

RTS

Revista de Treball Social

número 199 - agosto 2013

Diálogos entre la ética y el trabajo social



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

Directora: Montserrat Bacardit i Busquet

Subdirectora: Rosa M^a Ferrer i Valls

Equipo de redacción: Teresa Aragonès i Viñes
Irene De Vicente Zueras
Josep Ma. Mesquida González
Pepita Rodríguez i Molinet
Pepita Vergara Beltrán

Administrativa: Anna Pablos Ortuño

Comité asesor: Rogeli Armengol i Millans
Montserrat Cusó i Torelló
Josefina Fernández i Barrera
Manuel Miguel Pajuelo Valsera
David Paricio Salas
Xavier Pelegrí i Viaña
Milagros Pérez Oliva
Carmina Puig i Cruells
Cristina Rimbau i Andreu
Glòria Rubiol i González
María del Carme Sans Moyà
Antoni Vilà i Mancebo

Diseño de las portadas: Jordina Tió

Diseño interior: Ester Lozano Vivó

Corrección de estilo y traducción: Raül Cascajo i Orzáez

Imprenta y maquetación: I.G. Santa Eulàlia. Sta. Eulàlia de Ronçana

Depósito legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210

ISSNe: 2339-6385

Tiraje: 600 ejemplares en edición impresa
Versión en línea consultable en www.tscat.cat

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona
Tel. 93 318 55 93 - Fax 93 412 24 08
Adreça electrònica: rts@tscat.cat
Subscripcions: www.tscat.cat

Junta de Gobierno del Col·legi

Degana: Núria Carrera i Comes
Vicedegana 1a.: Margarita García Canela
Secretaria: Montserrat Mas Carrillo
Tesorera: Lucia Guerrero Ruiz
Vocal y vicesecretario: Juan Manuel Rivera Puerto
Vicedegana 2a.: M^a Pilar Martínez Bertholet
Vicedegana 3a.: Anna M. Galobardes Gelada
Vicedegana 4a.: Marta Frontiñán García
Vicedegana 5a.: Gemma Solanas Bacardit
Vicedegana 6a.: Glòria Martín Lleixa
Vocales: M. Mercè Ginesta Rey
David Nadal Miquel
Càndid Palacín Bartrolí
Arantza Rodríguez Juano

El equipo de redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

Sumario

■ Editorial	5
■ A fondo	
La bioética: ayuda para la acción solidaria <i>Marc Antoni Broggi i Trias</i>	9
Marcos legales en relación a aspectos éticos y bioéticos en el trabajo social <i>Juliana Plana y Núria Terribas</i>	20
¿Qué dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social en España y cómo los resuelven? <i>María-Jesús Úriz, Alberto Ballester, Juan-Jesús Viscarret y Francisco Idareta</i>	35
El Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña: institucionalizando el diálogo y la deliberación <i>Begoña Román Maestre</i>	46
Historia y evolución del Consejo de Deontología Profesional del Col·legi de Treball Social de Catalunya <i>Teresa Casanovas y Maite Sullà</i>	55
La ética del discurso y de la conflictividad en Maliandi: desafíos para una ética profesional en trabajo social <i>Cecilia Aguayo Cuevas</i>	67
Miradas, posicionamientos y conductas éticas del treball social: algunas consideraciones a partir de la experiencia <i>Mercè Ginesta i Rey</i>	78
Análisis y resolución de un dilema moral. Confidencialidad versus integridad física <i>Ariadna Munté, Irene De Vicente y Rosa M^a Alegre</i>	88
El papel del trabajador social sanitario dentro de un Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Salud <i>Mariola Sánchez Pérez</i>	99
El dilema ético en la toma de decisiones en trabajo social sanitario <i>Conchita Peña i Gallardo</i>	103
Ética y adopción internacional: la perspectiva del trabajo social desde la ECAI a Catalunya <i>Urgell Poch Planas</i>	115


Partimos de la necesidad y voluntad de la persona o partimos de su bienestar según el equipo?	
<i>Duna Ulsamer Riera</i>	122
Conflictos morales y dilemas éticos: una propuesta de reflexión desde la salud mental	
<i>Lola Serna y Magda Casademunt</i>	128
Trabajo social, ética y toxicomanías: el valor de los principios bioéticos en la práctica diaria	
<i>Natàlia Ribas Muñoz</i>	137
Ética y práctica social en el marco de la atención temprana	
<i>Rosa González Merino</i>	143
■ Interés profesional	
Atención domiciliaria en curas paliativas	
<i>Concepció Tamarit i Sumalla</i>	151
Rentas de ciudadanía	
<i>Cristina López i Carmen Espinosa</i>	156
El tratamiento social en las áreas básicas de servicios sociales	
<i>Diversos autores</i>	168
La intervención profesional en familias de riesgo	
<i>Carmen Amorós Azpilicueta</i>	179
El ayer y el hoy del trabajador y de la trabajadora social en la Administración de Justicia: el périto y la périta social	
<i>Laura Crous i González</i>	183
■ Libros	
SEX-CRETS. Els secrets d'un aprenentatge	191
Redes comunitarias	194
El adolescente cautivo	196
■ Sección libre	
Poema: Llegir	201
Searching for Sugar Man	202
■ La Revista	
Publicaciones	207
Normas para la presentación de artículos en la Revista de Treball Social ..	208
Boletín de suscripción	211

Editorial

Vivimos en una época en la que oímos hablar mucho de ética, en la que se ha creado un clima social que enfatiza su importancia. No es algo casual que la apelación a la conciencia ética sea actualmente un signo de los tiempos, pues su ausencia es la principal causa de la corrupción, y los movimientos sociales más recientes la reivindican, reclaman, consideran y sitúan en la base de sus idearios. En esta línea, un movimiento muy representativo, el 15-M, reclamó en su manifiesto “una revolución ética”. No en vano, podemos considerar la ética como la base de la convivencia y de una vida social justa.


La ética está considerada la parte de la filosofía que estudia el bien y el mal en el comportamiento humano así como las normas morales que regulan las relaciones humanas. Pero como evidencian los frecuentes debates, la ética no es algo estático, sino que requiere reflexión y argumentación. Así lo han entendido los trabajadores sociales, y un buen indicador de ello es la creación en Cataluña, en 1984, del primer Consejo de Ética del Estado español, y también fue nuestro Colegio el primero en elaborar y aprobar un código de ética para sus miembros en 1989 (aprobado en asamblea general), que se ha ido renovando hasta nuestros días.

De hecho, la ética ha estado siempre arraigada en la disciplina y la tarea del trabajo social. Se asocia a una forma de actuar honestamente. Pero esto que parece fácil de decir no es siempre fácil de aplicar. Muchas veces ante una actuación profesional se presenta la duda, el dilema entre tomar una decisión u otra, surge el conflicto de intereses en temas como, por ejemplo, el uso de la información, la autonomía de los usuarios, diferentes valores de los profesionales o entre el profesional y las instituciones. Queriendo que sea la decisión correcta, se duda de cuál es la mejor respuesta. Y si nuestra controversia o duda se relaciona con cuestiones morales, con confrontación de principios y derechos o legitimidad de las acciones que realizamos, nos encontraremos ante un dilema ético. Definir un dilema ético a menudo es complejo, y por ello también resulta importante saber identificar cuando nos encontramos frente a uno, diferenciándolo de otros tipos de problemas como pueden ser los relacionados con la gestión o la metodología.



En la sección “A fons” la *RTS* ha querido poner al alcance de sus lectores una serie de artículos que tratan sobre la ética y los dilemas éticos que más frecuentemente se encuentran los profesionales, cómo los suelen resolver y también dar algunas pistas para ayudar a la reflexión y a la argumentación de cómo afrontarlos de la mejor manera posible.

Es nuestra forma de intentar contribuir, tal y como manifiesta uno de los artículos, a que la reflexión, el diálogo y la deliberación ética en la intervención social se incorporen a la práctica diaria de los profesionales.



A fondo

La bioética: ayuda para la acción solidaria

Marcos legales éticos y bioéticos en el trabajo social

¿Qué dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social?

El Comité de Ética de Servicios Sociales de Catalunya

Consejo de Deontología Profesional del Col·legi

La ética del discurso y de la conflictividad en Maliandi

Miradas, posicionamientos y conductas éticas del trabajo social

Análisis y resolución de un dilema moral

Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Salud

El dilema ético en la toma de decisiones

Ética y adopción internacional

¿Partimos de la necesidad y voluntad de la persona, o de su bienestar según el equipo?

Conflictos morales y dilemas éticos

Trabajo social, ética y toxicomanías

Ética y práctica social en el marco de la atención primeriza

La bioética: ayuda para la acción solidaria

Marc Antoni Broggi i Trias¹

Resumen

La bioética es un campo de reflexión en el que coinciden profesionales de varias procedencias para construir un diálogo multidisciplinario y, desde él, poder ayudar a tomar decisiones operativas y prudentes. En esta reflexión se deben ponderar valores y consecuencias. Debe tener en cuenta la complejidad actual de la manera más realista posible, juntamente con el mínimo que señala la ley. Y debe llegar a considerar los deberes morales que los profesionales tienen hacia los ciudadanos con problemas de salud: asistirlos bien, con equidad, evitándoles el daño y con un respeto creciente. La deliberación sobre la aplicación concreta de estos principios generales debe tener en cuenta la personalización que cada uno espera de la solidaridad del entorno, y es el núcleo del trabajo bioético como ayuda para la decisión, para la acción.

Palabras clave: Reflexión y clínica; valores y derechos; ayuda, equidad i respeto; autorrealización y dependencia.

Para citar el artículo: BROGGI I TRIAS, Marc Antoni. La bioética: ayuda para la acción solidaria. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 9-19. ISSN 0212-7210.

Abstract

Bioethics is a reflection field where professionals from different backgrounds build a multidisciplinary dialogue that helps to take operative and prudent decisions. In this reflection values and consequences must be analyzed. It has to take into account the current complexity in the most possible realistic way and also the minimum pointed by the law. It has to consider ethical duties that professionals have towards citizens with health problems: good assistance, equitability, non-maleficence and increasing respect. Deliberation about the concrete application of these general principles has to include the personalization of the environment' solidarity that every one expects and it is the centre of bioethical work as the help for decision taking and action.

Key words: Reflection and clinics; values and rights; help, equity and respect; self actualization and dependency.

¹ Marc Antoni Broggi i Trias, Doctor en medicina y cirugía, Presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya. mabroggi@hotmail.com.

Antes de exponer nada de bioética debo reconocer una serie de limitaciones personales. De entrada, que no soy ningún conocedor de la ética, si la consideramos como disciplina y formando parte de los estudios de filosofía. Es cierto que siempre me han interesado su aportación y el ejercicio conceptual al que nos invita, y que la he tenido que cultivar en gran parte. Siempre he creído que una de las cosas más estimulantes que me han sucedido en estos años de participación en el debate bioético ha sido la frecuentación de personas provenientes de otros campos, como el de la enfermería, el derecho, el trabajo social y, concretamente para el tema de hoy, la filosofía. La proximidad e influencia personal de Margarita Boladeras, de Victòria Camps, de Adela Cortina y de Begoña Román han sido decisivas en mí y, en general, en los miembros de muchos comités de nuestro entorno. Como dije (BROGGI, 2008), nos han hecho un favor saliendo de la Academia y aceptando discutir en nuestra ágora bioética problemas concretos con nosotros. Digo esto como primera *captatio benevolentiae*, avisando que esta presentación de la bioética es la de un clínico. Además, en mi caso, es la de un cirujano y, como se sabe, se trata de alguien formado para lo que se considera una típica *ars muta*, tal como la adjetiva Galeno. La máscara que llevamos y con la que se nos reconoce cuando trabajamos sobre la persona anestesiada podría servir para simbolizar esta condición original nuestra. En todo caso, es evidente que es un punto de partida alejado del de aquellos profesionales que, como los del trabajo social, basan su práctica en la palabra y en la persuasión. Más bien debería ocurrir lo contrario: que fueran estos últimos los que escribiesen en las revistas de cirugía.

Pero se pueden encontrar ventajas a estas aparentes limitaciones que he denunciado. Primero, porque sin los que cultivan el campo es difícil llegar a obtener frutos, por mucho que se les ayude a hacerlo mejor. La bioética es materia de todas las profesiones en torno a los problemas de salud y, sobre todo, de toda profesionalidad clínica. Entendemos por clínica el trabajo al lado del enfermo, en la cabecera de su cama (*kelinos* es cama en griego); y nos limitaremos a ello. Sin los clínicos, perdería su referencia de los problemas reales, con su complejidad, y quedaría momificada. *Gris es el libro de la teoría y siempre verde el árbol de la vida* (GOETHE, 1938). La bioética no es ninguna idea proyectada en la pantalla de una clase, sino que está presente en la consulta y en el domicilio, donde la persona necesitada y el profesional se encuentran para poder atender la primera con los conocimientos y la disposición del segundo. En cuanto a los cirujanos, hay que recordar que con la palabra deben preparar, y a veces reparar, la acción de la mano; y que, ante esta dificultad han tenido que afilar otras herramientas además del bisturí, herramientas de comunicación y de persuasión. Y lo que es útil: con un espesor de autocritica ineludible y no desdénable. Lo importante es que cada uno sea consciente desde donde mira y que este punto de vista personal enriquezca la reflexión.

■ **La bioética no es ninguna idea proyectada en la pantalla de una clase, sino que está presente en la consulta y en el domicilio, donde la persona necesitada y el profesional se encuentran para poder atender la primera con los conocimientos y la disposición del segundo**

La reflexión es un concepto clave y que conlleva una cierta mirada: una mirada atenta que se refleja en las cosas y que nos vuelve cargada de preguntas sobre estas y le permiten ir más al fondo, hacerse más penetrante cada vez. Es lo que distingue a la ética de un simple moralismo. La ética que necesitamos no quiere buscar respuestas hechas, no quiere iluminaciones de esta o de aquella otra autoridad, sino ayudarnos a plantearnos bien las preguntas. Y para plantearlas mejor se debe tener en cuenta la complejidad de la realidad, no querer eludirla y caer en simplificaciones. La ética no es, pues, ninguna moral vivida inconscientemente a través de unos hábitos antiguos o de nuevas adscripciones a esta o aquella otra norma aceptada sin más, sino que debe ser pensada cada vez de nuevo y debe ser racional, analítica y verbalizada. Sólo así podrá ser considerada razonable, aceptable. No hay que ser “pensador” para cultivarla; se debe ser, eso sí, “pensativo”, es decir, debe poder pensar sobre lo que se hace y se siente, y sentir qué

■ **La ética no es, pues, ninguna moral vivida inconscientemente a través de unos hábitos antiguos o de nuevas adscripciones a esta o aquella otra norma aceptada sin más, sino que debe ser pensada cada vez de nuevo y debe ser racional, analítica y verbalizada.**

se piensa y se hace, y por qué. Y sobre todo se debe ser consciente de dónde se quiere ir y de los límites a no traspasar.

La visión que se tenga de antemano de las situaciones debe poder ser calibrada des-

pues cuando se presente para ser evaluada y buscar entre todas razones para decidir. Y sólo podrán ser de verdad sopesadas si muestran con transparencia los valores que con ellas se defienden. Las razones también traslucen una cierta concepción del mundo, unos ciertos valores más o menos compartidos. Es cuestión de sacarlos a la luz, sean los que sean, y hacerles conscientes (de llevarlos al *yo*, como quería hacer Freud con su tratamiento). Así pues, es cierto que aceptamos un pluralismo en los valores, aunque sepamos que no todos son igualmente defendibles.

¿Por qué hablamos de **valores**? Porque son los que mueven las acciones y los que determinan el grado de satisfacción o de disgusto que resulta, cosas que no dependen sólo de los hechos y de los datos objetivables.

Es cierto que los valores nacen en el reducto de la conciencia personal de cada uno; pero cuando son compartidos se hacen presentes en todo e influyen incluso el Derecho. Es difícil definir someramente “valor”, pero normalmente lo utilizamos como lo que está en las cosas, las situaciones o las opciones, y que hace que las queramos, que las deseemos, que las prefiramos. Es porque las cosas nos resultan atractivas que son buenas y no al revés, formula Spinoza (Spinoza, 2000); y con esto quiere decir que su valor no viene dado sólo por una calidad objetiva, definible *a priori* y de forma general por la entidad del objeto, del hecho o de la decisión de la que se trata, sino por el apreciación que tengamos. Los valores lo impregnan todo a nuestros ojos, nos diferencian a unos de otros y nos definen como personas.

Está claro que no se puede negar que vienen muy influidos por la comunidad en la que se vive. Algunos son asumidos colec-

tivamente como preferentes. Todo grupo intenta organizarse alrededor de aquellos que querría ver compartidos, y puede llegar a proclamarlos como principios rectores, es decir, como valores básicos para la construcción del futuro que se desea. Y, por tanto, tenderá a querer imponerlos en su seno. Entonces promulgará leyes para preservarlos y exigir que se respeten. Los derechos que se plasman, y los deberes a los que obligan, son la materialización de esta voluntad de cohesión, y tienen la finalidad de hacer respetar unos valores que se creen esenciales. En consecuencia la sociedad esperará que todo el mundo los tenga en cuenta responsablemente, incluso en el ámbito privado interpersonal, y que, incluso desde este, sea necesario responder de cómo se han preservado los derechos y seguido los deberes derivados.

En este proceso que describimos se constata de todos modos que no todos los valores acaban teniendo el mismo peso; como decíamos, no todos valen al fin por un igual. Es fundamental, a la hora de manejarlos, distinguir entre los que apuntalan la vida íntima de cada persona y los que deben guiar nuestra actuación hacia los demás. Los primeros pueden basarse en ideas irracionales, en costumbres aceptadas acríticamente, en intereses poco confesables, en creencias. En todo caso, serán respetables en tanto y en cuanto sean genuinos del esfuerzo individual para autodefinirse, para conformarse, para construirse a sí mismo.

En cambio, los que deben regir nuestra actuación hacia el prójimo están a otro nivel y, ante todo, deben ser consensuados y regulados. Y, para ello, resulta evidente que una garantía imprescindible es que la sociedad sea democrática, que los ciudadanos se pue-

dan organizar para defender lo que más “valoran” en ese momento, basándose en la autoridad moral que les confiere la su consideración de iguales. Como dice la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789: “sin otra distinción que la de sus méritos y de su capacidad” (ARTOLA, 1986). Esta laicidad de base no es una ideología más, no es ninguna nueva concepción del mundo: es la forma de organizar la ciudad para conseguir una convivencia entre todas. La tolerancia entre ideas y creencias diferentes es el valor primario e imprescindible, es lo que permite, a través del diálogo racional, articular los valores entre ellos a su alrededor.

Este **diálogo** abierto, laico, es el crisol en el que valores distintos se ponen a prueba y se terminarán organizando jerárquicamente, empezando por los más queridos: desde entonces, los más “valiosos” socialmente hablando. Pasan así de las conciencias individuales a formar parte del marco colectivo (BROGGI, 2008).

Es lógico que, en esta situación, los valores que acabarán dominando la actuación de todos nosotros sean, precisamente, los que nos permitan respetar mejor los individuales de cada uno y sólo se limiten por el bien común y si realmente es necesario. Así es como este bien común termina siendo el garante de la libertad individual.

Conviene diferenciar de inmediato este pluralismo enriquecedor del relativismo moral que tan estéril resulta. Relativizarlo todo es tentador pero no quiere decir que tengamos que aceptar que toda opinión tenga el mismo valor y que se pueda aseverar cualquier cosa y, por tanto, nada en firme. Esto llevaría a una situación en la que renunciaríamos a la fuerza de la razón. El “plu-

ralismo crítico”, como lo llama Popper con mucho sentido, es diferente: es “la postura por la que toda teoría –y cuantas más mejor– admite en competencia con las otras, y esta competencia entre ellas consiste en la discusión y en su eliminación crítica” (POPPER, 1988).

En una “sociedad abierta” –por nombrarla ya como el propio Popper– la balanza de esta ponderación debe contemplar una serie de requisitos: que se parta de la base de la capacidad legislativa que tienen los ciudadanos por igual; que ellos puedan decidir fin al que tienden, y no sólo sobre los medios; que se dé un contraste razonado entre las posibilidades; que se den las razones de las preferencias elegidas y de sus consecuencias, esperadas o no; que estas últimas tengan en cuenta a los afectados por la decisión y no sólo a los que la han tomado; que se contemple su futura universalización justa, y que el resultado sea expuesto como revisable para poder volver a discutir en todo momento. No sería pues el simple consenso el que resultaría válido *per se*, sino la forma a través de la cual se ha llegado a él, que haya seguido un proceso calificado de abierto, de racional y de razonable. No se trata de buscar un pacto neutral, sino de elegir entre todos qué marco preferimos para un futuro mejor, para aumentar la emancipación y el progreso –personal o general–, que enuncie un mundo más habitable, una situación más humana.

Con esta idea, y siguiendo el camino apuntado por la Ilustración y ya trillado por las sociedades democráticas, se han puesto en un primer plano los valores de libertad, igualdad y solidaridad (*liberté, égalité y fraternité*)

que se han acreditado como principios básicos de nuestro entorno; como dice nuestra constitución, “como valores superiores del ordenamiento jurídico”.² Adoptarlos constituyó un paso de gigante en la Humanidad que se consolidó definitivamente con la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Desde ese momento, los objetivos primarios a perseguir siempre, en cada legislación que se promulgue, deben ser los de la libertad de cada uno, de la igualdad entre todos y de la ayuda a los demás. Son derechos para cada uno y deberes para todos.

Todo esto es importante para lo que tratamos. Porque este nuevo panorama ha acabado afectando también a los reductos más reacios a cualquier apertura, como son los del entorno del enfermo. La bioética no es más que una adaptación para tratar responsablemente los problemas que surgen ahora, en gran parte debido al cambio de valores, que en este mundo cerrado de las decisiones en torno a la vida ha surgido después de muchos siglos de estabilidad. No sólo en la clínica, en las que se toman en torno al ciudadano concreto, sino también en las de gestión y en las decisiones políticas.

Desde que se tiene memoria histórica, la actuación ante el enfermo iba dirigida a un solo objetivo: conseguir la máxima eficacia contra la enfermedad. Todo lo que favoreciera esta eficacia era bien recibido. Por ejemplo, este objetivo legitimaba por sí solo la imposición del tratamiento en contra de la voluntad del afectado. Por el solo hecho de estar enfermo, cualquiera era considerado sin voz para defender ninguna opinión personal con criterio válido: mientras estuviera enfermo se le consideraría des-moralizado

² Constitución Española. Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya, 1983.

(*in-firmus*, es decir, poco firme física y moralmente). Las decisiones no les competían, como le ocurre al niño: se haría todo por su bien pero sin preguntarle su parecer: no tenía ningún sentido hacerlo. Era una relación totalmente paternalista, en la que el buen enfermo debía ser sumiso, obediente. Dicho de otro modo, debía “hacer bondad”. La sociedad lo quería así: la “bondad” venía definida por una autoridad externa sana, tanto técnica como moral: la de los profesionales, de la Administración o de los familiares.

Hay que decir que las posibilidades de actuación eran más bien escasas aunque se procurase, como se decía, “hacer todo lo posible”. La mayoría de veces lo posible era muy poco. Pero cuando la medicina se hizo más “científica” y la capacidad de actuación técnica y social aumentó, esta imposición se consolidó. La nueva eficacia fue “cargando de razón” el hecho de actuar sobre el paciente como portador de un trastorno que se sabía corregir y que había que hacerlo, lo quisiera él o no. Por lo tanto, se le ingresaba, radiografiaba y operaba sin pedir su permiso. De esta manera, el enfermo quedó cada vez más “cosificado” por el solo hecho de ser etiquetado como tal, sobre todo si la situación era grave. De hecho, se le expropiaban las decisiones y su control. Y cuando la muerte se aproximaba, por ejemplo, se podía decidir que todavía no era el momento porque todavía había una cosa que hacer, por lo tanto, que no se podía “dejar de hacer”. Quien no cumpliera este deber frente a la “sacralidad de la vida”, era culpable de negligencia o de denegación de auxilio, por decirlo legalmente.

Hasta ahora esto ha sido así sin demasiados problemas. La imposición benefactora ha sido un deber que no sólo ha implicado

la práctica médica: colaboraba la sociedad. De hecho, no era más que la adaptación de la relación hegemonía-sumisión que había en todas las relaciones: entre padres e hijos, marido y mujer, profesor y alumno, rey y súbdito, iglesia y fiel... En todas había la necesidad de imponer el “bien”. La uniformidad moral era suficientemente sólida y se contaba con pautas a seguir —religiosas, sociales o corporativas— que no eran discutibles (BROGGI, 2011).

Ahora, sin embargo, las cosas han cambiado. La sociedad democrática ha asumido otros valores. Los derechos humanos se han acabado traduciendo, por ejemplo, como “**derechos de los humanos enfermos**”. La enfermedad o la dependencia no tienen por qué ser paréntesis en el ejercicio de los derechos, se dice. Después de haber transformado las estructuras políticas, familiares o educativas, estos valores han llegado al hospital, al ambulatorio y a la cabecera de la cama.

El objetivo que ahora la sociedad demanda ya no es el de la máxima eficacia contra la enfermedad, sino el de la **máxima ayuda** a la persona con problemas de salud. Esta es una distinción crucial. A menudo coinciden, es evidente, pero alguna vez no. Ahora cada ciudadano debe poder ser agente, y no sólo paciente, de la decisión que le afecte y aunque esté enfermo! El beneficio a buscar lo debe poder definir en parte cada persona afectada.

Se trata de un cambio radical. Es lógico que cree desconcierto, sobre todo porque la situación se vuelve mucho más compleja y los problemas morales se hacen más habituales y más difíciles de resolver. La crisis de valores no se produce porque se hayan perdido los que había, como a veces se piensa, sino porque hay nuevos que pueden entrar en

■ **La crisis de valores no se produce porque se hayan perdido los que había, como a veces se piensa, sino porque hay nuevos que pueden entrar en conflicto con los anteriores.**

conflicto con los anteriores, también vigentes. Las leyes recientes vienen a regular esta realidad conflictiva y a priorizar valores.

Nuevas leyes, desde el año 1986 con la Ley General de Sanidad,³ pasando por la del Parlament de Catalunya 21/2000⁴ o la más reciente de Dependencia de 2006,⁵ vienen a definir un panorama mucho más seguro y respetuoso. Como ciudadanos (tanto si somos profesionales de la salud como si no), tenemos que saber qué traslucen, qué es lo que la sociedad acepta o no en cuanto a conductas e inhibiciones y qué posibilidades y límites señala. Es decir cuáles son los nuevos derechos y nuevos deberes, y cuál es la complejidad para la reflexión ética sobre ellos.

Empecemos por el derecho reconocido al acceso a la atención sanitaria. Todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a acceder a una ayuda efectiva, a la más efectiva que se conozca, sobre su mal. Como hemos visto, esto tiene su fundamento último –y nunca obvio– en el valor de la compasión solidaria que nos merecemos los unos con los otros; y, de hecho, no hace más que continuar con ello la tradición milenaria que ha seguido cualquier forma de asisten-

cia médica, que nunca se ha de obviar y, al revés, conviene extenderla a toda situación en la que se requiera una acción solidaria.

Como dice el Comité de Bioética de Cataluña, “en el contexto histórico del estado del bienestar, la protección de la salud es una exigencia de justicia, no de beneficencia o de caridad. Este es el gran avance ético y político de la época contemporánea que supera las concepciones de ayuda a los enfermos por razones humanitarias, dictadas únicamente por la conciencia moral o el deber religioso, o por razones de estrategia política, en lo que es más conveniente para el estado o sus dirigentes en un momento determinado. Por ello, las Constituciones modernas y muchos textos internacionales recogen ya la protección de la salud como un derecho fundamental de las personas. Y eso quiere decir que, sin perder de vista que las políticas de salud tienen un coste económico, a menudo elevado, y, por tanto, están sujetas a disponibilidades económicas, el derecho a la salud es un derecho de justicia que en ningún caso puede quedar conculcado o suspendido por limitación o escasez de recursos. Los gobiernos tienen la obligación de justicia de hacer todo lo que esté en su mano para garantizar el cumplimiento del derecho de todos los ciudadanos a recibir el nivel más alto posible de salud física y mental”.

Conviene insistir en que se tiene derecho a que esta ayuda sea de calidad; que se base en los mejores conocimientos probados, en habilidades bien adquiridas, en una práctica

³Ley 14/1986, de 10 de diciembre de 1986, General de Sanidad. BOE.

⁴Llei 21/2000, de 29 de diciembre, del Parlament de Catalunya, Sobre el dret a la informació i a l'autonomia del malalt i a la documentació clínica. DOGC n° 3303, de 11/01/2001. Pág. 464.

⁵Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia. BOE n° 299, de 15/12/2006. Pág. 299.

segura y en una organización que la haga posible. No presupone el acceso a todo lo que uno quiera, sino sólo a lo que resulte indicado, a lo que de forma razonable —y, por tanto, asumida colectivamente—, se considere adecuado a esa situación. No se debe asimilar erróneamente la buena asistencia con una medicina “a la carta”, como a menudo se hace, con alcance a toda innovación costosa y atractiva. Por ejemplo, no es sensato que, viendo el hospital como una concentración de alta tecnología, se le desee de forma indiscriminada para tratar cualquier trastorno.

La calidad a la que todo ciudadano tiene derecho debe apoyarse en una cierta solidez, en el peso del conocimiento bien contrastado y de una práctica aceptada, “protocolizada”; que no se guíe por la simple opinión, por la subjetividad. Lo que la ciencia y los protocolos aconsejan no se puede obviar: conviene partir siempre de su consideración. Pero, además de estar fundamentada en el conocimiento de las probabilidades, la decisión honesta también debe tener en cuenta el beneficio de la persona que la padece. Y esto obliga a una calibración puntual de la balanza personalizada de riesgos y beneficios. Y hay que recordar que el conocimiento racional en todas las ciencias naturales es un conocimiento probabilístico, que no tiene ninguna certeza: las decisiones siempre se toman en condiciones de incertidumbre. También debe recordarse que, si bien los protocolos son un marco básico, no se deben seguir de forma rígida e irreflexiva sin valorar debidamente su aplicación. Los protocolos se han establecido para evitar la variabilidad de las propuestas generales de los profesionales, pero no deben limitar la personalización, es decir, la adaptación clínica a la variabilidad que representa cada

enfermo. No todo lo posible es conveniente, y se espera el esfuerzo de individualización para ponderar ambos parámetros: el conocimiento general y la aplicación concreta.

Como ejemplo, resulta pertinente decir que no es honesto proponer una “medicina alternativa” si esconde la falta de pruebas sobre su eficacia —y ni que decir tiene, si hay una alternativa más efectiva—. No basta con “creer” en su bondad, sin más. No se trata, cuando hablamos de otro, de basarse en creencias, opiniones poco contrastadas o en la propia conciencia, porque el derecho del ciudadano es el de beneficiarse del conocimiento al que se ha accedido sobre el daño que sufre.

