y los profesionales para identificar algunos de esos tipos de dilemas. De ahí la imperiosa necesidad de formación continuada de las profesionales.

Nuestro estudio también coincide con otros en que las profesionales relativizan la autoridad moral del código deontológico. Precisamente por ello son tan necesarias las comisiones deontológicas, ya que tienen, entre otros, el importantísimo reto de promover un pluralismo moral efectivo a través del activismo ético. Todo ello porque son necesarios profesionales convencidos, que comprendan la primacía de la ética sobre la moral, que entiendan que esta ética se concreta a través de las normas y deberes morales recogidos en el código deontológico y que tales normas y deberes deben ser mejorados y actualizados, nuevamente, gracias a la ética (Ricoeur, 1990).

La apuesta de las comisiones deontológicas por el pluralismo moral efectivo está motivada por la relativización de la autoridad moral del código deontológico que se da en la profesión según gran parte de investigaciones consultadas y el presente estudio. Y, del mismo modo que señalase Adela Cortina (2010) para la sociedad española, en trabajo social también, el pluralismo moral es ficticio, ya que pese a que dicen conocerlo, algunas y algunos profesionales afirman tener dificultades para cumplir con las normas morales o simplemente tienden a despreocuparse de su cumplimiento porque no lo consideran necesario ni importante (Úriz et al., 2007; Taboada, 2009; Martín, 2011).

Si relativizamos la autoridad moral del código deontológico, no reconociendo su verdadero potencial humanizador y vertebrador de la profesión, estamos poniendo en grave riesgo el trabajo social, abocándolo a una devaluación moral irreversible. No olvidemos que nuestro código deontológico no sólo señala los mínimos morales que debemos cumplir, sino que contiene la esencia de nuestra identidad profesional. Una identidad que es eminentemente moral a tenor de la consideración que se tiene de la profesión en tales documentos.

Por ello, el activismo ético es una pieza clave, no sólo frente a este relativismo, sino también frente al principalismo ético y al paternalismo anteriormente señalados, ya que permite a las y los profesionales recobrar el sentido humanizante del trabajo social para ponerlo a disposición de las personas usuarias renovado y actualizado. El activismo ético consiste en implementar en la intervención social la reflexión ética y el comportamiento moral intraprofesionalmente consensuado, entendiendo que ambos son imprescindibles, ya que el código ético dota de sentido y de significación al código deontológico, mientras que el código deontológico se actualiza y se mejora gracias al código ético. Cuando consigamos respetar los valores de máximos a la vez que conocer, reconocer y cumplir los mínimos morales, lograremos un avance sustancial en la humanización de la intervención social en nuestro camino hacia la excelencia.

Referencias bibliográficas

- AGRELA, B., GUTIÉRREZ, C. y FERNÁNDEZ, T. (2017). Repensar la ética en Trabajo Social desde una perspectiva de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 51-64. <https://doi.org/10.5209/CUTS.53959>
- AIN, E.J. (2001). *Ethical dilemmas of New York City Social Workers*. New York: Yeshiva University.
- BEDER, J. (2006). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- CABOT, R. (2008). Ensayos de medicina social. La función de la inspectora a domicilio. *Trabajo Social y Salud*, 60, 25-172.
- CANNON, I. (1908). Social Work at Massachusetts General Hospital. National Conference on Social Welfare Proceedings. Obtenido de <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ach8650.1908.001/176?page=root;rgn=full+text;size=100;view=image>
- CANNON, I. (1913). *Social Work in Hospitals. A contribution to progressive medicine*. New York: Russell Sage Foundation.
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL (CGTS) (2015). *Código deontológico de Trabajo Social* (2.ª ed.). Madrid: CGTS.
- CORTINA, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (FITS) (1976). *Código de ética profesional*. Puerto Rico: FITS.
- FERNÁNDEZ, J., DE VICENTE, I., PALACÍN, C., ALEGRE, R.M^a, BOIXADÓS, A., CHAGAS, E., PARRA, B., TORRALBA, J.M^a y TABUEÑA, M.C. (2012). Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*, 24, 44-60. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000100005>
- GRACIA, D. (1989). *Fundamentos de la bioética*. Madrid: Eudema Universidad.
- IDARETA, F. (2018). *Trabajo Social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en Salud Mental*. Valencia: Nau Llibres.
- IDARETA, F. y BALLESTERO, A. (2013). Ética, paternalismo y burocracia en el Trabajo Social. *Portularia*, 13(1), 27-35. <https://doi.org/10.5218/prts.2013.0004>
- IDARETA, F., ÚRIZ, M^aJ. y VISCARRET, J.J. (2017). 150 años de historia de la ética del Trabajo Social en España: periodización de sus valores éticos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 37-50. <http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.52428>
- MARTÍN, M. (2011). Dilemas éticos en la profesión de Trabajo Social. En Zamanillo, T. *Ética, teoría y técnica. La responsabilidad política del Trabajo Social* (pp. 19-43). Madrid: Talasa.
- PARRA, B., CHAGAS, E., PALACÍN, C. y TORRALBA F. (2014). La responsabilidad del Trabajo Social en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables. *Azarbe*, 3, 99-104.

- PELTON, G.I. (1910). The history and status of Hospital Social Work. National Conference on Social Welfare Proceedings. Obtenido de <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1910.001/351?rgn=full+text;view=image>
- RICOEUR, P. (1990). Éthique et morale. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 46, 5-17.
- RODRÍGUEZ, C. (2014). Ética y Trabajo Social: la reflexión de la profesión, camino de ciudadanía. *Azarbe*, 3, 55-61.
- SOBREMONTÉ, E., ARIÑO, M.E., BELOKI, U. y ETXEBERRÍA, B. (2011). El rol que juegan las teorías y principios éticos del Trabajo Social ante dilemas y conflictos éticos. *Agathos*, 2, 34-45.
- TABOADA, M^aL. (2009). Dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares. *Documentos de Trabajo Social*, 46, 11-35.
- ÚRIZ, M^aJ., BALLESTERO, A. y VISCARRET, J.J. (2013). Cuestiones éticas y tipologías de comportamiento ético en la intervención profesional del Trabajo Social. *Revista Española de Sociología*, 19, 67-92.
- ÚRIZ, M^aJ., IDARETA, F., BALLESTERO, A. y VISCARRET, J.J. (2018). Dilemas éticos de las trabajadoras sociales españolas en el área de salud. *Revista de Estudios Sociales* (en prensa).
- URIZ, M^aJ. y BALLESTERO, A. (2006). Ethical dilemmas of social workers in the Social Services: the case of Navarre (Spain). *Journal Européen d'Education Sociale*, 10-11, 113-145.
- URIZ, M^aJ., BALLESTERO, A. y URIEN, B. (2007). *Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social*. Zaragoza: Mira.
- ÚRIZ, M^aJ., VISCARRET, J.J. y BALLESTERO, A. (2011). Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España. *Portularia*, 11(2), 47-59. <https://doi.org/10.5218/prts.2011.0017>
- ÚRIZ, M^aJ., VISCARRET, J.J. y BALLESTERO, A. (2012). Dilemas éticos de las trabajadoras y trabajadores sociales en España. *Papers*, 97(4), 875-898.