Son deberes que obligan a los profesionales, por supuesto, pero también, con otro grado, a todo aquel que esté alrededor del enfermo. Entre todos se deben contemplar los límites razonables y no pedir, ofrecer o aceptar actuaciones con expectativas ilusorias. Al hablar de la esperanza, no se debe proponer ni aceptar lo que no conviene, ya sea para que sea inútil o desproporcionado, demasiado arriesgado o demasiado gravoso para la persona o para la comunidad. Hay que evitar propuestas de actuación, entre unos y otros, que aportan molestias excesivas y pocos beneficios al enfermo, y sólo se hacen para conseguir la sensación —de enfermos, familiares y de los propios profesionales— de que se hace “algo”: viajes inoportunos, cambios de médico.

Segundo principio ético: que la atención sanitaria sea **equitativa**. Queda claro que todo el mundo merece la misma consideración: en circunstancias similares, a una ayuda similar. Y se añade que, si en algún momento se hace necesario algún tipo de discriminación, debe hacerse en favor del

más vulnerable, del más necesitado, del más indefenso. Y desde los años 70 aquí se ha avanzado mucho en este camino del bienestar equitativo. Todos hemos visto cómo desaparecían desequilibrios injustos entre territorios o entre clases sociales y niveles de poder adquisitivo. Esto se ha corregido en gran medida. Si tenemos un equipo sanitario cerca es porque entre todos nos hemos tomado más en serio este valor.

La aplicación de la equidad, sin embargo, no está exenta de problemas. En primer lugar, el mismo concepto es discutido, por ejemplo, en los EE.UU., donde se parte de una concepción muy personalista e insolidaria de la salud, se cree que el hecho de estar mal no obliga a los demás a una implicación automática y directa. Pero también en nuestro entorno, sobre todo ahora, hay presiones para minimizar este valor de la solidaridad con argumentos de la sostenibilidad financiera, y habrá que estar al tanto de las iniciativas en este sentido. En segundo lugar, aunque se asuma de palabra este valor, conviene saber que la organización de una red de salud pública y de ayuda social es compleja y puede adoptar muchas formas, llegar a niveles diferentes y admitir limitaciones de muchos tipos. El peligro grave sería llegar a la mercantilización de las necesidades de los enfermos y a la privatización de los servicios públicos en beneficio de intereses particulares.

También es cierto que su universalidad lleva en sí misma algunas ambivalencias que conviene reconocer. De entrada, si por un lado da una prestación antes no soñada, a veces también dificulta el contacto personal. El enfermo o ciudadano dependiente ya no es sólo una persona necesitada que pide ayuda, sino alguien que reclama un ser-

vicio al mismo tiempo y del cual exige la calidad. Y, en una sociedad tan consumista como la nuestra, tan poco tolerante con el mal resultado, se viven los problemas de salud como intolerables. Y este es un obstáculo serio para la salud de verdad. Así, a menudo se confunde el derecho constitucional “a la protección de la salud” con un derecho “a la salud” ilusorio y que, dicho así, tiene mucho de sintomático.

Porque el tercer valor emergente es el de **la autonomía personal**. Y obliga a que antes de imponer ningún bien supuesto a una persona, nos enteremos de si realmente está de acuerdo. Si no se hace así, ya no será benéfico. La generalización, de hecho, es un abuso. Tratar a las personas de un cierto grupo sin particularizar-las (sean enfermos de una enfermedad, miembros de una cultura, o pertenecientes a dicho grupo de discapacidad) es hacer un borrón al individuo, porque todo el mundo espera una mirada atenta a su particularidad. Y esta espera legítima de respeto personal va unida a la idea de dignidad que tenemos y que defendemos.

Los derechos incluidos en este apartado son revolucionarios, emancipadores. En resumen, están explicitados en la ley: el derecho a la información y al acceso allí donde está depositada, el derecho a la intimidad y, por tanto, a la confidencialidad de lo que se haya tenido que mostrar, y el derecho a la decisión, a tener una ocasión para poder aceptar o para negarse a lo que se le propone, ya sea en ese momento o a hacerlo anticipadamente.

Los deberes que generan son complejos. Por un lado hay unos deberes de mínimos, de todos conocidos: a informar, a ser sigiloso con lo que se sabe y a compartir las decisiones. El primero, es a informar, pero teniendo en cuenta que todo el mundo tiene ganas de

información y, enfermo, todo el mundo tiene miedo al mismo tiempo de la mala noticia. Una cosa es el derecho general y otra la necesidad concreta y puntual. Por lo tanto, antes de informar deberemos informarnos nosotros prudentemente de esta necesidad.

El segundo es el de ser discretos sobre lo que sabemos, y reconocer que, por el mero hecho de saber, tenemos una nueva responsabilidad para con el enfermo y el secreto de sus datos.

Y el tercero, es el de brindar, antes de cualquier decisión a tomar, una ocasión al enfermo para aceptar la propuesta o decir que no, a revocar el dicho “consentimiento informado” de él mismo o del representante si él no está en condiciones, y a seguir su voluntad si ha sido manifestada anticipadamente. Tengamos en cuenta que la negativa del paciente ahora se debe respetar y que no se puede contradecir si el enfermo cumple los tres requisitos de toda decisión autónoma: información suficiente, libertad para tomar la decisión y capacidad para coger aquella concretamente. Entonces no cabría ninguna pretendida “objeción de conciencia” para imponer una actuación, aunque creamos que sería buena para su buena vida o incluso vital.

Pero, además de estos mínimos, el concepto de autonomía del ciudadano obligaría a hacer un esfuerzo suplementario que fue-

■ **Aunque nunca ninguna ley lo podrá decir, hay obligaciones éticas ligadas a la dignidad que conviene desarrollar más. Y dentro de estas, está la de aportar ayuda para favorecer la expansión de las posibilidades que cada uno tenga.**

ra más allá. Aunque nunca ninguna ley lo podrá decir, hay obligaciones éticas ligadas a la dignidad que conviene desarrollar más. Y dentro de estas, está la de aportar ayuda para favorecer la expansión de las posibilidades que cada uno tenga. Para respetar a las personas, no basta con respetar la manifestación de su autonomía. Cabe también, si nos la tomamos en serio, esperar a que ésta se manifieste, y ayudar a que cada uno aproveche sus potencialidades. Es un trabajo a veces difícil, pero creativo y gratificante. La autonomía no es sólo capacidad para elegir, sino también posibilidad de participar, lo cual no sólo se debe dejar hacer sino que se debe estimular. Y esto hace que sea necesario extender la reflexión ética en este campo de la expansión personal, intentando redefinir, limitar mejor y evitar confusiones o simplificaciones.

Por ejemplo, Bernadette Puijalón se pregunta por qué a menudo la dependencia se opone a autonomía, y no a independencia. Es evidente que algunas personas no pueden disfrutar de una independencia para muchas actividades y que, en este sentido, dependen de la ayuda de los demás. Pero conviene recordar que la dependencia no es una situación estática y que varía a lo largo de la vida. Incluso podríamos recordar también, dice, que todo el mundo depende de muchas relaciones de alrededor, que a menudo se viven como solidaridad, como dependencias mutuas, por necesidad, es cierto, pero también por afecto compartido (PUIJALÓN, 2009). La dependencia no es una simple falta de autonomía y, además, hay grados dentro de cada situación que conviene explorar y explotar. Y es evidente que la exploración del grado de dependencia y la explotación de las posibilidades son ya ejercicios de respeto. No se puede ver la

dependencia como una fatalidad que imposibilita toda creación, sino como una forma diferente desde donde experimentar la potencialidad de aprender a vivir.

El respeto a la autonomía incluiría esta ayuda a la autorrealización. Cuanto mejor se comprenda este objetivo, más eficaz será la ayuda. Porque acompañar, dice la misma autora, no es caminar en lugar del otro, ni adelantarlo, por buena intención que se tenga. Acompañar es “apoyar”, saber estar cerca en lo que necesite. Conlleva “saber estar” para que cada uno vaya aceptando la situación a pesar de las dificultades y conociendo los límites para poder ir progresando. No se trata de enseñar a vivir, sino de ayudar a vivir.

Es un derecho que merecemos los unos de los otros por el solo hecho de ser humanos entre humanos. No por ser útiles a los demás, sino para sentirse ciudadanos de pleno derecho, por ser considerados iguales en

una sociedad de iguales en derechos y en respeto y por aceptarnos las diferencias en una sociedad de diferentes (BROGGI, 2010).

La ética que conviene promocionar es reflexión sobre este progreso que valoramos como necesario, sencillamente porque nos lleva a un futuro preferible, más estimable. El problema sin embargo no está en desearlo una vez por todas, sino que se debe ponderar en cada decisión y, a menudo, deliberando en ella colectivamente sobre cómo aplicar todo esto. Porque la nueva ética debe estar centrada en el diálogo para no perderse ninguna visión que pueda ayudar a ser más prudentes. Y, a pesar de ser nueva en muchos aspectos, nunca debe perder de vista el objetivo que señala el viejo dicho de Epicuro, que “vana es la palabra de la filosofía (de la bioética, en este caso) que no sea remedio para el sufrimiento humano” (GARCÍA i ACOSTA, 1974).

Bibliografia

- ARTOLA, M. *Los derechos del hombre*. Madrid: Alianza Editorial, 1986. Pàg. 104. Traducció pròpia.
- BROGGI, M. A. “Bioètica i dret”, en *Món jurídic*, núm. 236 (2008). Pàg. 18-19.
- BROGGI, M. A. *Per una mort apropiada*. Barcelona: Ed. 62, 2011. Cap. 4t.
- BROGGI, M. A. “La bioètica, ens pot ajudar a respectar millor?”, en *Rev Med Int Sindr Down*, 14 (2) (2010). Pàg. 19-24.
- BROGGI, M. A. Pròleg a *El derecho a no sufrir*, de Margarita BOLADERAS. Barcelona: Los Libros del Lince, 2008.
- GARCÍA GUAL, C. i ACOSTA MÉNDEZ, E. *La ética de Epicuro*. Barcelona: Barral Editores, 1974. Pàg. 143. Traducció pròpia.
- GOETHE, J. W. *Faust*. Barcelona: Edicions Proa, 1938. Pàg. 75.
- POPPER, K. “Tolerancia y responsabilidad intelectual”, en *Sociedad abierta, universo abierto*. Barcelona: Ed. Tecnos, 1988. Pàg. 143. Traducció pròpia.
- PUJALON, B. “Autonomía y vejez: un contexto cultural, enfoque político y propuesta filosófica”, en *Autonomía y vejez*. Cuadernos de la Fundación Grífols i Lucas, núm. 16. Barcelona: Ed. Mercè Pérez-Salanova, 2009. Pàg. 8-27.
- SPINOZA, B. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Part III, proposició 9, escoli. Madrid: Editorial Trotta, 2000. Pàg. 134.

Marcos legales en relación a aspectos éticos y bioéticos en el trabajo social

Juliana Plana i Borràs¹ y Núria Terribas i Sala²

Resumen

La práctica profesional en el campo social no sólo debe velar por el cumplimiento de los principios éticos fundamentales, cuya base es el respeto a la dignidad de la persona, sino que debe hacerlo también desde el conocimiento e interpretación del marco legal que le es aplicable. En la propia Ley de Servicios Sociales de Cataluña se recogen unos principios rectores como son el respeto por los derechos de la persona y el fomento de su autonomía personal. Estos ejes tienen su desarrollo después con la explicitación del derecho a ejercer esa autonomía, recibiendo información y participando del proceso de decisión, preservando la confidencialidad y protegiendo la intimidad de la persona.

Para el profesional conocer este marco normativo es esencial, si bien lo es también saberlo interpretar y aplicar en diálogo con la reflexión ética, que a menudo puede confrontarse con la norma. El debate en equipo permitirá llegar a las mejores actuaciones después de una deliberación rigurosa y bien fundamentada, procurando respetar el marco jurídico.

Palabras clave: Marco legal, dignidad personal, autonomía, vulnerabilidad, derecho a la intimidad.

Para citar el artículo: PLANA, Juliana; TERRIBAS, Núria. Marcos legales en relación a aspectos éticos y bioéticos en el trabajo social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 20-34. ISSN 0212-7210.

¹ Licenciada en Farmacia y doctora en Bioquímica. Colaboradora del Instituto Borja de Bioètica (URL). jplana@ibb.hsjdbcn.org.

² Licenciada en Derecho. Directora del Instituto Borja de Bioètica (URL). nterribas@ibb.hsjdbcn.org.

Abstract

Professional practice on the social field has to safeguard not only the accomplishment of fundamental ethic principles –which have at their basis respect to people’s dignity– but it also has to do it by knowing and interpreting the applicable legal frame. The Catalan Social Services Act (Llei de Serveis Socials de Catalunya) gathers guiding principles such as respect to people’s right and the promotion of their personal autonomy. Those core ideas are developed by specifying the right to exercise this autonomy receiving information and participating in the decision process preserving confidentiality and protecting person’s privacy.

To know this normative frame is essential for the professional as it is to interpret it and to combine dialogue with ethic reflection, which usually may be confronted with the rule. Team debate allows reaching the best actions after a rigorous and well based deliberation attempting to respect the legal frame.

Key words: Legal frame, personal dignity, autonomy, vulnerability, right to privacy.

Introducción

En el mundo del trabajo social los *valores* y las *finalidades* que mueven a las personas a la acción transformadora de la realidad pueden ser vividos desde éticas muy diversas. Hacer mención de este abanico de formas de entender y valorar la realidad nos hace tomar conciencia de la pluralidad de visiones que hay en una sociedad tan compleja como la nuestra. Al mismo tiempo la experiencia de trabajo en el mundo de la intervención social nos hace conscientes de los innumerables conflictos y nuevos retos éticos que acaparan el centro mismo de la actividad profesional cotidiana. Adentrarnos en este mundo de la acción social desde una tarea de compromiso y de transformación, agravada por la situación actual de escasez de recursos, nos hace sentir y experimentar

la *tensión* que provocan la desigualdad y la injusticia en un mundo donde hay que descubrir con fuerza dinamizadora la dignidad de la persona, a menudo escondida por el peso de la vulnerabilidad y la exclusión.

Hoy la complejidad del trabajo social a menudo nos pone ante situaciones concretas de alto riesgo ético y que, a pesar de la rapidez de las decisiones a tomar, requieren detenerse para pensar, tomar conciencia de la necesidad de reflexionar y dialogar los problemas éticos que plantean y a la vez ver cuál es el marco legal que les es de aplicación, en un intento de armonizar ética y ley. Como en todo estado social, democrático y de derecho, la norma jurídica se ha convertido en el instrumento para regular la pauta de actuación de las personas, aunque no siempre su contenido responde a criterios éticos de excelencia, y este hecho nos puede

generar conflictos cuando tenemos que hacer una aplicación al caso concreto. En los últimos años el desarrollo del marco normativo en el contexto de los servicios sociales y en otros que, sin ser específicos, también le son de aplicación, ha añadido complejidad a la tarea de los profesionales, requiriendo criterios para una praxis adecuada en cada caso, el máximo respetuosa con los derechos de las personas.

Por eso, llegar a entender los valores de fondo y los fines que mueven la toma de decisiones en el trabajo social, dentro del marco legal, es abrir un camino de diálogo que busca fundamentar sus líneas de acción. Con este objetivo, entramos de lleno en el campo de la bioética, que, para comprender mejor los problemas que se quieren resolver, *promueve el diálogo* entre saberes diversos como metodología de trabajo y hace que estos *interaccionen* entre ellos, se fecunden mutuamente y así se pueda llegar a tomar las decisiones que respeten mejor los principios y valores éticos implicados, tomando como “eje” el respeto a la dignidad intrínseca de la persona. Teniendo en cuenta, sin embargo, que las respuestas que se darán tendrán una incidencia clara en la sociedad y en su sistema de valores, y que debemos estar dispuestos a revisarlos cuando proceda y adaptarlos al contexto. En este sentido, pues, el diálogo bioético aplicado al campo social debe ser también dinámico y no estático o de criterios inamovibles.

En la voluntad de preservar el respeto por la dignidad de la persona como principio ético esencial, el profesional debe tener sin embargo muy presente cuál es el marco normativo que le obliga y dentro del cual deberá ejercer su labor, conduciendo a la excelencia ética a la vez que respetando las reglas y pautas jurídicas establecidas.

Norma básica de referencia

En la observancia de este marco legal, el primer punto de referencia debe ser la Ley de Servicios Sociales de Cataluña (Ley 12/2007) como instrumento básico y fundamental del desarrollo los derechos sociales aquí y su ejercicio por parte del ciudadano. Podemos decir que estos derechos quieren marcar el paso a un cambio de un sistema de beneficencia a un sistema de bienestar que quiere potenciar la autonomía de las personas, mejorar sus condiciones de vida y eliminar situaciones de injusticia social favoreciendo sobre todo la inclusión social. Un programa que apunta a un reconocimiento y detección de las necesidades personales básicas y necesidades sociales de las personas ante una marginalidad y vulnerabilidad sociales en aumento. La ley catalana, además, nació con el reto de incorporar a nuestro sistema la ley estatal de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (la mal llamada Ley de Dependencia, Ley 39/2006), si bien al mismo tiempo aborda muchas otras necesidades sociales en el contexto de la infancia y la familia, la pobreza y la exclusión, sobre las que Cataluña tiene competencia propia, y disponen también de marcos normativos propios con los que hay que conciliar la actuación profesional.

En definitiva, con este marco legal se ha querido iniciar el recorrido de un camino de mayor cohesión social, con más igualdad de oportunidades y de promoción individual, pero sin duda con el gran reto de las dificultades de su aplicación real, dificultades especialmente punzantes en los últimos años de grandes carencias de recursos económicos. Aquí no se puede obviar el cambio

de paradigma que ello exige a los ciudadanos, a todos los profesionales del trabajo social, a las administraciones y políticos al reconocer y asumir por un lado que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios sociales cuando por su situación y contexto lo requieran, y por el otro, asegurando los recursos y la financiación que lo hacen posible. Sin duda que este cambio de perspectiva enfrentada con una realidad social compleja y precaria como la que vivimos deberá ser apoyada por un proceso fuerte de concienciación y de responsabilidad social.

■ Dentro de nuestra sociedad plural, donde confluyen culturas y realidades tan diferentes y complejas, el trabajo social se transforma en un puente básico de construcción y cohesión ciudadana.

Dentro de nuestra sociedad plural, donde confluyen culturas y realidades tan diferentes y complejas, el trabajo social se transforma en un puente básico de construcción y cohesión ciudadana. Son los trabajadores sociales los que tiran de los hilos de la experiencia y del conocimiento de su tarea para entrelazar aquellas situaciones que necesitan de una acción social competente.

La resolución de los innumerables retos éticos que rodean y centran su trabajo, contando también con los marcos legales que regulan los ejes básicos de su acción, es necesario que se apoyen en los principios rectores que la propia norma recoge en su art. 5. De estos querríamos destacar esencialmente dos, sobre los que centraremos esta

reflexión: el de respeto por los derechos de las personas y el fomento de la autonomía personal. Como especificación de los mismos, analizaremos las implicaciones ético-legales en el ámbito de la autonomía/vulnerabilidad, confidencialidad/privacidad.

Somos conscientes de que el alcance real de esta reflexión no recoge un estudio exhaustivo, sino que pretende señalar unos rasgos básicos de dificultad, que creemos que pueden ser dinamizadores del diálogo entre ética y ley dentro del mundo del trabajo social.

Autonomía y vulnerabilidad

El día a día de los profesionales en cualquier ámbito de la acción social está lleno de situaciones de vulnerabilidad que implican entrar e intervenir en la vida de las personas, adoptando medidas e implicando la toma de decisiones que afectarán dimensiones fundamentales del individuo como son la salud, la cobertura de necesidades básicas, el lugar de residencia, las relaciones intrafamiliares, etc. Esta toma de decisiones que interfieren en la privacidad de estas personas, con el fin de transformar alguno de sus aspectos, buscando la mejora, puede generar conflicto de valores ante la percepción que tengan los usuarios, todo ello potenciado por la vulnerabilidad y la falta de autonomía que a menudo están en juego en estas situaciones. Esto pide y exige un alto grado de profesionalidad, de responsabilidad y de compromiso por parte de los agentes en los ámbitos sociales a fin de no caer en un paternalismo excluyente de la persona y de su realidad. En este contexto se pone de manifiesto uno de los principios clave de la bioética y que debemos tener presente en todo trabajo social: el principio de respeto por la auto-

mía, que parte del respeto por la dignidad de la persona. Asimismo, requiere también partir del principio de vulnerabilidad, muy trascendente en la cultura mediterránea y europea.

Autonomía y vulnerabilidad, en el marco de las situaciones de dificultad social, deben ir de la mano y ser consideradas desde una visión global del problema, pues a pesar de que la persona pueda conservar su autonomía, el contexto de vulnerabilidad en el que la sitúa la problemática que sufre nos obliga a ponderar la toma de decisiones también desde esta fragilidad.

En este punto quisiera considerar el marco legal que ampara la autonomía en la toma de decisiones de las personas afectadas, centrándome sobre todo en la Ley 12/ 2007. Este marco legal da un paso adelante y subraya el derecho subjetivo a los servicios sociales, y marca la centralidad de las personas según sus necesidades. Al situar la persona en el centro de los servicios sociales, abre camino a un horizonte amplio de actuación, pero al mismo tiempo requiere de un asesoramiento en la toma de decisiones y de una fuerte reflexión crítica y ética para priorizar los valores que entran en juego y ser conocedores de los límites en la resolución de los conflictos cotidianos.

Principios rectores

Tal como hemos mencionado, **el respeto por los derechos de la persona y su dignidad** forma parte de uno de los principios rectores del sistema público de servicios sociales que avala la Ley 12/2007 y que constituye un marco legal relevante en la gestión del trabajo social. En concreto el artículo 5 de esta ley señala sobre este punto que *las actuaciones en materia de servicios sociales*

deben respetar siempre la dignidad de la persona y sus derechos. Dentro de este mismo artículo encontramos otro principio rector, **el fomento de la autonomía personal**, que describe que *los servicios sociales tienen que facilitar que las personas dispongan de las condiciones adecuadas para desarrollar los proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, de acuerdo con la naturaleza de los servicios y sus condiciones de utilización.*

■ **Conviene decir que los principios rectores, si bien se presentan en términos genéricos, tienen un valor normativo y operativo trascendente, ya que establecen el marco de actuación del que se inspiran y se desprenden las medidas y directrices.**

Conviene decir que los principios rectores, si bien se presentan en términos genéricos, tienen un valor normativo y operativo trascendente, ya que establecen el marco de actuación del que se inspiran y se desprenden las medidas y directrices. Quiere decir que tocan los fundamentos desde donde se enmarcan todas las actuaciones que en la concreción del trabajo social se deriven. Así cuando hablamos de la dignidad de la persona —que es constitutiva e ineludible, por lo tanto no varía según las circunstancias externas o internas que pueda sufrir la persona—, nos referimos al fundamento que debería vertebrar todas las acciones concretas, en este caso, relacionadas con el trabajo social. La raíz de la dignidad de la persona por lo tanto está en el *ser*, en su interior, y no en el obrar que formaría parte de la exterioridad del individuo. Es un valor intrínseco que poseen todos y cada uno de los seres

humanos, independientemente de su condición, de su grado de competencia...

Es evidente que en la práctica del trabajo social se dan muchas situaciones de vulnerabilidad donde la autonomía de estas personas es objeto de una relación asimétrica debido a la discapacidad y a la dependencia en alguno o más ámbitos de su existencia. La situación, sin embargo, se agrava cuando la vulnerabilidad es constante a lo largo del tiempo y la dependencia se transforma en una realidad permanente. Así nos encontramos por ejemplo con un volumen grande de situaciones donde profesionales que forman parte de las entidades tutelares toman decisiones respecto a las personas afectadas, sin ninguna participación de éstas. Es necesario que tengan muy presente el respeto a la persona tutelada y potenciar sus capacidades, ya que tocan a fondo los límites que ponen en juego la dignidad de la persona vulnerable.

Todo ser humano, por el hecho de serlo, es vulnerable. La vulnerabilidad quiere decir fragilidad, dependencia y limitación. Es una característica que afecta a todos los seres humanos y a todas y cada una de sus dimensiones y que varía en su grado y forma de manifestarse, también a lo largo de la vida de la persona. El denominado **principio de la vulnerabilidad**, expresado en la Declaración de Barcelona (1998) como contrapunto a los principios clásicos de la bioética fundamental desarrollados por Beauchamp y Childress en 1978, incide en esta realidad existencial expuesta a la enfermedad, a la discapacidad, al fracaso... y que pone en peligro la integridad de la persona humana. De este principio se desprende una idea importante, la que nosotros no podemos quedar indiferentes ante la vulnerabilidad del otro, y es que nos debe interpelar y nos pide como

consecuencia una respuesta responsable y comprometida que nos puede llevar incluso más allá de las posibilidades reales. En el fondo cuidar de la vulnerabilidad del otro quiere decir potenciar su autonomía personal. La cuestión práctica es cómo lo tenemos que hacer y qué tipo de estrategias nos pueden ayudar a mejorar el trabajo en este sentido, dada la diversidad de situaciones y el esfuerzo constante que supone la adaptación a cada realidad concreta. Creemos que buscar las estrategias más adecuadas a las situaciones cotidianas de vulnerabilidad es una tarea compleja que pasa por una práctica profesional donde los valores y las actitudes personales sin duda son decisivas, pero también el hecho de crear un entorno de participación y reflexión crítica que fortalezca las decisiones que hay que tomar.

Necesidad de valoración ética

En este sentido la Ley 12/2007, en su artículo 86, recoge como uno de los ejes vertebradores del sistema social en Cataluña el de *promover los valores y las buenas prácticas relativas a la ética en el ámbito de los servicios sociales* y potenciar la creación de instancias éticas para la consulta de problemas dentro de la intervención social. Y es que la tarea de los trabajadores sociales no está basada solamente en los hechos y no es sólo objetiva, sino que está inmersa primero de todo en los valores personales que aportan los profesionales, también a veces imbuidos de juicios valorativos difíciles de olvidar en la práctica de atención cotidiana. Intentar amoldar a los demás a nuestra manera de ver el mundo puede romper el respeto por los derechos de la persona y su dignidad. Por otra parte, hay ámbitos de atención como por

ejemplo el mundo de la discapacidad psíquica donde la lucha contra la incompreensión social y la estigmatización es un hecho real que desgasta a los profesionales y a veces les hace ceder ante sus deberes éticos con las personas. Por eso es tan importante crear entornos válidos de profesionales en el ámbito social, espacios de reflexión ética que ante la vulnerabilidad del otro y de las situaciones les permita mantener vivos los valores de una práctica que enseña, capacita y da apoyo a quien más lo necesita. Es en este marco en el que en el año 2010 se constituye el primer Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña, a raíz de la Ley 12/2007, que sitúa a *la persona* en el centro de los servicios sociales. En este mismo ejemplar de la revista encontraréis un artículo descriptivo. A la vez, Cataluña se encuentra en pleno proceso de creación e impulso de los espacios de reflexión ética en servicios sociales, como herramienta al servicio del profesional para plantear las cuestiones éticas de su día a día, y también los dilemas de confrontación entre ética y marco jurídico, más habituales de lo que podría parecer.

Si valoramos el principio de respeto por la autonomía —que se refiere a la capacidad de auto-gobernarse que tienen las personas, libres tanto de las influencias externas que las controlan como de las limitaciones personales que las impiden a la hora de hacer una verdadera opción— y lo aplicamos a la realidad del trabajo social, es evidente que nos encontramos con muchos colectivos en situación de vulnerabilidad grande e incluso permanente que hace que la autonomía se haga difícil de gestionar. Pero por más reducida que sea la autonomía, tiene siempre el valor de ser respetada. Este es el principio de respeto por la autonomía que debería

estar en el fondo de todas nuestras acciones y que la ley catalana avala situando a la persona en el centro de los servicios sociales. Un principio que debería estar estrechamente unido a los principios de dignidad, integridad y vulnerabilidad, tal y como propuso la Declaración de Barcelona (1998), y que da apoyo a situaciones de gran fragilidad donde la autonomía sufre una relación muy asimétrica por la fuerte dependencia de la persona afectada. *Este estatus requiere un ejercicio profesional delicado en el trato de las personas vulnerables que ha de transitar continuamente entre derechos y deberes, entre libertad y norma, entre deseo y renuncia, un ejercicio por otro lado esencial en todo proceso educativo y de toma de conciencia de la realidad, y que en determinados casos incluso poniendo en crisis o llevando al fracaso largos y costosos procesos de aprendizaje y de adaptación alcanzados.*

Derecho a la información y toma de decisiones

En esta relación asimétrica entran en juego tanto los derechos como los deberes de las personas implicadas, y sobre todo una relación de respeto, de comunicación, de estar en camino con el otro y de reconocer y evaluar la competencia para tomar una determinada decisión con todas sus consecuencias. **La autodeterminación** sería una clave de este equilibrio entre derechos y deberes por parte de la persona afectada, donde independientemente de sus capacidades, si bien limitadas, encontrara —mediante los demás— el derecho de vivir su propio proyecto personal. La autodeterminación, en el fondo, es un pilar básico del trabajo social al ser una capacidad y un derecho al mismo tiempo. Como profesionales en el trabajo social hay que buscar y encontrar la “medi-

da justa”, pensada y contrastada, para hacerlo posible.

En este camino hacia la autodeterminación, el primer elemento básico lo encontramos de forma muy esencial formulado en el art. 10 de la Ley 12/2007, cuando nos habla del “derecho a la información”. Sin información es absurdo hablar de autonomía ni de toma de decisiones, pues la actua-

■ **Es fundamental que el usuario esté enterado de la valoración que el profesional haga de su situación, de forma comprensible y accesible, así como de la necesidad de incluir en la información necesidades de los familiares o de las personas que cuiden de él.**

ción desinformada es en todo caso dirigida pero no participada ni autónoma por parte de la persona afectada.

Así, es fundamental que el usuario esté enterado de la valoración que el profesional haga de su situación, de forma comprensible y accesible, así como de la necesidad de incluir en la información necesidades de los familiares o de las personas que cuiden de él. El conocimiento de esta información debe ser previo a toda actuación, a la que deberá dar su consentimiento libre y específico, muy especialmente y por escrito cuando se trate del ingreso en un establecimiento residencial de servicios sociales. De la misma manera, el art. 12, que recoge los derechos de las personas usuarias de centros residenciales y diurnos, hace especial mención a en la participación en la toma de decisiones individuales o colectivas, si tienen afectación para ellas.

La aceptación de las propuestas de actuación o medidas a tomar o implementar en el contexto de la persona con necesidades sociales, previa información suficiente y adecuada para ponderar pros y contras, supondría el exponente máximo del ejercicio de la autonomía plena. No obstante, y a pesar de la explicitación que hace la norma, haciendo un análisis crítico de la práctica profesional probablemente veremos que son muchas las actuaciones que no siguen este patrón y en las que el usuario no es el eje central del proceso informativo ni tampoco el decisor principal, y a menudo ni siquiera decisor. Especialmente en el contexto de personas vulnerables, sea por edad, por contexto social o por discapacidad de cualquier tipo, tendemos a considerar a la persona como “objeto” de la acción social pero no como “sujeto” protagonista. El proceso de información a menudo se lleva a cabo con la familia o cuidadores del usuario, y con ellos también se toman muchas decisiones no contrastadas con el afectado y a menudo contrarias a su voluntad, sea por necesidades familiares o por no disponer de otro recurso alternativo.

Este hecho es debido esencialmente a dos elementos. Uno de tipo cultural, dado que en nuestro ámbito la familia y el entorno de la persona que tiene un problema o una dificultad tienen mucho peso. Tanto en el ámbito de las necesidades sociales como sanitarias en personas vulnerables, el profesional toma como referente del afectado alguien que no es este mismo. El otro elemento afecta esencialmente a la misma profesión de servicios sociales, pues históricamente ha sido concebida como el último estamento del Estado del Bienestar, con carácter de beneficencia, que ha partido de considerar a la persona receptora del servicio como un ciudadano

“de segunda”, necesitada y por tanto sujeto pasivo sobre el que debemos actuar para caridad, sin entrar en consideración de que sea, a pesar de su vulnerabilidad, un sujeto de derechos y por tanto autónomo. La formulación legal viene a modificar este paradigma, si bien sobre el papel, sin que responda a un cambio real de mentalidad ni de los profesionales ni de la sociedad en general. Con todo, la realidad de nuestros servicios sociales hoy pone de manifiesto que cada vez tenemos delante un perfil de usuario más diverso, con un abanico social que nunca se hubiera imaginado necesitar los servicios sociales, pero a quien la crisis económica ha dejado en situación precaria. Este perfil de usuario es muy conocedor de sus derechos como ciudadano y por tanto no podemos tratar a partir de un patrón basado en la beneficencia y el paternalismo benevolente.

En otros tipos de problemáticas, en que la atención es hacia personas con diferentes niveles de discapacidad –intelectual o cognitiva–, que incluso pueden estar incapacitadas legalmente y por tanto con un tutor legal para la toma de decisiones, el deber ético es hacer partícipe al usuario hasta donde pueda entender y comprender, e incluso opinar y elegir, a pesar de sus representantes legales sean los que jurídicamente tengan todo el poder de decisión. Más allá de la figura jurídica, debe prevalecer el respeto a la dignidad personal del ciudadano, a quien tenemos que implicar al máximo de sus posibilidades, procurando siempre contar con su anuencia y asentimiento en las diferentes medidas o actuaciones a realizar.

En este punto hay que hacer una referencia especial a la persona menor de edad, a la que hay que implicar en el proceso de decisión de manera proporcional a su grado

de madurez y desarrollo cognitivo e intelectual. Nos sirve en el ámbito social la experiencia que ya hace unos años vamos teniendo en el contexto de la toma de decisiones sanitarias, desde que la Ley 21/2000, de autonomía de las personas en el contexto de la salud, recogió la legitimación del “menor maduro” como decisor en todo aquello que pudiera afectar a su salud y bienestar. Al mismo tiempo, estos criterios basados en las teorías de la psicología evolutiva han sido recogidos y trasladados a la Ley 14/2010, de derechos y oportunidades de la infancia y adolescencia, y también en la Ley 25/2010 del Libro Segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a las personas. Extrapolando, pues, al ámbito social los criterios de estos marcos normativos, debemos entender que también debemos hacer partícipe en la toma de decisiones sociales que le afecten al menor con madurez suficiente, y dar preponderancia a su voluntad y preferencia, a menudo incluso por encima de la de sus padres o tutores, siempre velando por su máximo bienestar.

En el marco del derecho a la información, se incluye también el derecho del usuario a acceder a su expediente personal y a poder presentar quejas y reclamaciones respecto a toda actuación o proceder profesional que no le parezca adecuada o suficientemente respetuosa con sus derechos. Asimismo, la propia ley formula el derecho del usuario a poder hacer seguimiento y evaluación de la gestión de los servicios que se le prestan, lo que supone que debe poder conocer cuál es el seguimiento y comunicación de la información sobre su persona y situación, y si deberá ser compartida con otros profesionales o estamentos, y en su caso otorgar su consentimiento. Este punto lo trataremos en el siguiente

apartado, dado que está estrechamente vinculado al derecho a la confidencialidad.

Por todo lo expuesto, tanto desde el referente que nos da el marco legal como desde la realidad cambiante y de ciudadanos más reivindicativos de sus derechos, los profesionales de los servicios sociales han de revisar sus pautas de actuación conduciendo a un mayor y más marcado respecto a la autonomía de la persona, a pesar de la posible vulnerabilidad, haciendo prevalecer sus derechos incluso si hay hacia la familia, tutores legales y entorno, cuestión no siempre pacífica ni fácil.

Confidencialidad y privacidad

En el contexto de la práctica profesional de servicios sociales, y muy estrechamente relacionado con los aspectos de la información que hay que gestionar para atender a las personas, el respeto a la confidencialidad y la privacidad es elemento esencial del que hay que tener cuidado, como parte del respeto a la dignidad personal. El derecho a la intimidad de las personas, derecho fundamental reconocido constitucionalmente, debe ser preservado también en el ámbito de la prestación de servicios públicos, y más en aquellos que por su naturaleza deben entrar a conocer y tratar datos tan sensibles como los que se gestionan en salud o en servicios sociales.

Entendemos por confidencialidad *el derecho de la persona* a que los que tengan acceso autorizado a los datos íntimos y personales no puedan rebelarse las ni utilizarlas sin consentimiento expreso. Entendemos por secreto profesional el *deber profesional* de mantener protegida la intimidad de la persona y no revelar sus datos para fines ajenos a su atención, excepto si la persona autoriza o concu-

ren circunstancias especiales previstas por la ley.

El deber de confidencialidad y secreto profesional obliga a todos los profesionales que tienen acceso a la información por razón de su tarea o actividad. Por lo tanto se deben tomar medidas necesarias para facilitar el cumplimiento de este deber ético y legal como son la creación de espacios adecuados, el tiempo de dedicación y los instrumentos de comunicación, entre otros. Su incumplimiento puede llegar a ser considerado delito por el Código Penal, dado que se parte de su protección como derecho fundamental que deriva del derecho a la intimidad (art. 18 CE). *El profesional que, con incumplimiento de su obligación de secreto o reserva, divulgue secretos de otra persona, será castigado con pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación profesional de 2 a 6 años* (art. 199 CP). Ser conocedores de estos límites que marca el Código Penal nos hace ser conscientes de la trascendencia que tiene el ejercicio de una buena práctica de la confidencialidad y del derecho a la intimidad de las personas.

Para analizar cómo damos cumplimiento a este derecho desde los servicios sociales, nos es útil hacer una reflexión comparativa. En cuanto a la práctica social de hace sólo 10 o 15 años atrás, donde había un contexto más personalizado, con estructuras menos complejas y menor problemática, se puede decir que en general se mantenía una relación más directa, más cercana, entre el profesional y el usuario, relación que en buena medida beneficiaba y protegía la confidencialidad. Con todo, el trato y la atención era dispensada desde una visión más paternalista –como hemos expuesto– y por tanto el usuario disponía de un margen mucho más limitado

para participar en su propio proceso de atención, la información recibida era poca o nula y por tanto se hacía muy poco protagonista de su propio proyecto personal.

La práctica profesional hoy está marcada por el desarrollo de la sociedad y los cambios profundos de los últimos años, por un despliegue de los servicios sociales básicos, con cambios muy importantes y con estructuras administrativas más complejas, que han modificado esta relación profesional-usuario. La confluencia de múltiples profesionales que hoy trabajan en equipo y en colaboración con otros estamentos y servicios de la Administración, la masificación de la demanda y la escasez de tiempo que obligan a “optimizar” los diferentes recursos, la complejidad de los servicios y tipo de intervención causada por la gran variabilidad en la problemática social, así como la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la elaboración y transmisión de la información son, entre otros, algunos de los factores que en la práctica actual provocan un desafío a la confidencialidad. Pero por encima de todos estos problemas estructurales y de recursos que sin duda tienen una parte muy importante en los aspectos conflictivos de la confidencialidad, también es cierto que debemos tomar conciencia de que hay una componente humana que es trascendental para la buena práctica del trabajo social. A esta me quiero referir, buscando aquellos ejes básicos de actuación de los profesionales, donde entra en juego la ética personal que es en el fondo la que marca el rumbo que garantiza una buena práctica de la confidencialidad. Tener como horizonte los derechos humanos y los marcos legales que amparan a las personas ante los aspectos conflictivos en relación a la confidencialidad

es garantía y protección para los más vulnerables de la labor cotidiana de trabajo social.

Marco legal de protección a la confidencialidad

Con todo, el profesional a menudo encuentra dificultades para ser respetuoso con el deber ético, dado que también se debe al cumplimiento de la ley. En este ámbito, en desarrollo del art. 18 de la Constitución Española de protección a la intimidad, se promulgó la Ley 15/1999, de protección de datos personales (LOPD), y el Real Decreto de 2007 que la complementa. La dificultad más importante que genera esta norma viene derivada del hecho de que no está pensada ni prevista para regular la información que servicios sociales o servicios sanitarios recogen de los ciudadanos para el ejercicio de la prestación correspondiente. Se trata de una norma generalista, pensada para regular “ficheros de datos” que el ciudadano tiene como cliente de un proveedor o servicio, pero no prevé ni regula la especificidad de ficheros que almacenan datos tan sensibles y personales como los de salud (historia clínica) o los datos sociales (expediente personal o historia social). Son criterios rectores de esta normativa el principio de consentimiento explícito del ciudadano para recoger y gestionar sus datos, pero no únicamente en una primera recogida sino también para toda la gestión posterior si es necesario comunicar información a terceros, sean otros estamentos administrativos, instituciones vinculadas con las que haya que colaborar para hacer eficaz la intervención, etc. Por otra parte, y de manera contradictoria, establece con laxitud el posible acceso a los datos por parte de la Administración que acoge ese fichero (por

ejemplo, en un Ayuntamiento la trabajadora social elabora los expedientes y a estos puede acceder el concejal correspondiente, sin que tenga ningún sentido ni esté éticamente justificado), sólo por un criterio de autoridad.

Tanto la LOPD como la interpretación que hace el Tribunal Constitucional con la Sentencia 292/2000, ignoran las dinámicas de trabajo que se establecen en el contexto social o sanitario, la heterogeneidad de los sistemas de documentación, catalogación de datos y transferencia de la información, dificultades de seguimiento de las personas atendidas en los diferentes niveles asistenciales, etc. Todo esto genera mucha inseguridad jurídica entre los profesionales, diferencias de criterio en la aplicación y cumplimiento de la ley y sobre todo muchas dificultades en la práctica profesional cotidiana, aún hoy no resueltas. Así, el cumplimiento de los criterios estrictos y rígidos que prevé esta normativa se hace ciertamente difícil si queremos prestar un servicio eficaz a los ciudadanos, y a menudo generan conflictos ético-legales importantes, que habrá que analizar para tomar la solución más respetuosa con los derechos de la persona, al tiempo que sin caer en la ilegalidad.

En Cataluña, es la Ley 12/2007 de Servicios Sociales de Cataluña que establece también previsiones sobre el deber de confidencialidad en la gestión de los servicios sociales, y que hay que entender complementarias a la LOPD.

En este marco establece algunas pautas importantes. El artículo 8, que trata sobre la garantía de los derechos y las libertades fundamentales, señala que *los profesionales y las entidades que gestionan servicios sociales deben orientar su actividad de manera que se garantice especialmente la dignidad de las personas, su bienestar y el respeto a su autonomía e intimidad*. La mis-

■ En este marco establece algunas pautas importantes. El artículo 8, que trata sobre la garantía de los derechos y las libertades fundamentales, señala que *los profesionales y las entidades que gestionan servicios sociales deben orientar su actividad de manera que se garantice especialmente la dignidad de las personas, su bienestar y el respeto a su autonomía e intimidad*.

ma ley en su artículo 10 especifica como parte del derecho a la información *el derecho a acceder a sus expedientes individuales, en todo lo que no vulnere el derecho a la intimidad de terceras personas, y a obtener copias de acuerdo con el que establecen las leyes*. Este derecho no incluye, sin embargo, el derecho a las anotaciones que el personal profesional haya hecho en el expediente. Respecto al derecho del ciudadano a acceder al contenido de su expediente social o a pedir copia, pudiendo exceptuar sólo los datos de terceros y las anotaciones subjetivas de los profesionales, hay que decir que es una previsión legal aplicada de forma equivalente a como se establece en el contexto sanitario. Este traslado del mismo criterio a un ámbito no sanitario, con realidades de trabajo diferentes, dificulta su cumplimiento por diferentes razones. Una de ellas es que muchos de los expedientes sociales no hacen referencia sólo a una persona, sino a una unidad familiar, de manera que se mezclan datos de diferentes miembros de aquella familia y es difícil individualizar. Por otra parte, en cuanto a las anotaciones o valoraciones subjetivas de los profesionales, que en trabajo social son muy frecuentes y habituales,

eliminarlas de lo que daremos al usuario si lo solicita no es fácil. Poco a poco, sin embargo, habrá que ir adaptando los modelos de trabajo y de expediente a estas posibles demandas, de manera que satisfagamos el derecho del ciudadano sin entorpecer la dinámica de trabajo del profesional.

Teniendo en el horizonte estos preceptos legales, hay que puntualizar que el objeto de la confidencialidad es la *información*, toda ella, tanto la que nos facilita el propio usuario cuando nos expone su problemática social como aquella que los profesionales recogen y sistematizan a partir de otras intervenciones. Toda esta información se gestiona a dos niveles: verbal (relación profesional-usuario) y escrita y documentada (expediente), y en ella intervienen múltiples agentes: el usuario, los familiares y personas cercanas, y en caso de incapacidad legal, los tutores y la organización con administrativos y otro personal. Esta información requiere ser tratada con mucho cuidado, dada la fragilidad en la que se rodea y la gran facilidad de que se pueda dispersar o llegar donde no corresponde, dada la diversidad de personas que toman parte en el proceso. Es aquí donde la sensibilización y la conciencia profesional, más allá de las prescripciones legales, necesitan ser reforzadas. Hay un problema básico que sobre todo lo provoca, y es la falta de formación de los profesionales en todo lo que afecte a la intimidad de la persona y al trato confidencial de la información. En el fondo hay poca conciencia de incumplir un “deber” profesional. Otro elemento que se constata y que agrava el cumplimiento de este deber es la necesidad de trabajar en equipo que implica el “secreto compartido” con la pregunta de ¿hasta dónde llega?, y disponer de estructuras deficitarias y seguir

procesos no siempre adecuados. Por lo tanto aquí se da una responsabilidad compartida entre las instituciones y los profesionales. Al profesional se le puede exigir cuidado en lo que depende exclusivamente de su tarea, pero no se le puede hacer responsable de carencias en la forma y procesos de trabajo que no dependen de él (por ejemplo espacios de atención al público poco adecuados, trabajo en el domicilio del usuario, etc.).

Otra dificultad, ya mencionada y que tiene mucho peso en nuestra sociedad, es el papel de la familia y de las personas vinculadas al usuario que tienen acceso a la información, y los profesionales aceptan una representación tácita no contrastada con él. También es frecuente que se produzca un “paternalismo familiar” que vulnera la autonomía de la persona, o al revés, un “cierre” del usuario que no permita compartir ninguna información con su entorno, afectando el éxito de la intervención. En el primer caso, hay que ser cauteloso y verificar con el usuario si acepta esta intervención familiar antes de darla por buena para evitar posibles reclamaciones contra el profesional por vulneración del secreto; en el segundo caso, hay que ser respetuoso con el usuario si nos pide total confidencialidad, a excepción de que haya comprometidos intereses de terceras personas, y siempre que él asuma las consecuencias de mantener a la familia al margen de su proceso.

Finalmente, respecto al deber de confidencialidad, hay que tener presente el marco deontológico que establece ciertas excepciones al deber de secreto profesional, y que ante el conflicto ético de preservar la confidencialidad comprometiendo otros intereses se decanta por proteger los intereses de terceros. También este marco deontológico ha trabajado

ampliamente el tema de confidencialidad en el ámbito social, con recomendaciones de gran interés y practicidad para los profesionales. En este sentido vale la pena hacer mención del documento de buenas prácticas asociadas al uso de la información en intervención social que elaboró el Colegio de Trabajo Social de Cataluña en el año 2000 y que contiene recomendaciones del todo interesantes y aplicables.

Reflexión final

A modo de conclusión, podríamos decir que la práctica profesional en el cam-

po social no solamente debe velar por el cumplimiento de los principios éticos fundamentales, cuya base es el respeto a la dignidad de la persona, sino que debe hacerlo también desde el conocimiento e interpretación del marco legal que le es aplicable. A menudo este marco legal no resuelve problemas sino que los genera, estableciéndose un conflicto ético-legal para el profesional que deberá resolver desde la reflexión, el diálogo deliberativo en equipo y escogiendo la mejor opción para los intereses de la persona, procurando respetar el marco jurídico.

Bibliografia

- BEAUCHAMP, TOM L. i CHIL-DRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7a ed. Oxford: Oxford University Press, 2013. ISBN 9780199924585.
- Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 18 octubre de 2007, núm. 4990, p. 37788.
- Catalunya. Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2 de juny de 2010, núm. 5641, p. 42475.
- Catalunya. Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5 d'agost de 2010, núm. 5686, p. 61162.
- COL·LEGI OFICIAL DE DIPLOMATS EN TREBALL SOCIAL I ASSISTENTS SOCIALS DE CATALUNYA. COMISSIÓ DE CONFIDENCIALITAT I SECRET PROFESSIONAL. *La Confidencialitat i el Secret Professional. Document elaborat per la Comissió de Confidencialitat i Secret Professional* [en línia]. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2000. Disponible a: <<http://www.tscat.cat/imagenes/arxius/Monogr%C3%A0fic%201-%20La%20confidencialitat%20i%20el%20secret%20professional.pdf>> [Consulta 22 juliol de 2013]
- COL·LEGI OFICIAL DE TREBALL SOCIAL DE CATALUNYA. *Codi Deontològic COTSC* [en línia]. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2000. Disponible a: <http://www.tscat.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=31&lang=ca> [Consulta 22 juliol de 2013].
- Espanya. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281, p. 33987.
- Espanya. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999, núm. 298, p. 43088.
- Espanya. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de desembre de 2006, núm. 299, p. 44142.
- Espanya. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de gener de 2008, núm. 17, p. 4103.
- Espanya. *Sentencia 292/2000, de 30 de noviembre de 2000 del Tribunal Constitucional. Recurso de inconstitucionalidad respecto de los arts. 21.1 y 24.1 y 2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* [en línia]. Disponible a: <http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/sentencias/tribunal_constitucional/common/pdfs/Sentencia292.pdf> [Consulta 22 de juliol de 2013]
- Policy Proposals to the European Commission November 1998 by Partners in the BIOMED-II Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw "The Barcelona Declaration", en RENDTORFF JD i KEMP P. *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Sant Cugat del Vallès: Institut Borja de Bioètica, 2000. Pàg. 393-408.
- RAMOS MONTES, Josep. "Autonomia i vulnerabilitat en les persones amb discapacitat intel·lectual", en *Quaderns d'Acció Social i Ciutadania*, núm.6 (2009). Pàg. 48-53.
- TERRIBAS SALA, Núria. "Aspectos legales de la atención sanitaria al "menor maduro" en España", en *Jurisprudencia Argentina*, núm. especial bioètica (2009), vol. XI. Pàg. 65-71. ISSN 0326-1190.
- TERRIBAS SALA, Núria. "La competencia del menor: un tema pendiente", en *Bioètica & Debat*, núm. 49 (2007), vol. 13. Pàg. 12-14. ISSN 1579-4865.

¿Qué dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social en España y cómo los resuelven?

María-Jesús Úriz,¹ Alberto Ballesteros,² Juan-Jesús Viscarret³ y Francisco Idareta⁴

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar una síntesis de los principales dilemas éticos que afrontan los profesionales del trabajo social en el ejercicio de su profesión y de las estrategias más generalizadas que emplean para resolverlos. Se resumen aquí algunas de las principales conclusiones sobre este tema del proyecto *Dilemas éticos en la intervención social: la perspectiva de los trabajadores sociales en España* (FFI2008-05546).⁵ La investigación se llevó a cabo durante los años 2009 a 2011 dentro del Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Ciencia e Innovación por el grupo de investigación *Efimec (Ética, Filosofía y Metodología de las ciencias)* del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra.

Palabras clave: Ética profesional, ética del trabajo social, dilemas éticos, intervención social.

Para citar el artículo: VVAA ¿Qué dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social en España y cómo los resuelven?. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 35-45. ISSN 0212-7210.

¹ Doctora en Filosofía. Profesora Titular del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra y directora del grupo *Efimec*. ivan@unavarra.es

² Doctor en Trabajo Social. alberto.ballesteros@unavarra.es

³ Doctor en Sociología. juanj. viscarret@unavarra.es

⁴ Doctor en Trabajo Social. francisco.idareta@unavarra.es

Profesores del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra y miembros del grupo *Efimec*

⁵ En este artículo se expone una parte de los resultados cuantitativos del proyecto de investigación *Dilemas éticos en la intervención social: La perspectiva de los trabajadores sociales en España* (FFI2008-05546), financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Ciencia e Innovación (2009-2011).

Agradecemos su colaboración al *Consejo General del Trabajo Social de España* y también, de un modo muy especial, la colaboración de todas las trabajadoras y trabajadores sociales españoles que han dedicado parte de su tiempo a contestar y enviar de forma anónima el cuestionario utilizado en esta investigación. Sin sus aportaciones, este trabajo no hubiera sido posible.

Abstract

This article examines the main ethical dilemmas that Spanish social workers face in their professional practice and explores the methodologies used to overcome such dilemmas. Here are summarized the main conclusions on this project's subject 'Ethical dilemmas in social intervention: the perspective of Spanish social workers' (FFI2008-05546). This is an R&D&I project being conducted by the research group Efimec (ethics, philosophy and science methodology) at the Social Work Department (Public University of Navarre, Spain).

Key words: Professional Ethics, Social Work Ethics, Ethical Dilemmas, Social Intervention.

1. Introducción

La ética está profundamente arraigada en la disciplina de trabajo social, puesto que en la intervención social surgen y se concretan gran cantidad de dilemas éticos. Como muy bien expresan Loewenberg y Dolgoff (1996: XIII): «dos problemas éticos surgen cuando y donde la gente tiene que ocuparse de la vida humana, de su supervivencia y su bienestar. En esas actividades, se implican diariamente los trabajadores sociales».

El interés y la literatura sobre los dilemas éticos en trabajo social han crecido durante las últimas décadas, sobre todo en el ámbito anglosajón (Rhodes, 1991; Congress, 1999; Linzer, 1999; McAuliffe, 2000). Reamer (1990: IX) señalaba «[...] el creciente interés en la ética profesional y más concretamente en la ética del trabajo social. Esto refleja una mayor conciencia de la dimensión ética de la práctica y una mayor comprensión del contexto ético en el que a menudo se realizan los juicios profesionales». En España, la preocupación por los aspectos éticos de la profesión de trabajo social también se refleja en varios trabajos (Salcedo, 1998; Bermejo,

2002; Ballester, 2006, 2009; Úriz, Ballester, Urien, 2007; Idareta y Ballester, 2013).

Cuando hablamos de un “dilema” normalmente nos referimos a una situación en la que tenemos que elegir entre dos o más acciones, pero encontramos razones para realizar tanto una como la otra, sin que creamos que el resultado previsto sea el “óptimo”. Si al término *dilema* le añadimos el calificativo *ético*, entonces entendemos que esa difícil elección tiene un componente ético, es decir, que están implicados aspectos como la confidencialidad, la autonomía de los usuarios, el decir o no toda la verdad...

Existe el acuerdo bastante generalizado sobre el hecho de que un dilema aparece cuando hay un conflicto entre principios que conduce a cursos de acción excluyentes (McAuliffe, 2005; Reamer, 1983; Rothman, 1998; Congress, 1999; Banks, 2001).

En general, los trabajadores sociales saben que tienen diversos valores morales, deberes y obligaciones en su actividad profesional. Saben, por ejemplo, que han de respetar las decisiones de los usuarios, que tienen que proteger a los usuarios de posibles daños que pudieran sufrir, saben también que

han de obedecer la legislación vigente... El problema surge cuando alguno de estos valores u obligaciones entra en conflicto con otro. Es entonces cuando, en opinión de Reamer, surgen los dilemas éticos: “Un dilema ético es una situación en la que algunos deberes y obligaciones profesionales –que además están enraizados en una serie de valores– entran en conflicto. Es entonces cuando los trabajadores sociales tienen que decidir qué valores –expresados en esos diversos deberes y obligaciones– son prioritarios” (Reamer, 2001: 4).

■ **“Un dilema ético es una situación en la que algunos deberes y obligaciones profesionales –que además están enraizados en una serie de valores– entran en conflicto. Es entonces cuando los trabajadores sociales tienen que decidir qué valores –expresados en esos diversos deberes y obligaciones– son prioritarios” (Reamer, 2001: 4).**

Lo interesante de la definición de *dilema ético* de Reamer es que implica decidir una prioridad entre deberes y valores profesionales. Por ejemplo, cuando el trabajador social ha de decidir si es prioritario preservar la confidencialidad de la información relativa al usuario o romperla y denunciar la situación ilegal en la que se encuentra dicho usuario.

Resolver dilemas éticos es un desafío diario al que se enfrentan los trabajadores sociales en su práctica profesional (Ballesterro, Viscarret, Úriz, 2011). Decidir qué hacer ante un dilema ético es un asunto complejo.

Los profesionales han de analizar las normas y principios que entran en juego, han de tener en cuenta los valores personales y profesionales, han de realizar una valoración de las posibles consecuencias de una u otra acción...

La ausencia de normas concretas en la práctica profesional deja a los trabajadores sociales sin puntos de referencia con los que dar respuesta a algunos problemas complejos. Además de ello, hay que añadir que la decisión en la intervención social, por lo general, debe ser rápida, debido tanto a la propia urgencia del caso como a la presión organizativa o institucional (es necesario resolver muchos casos en poco tiempo). Precisamente por ello los profesionales demandan conocimientos éticos desarrollados que les ayuden en una práctica profesional cada vez más compleja.

Desde hace más de una década, el grupo Efimec de la Universidad Pública de Navarra ha puesto especial interés en conocer a qué dilemas éticos se enfrentan las trabajadoras y trabajadores sociales en España. Durante los años 2004 y 2005 el grupo Efimec realizó un estudio centrado, en aquel momento, en los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Foral de Navarra (Úriz, Ballesterro y Urien, 2007). Posteriormente, entre los años 2009 al 2011, realizó otro estudio —en este caso de ámbito nacional— en el que se sigue constatando que los profesionales se encuentran con muchos y variados tipos de dilemas éticos a los que no siempre saben dar respuesta, bien por carecer de formación específica para ello, bien porque no disponen de las herramientas metodológicas necesarias.

Aunque entre una y otra investigación han transcurrido cinco años, se constata que

muchos de los dilemas éticos que causaban mayor preocupación entre las trabajadoras y los trabajadores sociales de los servicios sociales de base de Navarra siguen siendo los que más frecuentemente siguen teniendo que resolver las trabajadoras y los trabajadores sociales de toda España. Este dato debería ser un elemento de reflexión en la búsqueda de estrategias y herramientas útiles que sirvan realmente de ayuda a estos profesionales.

A continuación presentamos sintéticamente cuáles son algunos de los principales dilemas éticos, así como qué hacen las trabajadoras y trabajadoras sociales cuando se encuentran ante ellos (Ballester, Viscarret, Úriz, 2011; Ballester, Úriz, Viscarret, 2012).

2. Metodología

La metodología utilizada en la investigación fue cuantitativa (cuestionario por correo postal) y cualitativa (entrevistas semiestructuradas), si bien en este artículo presentamos sólo una síntesis de los principales resultados del análisis cuantitativo de los cuestionarios.

La población objeto de estudio está compuesta por el colectivo de trabajadores sociales colegiados en España y reunidos en el Consejo General del Trabajo Social. La matriz de datos la compone una muestra de 700 trabajadores sociales. La unidad muestral es aleatoria y nominativa. Aplicando la fórmula del error muestral para poblaciones finitas, significa que, para un nivel de confianza de dos sigmas (95,5%), donde $p = q = 0,50$, donde el universo de referencia es de 8.505 profesionales y la muestra que se obtiene es $n = 700$, el error muestral es de $\pm 3,5\%$. El trabajo de campo se llevó a cabo durante el último trimestre de 2009 (Ballester, Viscarret, Úriz, 2011; Ballester, Úriz, Viscarret, 2012).

3. Resultados

Como es bien sabido, la distribución por sexos de los profesionales del Trabajo Social en España está fuertemente feminizada: el 91% son mujeres y el 9%, hombres. En cuanto a la distribución por edades, el 40% tiene entre 31 y 40 años y el 30% corresponde a la franja entre 41 y 50 años, mientras que el 17% tiene entre 20 y 30 años y el 13% tiene más de 50 años. Vemos, pues, que el 70% de las profesionales se sitúa en la franja de edad de 31 a 50 años.

En cuanto a la experiencia profesional, el 38% tiene entre 6 y 15 años de experiencia como trabajadora o trabajador social; el 28%, entre 16 y 25 años de experiencia profesional; el 24%, hasta 5 años de experiencia, y sólo un 10% tiene más de 25 años de experiencia. Respecto al lugar donde realizan su trabajo, la gran mayoría (un 70%) corresponde a las administraciones públicas, mientras que el 14% lo realiza en alguna entidad privada y el 12% en alguna entidad concertada. De entre los restantes, el 1% está en paro, el 1% trabaja de forma autónoma y el 2% realiza otro tipo de actividad (Ballester, Úriz, Viscarret, 2012).

3.1. ¿Qué tipo de dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social?

El 82% de los profesionales encuestados respondió afirmativamente cuando fue interrogado sobre la presencia de dilemas éticos en su trabajo. Esto indica que los profesionales son conscientes de los dilemas éticos que les acechan y al mismo tiempo que son muy frecuentes.

Cuando se les pidió, a través del cuestionario, que identificaran los principales dile-

mas éticos (ver Ballestero, Úriz, Viscarret, 2012), los más numerosos fueron los siguientes:

3.1.1. Dilemas con el deber de informar a terceras personas

El 48% manifiesta haber tenido un dilema de esta clase algunas o bastantes veces. En este tipo de dilemas suelen intervenir el principio de confidencialidad (respetar la confidencialidad de la información relativa a los usuarios) y el principio de bienestar (¿puedo revelar algún tipo de información sobre el usuario buscando su bienestar?).

Este tipo de dilemas abarca situaciones en las que personas que no están trabajando directamente en la intervención (responsables políticos de ayuntamientos u otros profesionales, etc.) solicitan algún tipo de información relativa a los usuarios. A veces la demanda de información puede estar justificada, pero en otros casos estas demandas se hacen desde una supuesta posición de «poder», superioridad o control de quien demanda la información y hace que las trabajadoras y los trabajadores sociales se sientan presionados para dar o no determinada información sobre programas, ayudas concedidas o sobre los usuarios. Los dilemas surgen cuando opinan que revelar esos datos puede suponer algún tipo de daño para los usuarios.

3.1.2. Dilemas con la autonomía del usuario

El respeto a la libertad y a las decisiones de los usuarios y las usuarias es un aspecto fundamental de la práctica profesional del trabajo social. De hecho, el principio de autonomía es tradicionalmente uno de los principios más claramente defendidos por los

profesionales del trabajo social. Sin embargo, un 46,5% dice haber experimentado un dilema de esta clase algunas o bastantes veces, lo que indica que las situaciones que limitan la autonomía no siempre están muy claras o que, a veces, el respeto a la autonomía de los usuarios y las usuarias entra en conflicto con otro principio (normalmente el de bienestar) y se crea un dilema ético.

Normalmente los códigos deontológicos señalan algunas situaciones que limitan claramente la autonomía de los usuarios: el daño grave a terceras personas, al profesional o al propio usuario. Pero precisamente este último tipo de situaciones sigue suscitando dilemas éticos entre los profesionales (¿debo permitir que el usuario se dañe a sí mismo si decide hacerlo libremente?).

3.1.3. Dilemas con la incompetencia de otro trabajador social o de otro profesional

Sorprendentemente, un 43% de los profesionales manifiesta haber tenido un dilema de esta clase algunas o bastantes veces. Se trata de situaciones en las que un compañero o compañera no está cumpliendo las obligaciones derivadas de su competencia y la otra trabajadora o trabajador social duda sobre si ha de comunicárselo o no a un superior. En este sentido, también conviene distinguir grados de incompetencia (y de consecuencias derivadas de dicha incompetencia), que irían desde la negligencia profesional hasta la poca competencia profesional.

3.1.4. Dilemas en relación con la confidencialidad

Aunque está relacionado con el primer dilema que hemos señalado, este otro tipo de dilemas abarca situaciones más amplias

referidas al mantenimiento de la información confidencial relativa a los usuarios. Pese a que los profesionales del trabajo social saben que deben mantener la confidencialidad sobre la información relativa al usuario obtenida en el transcurso de la relación profesional, no obstante el 41% dice haber experimentado un dilema ético en relación con la confidencialidad.

Las dudas aparecen cuando la confidencialidad se concreta en situaciones más complejas, como el tipo de datos que se puede dar o no (ello pese a las indicaciones precisas que proporciona la ley de protección de datos), las problemáticas en las que hay menores implicados (por las posibles consecuencias sobre ellos), las situaciones en las que se teme perder la relación de confianza con las usuarias si se revela algún dato que ellas nos han pedido que no fuera revelado (casos de violencia de género, por ejemplo)...

3.1.5. Dilemas con la duración del tiempo de intervención

Un 40% manifiesta haber tenido un dilema de esta clase. Por ejemplo: situaciones en las que han tenido que cerrar un expediente sin estar totalmente seguros de que eso fuera beneficioso para algunas de las personas implicadas en la intervención (menores, por ejemplo). También son especialmente significativos los problemas derivados del menor tiempo que los profesionales pueden dedicar a los usuarios. La mayor carga de trabajo que deben soportar los servicios de atención social debido a la situación de crisis, unida a la creciente burocratización a la que están siendo sometidos muchos de ellos, hacen que ese tiempo sea menor del que el profesional consideraría necesario o deseable.

Hemos destacado los cinco primeros tipos de dilemas, que, como hemos visto, tienen que ver con la confidencialidad de la información, el respeto a la autonomía de los usuarios y las situaciones de incompetencia de otros profesionales. Además de estos dilemas, los profesionales también se encuentran (en menor medida) con otros dilemas éticos relacionados con la distribución de recursos, decir o no toda la verdad, dilemas sobre cómo realizar bien un informe...

3.2. ¿Cómo resuelven esos dilemas éticos?

La aproximación cuantitativa a la pregunta “¿Qué hace habitualmente si se tiene que enfrentar a un dilema ético en su trabajo?” ofrece múltiples respuestas, como se puede comprobar en la tabla siguiente:

Tabla 1. ¿Qué hace habitualmente si se tiene que enfrentar a un dilema ético en su trabajo?

Modo de resolución del dilema	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre	Total
<i>Consultar el Código Deontológico</i>	8,50	26,90	28,60	36,00	100,0
<i>Discutirlo con un colega</i>	2,10	23,00	43,00	31,90	100,0
<i>Consultar al Colegio Oficial</i>	14,50	35,50	24,20	25,80	100,0
Acudir a un comité de ética	33,90	26,50	17,50	22,10	100,0
Utilizar el sentido común, intuición	11,10	35,10	32,70	21,10	100,0
Consultar el superior inmediato	9,80	33,70	36,40	20,10	100,0
Consultar el director de Servicio	12,30	35,70	34,40	17,60	100,0
Asistir a reuniones de asuntos éticos	33,50	38,00	18,10	10,40	100,0
Investigar decisiones legales	29,60	40,90	19,90	9,60	100,0
Hablar con amigos/persona de confianza	34,10	37,60	19,70	8,60	100,0
Consultar con un abogado	25,00	59,90	11,00	4,10	100,0
Buscar información ética en la Web	34,90	47,70	13,80	3,60	100,0
<i>Hacer una consulta anónima</i>	58,80	32,10	5,60	3,50	100,0
<i>Resolver sin consultar a nadie</i>	51,30	40,40	7,90	0,40	100,0
<i>No hacer nada, esperar que se resuelva</i>	81,00	16,80	1,80	0,40	100,0
<i>Consultar un foro de discusión en Internet</i>	78,70	19,70	1,50	0,10	100,0
<i>Ignorar que existe el problema</i>	94,30	5,30	0,30	0,10	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de Ballester, Viscarret, Úriz, 2011.

Los datos nos ofrecen varios modos de resolución de dilemas éticos donde destaca la consulta al Código Deontológico de la profesión, la consulta con un colega y la consulta al Colegio Oficial correspondiente, aunque sin cifras mayoritarias. Este dato indica que, siempre que sea posible, los profesionales prefieren tomar las decisiones éticas de forma grupal, no de forma aislada.

En la parte baja de la tabla encontramos cinco fórmulas mayoritarias a las que no suelen recurrir los profesionales: las consultas anónimas, la resolución de dilemas sin

consultar a nadie, no hacer nada, consultar en foros de Internet o ignorar el dilema. Tan solo un 2,10% de los profesionales no recurre a la opinión de un colega (se tiene confianza en los profesionales cercanos) y un 8,50% no consulta el Código Deontológico.

Si agregamos los datos (tabla 2) obtenemos una ubicación ligeramente distinta de los modos de resolución de dilemas éticos:

Tabla 2. ¿Qué hace habitualmente si se tiene que enfrentar a un dilema ético en su trabajo? (Datos agregados)

Modo de resolución del dilema	Nunca/A veces	Muchas veces/ siempre	Total
<i>Discutirlo con un colega</i>	25,10	74,90	100,0
<i>Consultar el Código Deontológico</i>	35,40	64,60	100,0
<i>Consultar al Colegio Oficial</i>	43,50	56,50	100,0
Acudir a un comité de ética	46,20	53,80	100,0
Utilizar el sentido común, intuición	48,00	52,00	100,0
Consultar el superior inmediato	50,00	50,00	100,0
Consultar el director de Servicio	60,40	39,60	100,0
Assistir a reuniones de asuntos éticos	70,50	29,50	100,0
Investigar decisiones legales	71,50	28,50	100,0
Hablar con amigos/persona de confianza	71,70	28,30	100,0
Consultar con un abogado	82,60	17,40	100,0
Buscar información ética en la Web	84,90	15,10	100,0
<i>Hacer una consulta anónima</i>	90,90	9,10	100,0
<i>Resolver sin consultar a nadie</i>	91,70	8,30	100,0
<i>No hacer nada, esperar que se resuelva</i>	97,80	2,20	100,0
<i>Consultar un fórum de discusión en Internet</i>	98,40	1,60	100,0
<i>Ignorar que existe el problema</i>	99,60	0,40	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de Ballestero, Viscarret, Úriz, 2011.

Como puede apreciarse en la tabla 2, parece claro que discutir el dilema con un colega (74,90%) y consultar el Código Deontológico (64,60%) son las opciones más frecuentes. A ellas se unen la consulta al superior inmediato (56,50%) o al director del Servicio (52,00%) y una opción llamativa: utilizar el sentido común o la intuición (53,80%).

4. Conclusiones

La primera conclusión general que podemos sacar de esta investigación es que la ética está fuertemente implicada en los pro-

cesos de intervención social, de modo que los profesionales del trabajo social en España se encuentran –en un porcentaje muy alto (un 82%)– con dilemas éticos en su ejercicio profesional.

La situación que provoca más dilemas éticos es el deber o no de informar a terceras personas. A este respecto, los profesionales deberían tener muy en cuenta quién solicita la información relativa al usuario, por qué motivo y con qué finalidad. Todo ello en el contexto del denominado “principio de prudencia” referido al manejo de la información. Esto significa que cuando otras tra-

bajadoras sociales, otros profesionales de otras instituciones e incluso algunos responsables políticos soliciten cierta información, habrá que evaluar qué tipo de información se está demandando, si la demanda de información está o no justificada, así como si las personas que la solicitan están o no implicadas en la intervención con los usuarios.

El segundo de los dilemas –en orden de mayor a menor importancia– es el relativo al respeto a la autonomía de los usuarios. El principio de autonomía suele ser considerado uno de los principios éticos más importantes en trabajo social. Así aparece también recogido en el nuevo Código Deontológico de Trabajo Social, aprobado en el 2012, en el que se señalan la autonomía y la autodeterminación como principios generales de la profesión de trabajo social.

Sin embargo, la autonomía de los usuarios no es absoluta e ilimitada. Tal y como recoge el artículo 21 de dicho código, “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”. Pues bien, precisamente es esta evaluación del riesgo (real o potencial, grave o no) la que suscita dilemas éticos entre los profesionales.

El tercero de los dilemas que aparece con mayor frecuencia (en un 43%) es el de denunciar o no a otros profesionales por incompetencia profesional. Muchos de los dilemas de este tipo se presentan en situaciones en las que no se puede calificar el comportamiento del otro profesional como totalmente negligente o muy grave, pero sí como una mala práctica profesional.

La confidencialidad es otro de los principios éticos en torno al cual surgen más dilemas éticos. Tal y como se señala en el artículo 41 del Código Deontológico, “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”. Sin embargo, en la práctica profesional, las trabajadoras y trabajadores sociales manifiestan seguir teniendo dudas sobre en qué ocasiones pueden o no romper la confidencialidad.

En cuanto a cómo resuelven las trabajadoras y trabajadores sociales los dilemas éticos, las elecciones mayoritarias son discutir el dilema con un colega (cuando esto es posible) y consultar el Código Deontológico. Sin embargo, un elevado porcentaje de profesionales (53,8%) confiesa que simplemente recurre al sentido común y/o a la intuición como vía para resolver un dilema ético. El sentido común y la intuición son elementos básicos, pero no podemos dejar que la toma de decisiones éticas se base solamente en esos factores. En nuestra opinión, es necesario proporcionar a los profesionales herramientas más específicas y protocolos más concretos para la resolución de los dilemas éticos.

■ **Aunque no tengamos la certeza de haber elegido el camino óptimo, de lo que sí que tendremos que asegurarnos siempre es de haber efectuado un deliberado razonamiento moral, de haber tenido en cuenta los pros y contras de cada curso de acción.**

La ética no es siempre una ciencia exacta que nos muestra un camino inequívoco a

seguir, sino que en muchas ocasiones tendremos que tomar decisiones sin tener una plena seguridad de haber elegido la opción correcta. En cualquier caso, aunque no tengamos la certeza de haber elegido el camino óptimo, de lo que sí que tendremos que asegurarnos siempre es de haber efectuado un

deliberado razonamiento moral, de haber tenido en cuenta los pros y contras de cada curso de acción. De este modo, al menos podremos justificar razonadamente la acción elegida, intentando no obviar ningún elemento importante en nuestra decisión.

Bibliografía

- BALLESTERO, A. *Dilemas éticos en Trabajo Social: autonomía y paternalismo*. Pamplona: Eunate, 2006. ISBN: 978-84-7768-170-0.
- BALLESTERO, A. “Dilemas éticos en Trabajo Social: el modelo de la ley Social”, en *Portularia*, núm. IX/2 (2009). Pàg. 123-131. ISSN: 1578-0236.
- BALLESTERO, A.; VISCARRET, J. J. i ÚRIZ, M. J. “Cómo resuelven los trabajadores sociales los dilemas éticos”, en *Portularia*, núm. XI/2 (2011). Pàg. 47-59. ISSN: 1578-0236.
- BALLESTERO, A.; ÚRIZ, M. J. i VISCARRET, J. J. “Dilemas éticos de las trabajadoras y trabajadores sociales en España”, en *Papers*, n° 97/4 (2012). Pàg. 875-898. ISSN: 0210-2862.
- BALLESTERO, A.; ÚRIZ, M. J. i VISCARRET, J. J. “Cuestiones éticas y tipologías de comportamiento ético en la intervención profesional del Trabajo Social”, en *RES. Revista Española de Sociología*, núm. 19 (2013). Pàg. 67-92. ISSN: 1578-2824.
- BANKS, S. *Ethics and Values in Social Work*. Londres: MacMillan Press, 2001. ISBN: 978-0-230-30017-0.
- BANKS, S. *Ethics, Accountability and the Social Professions*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave MacMillan, 2004. ISBN: 978-0-333-75166-4.
- BANKS, S. “Accounting for Ethical Difficulties in Social Welfare Work”, en *British Journal of Social Work*, núm. 35 (2005). Pàg. 1005-1022. ISSN: 0045-3102.
- BERMEJO, F. J. *La ética del Trabajo Social*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002. ISBN: 978-84-330-1669-0.
- COLEGIO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL. *Código Deontológico del Trabajo Social en España*. Text aprovat de manera unànime per l'Assemblea General Extraordinària del dia 9 de juny de 2012. [Data de consulta: 30 de juliol de 2013], 2012.
- CONGRESS, E. P. *Social Work Values and Ethics: Identifying and Resolving Professional Dilemmas*. Belmont: Wadsworth Group / Thomson Learning, 1999. ISBN: 978-0-830-41492-5.
- HOLLAND, T. P. i KILPATRICK, A. C. “Ethical issues in social work: Toward a grounded theory of professional ethics”, en *Social Work*, núm. 36 (1991). Pàg. 138-144. ISSN: 0037-8046.
- IDARETA, F. i BALLESTERO, A. “Ética, paternalismo y burocracia en el Trabajo Social”, en *Portularia*, núm. XIII/1 (2013). Pàg. 27-35. ISSN: 1578-0236.
- «Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal». Boletín Oficial del Estado, 298, 14 de diciembre de 1999, 43088-43099.
- LINZER, N. *Resolving Ethical Dilemmas in Social Work Practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon, 1999. ISBN: 978-0-205-29041-3.
- LINZER, N.; CONBOY, A. i AIN, E. “Ethical Dilemmas of Israeli Social Workers”, en *International Social Work*, núm. 46/1 (2003). Pàg. 7-21. ISSN: 0020-8728.
- LOEWENBERG, F. M. i DOLGOFF, R. *Ethical Decisions for Social Work Practice*. Itaca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc., 1996. ISBN: 978-0-495-50633-1.
- MATTISON, M. “Ethical decision making: the person in the process”, en *Social Work*, núm. 45/3/1 (2000). Pàg. 201-212. ISSN: 0037-8046.

Bibliografía

- MCAULIFFE, D. *Beyond the Hypothetical: Practitioner Experiences of Ethical Dilemmas in Front-Line Social Work*. Brisbane: University of Queensland. (Tesis doctoral inédita), 2000.
- MCAULIFFE, D. "I'm Still Standing: Impacts & Consequences of Ethical Dilemmas for Social Workers in Direct Practice", en *Journal of Social Work Values and Ethics*, núm. 2/1 (2005). En línia: <<http://www.jswve.org/>> [Data de consulta: 31 de juliol de 2013]. ISSN: 1553-6947.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (NASW). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*, 1999. En línia: <<http://www.socialworkers.org/>> [Fecha de consulta: 31 de julio de 2013].
- PRESTON, N. *Understanding Ethics*. Sydney: Federation Press, 2001. ISBN: 978-1-862-87227-1.
- REAMER, F. G. "Ethical Dilemmas in Social Work Practice", en *Social Work*, núm. 28/1 (1983). Pàg. 31-35. ISSN: 0020-8728.
- REAMER, F. G. *Ethical Dilemmas in Social Service: Guide for Social Workers*. Nova York: Columbia University Press, 1990. ISBN: 978-0-231-06969-4.
- REAMER, F. G. *Social Work Values and Ethics*. Nova York: Columbia University Press, 2001. ISBN: 978-0-231-13788-5.
- RHODES, M. L. *Ethical Dilemmas in Social Work Practice*. Milwaukee, Wisconsin: Routledge, 1991. ISBN: 978-0-873-04255-0.
- ROTHMAN, J. *From the Front Lines. Student Cases in Social Work Ethics*. Boston: Allyn and Bacon, 1998. ISBN: 978-0-205-78724-1.
- SALCEDO, D. *Autonomía y bienestar: La ética del Trabajo Social*. Granada: Comares, 1998. ISBN: 978-84-8151-732-3.
- STROM-GOTTFRIED, K. *Ethics in Social Work Practice: A Primer to Accompany*. Nova York: McGraw-Hill Companies, 2006. ISBN: 978-0-073-12154-3.
- ÚRIZ, M. J. "Modelos de resolución de dilemas éticos en Trabajo Social" en *RTS*, núm. 175 (2004). Pàg. 6-27. ISSN: 0212-7210.
- ÚRIZ, M. J. i BALLESTERO, A. "Ethical dilemmas of social workers in the social services: The case of Navarre (Spain)", en *European Journal of Social Education / Journal Européen d'Éducation Social*, núm. 10-11 (2006). Pàg. 133-145. ISSN: 1810-4789.
- ÚRIZ, M. J.; BALLESTERO, A. i URIEN, B. *Dilemas éticos en la intervención social: Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social*. Saragossa: Mira, 2007. ISBN: 978-84-8465-218-2.
- VISCARRET, J. J. *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial, 2007. ISBN: 978-84-206-4814-9.
- WEINBERG, M. "The Social construction of Social Work Ethics: politicizing and broadening lens", en *Journal of Progressive Human Services*, núm. 21 (2010). Pàg. 32-44. ISSN: 1939-0602.

El Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña: institucionalizando el diálogo y la deliberación

Begoña Román Maestre¹

Resumen

En este artículo presentamos el trabajo que ha hecho el Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña (CESSC) en sus tres años de existencia. En una primera parte describimos su breve historia: composición, funciones y tareas realizadas. En una segunda parte abordamos las temáticas generales que, a modo de recomendaciones a profesionales y ciudadanía, ha publicado o se están elaborando en el CESSC. En la tercera parte nos detenemos en los casos sobre personas particulares que son objeto de deliberación en los Espacios de Reflexión Ética en Servicios Sociales (ERESS).

Palabras clave: Ética, comité de ética, Servicios Sociales, conflictos éticos.

Para citar el artículo: ROMAN MAESTRE, Begoña. El Comité de Ética de Servicios Sociales de Catalunya: institucionalizando el diálogo y la deliberación. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 46-54. ISSN 0212-7210

Abstract

This paper presents the work done by the Ethics Committee of Social Services of Catalonia (CESSC) in its three years of existence. First we describe its brief history, composition, functions and performed tasks. In the second part we approach general subjects that have been published -or in process- by CESSC, in the form of recommendations to professionals and citizenship. The third part deals with cases of individuals that are issue of deliberation in spaces of ethical reflection in Social Services (Espais de Reflexió Ètica en Serveis Socials-ERESS).

Key words: Ethics, ethics committee, Social Services, ethical conflicts.

¹ Doctora en Filosofía. Profesora de la Facultad de Filosofía (Universidad de Barcelona). Presidenta del Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña (CESSC). broman@ub.edu

1. A modo de introducción: breve historia del CESSC

En octubre de 2008, promovido por el Departamento de Acción Social y Ciudadanía, se constituye un grupo interno interdisciplinario con el objetivo de ir preparando el terreno al que se quería que más tarde fuera el Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña (CESSC). Se inician así programas de formación en ética, edición de publicaciones y conversaciones con diferentes posibles miembros.

El 6 de junio de 2010 se publica la orden ASC 349/2010 en el DOGC sobre la constitución del CESSC, y el 12 de julio de 2010 se celebra la 1ª reunión constitutiva. El CESSC es un órgano colegiado de deliberación, interdisciplinario, con carácter consultivo y asesor, no vinculante, que tiene el objetivo de mejorar la calidad de la intervención social y ser un fórum de referencia en el debate ético en el campo de los Servicios Sociales.

■ El CESSC es un órgano colegiado de deliberación, interdisciplinario, con carácter consultivo y asesor, no vinculante, que tiene el objetivo de mejorar la calidad de la intervención social y ser un fórum de referencia en el debate ético en el campo de los Servicios Sociales.

El CESSC está compuesto por los siguientes profesionales: unos propuestos, por su experiencia y conocimiento, desde distintos ámbitos de actuación del Departamento que actualmente se denomina de Bienestar Social y Familia; otros miembros son designados por los diferentes colegios profesionales

(de pedagogía, trabajo social, educación social y psicología); otros son profesionales del ámbito de las ciencias humanas y sociales, salud, educación, justicia, filosofía, y profesionales adscritos a los Servicios Sociales básicos. Otros miembros son representantes de entidades prestadoras de servicio de iniciativa privada, social y mercantil; y otros de asociaciones de usuarios y familiares. La coordinación del Comité recae en la Secretaría General del Departamento.

El CESSC no hace peritajes, ni opina sobre reclamaciones o denuncias que afectan a aspectos técnicos o de la intervención de los profesionales. No tiene tampoco como propósito resolver casos o consultas particulares, aunque cuando se reciben intentamos dar una respuesta o dirigir a una comisión más pertinente; es decir, las vehiculamos a los Espacios de Reflexión en Ética en Servicios Sociales (ERESS), de los que luego hablaremos, o a las Comisiones deontológicas o de ética de los diferentes colegios profesionales. El CESSC emite recomendaciones de carácter genérico, elabora documentos de reflexión, vela por dinamizar la formación en ética así como por la creación y calidad de los ERESS.

La organización del CESSC consta de órganos unipersonales (presidencia, dos vicepresidencias y una secretaria) y de órganos colegiados (el Pleno, la Comisión Permanente y los diferentes grupos de trabajo que anualmente se forman, coordinados por un miembro del Pleno y contando con profesionales externos al Comité.

Además disponemos de una Comisión de Enlace con el Comité de Bioética de Cataluña (CBC), con los siguientes objetivos: atender temáticas y cuestiones transversales en los ámbitos de Salud y de Servicios Sociales;

velar por la coherencia entre los mensajes sobre un mismo tema, mejorar la comunicación entre ambos comités, y realizar actividades o manifiestos conjuntos cuando se estime oportuno. También se prevé la constitución de grupos de trabajo con la incorporación de colaboraciones externas; serán los respectivos plenos quienes deberán aprobar las recomendaciones de ese grupo. La Comisión de Enlace está compuesta por 8 miembros, 4 del CBC (presidente/a y secretario/a, que son miembros natos, más dos vocales), 4 del CESSC (presidente/a y secretario/a, también miembros natos, más dos vocales).

Antes de ponerse a trabajar con temáticas concretas el CESSC debía establecer los mecanismos internos de funcionamiento y cómo aplicaba y se aplicaba el encargo de institucionalizar el diálogo y la deliberación interdisciplinaria en el ámbito de los Servicios Sociales. Por eso elaboramos el Reglamento de régimen interno y los criterios de constitución de los ERESS.²

Transcurridos casi 3 años de su creación, tenemos registrados en el Departamento de Bienestar Social y Familia unos 50 ERESS. Con el registro queremos, además de conocer la existencia de estos espacios, saber la tarea que llevan a cabo con el objetivo de compartirla.

La Dirección General de Infancia y Adolescencia (DGAIA) ha sido pionera en dinamizar ERESS y ya ha celebrado, en 2011 y 2012, dos jornadas para compartir experiencias. El CESSC, además de los documen-

tos por él elaborados, y con este deseo de dar a conocer las reflexiones de los diferentes ERESS, da difusión a aquellos documentos que consideramos de especial interés para compartir.³

2. Las temáticas abordadas

Una de las dificultades que teníamos al iniciar la tarea del Comité era el amplio abanico de temáticas que se reúnen bajo eso que llamamos “Servicios Sociales”; se diría que sería más fácil contestar la pregunta qué no entra en los “Servicios Sociales” que acotar lo que les corresponde, y especifica: porque desde el momento que partimos de una antropología que define a la persona humana como “individuo en relación”, la dimensión social lo inunda todo. En Servicios Sociales se reúnen las temáticas de pobreza, infancia y adolescencia, personas mayores, personas con dependencia, con diversidad funcional, mujeres y violencia de género, SIDA, salud mental, inmigración...

Hay, sin embargo, un amplio consenso en superar un modelo en exceso proteccionista, asistencialista, maternalista que lo hace todo por las personas vulnerables pero sin contar con ellos ni con su participación, con la negativa consecuencia de, al atender la dependencia, no aumentar sus capacidades ni la autonomía ni la co-responsabilidad. Se parte, pues, del reconocimiento de la interlocución válida de la persona, de potenciar sus capacidades y participación así como

² Para consultar el Reglamento interno, las memorias y los documentos elaborados por el CESSC podéis consultar <http://www20.gencat.cat/portal/site/dixit/menuitem>.

³ Es el caso del Grupo de Reflexión de Ética aplicada del Consorcio de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona y su documento sobre Diversidad funcional, afectividad y sexualidad. Lo podéis descargar en pdf en <http://www.cssbcn.cat/index.html>.

su co-responsabilidad proporcional a su competencia. Hay también el deseo de ir más allá de la expendedoría de recursos económicos para dotar a las personas de capacidad, estabilidad y mejores vínculos, y no sólo dar pensiones económicas o en especies. Por ello se pone en el centro, de todos los servicios profesionales y recursos, a la persona en su entorno, tratando de potenciar sus capacidades de forma realista, esforzándose por no crear ni estigma, ni autoestigma, ni cronicidades evitables. Se trata, en resumidas cuentas, de que los profesionales y organizaciones de los Servicios Sociales crean en las personas y en su capacidad de hacer y hacerse un futuro esquivando su destino o lotería biológico-social.

■ **Se trata, en resumidas cuentas, de que los profesionales y organizaciones de los Servicios Sociales crean en las personas y en su capacidad de hacer y hacerse un futuro esquivando su destino o lotería biológico-social.**

Ante la enorme variedad de ámbitos y cuestiones, y con el deseo de que el Comité se sintiera como una herramienta útil a todos, decidimos comenzar abordando temáticas transversales y no sectoriales, es decir, temáticas que todos los que trabajaran en Servicios Sociales pudieran encontrar de interés y aplicabilidad en su labor cotidiana. En el territorio catalán había iniciativas, por eso hicimos y difundimos un cuestionario para conocer

la realidad de los espacios o comités o comisiones de Ética en Servicios Sociales ya en funcionamiento e incluso acreditados por el Departamento de Salud como Comités de Ética.

Constituimos grupos de trabajo sobre temas transversales, coordinados por uno de nuestros miembros pero contando con gente externa. Con estos documentos, que van dirigidos a la ciudadanía en general, a profesionales, a personas atendidas y sus familias y a los gestores de las instituciones, se trata de, entre todos, mejorar a la altura de los tiempos (y por tanto de los cambios jurídicos, técnicos, sociales, de conciencia de los derechos, del tipo de enfermedades, de familias, etc.), hacernos conscientes de la obsolescencia de determinado abordaje y de la necesidad de atender el multiculturalismo y el pluralismo moral, garantizando los mínimos cívicos de la dignidad y la justicia promoviendo la calidad de vida que la persona atendida autónomamente quiere.

En concreto ya está terminado y publicado el documento sobre “Recomendaciones sobre el desarrollo de los derechos y deberes de la persona mayor en entornos residenciales”,⁴ aprobado en Pleno el 11 de octubre de 2012. En este documento se trata de, a partir del reconocimiento de los derechos y deberes de las personas mayores que viven en entornos residenciales, mejorar la atención para que estos entornos sean lugares de vida para la gente mayor que vive y vivirá en ellos.

Se trata de tomar conciencia de su condición de ciudadanía y, por tanto, de evitar un mal trato, que a veces inconscientemente, se genera hiperprotegiéndolos, infan-

⁴ Lo podéis descargar en pdf en: <http://www20.gencat.cat/docs/dixit/Home/04Recursos/08Etica%20aplicada%20als%20Serveis%20Socials/01Comite%20d%20Etica/2.%20Recomacions%20drets%20i%20deures%20GG%20entorn%20RGG.pdf>.

tilizándolos o velando mucho por los aspectos “bio” (es decir, necesidades físicas, de salud, de alimentación, etc.) conveniendo su historia de vida en la historia de sus enfermedades. En otras ocasiones se atiende su dependencia promoviendo más dependencia, y no la autonomía en el grado óptimo que ello pueda implicar. Y como se puede imaginar, entre la tiranía de la salud, de convertir el estar saludable en el principal valor, y el no velar por cierto autocuidado, hay términos medios relativos a las personas, a sus ritmos, que obligan a importantes cambios organizativos, a reconsideraciones de las delegaciones de responsabilidades entre profesionales, familias, voluntarios, etc.

El segundo documento aprobado por el Pleno el 11 de abril de 2013, y actualmente en fase de publicación, ha sido “La confidencialidad en la intervención social: recomendaciones del Comité de ética de Servicios Sociales”. Ahora se trataba de tomar conciencia de la cultura de la confidencialidad, de ser cuidadosos no sólo con los datos personales (obligación, por otra parte, jurídica) sino de saber que, al hacer intervenciones sociales, se tiene acceso a mucho conocimiento de la intimidad de las personas, y a veces en servicios sociales (como es el caso de los niños en riesgo) no intervenimos a voluntad de la persona atendida sino en contra de su voluntad. A esto se añade la poca conciencia que determinados colectivos vulnerables tienen de su derecho a la intimidad, acostumbrados como están a tener que explicar su vida a los profesionales de los Servicios Sociales (con frecuencia muchos y a veces en lugares poco adecuados para garantizar la confidencialidad). En otras ocasiones son los profesionales o las organizaciones los que no son conscientes de su deber de confidencialidad: quién dice qué a quién,

dónde, cuándo, cómo (si por fax, por teléfono, en la calle, delante de otras personas, etc.), qué informes remitir a quién, qué compartir entre profesionales de diferentes organizaciones o departamentos (Salud, Educación, Servicios Sociales, Servicios Penitenciarios)... todo ello hacía recomendable un documento como el que hemos elaborado.

El grupo que pronto presentará al Pleno sus conclusiones para someterlas a discusión es el encargado de reflexionar sobre el uso racional de las contenciones de todo tipo, farmacológicas, físicas, mecánicas. La cuestión importante está ahora sobre qué nivel de riesgo (porque la vida es riesgo) se debe permitir a las personas (Canimas, 2012). En nombre de la seguridad de las personas atendidas se les priva de libertad de movimiento, atentando contra el derecho a su integridad. Se trata ahora de reflexionar sobre la oportunidad de la medida de contención, por qué es esta oportunidad, el tipo de contención, su duración, la que la convertirá en adecuada o abusiva. Y como se trata de una medida “extrema”, deben extremarse las precauciones y saber adecuar su uso, ajustarla a la verdadera protección de la persona y no a la tranquilidad de los demás, sean estos profesionales, familiares, fundaciones tutelares, etc.

Otro grupo de CESSC está trabajando sobre “tutelas e incapacitaciones”: se tratará de distinguir entre incapacidad jurídica y competencia ética, entre la capacidad de firmar contratos y no tener personalidad jurídica, y tener que tomar decisiones concretas en la vida cotidiana. Pero además se tratará de mejorar algunos procesos: tratar de evitar la anulación jurídica de la persona demasiado temprano, para siempre y totalmente y optar por la promoción de sus capacidades. Habría así que pensar en incapacitaciones a

medida y explicitar las delegaciones de responsabilidad que asumen las tutelas. Las nuevas enfermedades, las dependencias que éstas conllevan, las nuevas formas de familia, la sostenibilidad de un Estado de Bienestar que hace imposible garantizar derechos que una anterior legislación había reconocido, obliga a pensar mejor estas figuras de las tutelas y las incapacitaciones. El reconocimiento de la persona, el deber de promover su autonomía, estabilidad, capacidades y vínculos exige repensar la forma jurídica que verdaderamente protegerá en justicia la dignidad e integridad de las personas vulnerables.

Otro grupo redactará unas recomendaciones sobre la objeción de conciencia, la objeción institucional y la desobediencia civil de los profesionales y organizaciones de los Servicios Sociales. Se trata de clarificar aquellos casos donde, a pesar de no gozar de un reconocimiento jurídico del derecho a la objeción de conciencia, el profesional de los Servicios Sociales puede encontrar motivos personales para no hacer una tarea que jurídica y/o contractualmente está obligado a hacer (Cebolla, 2011). Se trata aquí de un derecho personal que, debiendo garantizar el servicio a la ciudadanía y cumplir la ley, tampoco puede obligar al profesional a hacer algo que en conciencia no quiere hacer. Pero habrá que tener criterios para distinguir escrúpulos morales de verdadera objeción, así como detectar el límite de tener que garantizar el servicio y esforzarse por la responsabilidad sobre quién hará el trabajo si el profesional no quiere. Es decir, la objeción de conciencia debería ser de una minoría de personas y contar con escasa en el servicio. La desobediencia civil ya no es una cuestión sólo personal pero de respeto a los acuerdos de la mayoría (jurídicamente respal-

dada o promovida por la organización donde uno trabaja), sino una cuestión colectiva de movilización para cambiar esa orden que se considera cívicamente, no sólo personalmente, indigna de ser obedecida y no sólo por uno sino por cualquiera. Consideramos que la crisis del Estado de Bienestar, el recorte en derechos y deberes de los últimos meses, pide pensar mejor estas figuras éticas (Vilar, 13).

Un último tema que el CESSC quiere trabajar tiene que ver con la investigación en los Servicios Sociales. En Cataluña, si la búsqueda incluye factores sociales pero se desarrolla en un entorno hospitalario, hay el hábito de pasar la pertenencia de la investigación a un Comité de ética de investigación clínica. Pero si no es investigación clínica o asociada a un hospital la cosa queda en la aleatoriedad. En efecto, mientras en otros ámbitos en nuestro país, también en Servicios Sociales en otros países, tienen bien establecidos criterios éticos para la investigación, y tienen institucionalizados Comités de ética en investigación, el Estado español y en Cataluña carecen de criterios compartidos y organismos desde donde evaluar la pertinencia de una investigación en Servicios Sociales que involucra a personas. Por un lado, habrá que discutir los criterios éticos sobre los beneficios de la investigación al colectivo estudiado, si compensa las molestias o si incurrir en cierta espectacularización de su situación, o sólo beneficia a alguien que hace la tesis doctoral o trabajo de máster, por ejemplo. Pero también será pertinente discutir las cuestiones sobre el consentimiento informado, la información que allí se dé, quien la da; las fuentes de financiación, utilidad de los datos obtenidos. Para muchas de estas cuestiones ya nos servirá lo que se hace en salud, pero otras cuestiones son peculiares de los Servicios Sociales, y son delicadas y complejas.

3. Conflictos éticos desde la trinchera incentivando el diálogo en los Espacios de Reflexión Ética en Servicios Sociales (ERESS)

Pasemos ahora a los conflictos más usuales que están tratándose en los ERESS. Ahora sí ya son casos concretos, hablamos de las personas y sus circunstancias y se trata de hacer recomendaciones sobre la intervención para mejorar la situación de esa persona, la coherencia entre los profesionales que intervienen, la delegación responsable entre ellos y si se contará con el apoyo de la organización.

Para abordar las situaciones concretas se crearon los ERESS. Se trataba de acercar la reflexión ética al quehacer cotidiano, de modo que estos ERESS sean la célula presente en todas las áreas o centros independientemente de su tamaño. Queríamos así que la reflexión, el diálogo y la deliberación ética en la intervención social se incorporasen a la práctica diaria de los profesionales.

Se trata de facilitar a los profesionales

■ **Para abordar las situaciones concretas se crearon los ERESS. Se trataba de acercar la reflexión ética al quehacer cotidiano, de modo que estos ERESS sean la célula presente en todas las áreas o centros independientemente de su tamaño. Queríamos así que la reflexión, el diálogo y la deliberación ética en la intervención social se incorporasen a la práctica diaria de los profesionales.**

una herramienta consultiva que sea cercana y accesible ante casos y situaciones que generen conflictos entre las personas y profesionales que intervienen. Los ERESS deben incorporar la perspectiva de las diferentes profesiones implicadas en el servicio; son necesarias un mínimo de cinco personas y disponer de un canal de comunicación, para hacerle llegar consultas, casos o sugerencias, así como para dar difusión a sus recomendaciones. Las necesidades de cada servicio serán diferentes: a modo de ejemplo, la problemática de un Centro Residencial de Atención Educativa (CRAE) será diferente si atiende a niños de 0-7 años que si atiende a adolescentes.

Los ERESS no son Comités, porque son más pequeños en número y no siempre pueden contar con la interdisciplinariedad (muchos son o educadores sociales o trabajadores sociales), pero pueden llegar a serlo, haciendo más compleja su estructura, incorporando profesionales externos (juristas, expertos en ética, etc.); del mismo modo que Comités de Ética ya en funcionamiento han constituido ERESS bajo su cobijo, dada la peculiaridad de los recursos y servicios que tienen y ofrecen algunas organizaciones.

Los ERESS también quieren promover la sensibilización, la formación y el desarrollo de los valores éticos en las organizaciones donde se encuentran. Por ello recogen, fomentan y difunden buenas prácticas profesionales y organizativas mediante la elaboración de protocolos, criterios y recomendaciones. De esta manera se quiere también contribuir a la educación de la población sobre la ética en el uso responsable de los servicios públicos

En estos tres años los casos que se han trabajado tienen que ver con las siguientes

temáticas, que a continuación sólo se citan:

En el ámbito de la adolescencia tenemos conflictos sobre el grado de competencia de la persona menor de edad, del que dependerá el nivel de riesgo que podemos asumir como instituciones para conseguir vínculo con los servicios, generación de confianza, alianza; o sobre qué nivel de confidencialidad respetamos sin avisar a sus padres o tutores. Otros conflictos versan sobre el respeto a su intimidad y el deber de custodia; así como el grado de obligatoriedad de algunos tratamientos o medidas: ¿mejorarán o perjudicarán la intervención de los profesionales?. En este ámbito de la adolescencia también aparece el conflicto entre permitirle determinadas opciones (cuestión de vestimentas, opciones alimenticias o religiosas, tipos de relaciones o vínculos que establecen, etc.) para favorecer la búsqueda de sus rasgos identitarios, pero al precio de alejarlos de la cultura de los padres.

En cuanto a la infancia desamparada, a menudo el conflicto radica en el tiempo: cuál es el tiempo prudencial que damos a los padres para recuperar su paternidad, pero en detrimento de una infancia quizás demasiado tiempo institucionalizada, y todo ello entre expectativas en muchos casos no muy realistas sobre la capacidad de recuperar los padres.

Otros temas, como el tabaquismo o las adicciones, generan de nuevo la cuestión sobre el nivel de riesgo que pueden las instituciones permitir: el umbral sobre qué es un riesgo razonable y qué temerario dependerá de cada persona y sus circunstancias. El problema merece una deliberación personalizada y un consenso para que no se dé arbitrariedad según los profesionales y organizaciones que intervienen.

Otros conflictos giran en torno a las personas en entornos residenciales, tanto mayores como personas con diversidad funcional: el grado de flexibilidad, de personalización, la adecuación a las idiosincrasias culturales, el respeto a la intimidad, la excesiva regularidad y homogeneidad de horarios o el fenómeno del “tallerismo” sin demasiadas posibilidades de romper la rutina y los protocolos. En algunos centros se llega a velar más por la calidad de vida de la organización y los profesionales que por la de las personas que viven allí.

La vida afectivo-sexual de las personas con diversidad funcional, a menudo institucionalizadas, es otro tema que genera deliberaciones como por ejemplo sobre cómo abordar el nivel de consentimiento libre de personas con “discapacidad” intelectual o la educación afectivo-sexual, más allá de la meramente anticonceptiva. Las presiones de familiares sobre cómo debe ser el trato que las instituciones hacen de este tema choca a veces con el juicio de la persona atendida o con el de los propios profesionales.

También encontramos conflictos que tienen que ver con las contradicciones entre los diferentes profesionales que intervienen: unos perciben más el aspecto jurídico, otros el social, otros el psicológico, y a menudo, ante la gran proliferación de profesionales, no siempre se sitúa a la persona en el centro de la intervención. Otras veces el conflicto surge por el mal trato institucional debido a la falta de comunicación, a las maneras de hacer y seguir los protocolos, los *tempos* asignados a algunas tareas en detrimento de otras, o la obediencia a un ordenamiento jurídico que puede aumentar la injusticia, etc.

El tema de la enfermedad mental, y más cuando no está diagnosticada, genera tam-

bién muchos conflictos sobre cómo proceder: si respetando la autonomía de la persona (¿es autónoma? ¿Tiene competencia, o la necesaria información? ¿Le retiramos los hijos?), si sancionamos de alguna forma el incumplimiento de pactos o compromisos socio-educativos, etc.

Otros temas que se discuten en los ERESS son el tratamiento del final de vida, tanto de personas en entornos residenciales (el trato adecuado, sin excesivos o precipitados traslados hospitalarios que no redundan en su confort) como la preparación de personas con “discapacidad” intelectual o niños o adolescentes por la pérdida de un familiar, etc.

Otro tipo de conflictos gira en torno a las personas que quieren la cronificación y la dependencia: quieren ser “objeto” de atención, se instalan en el victimismo que el sistema de Servicios Sociales, consciente o inconscientemente, ha fomentado. La cuestión radica en cómo trabajar la creación de capacidades. Y es claro que muchas controversias las tenemos con el sexismo y con la compleja gestión del multiculturalismo.

Hay una última problemática más interna que también preocupa a los ERES y gira

alrededor de la evaluación de las intervenciones: qué significa una buena intervención y por qué, la discusión sobre cómo generar indicadores para evaluar los programas y las organizaciones va más allá de la consideración sobre cuál era la demanda y cuál la respuesta. Se trata también de medir la eficiencia de la respuesta y, preventivamente, de no atender sólo la demanda sino de ir más allá y erradicar las causas de la precariedad y la vulnerabilidad. Sabemos que sólo cuando se trabaja en red, compartiendo criterios, medidas de evaluación y, por tanto, en equipo y con transparencia, quien sale ganando son las personas atendidas.

En todas estas deliberaciones nunca se pierde de vista que tratamos con personas y sus circunstancias, que la mirada del servicio debe ser atenta (de respeto), que parte del reconocimiento del otro que sufre, con compasión. Y esto obliga a tener profesionales no sólo con capacidad dialógica-deliberativa, no basta con explicitar los valores e institucionalizar el diálogo, hay un paso más: para ir forjando carácter, *ethos*, hay también que forjar virtudes (Dueñas, 12), modos de ser, más allá de hacer.

Bibliografía

- CANIMAS, J. *Ètica aplicada a l'educació social*. Barcelona: UOC, 2012. ISBN: 978-84-9029-945-6.
- CEBOLLA, O. “La objeción de conciencia en el Trabajo Social: ¿realidad o sueño?”, en *Revista de servicios sociales y política social*, núm. 95 (2011). Pàg. 137-162. ISBN: 1130-7633.
- DUEÑAS, J. *Blanques juguen i guanyen. Reflexions ètiques d'un educador social*. Barcelona: Setzevents, 2012. ISBN: 978-84-15349-28-0.
- VILAR, J. *Cuestiones éticas en la educación social*. Barcelona: UOC, 2013. ISBN: 978-84-694-3296-9.
- <http://www20.gencat.cat/portal/site/dixit/menuitem>
- <http://www.cssbcn.cat/index.html>

Historia y evolución del Consejo de Deontología Profesional del Col·legi de Treball Social de Catalunya

Teresa Casanovas i Garcia¹ y Maite Sullà Cortés²

Resumen

El objetivo de este artículo es mostrar a la colegiatura en particular, y a los técnicos de las ciencias sociales en general, la historia y evolución del Consejo de Deontología Profesional (CDP) del Colegio de Trabajo Social, que se inició en 1984 y se convirtió en el primer Consejo de Ética de todo el Estado español.

A lo largo de su trayectoria ha contado con la presencia de diferentes profesionales, que han ofrecido al conjunto de los colegiados/-as sus conocimientos y su experiencia en cuanto a poder resolver aquellas consultas relacionadas con los dilemas éticos que pueden suscitar las intervenciones sociales. Así, la función principal del Consejo es generar un espacio de reflexión sobre los valores éticos inherentes a la profesión con el objetivo de abordar las demandas de la colegiatura. Nuestras herramientas son la búsqueda de información sobre la temática, el estudio de la demanda, el diálogo y la discusión, así como también la toma de decisiones argumentadas y consensuadas con la finalidad de ofrecer una orientación y un apoyo al colegiado/-a respecto de la decisión que debe tomar.

Palabras clave: Consulta, dilema ético, diálogo, discusión, decisión.

Para citar el artículo: CASANOVAS, Teresa; SULLÀ, Maite. Historia y evolución del Consejo de Deontología Profesional del Col·legi de Treball Social de Catalunya. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 55-66. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social y Máster en Ética de la intervención social, psicoeducativa y socio-sanitaria. Presidenta del Consejo de Deontología del Col·legi de Treball Social de 2005 a 2012. Actualmente, vice presidenta del Comité de Ética de Servicios Sociales del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya. tcneferu@gmail.com.

² Trabajadora social y antropóloga. Presidenta del Consejo de Deontología Profesional del Colegio de Trabajo Social. Trabajadora social del Equipo de Asesoramiento Técnico Civil en el ámbito de Familia del Departamento de Justicia. maitesulla@hotmail.com.

Abstract

This article's objective is to show to collegiate members and to social science technicians in general the history and evolution of CDP-Consell de Deontologia Professional del Col·legi de Treball Social (Professional Deontology Council in Social Work), created in 1984 and the first Ethics Committee in Spain.

Throughout its history it has had different professionals who offered their knowledge and experience to collegiate members on how to solve questions related to ethical dilemmas that might require social interventions. Thus, the Committee's main function is to generate a place to reflect on inherent ethical values to the profession to approach collegiate members' demands. Our tools are information research on the subject, the demand's study, dialogue and discussion, and also explained and agreed decision taking to guide and support collegiate members with the decisions they have to take.

Key words: Consultation, ethical dilemma, dialogue, discussion, decision.

Presentación

La primera parte es un breve resumen histórico que trata los inicios de nuestra profesión y de las asociaciones que condujeron a la actual Colegio Profesional, así como también un resumen de los veintidós años del Consejo Asesor (esta parte ha sido elaborada por Teresa Casanovas).

La segunda parte del artículo se refiere a la dinámica actual del Consejo y a la tipología de demandas que se reciben. Además, se aportan algunas reflexiones e impresiones respecto de las consultas que se han recibido en los últimos años (esta parte ha sido elaborada por Maite Sullà).

Con todo, ambas queremos destacar que formar parte de este Consejo es una experiencia que nos enriquece tanto en el ámbito profesional como personal. El intercambio de conocimientos, la reflexión conjunta y

compartir con las compañeras temáticas tan diversas nos permite observar el trabajo social desde diferentes perspectivas, a la vez que también convertirse en un apoyo para la colegiatura y para el conjunto del Colegio.

I. PARTE

1.1 Introducción histórica

A modo de introducción, antes de hablar del Consejo Asesor de Ética Profesional del Colegio es importante explicar cuál ha sido la historia de nuestra identidad. La profesión de trabajo social no nació anteayer, ni es fruto de la casualidad, sino del esfuerzo, la acción, la reflexión y el compromiso de muchos profesionales.

Sin embargo es interesante hacer una breve referencia de cómo nace la profesión, de la importancia de las escuelas como pun-

to de partida y del papel que tuvieron las asociaciones de asistentes sociales.

La primera escuela de Trabajo Social, entonces llamada de asistencia social, se fundó en Barcelona en 1932 durante la República. **Fue la primera de España.** Durante la Guerra Civil estuvo cerrada, para volver a abrirse en 1939 con un nombre diferente. Posteriormente se llamó Escuela Católica de Enseñanza Social, bajo la tutela de la Iglesia, nombre que conservará durante muchos años. En 1953 nace la Escuela de Visitadoras Sociales en Barcelona, adscrita a la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y bajo la tutela de la Sección Femenina. A lo largo de los años 1940-1950 la Iglesia y la Falange darán legitimidad y cobijo a casi todas las iniciativas de formación de asistentes sociales.

Las dos escuelas tenían una importante presencia de profesorado médico en sus programas de formación. La escuela de la Iglesia tuvo siempre un carácter más social.

En las postrimerías de los años 50 y principios de los 60 se abren más escuelas: Sabadell (1957), Manresa (1959), Tarragona (a finales de 1950), Lleida (1964) y Girona (filial de la Escuela de Visitadoras).

El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña fue el resultado del trabajo llevado a cabo durante muchos años por las asociaciones de asistentes sociales de Cataluña. Estas habían nacido vinculadas a las escuelas (excepto la asociación de Girona). Durante los años 1960 y 1970 en Cataluña había siete asociaciones: dos en Barcelona y las de Sabadell-Terrassa, Girona, Lleida, Manresa y Tarragona.

El inicio del asociacionismo está relacionado con las dificultades del día a día que

vivían los asistentes sociales. Tenían necesidad de solidarizarse como grupo profesional, fortalecer su identidad, defender sus intereses y la necesidad de reconocimiento social. Dentro de las asociaciones se generaron grupos de trabajo de acuerdo con los ámbitos en que éste se desarrollaba: empresa, barrios, hospitales, infancia, etc., que ayudaban a romper el aislamiento y favorecían el autoaprendizaje mediante el intercambio de experiencias.

Fruto de los esfuerzos de las siete asociaciones, en 1983 se pudo constituir el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.

El Consejo Asesor de Ética Profesional fue creado por la primera Junta del Colegio, presidida por Anna Morató, que ejerció su mandato desde febrero de 1983 hasta febrero de 1986; en octubre de 1984, de acuerdo con los nuevos Estatutos del Colegio, su nombre fue sustituido por el de Consejo de Deontología Profesional hasta su disolución en 2006. Estamos hablando, pues, de veintidós años durante los cuales de forma voluntaria, sin retribución, 34 personas fueron miembros.

Para hablar del Consejo hemos disfrutado del libro publicado por el Colegio, Monográfico número 6, *El Consell Assessor d'ètica professional*, para hacer un resumen de su trayectoria, teniendo en cuenta aquellos aspectos que han parecido relevantes pero que evidentemente no son los únicos, por lo que se aconseja a los colegiados/-as su lectura.

1.2. Creación del Consejo Asesor de Ética

En los primeros Estatutos del Colegio –aprobados en marzo de 1984– se enumeran las funciones del Consejo de Ética. Dice

el artículo 7: “Velar por la ética profesional, de acuerdo con su caso con el código deontológico y por el respeto a los derechos de los ciudadanos y ejercer la jurisdicción disciplinaria en materias profesionales y colegiales”.

El primer objetivo del Consejo fue poder ofrecer un Código de ética a la colegiatura, ya que hasta el momento sólo se disponía como referencia del Código de Ética para el Trabajo Social aprobado en 1976 en la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), y las escuelas tenían como referente el Código de Ética de 1955 de la Unión Católica internacional de Servicio Social (UCIs) con sede en Bruselas. El segundo objetivo era elaborar unas normas sobre objetivos y funcionamiento del Consejo Asesor.

En la elaboración del Código de ética se invirtieron cuatro años. Se estudiaron diferentes Códigos, tanto el de la FITS, el de la Asociación de Trabajadores Sociales de los Estados Unidos (*National Association of Social Workers, NASW*), como los de otros colegios profesionales que ya tenían desde hacía años. También se consultaron expertos en ética y abogados. La Junta enviarlo a las Delegaciones y a las comisiones de trabajo, incorporándose la mayoría de sus aportaciones.

El Colegio de Cataluña fue el primer Colegio de Trabajadores/-as Sociales de España que elaboró y aprobó un Código de ética para sus miembros; era el año 1988. Según figura en un estudio realizado en Navarra en 2004-2005 (Uriz, Ballesteros i Urien, 2007), los profesionales reclamaban tener un Consejo de ética, pero en 2010 todavía sólo diez colegios de trabajadores/-as sociales, de los 37 existentes en el Estado español, tenían consejo de ética o deontología.

En 1988, la profesora inglesa **Sarah Banks**, cuando preparaba su libro sobre ética y trabajo social, realizó una encuesta sobre los Códigos de ética de las asociaciones profesionales miembros de la FITS. Según ella misma explica, la mayoría de asociaciones españolas no tenían y mayoritariamente utilizaban el de la FITS, con excepción de Cataluña. Por este motivo, en la tabla 4.1. del libro *Ética y valores en el trabajo social* (1997), el la que hace una comparación entre las características de los códigos de ética de varios países, figura como España el de Cataluña (España. Cat).

El Código fue aprobado en la Asamblea General del Col·legi de noviembre de 1989 y publicado de forma íntegra en un número de la *Revista de Treball Social* en 1997 dedicado a “Ética y Trabajo Social”. **Como era el primero publicado en España** referido a los trabajadores sociales, el resto de colegios lo hicieron suyo como base y punto de referencia, por eso tenemos la alegría de haber contribuido al bienestar y progreso de la profesión por todo el Estado. Se publicó en 1989 en edición bilingüe. También fue publicado, previa autorización de la Junta de Gobierno, en la *Revista de Servicios Sociales y Política Social* del Consejo.

El segundo objetivo fue la elaboración de las funciones del Consejo Asesor de Ética (Publicado en un Reglamento de régimen interno del Colegio en 1997, pág. 90):

- Asesorar a la Junta de Gobierno en materia de deontología profesional respecto a cuestiones planteadas a esta por los colegiados o entidades
- Emitir opiniones y recomendaciones respecto a cuestiones de ética profesional.
- Establecer las normas deontológicas

referidas al trabajo social como fundamento del Código de Ética Profesional del Colegio de Cataluña.

- Definir los procedimientos de aplicación de las normas que establece y las circunstancias en las que regirán.

En lo referente a su composición, el Consejo consta de siete miembros que forman parte de él durante cuatro años y que pueden ser reelegidos sólo para otro mandato. Se renueva cada dos años, una vez tres miembros y la otra cuatro alternativamente. La designación de las personas es responsabilidad de la Junta de Gobierno, previa convocatoria de concursos. La asignación del coordinador/-a (actualmente presidente/-a) y del secretario/-a es por elección de los miembros del Consejo. Los acuerdos que se toman no son válidos si no asisten a la reunión, como mínimo, la mitad más uno de sus miembros.

A partir de los años 90, después de haber conseguido los dos objetivos iniciales, los miembros del Consejo dispusieron de más tiempo para: a) dar respuesta a las consultas; b) dedicar tiempo a su formación; c) asistir a actos sobre temas de ética. Uno de estos actos fueron las Jornadas de Trabajo Social sobre el tema “Dilemas éticos en nuestra práctica: entre el control y la inserción” (octubre de 1997), organizado por el Col·legi de D.T.S. i A.S, el Col·legi de Psicòlegs y el Col·legi d'Educadores/-s. En este mismo año se publicó el Código en formato bilingüe en un número monográfico dedicado a ética y trabajo social.

En estos años todavía estaba vigente el Código de Ética de la FITS de 1976. Se intensifica el debate iniciado con anterioridad sobre si un código de ética debe tener unos principios generales amplios, aceptables por

todos los países, o bien tiene que ser muy detallado y concreto. Esta cuestión se debatió dentro del Consejo y se hicieron aportaciones a la FITS.

Un hecho relevante fue la demanda de una diputada del Parlamento de Cataluña para que se preparara una propuesta para modificar la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su articulado referente al secreto profesional, dado que sólo exime a los abogados, procuradores y eclesiásticos. El texto presentado pedía que en el mismo fueran incluidos los/las trabajadores/-as sociales, debido a la necesidad de contar, para ejercer su trabajo, con la confianza de la persona atendida. La propuesta no tuvo éxito.

Consultas

En el estudio citado sobre el Consejo, las autoras señalan que a lo largo de los veintidós años se recibieron 119 consultas. Este dato puede hacer pensar que son pocas, afirmación totalmente *subjetiva*, ya que no es posible compararlo con datos de otros colegios profesionales de trabajadores sociales del Estado, por el hecho de que estos datos no son conocidos.

El mayor número de consultas se refiere a la *Confidencialidad, secreto profesional y protección de datos*, y seguramente tenían como trasfondo la implantación de la informática. Otro tema preocupante ha sido la *autodeterminación del usuario/-a*, relacionado mayoritariamente con casos de “malos tratos a las mujeres”, dado que a veces resulta difícil respetar la decisión de no denunciar a la pareja.

Algunas de las consultas recibidas a lo largo de los años 90 no eran propiamente consultas sobre ética o deontología, hecho que motivó al Consejo a recomendar a la

Junta de Gobierno que el Colegio dispusiese de un espacio de supervisión.

Otra constatación es que nunca se recibieron consultas referentes a trabajo social comunitario. Ni los códigos de ética de los trabajadores sociales ni la bibliografía más relevante contienen referencias sobre dilemas éticos en este campo.

Después de una reflexión seria sobre las consultas que hacían referencia a la Confidencialidad y el secreto profesional, el Consejo pidió a la Junta de Gobierno la creación de una comisión para trabajar sobre la Confidencialidad. Van algunos de sus miembros conjuntamente con otros profesionales de diversos campos de trabajo. El trabajo de la misma culminaría con la redacción del documento *Confidencialidad y Secreto Profesional*.

Código de ética

Pasados más de diez años de la aprobación del primer Código de Ética, en el año 1999 el Consejo presentó a la Junta de Gobierno una propuesta de revisión y actualización del mismo. Se creó una comisión en la que había un miembro del Consejo. Su tarea culminó con la aprobación y publicación del *Código de Ética y Deontológico de los Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales* de mayo de 2000, publicado en el 2001 y actualmente vigente.

Nuestro Código de Ética considera como propia la Declaración Universal de los Derechos Humanos y apoya el espíritu de la Constitución Española y la Legislación de Servicios Sociales de Cataluña. Se apoya también en los usos y costumbres tradicionales en el ejercicio de la profesión, fundamentados en una ética respecto a las personas en su derecho a la autonomía, la confidencialidad, tener en cuenta su dignidad, la libertad y la responsabilidad.

La redacción de unos nuevos Estatutos del Colegio y su aprobación en 2005 hicieron que el Consejo Asesor de Ética Profesional fuera cambiado por el Consejo de Deontología Profesional, en consonancia con los nombres de los órganos similares de otros colegios.

1.3. Recomendaciones del Consejo Asesor

Las recomendaciones finales surgen de los datos expuestos en esta primera parte, así como de la lectura de la totalidad del monográfico y de la creciente complejidad del entorno en que se desarrolla nuestro trabajo en el día a día.

El consejo debería tener asegurada la adecuada implementación en dos aspectos. Primero los contenidos teóricos, asegurando la solidez y fundamentación de las respuestas.

Segundo en los aspectos formales, asegurando la continuidad en el proceso a seguir, en los procedimientos administrativos y en el archivo de la documentación. Necesidad de profesionalización del Consejo. Contar con personas con larga experiencia y personas con formación teórica sobre ética y deontología, así como tener adscrito un asesor jurídico.

Implicación de los consultantes. Involucrarlos en la elaboración de la respuesta a su consulta. Participar en el estudio y resolución, si procede, de la situación objeto del conflicto ético.

Elaboración de respuestas, incluso con opiniones diversas, dado que pueden proponerse varias alternativas éticas a una misma situación.

Como punto final de esta primera parte, se cita una frase del libro de Victoria Camps

(Una vida de calidad. Reflexiones sobre la bioética (2001) pág. 236, que va mucho con las recomendaciones y dice: ...“habría que recordarles a los comités que el consenso no es deseable por sí mismo y que su función debería estar más cerca del foro que estimula el debate que del órgano de consulta...”.

II Parte

Tal como ya se ha mencionado, en 1984 se crea el Consejo Asesor de Ética Profesional del Col·legi, nombre que será sustituido en 2006 por el de Consejo de Deontología Professional (CDP), de acuerdo con los estatutos del Colegio aprobados en 2005 y publicados en el DOGC el 22/12/05. La composición, el funcionamiento y las funciones del Consejo vienen definidos por estos estatutos.³

Los cargos del CDP son el de presidente/-a y el de secretario/-a, que son escogidos por el conjunto de miembros del CDP. El presidente tiene un mandato de dos años, mientras que el del secretario es de uno. **Preferentemente, los miembros del Consejo deben ser representativos de los diferentes ámbitos de actuación profesional y, obligatoriamente, deben estar colegiados.**

El CDP funciona de manera colegiada, los acuerdos se toman por consenso y, cuando no es posible, por mayoría absoluta. En caso de empate el presidente/-a tiene el voto de calidad. Estos acuerdos tienen validez siempre y cuando se hayan tomado al menos con la mitad más uno de sus miembros, excepto en aquellos casos urgentes que con el acuerdo de tres miembros ya es suficien-

te. Será responsabilidad del presidente decidir la urgencia de las cuestiones a tratar.

Las funciones del Consejo están definidas en el artículo 63 de los estatutos⁴ y se incorporan dos más a las ya mencionadas:

- Hacer propuestas a la Junta de Gobierno en materia de formación y difusión de cuestiones éticas.
- Instruir expedientes disciplinarios cuando la Junta delegue esta competencia.

Para poder llevar a cabo estas funciones el CDP se reúne mensualmente en sesión ordinaria y, excepcionalmente, en sesión extraordinaria (para tratar cuestiones urgentes).

2.1. Tipología de consultas

La temática de las consultas que hemos recibido durante estos cuatro años se ha caracterizado por una cierta diversidad, si bien ha habido cuestiones recurrentes. **En términos generales, la temática de las consultas ha sido:**

- la confidencialidad y el secreto profesional
- el cuestionamiento o negligencia del que-hacer profesional entre compañeros
- la firma de los informes sociales
- la situación de riesgo social de un niño
- la problemática en las relaciones entre instituciones diferentes
- la elaboración de un documento que trate del consentimiento informado
- el asesoramiento sobre un posible abuso económico entre parientes
- el cobro indebido de una prestación
- cuestiones relacionadas con la incapacidad

³ Estatuts del Col·legi de Treball Social de Catalunya aprovats 29/05/2005 en sessió extraordinària i publicats al DOGC el 22/12/05.

⁴ Estatuts del Col·legi de Treball Social de Catalunya renovats i publicats al DOGC el 5/09/11.

- la intromisión de los políticos en los criterios técnicos
- los límites en las relaciones padres-hijos dentro de un entorno residencial
- la inadecuación de los espacios de intervención
- la colaboración y coordinación entre diferentes servicios
- cuestiones de ámbito laboral (despido, relaciones laborales, temario oposiciones, delimitación de tareas y cargas de trabajo)
- situaciones de acoso psicológico (*mobbing*) a profesionales
- situaciones de intrusismo laboral por parte de otras disciplinas

El ámbito de actuación de los colegiados/-as que han consultado, mayoritariamente ha sido los servicios sociales básicos de poblaciones relativamente pequeñas, residencias de gente mayor y algún centro de atención primaria de salud.

Además, también hemos recibido varias quejas de personas usuarias respecto a la intervención de profesionales en relación a:

- cuestionamiento de la práctica profesional
- desacuerdo en el contenido de informes sociales y pruebas periciales

Estas quejas se han remitido a la Junta de Gobierno para que se iniciara un expediente informativo con el objetivo de valorar la necesidad de abrir un expediente disciplinario, tal y como queda recogido en los estatutos (apartado régimen disciplinario). En este sentido, la mayor parte de las quejas se ha resuelto sin la necesidad de abrir ninguno, a excepción de un caso.

Hay que hacer hincapié en que, en los últimos años, el **número de quejas por**

■ **El número de quejas por parte de los ciudadanos ha aumentado, mientras que el número de consultas por parte de los profesionales ha disminuido.**

parte de los ciudadanos ha aumentado, mientras que el número de consultas por parte de los profesionales ha disminuido. Desde el Consejo esta circunstancia genera interrogantes, si bien actualmente no se dispone de datos objetivos para poder argumentar los motivos de este hecho.

2.2. Tipología de respuestas

Todas las consultas han tenido una respuesta escrita por parte del CDP, y ésta se ha adecuado al tipo de demanda:

- a) Asesoramiento: es una mirada reflexiva que permite al colegiado ver otros elementos que ha obviado en la resolución del dilema. También aporta recursos que se convierten en un apoyo a la hora de abordar la temática (leyes, normativa, códigos...). Este tipo de respuesta sólo está firmada por la presidenta del Consejo.
- b) Dictamen: es una respuesta unitaria a un dilema planteado y se sustenta en las diferentes leyes, normativas y bibliografía ajustada a la consulta. Está firmada por todos los miembros y puede reforzar al colegiado ante los superiores jerárquicos dentro de la institución donde trabaja. Convierte en una garantía y un soporte para el técnico ante situaciones donde la confidencialidad o el secreto profesional pueden estar en riesgo. Este tipo de respuesta es a demanda del colegiado/-a consultante.

c) Instrucción de expedientes informativos: en este caso la demanda proviene de la Junta y se interviene para evaluar si ha habido una buena práctica profesional. Es responsabilidad de la Junta instruir cada expediente y establecer las amonestaciones o sanciones que considere oportunas a los colegiados/-as, siempre y cuando se demuestre que ha habido una mala actuación. En estos casos, desde el Consejo se valora que es importante que la Junta vele por los intereses de la profesión y que haga una función reparadora con el profesional, con un doble objetivo: evitar malas praxis y mejorar la práctica profesional.

Las consultas llegan en soporte papel, vía correo tradicional o correo electrónico, y siempre se responden mediante carta certificada al domicilio del consultante y en el período de un mes, aproximadamente.

De la experiencia de estos años se extrae que **definir un dilema ético, a menudo, es complejo**, ya que hay muchos elementos a tener en cuenta que **tienen que ver con muchas variables** (normativa, creencias, valores, etc.) **que inicialmente no identificamos**. Por este motivo, se confeccionó un modelo de ficha a rellenar por los colegiados/-as con el objetivo de ayudar a exponer el problema/consulta de una manera clara y concisa. Esto permite al consultante dedicar un tiempo a definir, clarificar y reflexionar la demanda. En este sentido, como mejor definido esté el problema más rápida será la respuesta que se puede dar desde el CDP.

Aún así, a veces nos encontramos con que la información que recibimos es escasa, está desordenada y no clarifica la demanda.

En estos casos lo que se hace es contactar con el/la consultante vía telefónica, correo electrónico o mediante una entrevista personal con el objetivo de disponer de toda la información necesaria para abordar su demanda. En este sentido, hablar directamente con la persona nos permite profundizar en la cuestión a tratar, da más exactitud a la demanda, facilita **la reflexión conjunta y aporta un apoyo al colegiado/-a**. Este último aspecto, lo consideramos muy importante para la profesión dada la complejidad de las problemáticas que tratamos y por el escaso apoyo institucional con el que, a veces, se pueden encontrar los profesionales.

La tipología de respuestas que damos están sustentadas en los diferentes códigos, leyes y normativas, tanto locales y autonómicas como nacionales e internacionales. Así, aplicamos en nuestros dictámenes el Código de Ética y Deontológico de los Diplomados en Trabajo Social, el Código Deontológico del Consejo General de Trabajo Social, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios sociales, la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal o la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral hacia la violencia de Género, entre otros. Así como también tratados sobre derechos humanos.

En cuanto a la toma de decisiones, se sigue un método de reflexión conjunto que promueve el consenso de todos los miembros. **Es un método participativo que cuenta con la experiencia de cada miembro**.

bro del Consejo, el respeto hacia las opiniones de los demás y el consenso hacia la respuesta a dar.

Consideramos que las respuestas que damos se convierten en elementos de reflexión para el/la colegiado/-a, ya que **la decisión última es responsabilidad del/de la consultante**, dado que sólo él/ella

■ La decisión última es responsabilidad del/de la consultante.

conoce las consecuencias positivas o negativas que se pueden derivar para la persona usuaria, la institución, la profesión y él o ella mismo, la decisión que tome. Por tanto, las respuestas que elaboramos no tienen una base dicotómica, al contrario, tienen un alcance más amplio. En este sentido, no se parte de premisas buenas o malas, sino de opciones basadas en los conocimientos y la experiencia, las leyes, normativas y tratados éticos que permiten discernir entre las diferentes variables y calibrar las consecuencias de una opción u otra.

En nuestra práctica profesional, a menudo nos encontramos con intervenciones complejas que requieren intervenciones bien estructuradas y estudiadas, lo que exige a los profesionales dedicar un espacio de tiempo a reflexionar sobre las respuestas a dar a las personas usuarias. Esta dedicación favorece **la buena práctica profesional y puede derivar en una mejor intervención con el ciudadano, así como también en su acogida, a pesar de recibir una respuesta diferente a la que se esperaba.**

La **metodología** que se sigue tiene en cuenta estos elementos:

- recogida de información

■ La dedicación favorece la buena práctica profesional y puede derivar en una mejor intervención con el ciudadano, así como también en su acogida, a pesar de recibir una respuesta diferente a la que se esperaba.

- identificación de los problemas éticos
- identificación de posibles soluciones (aplicación de la normativa, de los códigos, del marco legislativo, los derechos humanos...)
- evaluaciones hipotéticas (beneficios y riesgos de cada alternativa)
- deliberación y propuesta
- comunicación escrita a la persona

En todo este proceso la escucha y la reflexión, así como la búsqueda de información, se convierten en nuestros instrumentos para ofrecer una respuesta a la consulta formulada. En este sentido, el trabajo en equipo es prioritario, así como la diversidad de fuentes a consultar (de las ciencias sociales y de la salud, de los paradigmas éticos y de la legislación actual).

El resultado de nuestra tarea es evaluado anualmente por los colegiados/-as que han consultado mediante un cuestionario que reciben a principios de año. El objetivo de esta evaluación es mejorar nuestras intervenciones, tanto en cuanto al contenido como al tiempo de respuesta. También tenemos en cuenta todas aquellas sugerencias que nos pueden hacer los/las colegiados/-as.

El CDP también tiene una **función divulgativa y formadora**, a la vez que participativa con otras entidades y organismos. Así, se ha asistido a diferentes jornadas relacionadas con la ética, el secreto profe-

sional y la confidencialidad. Algunos de nuestros miembros han impartido charlas y sesiones formativas a los alumnos de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona y en el Instituto de Estudios de la Salud.

El CDP ha participado con el diseño de la formación específica sobre ética impartida por el Colegio y la Fundación Campus Arnau d'Escala. Algunos de los miembros del CDP han colaborado dando formación al Departamento de Bienestar y Familia y con la revista *Quaderns d'Acció Social i Ciutadania*, también con la revisión del *Código Deontológico del Consejo General de Trabajo Social* y con una investigación de la Universidad Pública de Navarra. En la confección de los nuevos estatutos del Consejo, el CDP también ha hecho aportaciones, así como en todas aquellas propuestas que, desde el Colegio, nos han hecho. También se han atendido consultas de otros colegios profesionales y se han mantenido contactos con las delegaciones territoriales de Girona y Lleida, ofreciendo información al respecto.

En otro caso, uno de los miembros del CDP forma parte de la Junta Permanente del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña, y otro de la Comisión sobre Incapacitaciones y Tutelas de este comité. Actualmente estamos trabajando en la actualización del Monográfico *Confidencialitat i Secret Professional*, publicado por el Colegio en el año 2000.

2.3. Conclusiones

Para finalizar, se destacan algunos aspectos relevantes que nos han sugerido las diversas consultas que se han atendido:

- En las intervenciones que hacemos, cada vez más tenemos que **velar por la ca-**

lidad en lugar de por la cantidad, dada la complejidad de situaciones en las que intervenimos.

- Es necesaria una evaluación esmerada que se acerque a la realidad del usuario y que cuente con la **colaboración de este en la resolución de sus dificultades**. La relación profesional-usuario tiene que cambiar hacia la simetría y tener en cuenta los principios de respeto hacia los derechos de las personas y los valores democráticos con la finalidad de generar buenas prácticas en la atención social.

- El objeto de intervención debe ser el sujeto y es él quien se tiene que hacer responsable de su situación, con una actitud activa y reflexiva hacia el cambio. Hay que velar por los derechos de autonomía, de justicia y de dignidad de la persona atendida.

- Los espacios de deliberación y de reflexión conjunta se hacen imprescindibles en las organizaciones porque favorecen el razonamiento y discusión responsable desde la diversidad de puntos de vista, con una visión social y humana, pero también ética, jurídica y normativa. En este sentido, los **espacios de supervisión y reflexión en equipo** se hacen prioritarios en la búsqueda de soluciones consensuadas.

- Una **revisión de nuestras actuaciones** permite modificar creencias, valores y posicionamientos que, a menudo, no nos permiten abordar las problemáticas desde puntos de vista diferentes y dificultan las intervenciones.

- Respecto a la **redacción de los informes sociales**, hay que hacer una mención especial al hecho de cómo se transmite la información a otros servicios, entidades o instituciones. En este sentido, creemos que la prudencia es un buen aliado, así como tam-

bién separar y delimitar la información imprescindible a transcribir. Del mismo modo, es importante contrastar la información que recibimos para garantizar la fiabilidad de los datos. En la medida de lo posible hay que evitar los juicios de valores, ya que nuestras valoraciones deben argumentarse desde un postulado científico y no desde nuestras creencias.

Pensamos que el crecimiento de una profesión tiene que ver con la generalización de las prácticas responsables, el respeto hacia los derechos individuales y sociales, así como con el respeto por la persona atendida, junto con el diálogo entre las diferentes instituciones y servicios a los que nos encontramos adscritos. Por este motivo valoramos que cada vez se hace más necesaria la introducción de prácticas de calidad y no de cantidad, ya que el éxito de

nuestras intervenciones dependerá en mayor grado de la relación profesional-ciudadano.

La consecución de estas mejoras requiere del esfuerzo y la implicación de todos, de los profesionales, el apoyo de las instituciones, de las entidades y de las administraciones y unas políticas sociales que garanticen la protección real de las personas que se encuentran con menos oportunidades de desarrollo; sin estas condiciones difícilmente la práctica del trabajo social podrá generar nuevos escenarios que respeten los derechos humanos y velen por el bienestar de los ciudadanos.

Como cierre queremos agradecer a todos los compañeros y compañeras su dedicación, esfuerzo y compromiso a la creación y mantenimiento del Consejo de Deontología Profesional.

Bibliografía

- ALONSO, Emilia; BASSETS, Josefina; PLANS, Montserrat i RUBIOL, Glòria. *El Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya 1984-2006*. CDTASAC, 2010.
- BANKS, Sara - *Ètica y valores en trabajo social*. Barcelona: Editorial Paidós, 1997. ISBN 84-493-0395-8.
- BARBERO, J. M. (director); FEU, M. i col·laboradors. *Treball social a Catalunya 1932-1978*. Barcelona: Editorial Hacer, 2009. ISBN 978-84-96913-24-0.
- CAMPS, Victòria. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre Bioètica*, Barcelona: Editorial Aires y Mares, 2001. ISBN 84-8432-291.
- Codi d'Ètica i Deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya aprovat en assemblea general l'any 1989.
- Código Deontológico del Consejo General de Trabajo Social aprobado en Asamblea Extraordinaria el 9/06/12 i que va entrar en vigor el 29/06/12. http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo_deontologico.
- <http://www.gencat.cat/eadop/imatges/5641/10146047.pdf>. [Consultada juliol 2013].
- http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematic/10Dependencia/Llei_Dependencia/lleiestataldep.pdf [Consultada juliol 2013].
- http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/lo15_1999lopdep.pdf [Consultada juliol 2013].
- URIZ, M. Jesús; BALLESTEROS, Alberto i URIEN, Begoña. *Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social*. Saragossa: Ediciones Mira, 2007. ISBN 978-84-8465-218-2.

La ética del discurso y de la conflictividad en Maliandi: desafíos para una ética profesional en trabajo social

Cecilia Aguayo Cuevas¹

Resumen

El presente trabajo constituye una sistematización de los aportes efectuados por la teoría ética del discurso. Asimismo, nos permite proponer una ética susceptible de ser aplicada al ámbito de la acción humana; en especial, con respecto a una acción que oriente las decisiones de los profesionales en sociedades tecno-científicas. En efecto, somos conscientes de que en la actualidad las decisiones profesionales tienden a impregnarse de una racionalidad instrumental donde los valores y las normas se vuelven particularmente difíciles de ser fundados. Es en este contexto donde nos situaremos, a partir de los aportes de K. O. Apel y uno de sus discípulos iberoamericanos, Ricardo Maliandi, siendo que para el primero la razón práctica (la razón ética) es eminentemente dialógica, mientras para el segundo esta razón práctica tiene en su *ethos* la eminente conflictividad. En este sentido, la acción profesional asume tanto una ética dialógica de carácter universalizable en que todos los afectados por ella puedan aceptar libremente las consecuencias de esta elección, como una ética de la conflictividad en que las decisiones profesionales deberán comenzar enfatizando el conflicto subyacente a toda decisión de carácter moral.

Palabras clave: Ética del discurso, ética de la conflictividad, ética profesional.

Para citar el artículo: AGUAYO CUEVAS, Cecilia. La ética del discurso y de la conflictividad en Maliandi: desafíos para una ética profesional en trabajo social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 67-77. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social. Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicopedagogía y Políticas de Formación Universidad de Louvain la Neuve (Bélgica). Doctora en Filosofía. Universidad de Chile. Coordinadora de pos grados. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central (2009-2010). Actualmente directora de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. caguayo@unab.cl

Abstract

This paper systematizes the contributions made by the theory of discourse ethics. It allows us to propose an ethics that may be applied to the field of human action, especially to an action that guides professionals in decision-making within technical and scientific societies. Indeed, we are aware that professionals' decisions nowadays tend to soak up an instrumental rationality where values and rules become particularly difficult to establish. The contributions of K. O. Apel, who is of the opinion that practical reason (ethical reason) is essentially dialogic, and one of his Ibero-American disciples, Ricardo Maliandi, who points out that practical reason involves conflict in its ethos. Hence, professional action assumes both dialogic ethics (potentially universal) in which all those affected by it can freely accept the consequences of that choice, and conflict ethics in which professional decisions must begin by emphasizing the conflict underlying all moral decisions.

Key words: Discourse ethics, conflict ethics, professional ethics.

Introducción

Los trabajadores sociales están permanentemente confrontados y se encuentran en una relación tensionada; por una parte, por las normas y valores cristalizados en los códigos éticos, las necesidades, y los derechos de la ciudadanía, y, por otra, por los requerimientos institucionales responsables de la implementación de las políticas sociales. En numerosas investigaciones llevadas a cabo por colegios profesionales (Colegio de Asistentes Sociales de Cataluña (2009), colegios de asistentes sociales en la provincia de Mendoza (2006), Colegio de Asistentes Sociales de Santiago de Chile (2005-2006-2007), el Colectivo de trabajadores sociales brasileños, CFESS (en sus diferentes seminarios sobre ética desde el año 1993), asi-

mismo, por la Federación Internacional de Trabajo Social (F.I.T.S.) y National Association of social workers de Estados Unidos (N.A.S.W)), se coincide en señalar que a partir de los principios de la profesión como la justicia social, la autonomía, la dignidad, el respeto por el otro, etc., se configuran los siguientes problemas éticos:

1. La implementación de las políticas sociales y la creciente escasez de recursos infringiría el principio de justicia social. Esta situación obligaría a los trabajadores sociales a ser profesionales más de contención que de promoción de la dignidad humana. En este sentido, ¿qué legitimación o deslegitimación asumirán estos profesionales ante la ciudadanía, tomando en cuenta este contexto?

2. El modelo económico neoliberal, en un contexto de globalización, con su privilegio por el crecimiento en cifras por encima de los derechos ciudadanos, plantea problemas éticos cuando se privilegian los estándares numéricos y de gestión por encima de los procesos y necesidades de los sujetos; los marcos lógicos, los controles, etc., por encima del respeto y la autonomía de los sujetos; la homogeneización por encima del respeto a la diversidad. Por lo mismo los principios de los trabajadores sociales viven profundos cuestionamientos de parte de la ciudadanía. En este punto nos preguntamos, ¿cómo se resuelven estas tensiones? ¿Cómo nos hacemos cargo de ellas en tanto que colectivo profesional?
3. Las anteriores situaciones llevan al profesional a un desencantamiento profesional, potenciando crisis vocacionales y desorientaciones con respecto a su actuar ético. Un trabajador social entrevistado en el contexto del libro *Ética y Trabajo Social en las voces de sus actores: un estudio desde la práctica profesional*, lo señalaba: “yo quiero seguir siendo profesional, que es la vocación que elegí, pero los trabajadores sociales son asalariados, ya del Estado, ya del capital, y, por último, ser funcionario ejecutor de esos programas me impide cumplir con el compromiso con la suerte de los excluidos. ¿Cómo salgo de ese laberinto, sin soluciones simplistas y superficiales? (Aguayo, López y Quiroz, 2007. Pág. 192).

La ética profesional refiere a un diálogo de todos los afectados por las normas

La ética profesional fundada en el diálogo busca reconocer que las normas morales deberán ser de carácter universal aplicando procedimientos racionales, es decir, una norma que pretenda ser válida deberá, en su carácter de ideal, ser aceptada por todos los afectados, como participantes en un discurso práctico.

En los años 70 surge un sistema ético, llamado ética del discurso, cuyos autores son K. O. Apel y J. Habermas. Este sistema tiene dos funciones: la fundamentación de la moral y su aplicación a la vida cotidiana. A la primera se le denomina la parte A (fundamentación del principio dialógico) y a la segunda la parte B (ética aplicada). Para efectos de este artículo nos concentraremos en los aportes en este tema efectuados por K. O. Apel.

La búsqueda filosófica de Apel consiste en fundamentar una ética de la responsabilidad solidaria que pueda constituir las bases de una ética trascendental inspirada en tres grandes corrientes: la sintáctica, es decir las relaciones que se pueden establecer entre los signos; la semántica; que se refiere a la relación que guardan los signos con los objetos extralingüísticos; y la pragmática, referida a la relación entre los signos con sus usuarios, los hombres (los mundos de vida). Esta última inspirada en los trabajos de Pierce (Apel, 1985, 1995, 2000).

En este punto, la ética discursiva de Apel busca afirmar la postulación de la “comunidad de comunicación como presupuesto trascendental y ético de todo lenguaje, argumentación o discurso posible. Apel junto a

Kant reconoce el primado sustancial de la normas del mundo de la vida (*lebenswelt*), pero continúa atribuyendo al discurso filosófico el primado en el orden de la fundamentación. A juicio de Apel, sólo una fundamentación filosófica última puede descubrir semejante canon, porque sólo la filosofía, entendida como reflexión trascendental sobre las condiciones de posibilidad de nuestras acciones con sentido, es capaz de descubrir un principio moral normativo sin *petitio principii*". (Apel, 1985. Pág. 235-236).

Dicha racionalidad se funda en la defensa kantiana de la dignidad del hombre (norma de carácter universal), fundamento de los derechos humanos y de la civilización occidental de nuestro tiempo. Desde el comienzo se plantea el cruce de dos tradiciones éticas: la ética weberiana de la responsabilidad política y la solidaridad socialista (...). Apel, en este sentido, se alinea en las filas de esta ética de la responsabilidad, reconociendo como normas moralmente legítimas solo aquellas que se hacen cargo de las consecuencias de su aplicación (Weber, 1994). No existen normas con contenido incondicionalmente válidas, porque la razón práctica debe hacerse responsable de obrar (Apel, 1985).

Fundamentación del principio dialógico. Parte A.

La fundamentación del principio dialógico es dar cuenta de los presupuestos que hacen racional la argumentación, permitiendo afirmar lo correcto de las normas que regulan la acción humana. En este sentido, se reconoce que todos los seres humanos son capaces de comunicarse y por ende son interlocutores válidos –personas–. En con-

secuencia, este diálogo debe darse en condiciones de simetría en cuanto todas las personas afectadas por una situación deben participar en igualdad de condiciones.

Por otra parte, al descubrir si la norma es correcta deben respetarse dos principios: la universalización y aceptación de la validez de la norma por parte de todos los afectados (Apel, 1986, 1998). Tanto Apel como Weber buscan fundamentar una razón responsable por sobre una razón instrumental ya que esta última puede conducirnos a una ética relativista. Por esto la razón práctica a la cual Apel deberá fundamentar racionalmente una ética de la responsabilidad solidaria, ya que requerirá de la rehabilitación de una razón práctica responsable y solidaria, que vaya contra toda instrumentalización y cálculo (Apel, 1985).

La razón práctica, en este contexto, tiene por misión el reto de la universalidad; es decir, responsabilizarse de las normas universales que permitan resguardar el futuro de la especie humana y, por tanto, asegurar su sobrevivencia. Por lo mismo, las normas universales están unidas por las circunstancias históricas del hombre actual. A esta ética de la responsabilidad solidaria le corresponde la validez intersubjetiva de las normas con pretensión de verdad, las cuales pueden y deben estar sometidas a reglas ideales de argumentación, mediadas por interlocutores válidos.

“Al igual que su pretensión ética de la razón, al igual que su pretensión de verdad, pueden y deben ser satisfechas a través de argumentos; o sea, que las reglas ideales de argumentación en una, en principio ilimitada, comunidad de comunicación, de personas que se reconocen recíprocamente como iguales, representan condiciones

normativas de la posibilidad de la decisión entre pretensiones de validez ética, a través de la formación de consenso y que por ello, con respecto a todas las cuestiones éticamente relevante” (Apel, 1985. Pág. 161).

En este sentido, la fundamentación de las normas, tan relevantes para la construcción de las diferentes éticas, requiere de argumentos consensuados de una *comunidad comunicativa real fácticamente*, que permitan resguardar las situaciones de convivencias históricas de los hombres y que nos conduzcan a una responsabilidad histórica.

“Es necesario, en relación a la fundamentación última del principio último de la ética, considerar no solamente la norma básica de la fundamentación consensual de normas, sino al mismo tiempo la norma básica de la responsabilidad histórica, de la preocupación por la preservación de las condiciones naturales de la vida y los logros históricos-culturales de la comunidad comunicativa real fácticamente existente en este momento” (Apel, 1998. Pág. 27).

Asimismo, quien argumenta se hace responsable de las transformaciones reales de la existencia, por estas mismas razones apelianas, el convivir juntos en instituciones justas; debería ser, a la manera de Cortina (2007) y Conill (2006), el establecer una **hermenéutica crítica** donde se relacionen los principios universales en contextos históricos determinados, o bien, donde se genera la búsqueda de una armonía hermenéutica entre el universalismo y el contextualismo.

La ética aplicada (parte B)

Toda la conformación de la ética aplicada está referida a las condiciones de idealidad del discurso: “**modelo pragmáti-**

co trascendental”. Estas condiciones ideales son muy distintas a las condiciones reales donde el diálogo se caracteriza más bien por la coacción, desigualdad, abuso de poder, engaño, y en donde la defensa de intereses de carácter universalizable se transforma en defensa de intereses individuales y grupales.

En este sentido, la ética aplicada de Apel no abandona el carácter de idealidad de la ética discursiva, que supone el *a priori* de todo discurso argumentativo:

“Por el contrario la exigencia apeliana de un fundamento “trascendental” es necesaria porque no soslaya la cuestión central de una debida justificación racional, lo que no lo lleva a desconocer de ningún modo a los discursos morales originados por la eticidad de los mundos de vida, pero insiste en que la plena y total validez de un enunciado ético racional sólo sería posible dentro de una perspectiva reflexiva y crítica que solo puede definir la filosofía, más allá de la reflexibilidad nebulosa de los mundos de vida” (Salas, 2003. Pág. 147).

En este sentido, la situación ideal del discurso y la búsqueda de la aceptación de la norma por todos los afectados puede actuar como una exigencia regulativa o como meta de nuestra acción.

Discusión de la eticidad profesional desde los mundos de vida y la universalidad de la norma

A diferencia de Apel, para Habermas la eticidad no solo implica el reconocimiento formal *a priori* de la comunicación, sino que tiene relación con los ámbitos históricos-culturales de las condiciones del discurso argumentativo. En este sentido, el modelo

pragmático para el autor asume la relevancia del transfondo cultural acercándose a la concepción de mundo de vida; es por esto que lo que se busca es la eticidad y la moralidad, ya que se trata de entender las normas de los actos morales asociados a los contextos culturales de la acción humana. En nuestro caso, la acción profesional en Habermas, desde Husserl y su categoría Mundo de vida (*Lebenswelt*), reanuda el diálogo con la herencia hegeliana desde la básica eticidad presente en los mundos de vida. Este debate da cuenta de una cuestión fundamental para la filosofía de la ilustración y del carácter racional de la vida ética. A partir de Apel es preciso volver al giro semiótico de la discusión kantiana que preveía sobre la trascendentalidad de la ley universal. En este sentido, a partir de Habermas, se vuelve fundamental considerar la discusión de la reconstrucción, vinculada a la eticidad hegeliana, ambas presentes en los transfondos propios de los contextos culturales. Ello es lo que permitiría su vínculo con la reconstrucción de las ciencias sociales.

En este punto constatamos que los mundos de vida: la actitud natural de los sujetos (Schutz, 1993), los procesos de corporeidad, la intersubjetividad, las biografías sociales e históricas de los pueblos, sus relaciones sociales, las relaciones espacio y tiempo, orientan decididamente toda norma que los sujetos puedan darse en una comunidad de hablantes (Aguayo, 2006-2007-2008-2009-2010). Sin embargo, estos discernimientos, y en esto hay que tener especial cuidado, no pueden fundamentarse en un relativismo valórico ni tampoco en el fundamentalismo de las normas.

Esta discusión, hasta la fecha, no ha sido dada de manera exhaustiva por los profe-

sionales, lo que se demuestra en las crisis que viven las instituciones, que requieren de estos lenguajes y preguntas para afrontar de manera coherente los grandes desafíos que hoy viven las comunidades. Retomando la discusión habermasiana, vinculada con la tradición apeliana, pensamos que una ética de las profesiones requiere reencontrarse con su *ethos* profesional; es decir, reconstruir la finalidad para la cual fue creada, por ejemplo, el médico para el cuidado de la salud de la comunidad; los docentes para el aprendizaje integral de sus estudiantes, los trabajadores sociales para el bienestar humano y la calidad de vida de los ciudadanos.

Sin embargo, somos conscientes de que la racionalidad instrumental ha prevalecido en el ejercicio actual de los profesionales, dando cuenta de una racionalidad en que las finalidades profesionales se han convertido en un medio para el éxito profesional; para lograr mayor poder, prestigio y mayor control sobre las personas y los grupos humanos. En este sentido, las profesiones sociales, en general, han estado en un proceso de deslegitimación constante; así, la población y la ciudadanía entera miran con cautela y desconfianza sus acciones de promoción social. Una ética comunicativa, por sus principios y procedimientos nos permitirá pasar desde el diálogo a reforzar las confianzas, como recurso moral. García Marza señala que “la propuesta es recurrir al concepto de recursos morales para definir y analizar las capacidades de que disponemos, como seres libres autónomos, para guiarnos por valores y normas morales, para establecer compromisos y crear así mecanismos informales de coordinación profesional” (2004. Pág. 14).

La ética comunicativa, entendida así, re-

quiere re-considerar los mundos de vida en donde los aspectos objetivos y los inter-subjetivos van a acompañar las decisiones de cada uno de los sujetos que componen la acción profesional. En este sentido, la validez universal de las decisiones requerirá la validez diferenciada o moral. Es decir, la finalidad de las profesiones sociales, en forma especial en el área del trabajo social, deberá correlacionarse con los contextos sociales e históricos en que ellas se inscriben.

Este será un ejercicio lingüístico, en el contexto de una comunidad de hablantes, donde para llegar a los consensos necesarios se pasará por una revisión crítica y reflexiva de la comunidad, con la ciudadanía. La función de las profesiones en este contexto es el diálogo interdisciplinario y transdisciplinario en que éstas puedan potenciar los discernimientos morales que componen la acción humana. Hasta el momento podemos señalar, con Apel y Habermas, que las profesiones han tendido a despojar al mundo de su condición de humanidad, fortaleciendo las relaciones sociales instrumentales y, a nuestro modo de ver, institucionalizando, normativizando y controlando los problemas sociales que viven las poblaciones humanas (Weber, 1994).

Las profesiones sociales, debido a sus finalidades, recogen los intereses universalizables de la comunidad de hablantes, al formular principios éticos que permiten establecer normas de aplicabilidad debidamente fundadas. Por lo mismo, se requiere reconocer el carácter universal al estilo de Apel, como también, asumir inicialmente los rasgos que caracterizan a los discursos morales, provenientes de la facticidad (Habermas) de los propios profesionales en contacto con los mundos de vida de la ciu-

dadanía.

La ética de la convergencia en Maliandi

La ética profesional, busca desarrollar una ética dialógica, tal cual fue presentada anteriormente, cuya finalidad es la dignidad humana y la justicia social. La ética comunicativa señala que las normas moralmente correctas son de carácter universal y atingente a los mundos de vida de la ciudadanía. Sin embargo, para Apel el conflicto se acepta de manera contingente, pero no se admite la inevitabilidad de él, lo cual lo mantiene dentro de una concepción funcionalista (Colombo en Salas 2010).

Para Maliandi los conflictos son la manifestación de los problemas morales; en este sentido, la ética deberá comenzar enfatizando la conflictividad.

“Para que pueda hablarse de moral o ética, tiene que haber algún problema, es decir, una “cuestión” (quaestio), un interrogante que se le aparece a la razón como un desafío y a la vez como una exigencia: que busque una solución, una “salida”. Los problemas morales son el modo como se dejan ver los conflictos que acaecen en aquellas interrelaciones. Si alguien habla de cuestiones éticas o morales, con seguridad se estará refiriendo a algún tipo de relaciones conflictivas. Creo que una ética debería comenzar enfatizando la conflictividad (Maliandi, 2006. Pág.11).

En este punto, una ética de la convergencia acepta que el conflicto es un *a priori*, ubicado en el plano mismo de los principios, “que indica que no sólo hay conflicto entre

normas situacionales diferentes sino también líneas de tensión entre los propios principios” (Maliandi, 2010. Pág. 89).

La ética comunicativa y la ética de la convergencia o de la conflictividad logran constituir un aporte a la ética profesional de los trabajadores sociales, por cuanto la primera señala la importancia del diálogo y la segunda reconoce el conflicto en la estructura del *ethos*; es decir, en el fundamento mismo del principio. Por lo tanto, las condiciones para aplicar un principio y las condiciones de su validez se encuentran íntimamente relacionadas.

Este análisis de los principios y sus condiciones de aplicabilidad y de validez le permiten al trabajo social desarrollar una ética profesional que permita la complementariedad entre los conflictos y sus fundamentaciones morales. En este sentido, ¿cómo podemos dar cuenta de esta complementariedad en las prácticas de intervención cotidianas? ¿Cuáles son los diálogos necesarios entre la ciudadanía y las distintas disciplinas que se ocupan del bienestar humano, en especial en relación al trabajo social? ¿Es posible fortalecer este diálogo en contextos en que las decisiones éticas están impregnadas de intereses y juegos de poder? ¿Cuál es el rol del conflicto en una ética dialógica que busca fortalecer una ética profesional que respete las necesidades y expectativas de la ciudadanía?

Finalmente, nos interesa dar cuenta someramente de la ética del conflicto y/o de la convergencia desarrollada por el filósofo argentino Ricardo Maliandi, que podrá constituir un aporte a la ética comunicativa en Apel y Habermas y, por tanto, a una ética profesional para el trabajo social.

Para este filósofo, la ética aplicada no busca cuestionar los fundamentos de la éti-

ca normativa, en Apel es más, representa la “ratificación práctica de determinados fundamentos de la ética normativa” (Maliandi, 2006). En este punto, cabe señalar que las situaciones que afronta la ética aplicada dan cuenta de los conflictos que vive nuestra sociedad tecno-científica donde la “perplejidad” en que se encuentran los sujetos hace que esta ética aplicada requiera de “pautas extrafilosóficas” para afrontar dichos conflictos; es decir, la ética asume pautas de análisis transdisciplinarias e interdisciplinarias. En definitiva, la ética aplicada en este punto es “posfilosófica”, ya que los conflictos que vive la humanidad son asumidos desde pautas filosóficas transdisciplinarias.

Maliandi, en tanto discípulo de Apel, reafirmará plenamente que la ética del discurso constituye el paradigma de aplicación más adecuado a los problemas que vive la humanidad; sin embargo, la estructura de la ética discursiva sigue siendo la de un principio “monista” y el conflicto solo es admitido como una contingencia es decir “lo que viene a sostener que si un principio (único) no puede cumplirse ahora, el agente que reconoce su validez debe estar dispuesto, no sólo a aplicarlo cada vez que pueda, sino también a esforzarse en la consecución de las condiciones necesarias para ello” (Maliandi, 2007. Pág. 216).

En este sentido, la ética del discurso no logra superar ciertos vestigios funcionalistas para el tratamiento del conflicto moral, ya que el conflicto es siempre contingente y no necesario, es decir en la base de toda pregunta ética siempre hay un problema o una pregunta que resolver, “el paradigma de la convergencia consiste en tomar en cuenta no ya la contingencia, sino también la necesidad de los conflictos” (Maliandi y Thuer, 2008. Pág. 208).

En este sentido, la ética de la convergen-

cia de Maliandi se erige como una ética en que el conflicto es un *a priori* y se presenta tanto en el *ethos* (fundamentación reflexiva pragmática trascendental de Apel) como en la resolución de los intereses prácticos. Por esto Maliandi “procura desarrollar una fundamentación ética pragmática-trascendental en el sentido apeliano, pero ajustándola a una conjunción (o, más precisamente, a una convergencia) con la percepción de lo conflictivo proporcionado por la ética de valores” (Maliandi y Thuer, 2008. Pág. 48).

Si para Apel y Habermas existe un principio universalista de la ética discursiva, para Maliandi no existe uno sino cuatro principios morales, que se encuentran inevitablemente en conflicto.

“Para la ética convergente se reducen a cuatro, ordenados en dos pares; universalidad-individualidad (conflictividad sincrónica) y conservación-realización (conflictividad diacrónica) y están determinados en correspondencia con la bidimensionalidad de la razón ya que la universalidad y la conservación son propias de la fundamentación, mientras que la individualidad y la realización lo son de la dimensión crítica. Esos cuatro principios rigen las decisiones y acciones moralmente cualificables y se fundamentan por vía de la reflexión pragmática trascendental” (Maliandi y Thuer, 2008. Pág. 49-50).

A modo de conclusión

El carácter de las profesiones –según A. Cortina– tiene relación con la promoción de la vida buena, en un contexto institucional “la actividad profesional no es sólo un medio para conseguir una meta que está situada fuera de ella (el ingreso), sino una actividad que tiene el fin en sí misma. Por decirlo con Aristóteles, no es *poiesis*, acción

mediante la cual se obtiene un objeto situado fuera de ella, sino *praxis*, acción que se realiza por sí misma; no es la *praxis atelés*, sin fin interno, sino *praxis teleía*, que contiene en sí misma el fin” (Cortina, 2000. Pág.17-18). Por lo tanto, el fin del trabajo social será, ante todo, el bienestar humano.

Hoy constatamos, como señalamos precedentemente, que el quehacer profesional se impregna cada vez más de una mayor burocratización de los servicios, de falta de diálogo entre actores sociales, de falta de recursos para la gestión de necesidades sociales, de la manipulación del poder, de dificultades identitarias y pertenencia gremial y hasta del olvido de sí mismo en el ejercicio profesional; sin embargo, es claro que tanto por estas razones como por los graves conflictos que viven los grupos humanos, estas profesiones, se insertan en un contexto y, por lo tanto, deben gestionar los graves conflictos morales que viven los sujetos y las comunidades.

La ética discursiva de K. O. Apel y Habermas nos propone considerar a las profesiones como mundos narrativos en los que se requiere una racionalidad dialógica e histórica para alcanzar los consensos necesarios en las situaciones éticas que afectan a la ciudadanía. Sin embargo, a partir de una ética de la convergencia en Maliandi, se reconoce que el conflicto es una dimensión insoslayable tanto en la fundamentación de la norma como en su aplicación.

Por lo mismo, la creación e implementación de políticas sociales no puede restringirse a un razonamiento moral de carácter instrumental, que nace a partir de modelos fundamentalistas o relativistas. Hoy se requiere, tal cual lo señala el filósofo latinoamericano Carlos Cullen, “defender una postura crítica en relación a la pretensión de validez moral, frente a todo tipo de fundamentalismo, sin ceder a la tentación de un escepticismo radical” (Cullen, 2007. Pág. 43).

Bibliografía

- AGUAYO, C. “La profesión y profesionalización: hacia una perspectiva ética de las competencias”, en *Cuadernos de Trabajo Social*. Escuela de Trabajo Social. Santiago: Ed. UTEM, 2004. Pàg. 4-13.
- AGUAYO, C. *Las profesiones modernas: Dilemas del Conocimiento y el Poder*. Santiago: Ed. UTEM, 2006. ISBN 956-7359-47-4.
- AGUAYO; LÓPEZ i QUIROZ. *Ética y Trabajo Social en las voces de sus actores: Un estudio desde la práctica profesional*. Xile: Colegio de Asistentes Sociales, 2007.
- AGUAYO, C. *Las profesiones modernas: Dilemas del Conocimiento y el Poder en trabajo social*. Buenos Aires: Ed Espacio, 2008. ISBN 9789508022554.
- AGUAYO, C. “El Trabajo social y la acción social: entramados epistémicos y éticos de la acción profesional. En *Revista Servicios Sociales y Política social*, nro 94 pp 173-182. Ed. Consejo General de Trabajo Social, Madrid (2011). ISBN 1130-7633
- AGUAYO *et al.* “Bienestar psicológico y psicopatología: estudio de caso de intervención en el equipo técnico y deportista de un club de tenis”, en *Revista de psicología del deporte*. Vol. 22, núm. 2 (2013). Pàg. 1-8. Universitat de les Illes Balears. Universitat Autònoma de Barcelona. (Idex ISI) ISSN 1132-239X.
- AGUAYO C. Franco H., (compiladores) *Trabajo social. Diálogos interdisciplinarios para la reconstrucción social: pensando y actuando en América Latina*. Ed. Universidad Andrés Bello. Santiago 2012. ISBN 978-956-7247-65-3.
- AGUAYO C. *Políticas sociales, desafíos éticos e interculturales para la acción social transdisciplinaria*. Ed. Universidad Tecnológica Metropolitana. Santiago 2010. ISBN 978-956-7359-82-0.
- APEL K. O. *La transformación de la filosofía I*. ISBN 84-306-1253-X. *Análisis del lenguaje, Semiótica y Hermenéutica*; II. ISBN 84-306-1254-8. *El a priori de la comunidad de comunicación* (traducció de A. CORTINA J. CHAMORRO i J. CONILL de *Transformation der philosophie, Subrkamp Verlag*. Frankfurt am Main (1972-1973). Madrid: Taurus, 1985. Dos volums.
- APEL K. O. *Estudios éticos*. Madrid: Alfa, 1986.
- APEL K. O. *Discusión et Responsabilidad*. París: Ed. du Cerf, 1998. ISBN 2-204-05420-8.
- APEL K. O. *La Controverse Expliquer-comprendre. Une approche pragmatique transcendentale*. Ed. du Cerf, 2000.
- APEL K. O. *Teoría de la verdad y teoría del discurso*. Barcelona: Ed. Paidós, 1995 (segunda edición).
- CONILL, J. *Ética Hermenéutica*. Madrid: Trotta, 2006. ISBN 84-309-4491-5.
- CORTINA, A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos, 1993. ISBN 84-309-2369-1.
- CORTINA, A. “El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades”, en *Isegoría*, núm. 13 (1996). Pàg.119-134.
- CORTINA, A. *Hasta un pueblo de Demonios. Ética Pública y Sociedad*. Madrid: Ed. Taurus, 1998. ISBN 84-306-0298-4.
- CORTINA, A. *10 palabras clave en la ética de las profesiones*. Navarra: Ed. Verbo Divino, 2000. ISBN 848169-359-6.
- CORTINA, A. *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ed Nobel, 2007. 84-8160-359-6.
- CULLEN, C. *Resistir con inteligencia. Reflexiones éticas sobre educación*. Ed. Pueblo Nuevo, México 2007. ISBN 978-968-7097.
- GRACIA, D. *Procedimiento de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
- HABERMAS, J. *Teoría de la Acción comunicativa*, (trad. castellana de M. Jiménez Redondo: *Theorie des kommunikativen Handelns*). Madrid: Ed. Taurus, 1987. ISBN 968-19-1180-6.
- KANT, I. *Crítica de la razón pura*. Mèxic: Ed. Porrúa, 1987. ISBN 978-968-19-1180-5.
- KANT, I. *La metafísica de las Costumbres*. Madrid: Ed. Tecnos, 1989. ISBN-84-309-1686-5.
- KANT, I. *Crítica de la razón práctica. Por la paz perpétua*. Mèxic: Ed. Porrúa, 1991. ISBN-84-309-1686-5.
- KANT, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Mèxic: Ed. Porrúa, 1995.
- LADRIÈRE, J. *La ética en el universo de la racionalidad*. Tucuman: UNSTA, 2006 (título original *L'étique dans l'univers de la rationalité*, 1997).
- LADRIÈRE, J. *El reto de la racionalidad. La ciencia y la tecnología frente a las Culturas*. UNESCO: Ed. Sígueme, 1978.
- MALIANDI, R. *La ética cuestionada*. Buenos Aires: Almagesto, 1998.
- MALIANDI, R. i THUER, O. *Teoría y Praxis de los principios bioéticos*. Ed. de la UNLa, 2008. Colección Humanidades y artes serie Investigaciones éticas.

Bibliografía

- MALIANDI, R. *Principio de equidad discursiva*, en K. BRINKMANN (Ed.). *Ethics: The Proceeding of the twentieth world congress of philosophy*, vol.1. Boston: philosophy Documentation Center, Bowling Green State University, 1999. Pàg. 83-93.
- MALIANDI, R. *La racionalidad bidimensional y la ética convergente*, en FERNÁNDEZ, G. (comp.). 2000. Pàg. 63-82.
- MALIANDI, R. *¿Es peligroso argumentar?* Estudios sobre política y argumentación, en colaboración con Alberto Damián. Mar del Plata: Suárez, 2002.
- MALIANDI, R. "Ética aplicada como lugar del diálogo entre ciencia y filosofía", en *Diálogo Filosófico*, núm. 545 (gener-abril). España, 2003. Pàg. 71-97.
- MALIANDI, R. *Ética. Conceptos y problemas*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2006.
- MALIANDI, R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2006.
- MALIANDI, R. *Ética*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2007.
- MALIANDI, R. i THUER, O. *Teoría y Praxis de los principios Bioéticos*. Buenos Aires: Ed de la UNLa, 2008.
- SCHUTZ, A. *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Ed. Paidós, 1993.
- SCHUTZ, A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1995.
- SCHUTZ, A. i LUCKMANN, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2001.
- SALAS, R. *Ética Intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos. (Re)Lecturas del pensamiento latinoamericano*. Santiago: Edit. Universidad católica Silva Henríquez, 2003.
- WEBER, M. *El Político y el Científico* (trad. castellana de F. Rubio de l'original alemán *Politik als Beruf, Wissenschaft als Beruf*). Madrid: Alianza Editorial, 1967.
- WEBER, M. *La Ética protestante y el espíritu del capitalismo* (trad. castellana de J. Chávez Martínez. *Gesammelte Aufsätze Zur Religionssoziologie*). Mèxic: Ed. Coyoacán, 1994.
- WEBER, M. *Economía y Sociedad*. Mèxic: FCE, 1971.

Miradas, posicionamientos y conductas éticas del trabajo social: algunas consideraciones a partir de la experiencia

Mercè Ginesta i Rey¹

Resumen

Este artículo se centra en los problemas éticos que debe abordar el trabajo social, especialmente aquellos relacionados con la autonomía y la autodeterminación de la persona. Se parte del supuesto que el principio de la autodeterminación es central en la intervención social, y siempre se puede identificar en el fondo de otros conflictos éticos, como los que tienen que ver con la confidencialidad o el conflicto de valores. Se aportan elementos que pueden influir tanto en la identificación de estas cuestiones como en su abordaje, y también en su propia construcción: el diagnóstico, las relaciones entre profesionales, las razones emotivas, la ética de la compasión y las metodologías deliberativas.

Palabras clave: Autodeterminación, consentimiento, diagnóstico, compasión, deliberación.

Para citar el artículo: GINESTA I REY, Mercè. Miradas, posicionamientos y conductas éticas del trabajo social: algunas consideraciones a partir de la experiencia. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 78-87. ISSN 0212-7210.

Abstract

This article focuses on ethical problems that Social Work has to approach, specially those related with people's autonomy and self determination. It is written from the assumption that self determination principle is basic in social intervention and it is always identifiable in other ethical conflicts' roots such as those related to confidentiality or values' conflict. Elements that may influence both in identifying and approaching these questions and also in its construction are provided: diagnose, relations among professionals, emotive reasons, compassion' ethics and deliberative methodologies.

Key words: Self determination, consent, diagnoses, compassion, deliberation.

¹ Trabajadora social. Licenciada en Sociología y Antropología. Máster de Ética aplicada a la intervención social, psicoeducativa y sociosanitaria. Coordinadora Bienestar Social del Ayuntamiento de Pineda de Mar. mginesta@gmail.com

Introducción

La práctica del trabajo social se sustenta en diferentes pilares: por un lado el conocimiento científico y técnico, tanto de las ciencias humanas y sociales como del comportamiento, de la salud y de la propia intervención social, y por otro, las leyes y normativas que definen derechos sociales, servicios y prestaciones. Finalmente, los códigos deontológicos y los saberes éticos, que contribuyen a orientar la práctica profesional en aquellas situaciones complejas e inciertas en las que ni la ciencia, ni la técnica, ni la norma nos proporcionan una respuesta suficiente ni única, sino que nos plantean alternativas que incluso pueden llegar a ser contradictorias.

El trabajo social cuenta con los códigos deontológicos que establecen los valores, las normas y prohibiciones que deben guiar la práctica profesional, que a menudo se encuentra con dudas, interrogantes y dilemas que requieren de un análisis previo a la toma de decisiones. Aquí contamos con el Código de Ética de los Asistentes Sociales, editado por el Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2000).

Los trabajadores sociales muestran adhesión a los mandantes de su código deontológico. El comportamiento ético se supone en los trabajadores sociales, forma parte de su esencia profesional. Hablar en términos de ética genera interés y adhesión, porque se asocia a actuar de manera correcta.

■ **Hablar en términos de ética genera interés y adhesión, porque se asocia a actuar de manera correcta.**

Ahora bien, si todos los trabajadores sociales comparten un bagaje teórico-técnico, se deben a unos mandatos legales y comparten un mismo código deontológico, ¿qué otros elementos influyen en la práctica profesional que conducen a planteamientos y actuaciones divergentes e, incluso, contrapuestos?

Algunas cuestiones éticas vertebrales: autonomía y autodeterminación

En su práctica el trabajador social se encuentra a menudo con situaciones que le plantean cuestiones éticas, relacionadas con la equidad y la justicia social, la autonomía y autodeterminación, la confidencialidad y secreto profesional, los conflictos de valores, las relaciones con los colegas o con las propias instituciones.

En este artículo nos centraremos especialmente en la dimensión de la autonomía y la autodeterminación, entendida como aquella dimensión vertebral de la ética, ya que se puede identificar en buena parte de los problemas con que se encuentra el trabajo social.

Consentimiento o resistencia

En el trabajo social los valores de autonomía y ayuda tienen una gran relevancia, y a menudo se contraponen y colisionan. En esta tensión, un primer elemento que influye es si hay o no demanda de la persona afectada, especialmente en sus expresiones extremas: la exigencia de una determinada intervención por un lado, o el rechazo de cualquier ayuda, por el otro. Esto condicionará un elemento clave: el consentimiento y la aceptación de la propuesta de intervención profesional.

Cuando el usuario hace una demanda clara de intervención, y, por tanto, implícitamente da su consentimiento, los conflictos se pueden producir cuando esta demanda no se corresponde con las competencias del servicio o con la prescripción del profesional, o bien cuando, a pesar de poder responder a la demanda, el profesional valora que esto puede ir en detrimento de la autonomía de la persona afectada.

En otras ocasiones, sin embargo, el afectado no hace ninguna demanda, y ésta llega a instancias de familiares, otros profesionales, voluntarios o vecinos. ¿Intervenir o no intervenir? ¿Es esta la cuestión? ¿O sería más pertinente preguntarnos hasta dónde intervenir y cómo hacerlo?

En estos casos conviene indagar, en primer lugar, por qué el afectado no hace la demanda, y qué opina de la propuesta de intervención. Nos podemos encontrar con personas que no tienen la capacidad de dar su consentimiento a la intervención, pero podemos suponer que lo daría si sus circunstancias fuesen diferentes. Podría ser el caso de los niños, de personas afectadas de discapacidad intelectual profunda, o de enfermedades mentales severas o en situación de crisis, de enfermedades cognitivas en estado avanzado, etc. En otras ocasiones nos encontraremos que el sujeto rechaza claramente nuestra propuesta de intervención, a pesar de no tener dificultades cognitivas ni comunicativas.

Un caso bastante habitual es el de las personas de edad avanzada, con importantes dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que viven solas y no cuentan con apoyo familiar ni social suficiente, y que rechazan la propuesta de ayuda del profesional, por ejemplo el servicio

de ayuda a domicilio, o el ingreso en un centro residencial. El profesional se puede plantear diferentes alternativas, las cuales todas generan dudas a nivel ético. De nuevo la pregunta: ¿hasta dónde intervenir? Efectuar una intervención sin consentimiento, con el riesgo de minusvalorar la capacidad de decisión, la autonomía del afectado y de adoptar posturas paternalistas o autoritarias, o bien inhibirse de intervenir, con el riesgo de desamparo de la usuario y de no evitar males mayores.

Según autores como Venegas, Gutiérrez y Atienza, la intervención sin consentimiento se debería poder justificar a partir de la comprobación de la concurrencia de diferentes condiciones, concretamente: a) la incapacidad contrastada de la persona para dar su consentimiento; b) la situación de vulnerabilidad objetivable en que se encuentra la persona, c) que la medida a aplicar esté realmente encaminada hacia la consecución de su bien objetivo, y d) la presunción racional de que el afectado daría su consentimiento si no se encontrara en la situación de incapacidad indicada. (Atienza, 1989: 82-83)

Así pues, en el caso expuesto la intervención sin consentimiento quedaría justificada si: a) se confirmara que el afectado sufre un deterioro cognitivo que no le permite tomar conciencia de los propios riesgos y, por tanto, dar consentimiento a una intervención que no ve necesaria; b) se objetivara la situación de necesidad; c) se concretaran los beneficios de recibir una atención domiciliaria o un ingreso residencial y los riesgos de no intervenir; y d) se constatará que en una situación de plena capacidad cognitiva la persona aceptaría la propuesta del profesional.

Paralelamente, la decisión de no intervenir en determinada situación, en nombre del respeto a la libertad y a la autonomía de la

persona, también debería estar razonada y argumentada, a partir de la constatación de la presencia de condiciones opuestas.

El diagnóstico, garantía para la autodeterminación

Respetar la libertad y el derecho a la autodeterminación de las personas que atendemos requiere partir de un buen análisis de la situación, que incluya la opinión y la visión de las personas afectadas, evitando caer en el riesgo de avanzar prescripciones sin haber podido profundizar en este diagnóstico.

Implica, pues, el paso previo de comprender las decisiones que éstas han tomado, sin juzgarlas. No obstante, en ocasiones no se dan las circunstancias para que esto pueda ocurrir.

■ Respetar la libertad y el derecho a la autodeterminación de las personas que atendemos requiere partir de un buen análisis de la situación, que incluya la opinión y la visión de las personas afectadas.

Encontramos varios ejemplos en la atención de familias afectadas por la actual crisis económica. Se dirigen a los servicios sociales en espera de poder recibir ayudas que les permitan cubrir sus necesidades materiales, que, vale decir, cada vez encuentran con menos frecuencia, como consecuencia de los recortes. Su contrariedad y decepción la vierten sobre el profesional en forma de queja, exigencia, incluso amenaza. Y éste, desbordado por la avalancha de demandas y la falta de respuesta de los sistemas de bienes-

tar, y frustrado y agotado por tener que decir “no” una vez tras otra, puede acabar formulando juicios reactivos del tipo: “¿Cómo puede ser que si no tienen trabajo tengan otra criatura?”, “¿Cómo se aventuró a montar un negocio si se veía claro que no le iría bien y sería una ruina?”. Y, concretamente en el caso de los extranjeros “¿Por qué no quieren volver a su país de origen, si aquí no tienen trabajo, ni ingresos, ni casa?”

En la atención a otros colectivos, como los niños, las personas mayores o las personas con discapacidades intelectuales, no es extraño que el diagnóstico y la propuesta de intervención se hagan sin tener en cuenta a la persona afectada.

En la protección a la infancia, pocas veces la intervención se inicia a petición del niño o adolescente, y éste, a pesar de ser el protagonista, puede acabar teniendo un papel secundario y pasivo en todo el proceso de intervención. Su capacidad de decisión debe basarse en el derecho a la información y al consentimiento, en las diferentes etapas de este proceso, también a la hora de efectuar el diagnóstico de su situación personal o familiar. Habitualmente este diagnóstico se formula a partir de la observación de los profesionales y de la exploración a través de entrevistas con los adultos, sin contar con la aportación de información por parte del menor sobre su propia situación y cómo lo está viviendo. Así pues, el derecho a la información deberíamos entenderlo no sólo en un sentido pasivo (el derecho a recibir la información), sino también en un sentido activo (el derecho a darla). Las dificultades radican en cómo efectuar esta exploración si nos encontramos con unos padres que rechazan la intervención de los profesionales y ni siquiera es factible, en ocasiones, pedirles el permiso oportuno.

En la fase de intervención, sería deseable, antes de aplicar cualquier medida, explicar al menor, en un lenguaje adaptado a la edad y circunstancias, cuál es su situación, qué se propone para protegerlo y por qué motivos, aunque tengamos dudas de que lo pueda comprender, así como recoger su opinión sobre esta intervención, en su caso.

Casos especialmente controvertidos son los de mujeres con discapacidades intelectuales en edad fértil, que desean tener un hijo y quedan embarazadas, y además se observan indicadores de riesgo social que pueden afectar el desarrollo del niño, incluso antes de nacer. A menudo los profesionales ponen sus esfuerzos en la prevención del embarazo, a veces proponiendo métodos que pueden ser efectivos para evitar un embarazo pero ineficaces en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Cuando se confirma un embarazo, se suele plantear su interrupción como una posibilidad. Nos encontramos, pues, ante interrogantes que, dadas las limitaciones de tiempo, no se pueden procesar adecuadamente: ¿es preferible un aborto que el nacimiento de un niño desprotegido? Cuando planteamos un método anticonceptivo, ¿qué debe pasar por delante, la prevención de un embarazo o la prevención de una enfermedad de transmisión sexual por la madre, que puede poner en riesgo su propia vida?

Beauchamp y Childress consideran que el respeto a la autonomía implica asumir el derecho de las personas a tener opiniones propias, a elegir acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Debe ser un respeto activo, no sólo una actitud. Implica no sólo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones

necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto. (Beauchamp y Childress, 2002: 14-15)

Autodeterminación y confidencialidad

Es frecuente que en situaciones éticamente controvertidas relacionadas con la autonomía y el derecho a decidir de la persona, también se presenten cuestiones relativas a la obligación de garantizar la confidencialidad y el secreto profesional. Encontramos ejemplos en situaciones de malos tratos de personas vulnerables. Podría ser el caso de una persona mayor que es abusada económicamente por un familiar directo, pero que no lo quiere denunciar. Sin embargo, pide ayuda económica al trabajador social porque no puede cubrir necesidades básicas como la alimentación, los suministros o la medicación. Si no permitiera el abuso económico, podría satisfacer sus necesidades de manera autónoma. Cuando se le plantea la posibilidad de denunciarlo en primera persona se niega, y muestra el rechazo hacia una denuncia de oficio del profesional. Los profesionales se encuentran ante el dilema de presentar esta denuncia o bien permitir que el abuso continúe, para respetar tanto el derecho a la autodeterminación como la intimidad de la persona afectada.

En una situación similar nos encontramos en el caso de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja que no quieren interponer ninguna denuncia. El trabajador social se encuentra con la disyuntiva de tener que cumplir con el deber de de-

nunciar de oficio, como establece la normativa, o de respetar la voluntad de la mujer, como establece su código deontológico.

Abordajes de los problemas éticos: ¿aplicar o esquivar la norma?

En buena parte de las situaciones que nos generan problemas éticos podemos recurrir a la aplicación de una norma legal. La opción de ceñirse a seguir las indicaciones de la norma no es infrecuente, y se suele plantear como forma de “cubrirnos las espaldas”, de reducir los riesgos para el profesional, a pesar de que la respuesta tenga un carácter rígido y no sea lo suficientemente satisfactoria para la persona atendida, ni tampoco para el profesional.

Por ejemplo, ante las disyuntivas sobre cómo garantizar el derecho a la confidencialidad en algunas situaciones como las de malos tratos que hemos descrito en el apartado anterior, los profesionales sociales se han amparado en las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Sin embargo, esta tendencia ha causado un efecto limitador y simplificador, ya que, más allá de aplicar medidas y procedimientos que han complementado y vestido desde una vertiente más formal y externa las nociones de confidencialidad y secreto profesional, esta orientación tan normativa nos puede haber desviado en más de una ocasión del abordaje de cuestiones éticas más profundas, que la Ley no puede resolver.

En ningún tema una norma legal puede prever las prescripciones para toda la casuística, no puede alcanzar la exhaustividad que permita dar las indicaciones a seguir ante la multiplicidad de situaciones que nos en-

contraremos en la práctica profesional. Tanto es así que, en otras situaciones, como en los casos de violencia de género, el trabajador social puede estimar que cumplir con la obligación legal de denunciar puede provocar más daño que bien, en el sentido de que si la afectada no está preparada para iniciar el proceso de separación de su agresor una denuncia la puede poner aún en una situación de mayor peligro y vulnerabilidad. Precisamente por ello, en algunas situaciones la respuesta ética consiste precisamente en esquivar la norma. Como dice Mèlich, “no somos éticos porque cumplimos con nuestros deberes, sino todo lo contrario, porque no podemos cumplirlos. Toda respuesta ética constituye, de una manera u otra, una transgresión a la moral”. (Mèlich, 2010: 48)

Pluralidad de morales *versus* moral colectiva

Hasta aquí hemos hecho un planteamiento en el que hemos partido del supuesto teórico de un profesional neutro ante una situación éticamente controvertida, como si el problema ético se situara exclusivamente en el caso, y el profesional se mantuviera a distancia. La imbricación del profesional se hace más evidente cuando, más allá de la complejidad de la propia situación susceptible de intervención social, nos encontramos con dificultades o discrepancias entre los diferentes profesionales, sean de un mismo equipo o de servicios diferentes.

Efectivamente, a menudo la aproximación que hacemos a estas situaciones responde a una moralidad más personal que colectiva. Nos encontramos con trabajadores sociales con miradas éticas diferentes ante las personas, los grupos, las comunida-

des, las necesidades, las problemáticas sociales y, sobre todo, las intervenciones a llevar a cabo, que pueden responder a diferentes grados de compromiso profesional.

Así pues, el conflicto ético, más allá de originarse en la propia situación en la que nos planteamos de intervenir, se puede generar cuando profesionales con diferentes moralejas deben intervenir conjuntamente. Si sus valores personales se contraponen, su mirada, sus actitudes y sus respuestas pueden ser diversas y contradictorias. Podría darse el caso que diferentes profesionales que intervienen en una misma situación no consigan consensuar un diagnóstico ni, aún menos, la intervención a efectuar. En ocasiones podemos encontrarnos con competiciones entre profesionales para descubrir la “verdad” del caso que se atiende, para atribuirse el mérito de una confianza o de la confirmación de una hipótesis. Sin embargo, sería más idóneo partir de la idea de que la verdad es una construcción cooperativa, y no un descubrimiento categórico. Por tanto, nos podremos aproximar más y mejor en la medida que haya más cooperación y más participación, y se parta de la conciencia de los límites y de la parcialidad de las visiones individuales, en las que influyen las creencias, emociones y valores de cada cual.

Razones emotivas

Estas discrepancias a menudo se manifiestan en forma de desavenencias en un ámbito más personal y emocional, y se constata que abordarlas exclusivamente desde un paradigma racional no es suficiente. Sin embargo, constituyen una oportunidad para visibilizar y tomar conciencia de aquellos elementos más internos y emocionales del

profesional, que a la vez que pueden ser un obstáculo, también son un recurso para establecer vínculos y facilitar intervenciones. Adela Cortina hace referencia a la necesidad de la razón emotiva en la deliberación de problemas de ética aplicada. Así pues, junto al conocimiento científico y técnico, la intervención social debe incorporar la perspectiva emocional y subjetiva del profesional, más que buscar una distancia emocional que también nos aleja de la comprensión y el buen hacer. Como no nos podemos desprender de estas razones emotivas, debemos ponerlas sobre la mesa y tenerlas en cuenta, sin confundirlas o hacerlas pasar por nuestras razones. (Cortina, 2007: 87)

Las dinámicas dentro de los equipos de trabajo deberían favorecer que se pueda hablar de la influencia de los valores personales, de las creencias y de las emociones ante las situaciones a atender, pero desafortunadamente no es un planteamiento fácil ni habitual, y requiere de mucha madurez personal y colectiva.

Conviene, pues, que los equipos de profesionales cuenten con espacios, tanto formales como informales, que faciliten el intercambio de ideas, opiniones, emociones y experiencias —profesionales y vitales—. Estos espacios deben propiciar el (re)conocimiento y la confianza mutuos, que en la práctica profesional serán claves para facilitar la identificación de emociones que pueden interferir (o todo lo contrario).

Ética de la compasión

Los problemas éticos se pueden vivir como un reto profesional, pero también pueden generar un malestar y una insatisfacción que llevados al extremo pueden con-

ducir a malas praxis en el área de la ética de la compasión.

La ética de la compasión constituye una dimensión transversal en la intervención social, y hace referencia a la acogida, a la hospitalidad, al cuidado, a una manera de hacer, de escuchar, de comprender, de informar, de orientar. Se trata de una esfera que no se puede obviar en ninguna circunstancia, más allá de que se puedan ofrecer o no soluciones o respuestas concretas para resolver problemas específicos.

En el ámbito de los servicios sociales a menudo no se puede ofrecer la respuesta o la solución que espera el ciudadano que se dirige a ellos, pero eso no implica que no deban invertir todos los esfuerzos posibles para explicar adecuadamente las posibilidades y las limitaciones de los profesionales. En ocasiones, el ciudadano está insatisfecho, no tanto porque no se le ha ofrecido la solución que esperaba como porque no tiene claro si se le ha acabado de entender, y, por tanto, si se le hubiera dado una mejor respuesta si se le hubiera comprendido mejor.

A menudo la falta de tiempo se esgrime como causa que justifica la imposibilidad de ofrecer un espacio de escucha, de establecer vínculos con el usuario y procesos de acompañamiento. En este sentido, podemos observar cómo la frustración que siente el profesional por no poder atender las exigencias de las personas atendidas, de sus responsables, o las propias autoexigencias que hacen que él mismo sitúe el listón de su intervención más arriba de lo que puede lograr, lo conducen a prácticas poco acogedoras.

Las características de la población atendida (vulnerable, carente de recursos personales, con poca formación, cautiva...) pueden propiciar que las conductas poco diligentes,

insuficientemente hospitalarias o poco comprometidas se mantengan por una sensación de invulnerabilidad del profesional.

Tiempo y método para la reflexión

La gestión de las cuestiones éticas por parte de los trabajadores sociales requiere poder reflexionar con tiempo y método, ingredientes que a menudo escasean. Por un lado, las propias situaciones que hay que atender pueden necesitar una respuesta urgente. Otras veces es el profesional el que siente la necesidad de encontrar esta respuesta rápida para reducir la angustia que supone su responsabilidad hacia el caso.

■ La gestión de las cuestiones éticas por parte de los trabajadores sociales requiere poder reflexionar con tiempo y método, ingredientes que a menudo escasean.

Zamanillo señala que a menudo la urgencia de las problemáticas sociales impone un ritmo que no permite incorporar la reflexión. Pero, a la larga, la intervención sin reflexión puede conducir a situaciones más problemáticas, tal vez más perversas, a la pérdida de una dirección en concordancia con los fines de la profesión. (Zamanillo, 2011: 19-29)

Ante los problemas éticos que nos encontramos en el ejercicio del trabajo social debemos poder hacer un análisis en profundidad antes de dar prescripciones y tomar decisiones, que, además, cuando son especialmente complejas y delicadas, convendría que fueran colegiadas, es decir, consensuadas entre los diferentes miembros de un equipo.

Sin embargo, este análisis no nos garantizará que las decisiones tomadas sean infalibles y plenamente satisfactorias. Siempre nos quedará la duda de qué curso habrían tomado los acontecimientos si nos hubiéramos decidido por cualquiera de las otras alternativas que hemos dejado de lado. En cambio, añade el valor de desplegar unos argumentos que precisamente darán seguridad y fortaleza al profesional, suponiendo un antídoto para su inseguridad ante las incertidumbres, y ante los inevitables efectos indeseados de la intervención social.

Ahora bien, en general, los profesionales tienen poca formación en ética, y están poco acostumbrados a reflexionar críticamente sobre la propia práctica de manera sistemática, y a construir conocimiento a partir de esta reflexión. Así pues, en el ámbito social aún no se han extendido los espacios de reflexión ética o los comités de ética, en el que a partir de metodologías deliberativas se pueden abordar los problemas éticos de for-

ma interdisciplinaria. Ni las instituciones lo favorecen, ni los profesionales han tomado la iniciativa de proponer la constitución.

En cuanto a la formación de los profesionales, convendría plantearse desde el paradigma de la ética de la complejidad, que, como expone Juan Canimas, parte de tener en consideración las grandes teorías éticas: las deliberativas, las deontológicas, las consecuencialistas y las de la hospitalidad. En la práctica profesional, ninguna de ellas por sí sola puede dar respuestas adecuadas a los problemas éticos, por lo que en la deliberación conviene tenerlas todas presentes. La formación, la reflexión sobre la práctica profesional y la deliberación sobre problemas éticos deben facilitar incorporar una actitud ética de manera continuada. Más allá de ser un recurso puntual para determinadas situaciones complicadas, la actitud ética debe constituir la musculatura del trabajo social, aportando, al mismo tiempo, fortaleza y elasticidad.

Bibliografia

- ATIENZA, M. “Paternalismo y consenso”, en MUGUERZA, J. et al. *El fundamento de los derechos humanos*. Madrid: Debate, 1989. ISBN 84-7444-337-7.
- BARBERO, J. M. “Posiciones sociales y paradojas en Trabajo social”, en *Pedagogia i Treball Social: Revista de Ciències Socials Aplicades*. Girona: Universitat de Girona, 2011. ISSN 2013-9063.
- BEAUCHAMP, T. L. i CHIL-DRESS, J. F. *Principios de ética biomédica*, Barcelona: Masson, 2002.
- CANIMAS, J. i PEREDA, J. *Práctica l'ètica dels serveis socials: curs d'introducció a l'ètica aplicada a la intervenció social i psicoeducativa*. Girona: Documenta Universitària, 2010.
- CANIMAS, J. i SOLÉ, E. (coordinadors). *Els reptes ètics de la intervenció social: I Simposi d'ètica aplicada a la intervenció social*. Girona: Fundació Campus Arnau d'Escala, 2010. ISBN 978-84-614-1103-0.
- Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. *Codi d'Ètica dels Assistents Socials*. Barcelona, 2000.
- CORTINA, A. *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía para el Siglo XXI*. Oviedo: Novel, 2007. ISBN 978-84-8459-179-5.
- MÈLICH, J. C. *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder, 2010. ISBN 978-84-254-2659-9.
- ÚRIZ, M. J. “Models de resolució de dilemes ètics en treball social”, en *RTS*, núm. 175 (setembre 2004). Pàg. 6-27. ISSN 0212-7210.
- ÚRIZ, M. J.; BALLESTERO, A. i URIEN, B. *Dilemas ètics en la intervenció social: una perspectiva professional desde el trabajo social*. Saragossa: Mira, 2007.
- ZAMANILLO, T. (Dir.). *Ética, teoría y técnica. La responsabilidad política del trabajo social*. Madrid: Talasa, 2011. ISBN 978-84-8465-218-2.

Análisis y resolución de un dilema moral. Confidencialidad *versus* integridad física

Ariadna Munté¹, Irene De Vicente² y Rosa M^a Alegre³

Resumen

Sin duda no hay respuestas fáciles a los dilemas éticos; sin embargo, el saber acumulado de la experiencia, así como la apuesta constante para dotar a nuestra disciplina de un cuerpo metodológico y ético consistente, nos ha proporcionado herramientas teóricas que ayudan a resolver este tipo de dilemas. A través del análisis y resolución de un dilema ético en el que entran en juego la confidencialidad y la integridad física, damos a conocer algunas de estas herramientas que pueden ser de utilidad en el ejercicio profesional.

Palabras clave: Trabajo social, ética, justicia social, derechos humanos, dilema ético.

Para citar el artículo: VVAA. Análisis y resolución de un dilema moral. Confidencialidad *versus* integridad física. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, págs. 88-98. ISSN 0212-7210.

Abstract

Certainly, there are no easy answers to ethical dilemmas, however, the accumulated knowledge provided by experience and the constant commitment to achieve a consistent methodological and ethical body for our discipline, provided us with theoretical tools that help solve this kind of dilemmas. Through the analysis and resolution of an ethical dilemma in which confidentiality and physical integrity are also involved, we present some of these tools that may be useful in professional practice.

Key words: Social Work, Ethics, Social justice, Human rights, Ethical dilemma.

¹ Trabajadora social y socióloga. Doctora por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesora del Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Barcelona. Miembro investigador del GRITS (Grup de Recerca i Innovació en Treball Social). amunte@ub.edu.

² Trabajadora social y psicopedagoga. Doctora por la Universitat de Barcelona. Profesora del Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Barcelona. Miembro investigador de GRITS. ide_vicente@ub.edu.

³ Trabajadora social y antropóloga. Profesora del Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Barcelona. Miembro investigador del GRITS. ralegre@ub.edu.

Introducción

Por todos/-as es sabido que no hay respuestas fáciles ante los dilemas éticos que se dan en el ejercicio del trabajo social (TS), por ello se han ido desarrollando códigos deontológicos que, en constante revisión, pretenden guiar la actuación profesional y ayudar en la resolución de éstos.

■ No hay respuestas fáciles ante los dilemas éticos.

El presente artículo plantea una situación dilemática inspirada en un caso real. Nuestro objetivo es compartir con los lectores y lectoras el análisis y la reflexión a través de diferentes herramientas teóricas, las cuales pueden ser usadas en la resolución de otras tantas situaciones, que colocan al/a la profesional en una posición de conflicto de valores éticos y/o morales.

Como refiere Sara Banks “los dilemas éticos se producen cuando el/a trabajador/a social (ts) afronta una elección, entre dos alternativas igualmente inadecuadas, que pueden implicar un conflicto de principios morales y no está claro qué elección será la correcta” (1997: 26). Siguiendo el pensamiento de la misma autora, es útil diferenciar entre *cuestiones éticas* (que impregnan la labor del TS), de los *problemas éticos* (que surgen cuando el/la ts ve que la situación implica una decisión moral difícil), de los *dilemas éticos* anteriormente comentados.

Sea como fuere, son inherentes a la práctica del TS y eso provoca que en la cotidianidad, los/las ts inevitablemente tengan que reflexionar y deliberar sobre las consecuencias de su actuación, valorar y so-

■ En la cotidianidad, los/las ts inevitablemente tengan que reflexionar y deliberar sobre las consecuencias de su actuación, valorar y sopesar qué acción sería la menos perjudicial, la más beneficiosa para un/-a usuario/-a particular, y qué acción podría beneficiar a la mayor cantidad de personas.

pesar qué acción sería la menos perjudicial, la más beneficiosa para un/-a usuario/-a particular, y qué acción podría beneficiar a la mayor cantidad de personas. Este tipo de posicionamiento y manera de proceder, se ha definido por la teoría ética como *utilitarismo*, que, según palabras de Sara Banks, “la idea básica del utilitarismo es muy simple: la acción correcta es aquella que produce un mayor peso del bien sobre el mal (el principio de utilidad)” (1997: 45). Dicha orientación deja de ser simple cuando analizamos las múltiples variables que entran en juego en nuestro campo profesional:

- Los/las ts y los/las usuarios/-as.
- Los contextos institucionales en los que se da la práctica profesional.
- La sociedad indirectamente o potencialmente receptora del TS.
- El contexto social a más gran escala.
- El momento socio-histórico en el que se está.

El TS conlleva intrínsecamente la idea de hacer el bien, pero ¿cómo definimos y medimos el bien y el mal? ¿Y a qué bienes o prejuicios nos estamos refiriendo cuando aplicamos el principio utilitarista?.

■ El TS conlleva intrínsecamente la idea de hacer el bien, pero ¿cómo definimos y medimos el bien y el mal? ¿Y a qué bienes o prejuicios nos estamos refiriendo cuando aplicamos el principio utilitarista?

Dejando de lado las escalas de valores individuales y, la moral propia de cada profesional y/o usuario/a que interviene en la relación establecida entre ambos, Damian Salcedo (2010) destaca que el bien en TS se define a través del deber que los y las ts tenemos para con los individuos que nos solicitan atención de forma directa, así como los deberes para con la sociedad.

Del TS se espera que actúe según los fines y las maneras de proceder establecidas por las instituciones donde se desarrolla la intervención social, así como acatando las leyes socialmente consensuadas, o bien cuestionándolas cuando amplios sectores sociales lo reclaman. Tanto las instituciones como las leyes representan bienes para el conjunto de la sociedad y están legitimadas por ésta, por lo que hacer el bien para un ts significa no actuar en contra de éstas. Al mismo tiempo, del/la ts se espera que haga el bien para las personas a título individual, es decir que actúe para que los individuos puedan desarrollar la vida plenamente de acuerdo con su ideal de buena vida.

La complejidad reside en el hecho de que, a veces, el deber para con el individuo se contradice al deber para con la institución, esto es, para con el bien público. Muchos de los dilemas éticos que se plantean en nuestra profesión tienen que ver con este tipo de conflicto. Vemos, pues, cómo el principio utilitarista nos da una pista, pero debemos ir

más allá. Existen otras herramientas teóricas que resultan adecuadas para pensar en la bondad de nuestra práctica profesional: las teorías de la *justicia social*. Destacables autores como Amartya Sen, Philippe Van Parijs o Nancy Fraser nos aportan interesantes matices acerca de la justicia social que sin duda nos sirven para tomar posturas en situaciones dilermicas. No obstante, elegimos la idea de “velo de la ignorancia” y de “posición original” de John Rawls (1971) por su sencillez y aplicabilidad, y por ser la cuna de la mayoría de las teorías sobre justicia social que le han sucedido. Rawls parte de la idea de justicia como una situación en la que hombres y mujeres llegan a pactos sobre las formas de hacer y de estar a través de acuerdos tomados libre y equitativamente. Así, una sociedad justa es aquella que trata a todos los individuos de forma igualitaria (igualdad de derecho, igualdad de distribución de riquezas), y asegurando la libertad total de toma de decisiones y acciones para poder llevar a cabo los múltiples ideales de buena vida de cada individualidad. El autor propone que imaginemos una situación hipotética en la que las personas nos hallamos en un estatus neutro, indefinido, en una sociedad determinada de la que conocemos su estructura, sus dinámicas sociales (sistema económico y político, estratificación social, permeabilidad de clases, existencia de diferentes culturas, etc.). En la “posición original” las personas reconocemos el contexto social, pero permanecemos cegadas por un “velo de la ignorancia” que impide saber quiénes somos y cómo somos nosotras mismas: desconocemos, pues, nuestro género, condición socio-económica, pertenencia o no a una determinada etnia, si tenemos alguna discapacidad, si nuestro físico responde a los

cánones de belleza existentes, etc. Según el citado autor, en la “posición original” se dan las condiciones para reflexionar y debatir, libres de cualquier presión contextual o interés corporativo, y llegar a los acuerdos más justos sobre cómo deben ser las instituciones y las relaciones sociales en la sociedad donde les toca vivir. Rawls sostiene que todos/-as elegiríamos vivir en una sociedad donde las personas fuéramos consideradas por igual, con los mismos derechos y deberes, y con la garantía de desarrollar nuestras vidas en completa libertad. Resumiendo, éste identifica la justicia con la libertad de acciones y la equidad de derechos. El ejercicio resulta interesante para poder calibrar nuestra posición ante un problema/dilema ético, ya que nos obliga, por un lado, a ponernos en el lugar de todos los/las protagonistas de la situación dilémica, y por otro a elegir la mejor respuesta, en función de lo que es deseable para el número más amplio de personas, que configuran el mosaico social: a su entender, más libertades y trato lo más igualitario posible.

En los apartados de análisis y resolución del dilema propuesto y de la reflexión final, retomaremos esta teoría después de haber consultado tres documentos indispensables, a nuestro entender, para el estudio de nuestra posible actuación: la Declaración de los Derechos Humanos (DD.HH.), el Código ético del CODTS⁴ y la definición de *trabajo social* de la FITS.⁵

Situación presentada

En un centro de Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) de un barrio de Barcelona, la ts de la unidad de primeras acogidas recibe a una familia formada por dos personas adultas y una menor de tres años. Debido a la complejidad de la situación, se decide pasar el caso a la unidad de tratamiento previendo un acompañamiento prolongado en el tiempo. Tras seis meses de trabajo colaborativo entre familia y profesional, se percibe una mejora significativa, que genera satisfacción tanto a la familia como a la ts. La consecución de los objetivos marcados lleva a la profesional a explicitar el cese de la atención recibida, pero la información proporcionada por parte de uno de los miembros en el marco de una entrevista individual cambia el rumbo de la intervención. Aparece un dilema ético que hace peligrar la homeostasis familiar existente.

Los protagonistas. Su historia de vida.

Rosa y Pedro⁶ se conocen desde la infancia por haber crecido en el mismo barrio. Iniciaron la relación sentimental hace 20 años, cuando ambos aún vivían en sus respectivos domicilios paternos. El padre de Rosa desaprobaba la relación, y la presión que éste ejerció sobre Rosa propició la temprana emancipación de la pareja.

⁴ Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. El documento al que nos referimos es el Còdi Deontològic del COTSC, consultable en: http://www.tscat.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=31&lang=ca

⁵ Federación internacional de Trabajadores Sociales. EL texto se puede consultar en: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

⁶ Nombres ficticios. Por otro lado si bien los personajes están inspirados en una situación real, para garantizar el anonimato total de las personas a las que nos referimos hemos cruzado datos personales de diferentes situaciones familiares que tienen en común la complejidad del dilema moral en el ejercicio profesional.

Tras años de divagar por diferentes ciudades en busca de oportunidades laborales, la pareja se estableció en el barrio actual, donde ha podido iniciar nuevas amistades y construir una red social de apoyo a la que da un gran valor.

Durante los momentos de más dificultad, Pedro inició el consumo de heroína y alcohol, hasta llegar a padecer una adicción que afectó a todas las esferas de su vida. La dificultad de acceso al mundo laboral por falta de estudios, sumada al consumo de drogas, llevó a éste a realizar actividades delictivas para obtener ingresos de forma rápida, a pesar de la desaprobación de Rosa. Habiendo cumplido 1 año de pena privativa de libertad, Pedro decidió iniciar una nueva vida con Rosa y su hija. La ts del centro penitenciario hizo un acompañamiento en la búsqueda de vivienda en su barrio actual y facilitó la vinculación al centro de servicios sociales de la zona.

Desde el centro de atención primaria se abordó con la familia el proceso de desintoxicación y deshabitación de tóxicos a través un servicio especializado. Por otro lado, también se abordó la búsqueda de trabajo por parte de Rosa, así como el apoyo para el correcto desarrollo educativo de Laia y la creación de una red social basada en nuevas amistades y conocidos totalmente ajenos al mundo de las drogas. Gracias a la implicación de todas las partes, Pedro consiguió la abstinencia total y ahora mantiene un estilo de vida saludable.

Análisis

Para el análisis de la situación se ha consultado inicialmente la definición de TS de la FITS (2013), cuya fortaleza reside en la

introducción de elementos éticos y de justicia social. Asimismo, se ha realizado una atenta lectura del código deontológico del COTSC (2000), ya que éste constituye una guía importante para la actuación profesional en nuestro contexto. No obstante, el contenido de ambos documentos es genérico y, por tanto, precisamos procedimientos que nos sirvan para dar respuesta a la situación concreta que se describe en este artículo. Por ello tomamos como guía la propuesta metodológica analítica de Bermejo (2002), que consta tres partes, si bien en nuestro caso sólo haremos referencia a la primera (*Método I*) y segunda (*Método II*), ya que la tercera y última hace referencia a su aplicación (realización de la decisión adoptada y evaluación de su puesta en práctica).

La primera parte (*Método I*) se configura con los puntos siguientes:

1. Narrar los hechos.
 2. Identificar los datos relevantes del caso.
 3. Identificar la naturaleza del problema (o los problemas) éticos.
 4. Identificar a los afectados por el problema y los motivos de su acción.
 5. Generar alternativas posibles al problema planteado.
 6. Considerar las dificultades de la puesta en práctica de tales alternativas.
- La segunda parte (*Método II*):
7. Constituye la valoración ética y toma de decisión.

Para evitar su extensión, no desarrollamos cada uno de los puntos por separado. Los utilizamos como pauta analítica entrelazándolos mayoritariamente con el contenido del punto número 7 definido por Bermejo:

Primera parte (Método I)

Situación-dilema:

Tras seis meses de trabajo colaborativo, en una entrevista individual con Pedro la ts explicita la mejoría de su situación y anticipa un final, aunque no muy cercano, de las visitas, dado que ya han conseguido todos los objetivos que se plantearon.

Ante las palabras de la ts Pedro empieza a llorar y se está un largo rato sin poder expresar qué le está sucediendo. Finalmente, manifiesta que todo no es tan ideal como puede parecer. Explica que durante estos meses ha estado ocultando una información importante tanto a su mujer como a la profesional: al iniciar tratamiento desde el CAS⁷ se le hicieron pruebas del VIH.⁸ Estas resultaron positivas, pero en aquel momento decidió no decir nada por miedo a la reacción de su mujer. Cuenta que nunca ha mantenido relaciones sexuales con otra persona que no fuera Rosa y que la infección puede venir del uso de jeringuillas compartidas en el consumo de la heroína. La posibilidad de que su mujer no le crea y piense que ha habido engaño, así como pensar que le rechace por miedo a infectarse ella, son las dos razones por las cuales Pedro mantiene en secreto su enfermedad. La pareja nunca ha usado preservativo. A raíz de la noticia, Pedro ha intentado usar este método de profilaxis, pero Rosa la mayoría de las veces se niega a usarlo y no entiende por qué Pedro insiste en cambiar sus hábitos. Desde el CAS se le ha informado de las medidas de prevención que debe tomar al tener relaciones

sexuales y de cómo debe evitar conductas de riesgo. También le animan para que hable con su mujer y le cuente la verdad. Ante esta situación, la ts del centro de SSAP, con el permiso de Pedro, se pone en contacto con la ts del CAS, para plantear el dilema que representa para ella: el hecho de mantener oculta una información que afecta directamente a Rosa. Desde el CAS se mantiene la postura de mantener la confidencialidad en base a dos argumentos:

- a) Que romper el secreto profesional podría hacer peligrar la buena evolución del tratamiento que está siguiendo Pedro.
- b) Que Rosa es la responsable de cuidarse a sí misma.

Desde el CAS se le ha recomendado a Rosa de manera reiterada que use el preservativo porque está en riesgo de contagio, pero ella mantiene sus costumbres. También opinan que romper el secreto profesional para con Pedro es infantilizar a Rosa y no le ayuda a que adquiera una actitud responsable.

Alternativas posibles al problema planteado:

- Sensibilizar todavía más a Pedro de la importancia de tomar medidas preventivas.
- Empoderar a Pedro a fin de que sea capaz de hablar abiertamente del tema con Rosa.
- Intervenir con Pedro a fin de que éste se responsabilice de tomar medidas preventivas, hasta que ella tome conciencia de la necesidad de la profilaxis.

⁷ Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias.

⁸ Virus de la Inmunodeficiencia Humana causante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, comúnmente nombrada por sus siglas SIDA.

- Conseguir de Pedro que acepte la intervención profesional.
- Atender al requerimiento de Pedro y no intervenir con Rosa, dejando que sea ella la que asuma la responsabilidad de no tomar medidas preventivas.
- Esperar que Rosa pueda llegar a deducir por qué su esposo le insiste en el uso del preservativo.
- Intervenir directamente con Rosa.
- Hablar con alguna persona cercana (familiar) para que pueda aproximarle al tema.

Segunda parte (Método II)

Valoración ética y toma de decisión

Para el abordaje de la segunda parte del método, Bermejo (2002) se basa a su vez en el procedimiento del profesor Diego Gracia, quien une “el deontologismo de corte kantiano y el consecuencialismo de corte utilitarista” (Gracia en Bermejo, 2002: 192) contemplando los pasos que vemos a continuación:

Primer paso. *Sistema de referencia moral:* El sistema de referencia moral al que nos acogemos en primera instancia es la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DD.HH.). Concretamente prestamos atención al artículo 3, en el que hace referencia al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad individual de cada persona.⁹ En segundo término, tomamos la propia definición de TS de la FITS (2013), en la que textualmente se afirma que “Los

principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el TS”, y continúa refiriéndose al trabajo para la promoción de una sociedad en la que todos/-as puedan vivir en la mayor plenitud posible su condición humana y remover todos aquellos obstáculos que pudieran impedirlo. Partiendo de estas referencias, vemos cómo aquí se está vulnerando el derecho a la seguridad individual de Rosa debido al riesgo de contagio. Por otro lado, también se vulnera el derecho a la libertad, dado que la decisión de Rosa de no tomar medidas de profilaxis parte del desconocimiento real del riesgo a contagiarse. Escondiendo la verdad a Rosa se le niega el derecho a elegir libremente el grado de riesgo que ella quiere asumir. Por último, se atenta potencialmente contra el derecho a la vida de Rosa, teniendo en cuenta que el VIH es una enfermedad que si bien hoy en día es difícil que provoque la muerte en nuestro contexto, sí conlleva graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Segundo paso. *Principios morales:* según las obligaciones del quehacer profesional recogidas por el Código deontológico, uno de los principios que primero nos viene a la mente es el principio de *confidencialidad*, por el que la ts “tiene el deber de guardar secreto de todas las materias y datos que conozca del usuario/cliente y, que tenga que pedir para su actividad profesional”,¹⁰ entendiendo que “el secreto profesional es un valor y una garantía para la profesión, así como un derecho y un deber que permanecen inclu-

⁹ “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. (Artículo 3 de la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas)

¹⁰ Traducción propia del *Codi Deontològic del COTSC*. Article 1.4 Intimitat de la persona. Confidencialitat. Principis generals.

so hasta después de haber acabado la prestación de los servicios profesionales”.¹¹ Casi a la par, se piensa en la *autodeterminación*, recogida en el artículo 1.3 del mismo documento, según el cual la profesional debe respetar la voluntad del/de la usuario/-a o cliente. En el caso que nos ocupa, la ts del CAS y su equipo se acogen a estos dos preceptos manteniendo una postura de silencio. Ahora bien, el principio de confidencialidad se ve limitado en cuanto al hecho de que guardar silencio implica un riesgo para terceras personas: “Todo ser humano tiene el derecho de tomar sus propias decisiones y que éstas le sean respetadas, mientras no interfiera en el derecho de los otros”.¹² En este punto, es cuando se evidencia el dilema ético moral, dado que en el mismo código deontológico aparece un artículo con el título de “Derechos Humanos”, donde se recoge textualmente el citado artículo 3 de la DD.HH.,¹³ en el que se afirma que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Vemos aquí una contraposición de derechos individuales: los de Rosa a su seguridad y autodeterminación, teniendo toda la información para decidir en consecuencia, y los de Pedro a la intimidad y secreto profesional, así como el de la autodeterminación en el sentido que se le respete la decisión tomada de guardar silencio. Este dilema se desencalla con el deber de la profesional de velar por la integridad física por encima del respeto a la au-

todeterminación, como hemos visto en el código.

La dificultad de la toma de decisión por parte de la ts tiene que ver con las consecuencias de su intervención, que analizaremos en el siguiente punto. Otra dificultad referida a las consecuencias que puede generar una decisión profesional, en un sentido u otro, tiene que ver con la relación interprofesional. Es decir, con el hecho de contradecir una decisión o criterio técnico de un colega al que se le debe respetar. En el código deontológico hallamos, que no se debe mostrar a los usuarios el desacuerdo profesional, y al mismo tiempo apunta que los casos en los que la intervención social requiera la actuación de más de un/a profesional, éstos/as deben actuar coordinadamente, consensuando las funciones de cada uno/a.¹⁴ La tendencia en este caso sería respetar a la ts que es la principal referente del caso, a no ser que tomemos los primeros preceptos analizados (seguridad y autodeterminación de Rosa), apoyándonos en el deber que tenemos para con la sociedad en general de comunicar al conjunto de la profesión cualquier acción social que atente contra alguno de los precios éticos que guía el TS.¹⁵

Llegando a este punto, vemos cuáles son las posibles consecuencias morales de la postura asumida por la ts del CAS.

Tercer paso. *Consecuencias morales, positivas y negativas, que se derivarían tanto para el sujeto de decisión como para los principales implica-*

¹¹ Traducción propia del *Codi Deontològic del COTSC*. Article 3.3 Responsabilitat envers les persones usuàries i clients. Capítol III.

¹² Traducción propia del *Codi Deontològic del COTSC*. Article 1.3. Autodeterminació. Principis Generals.

¹³ Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

¹⁴ Ver artículos 5.1 y 5.2 del Código Deontológico del COTSC.

¹⁵ Ver artículo del Código Deontológico del COTSC 5.7 sobre la Relación con los/as colegas y otros/as profesionales.

dos en el caso. En gran medida ya hemos hablado de las consecuencias morales que puede conllevar el regir la actuación profesional en base a unos principios u otros. Para seguir con el citado esquema de Gracia citado

en Bermejo (2002), seguidamente presentamos un cuadro resumen de las consecuencias positivas y negativas, tanto subjetivas (aquellas que tienen que ver con Pedro exclusivamente) como objetivas (atañen a Rosa).

	Consecuencias subjetivas	Consecuencias objetivas
Positivas	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el lazo de confianza profesional. - Disminuir el riesgo de recaída de Pedro al consumo. - Mantener la relación afectiva y la homeostasis familiar. - Preservar la intimidad de Pedro ante sus círculos más cercanos de relación. - Respetar el derecho de autodeterminación 	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar el vínculo profesional con Pedro para futuras intervenciones. - Mantener el buen clima entre profesionales.
Negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Futura crisis familiar a largo plazo. No se puede mantener el secreto durante mucho tiempo. El engaño sobre su estado de salud, puede tener consecuencias más negativas que decir la verdad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negar el derecho a la autodeterminación y seguridad de Rosa. - Posible contagio de la enfermedad. - Riesgo a largo plazo de denuncia por parte de la institución y/o por parte de Rosa al haber puesto en situación de riesgo a esta persona. - Atentar contra principios de la ética profesional. -Atentar contra los derechos humanos.

Fuente: elaboración propia

Cuarto paso. *Tomar la decisión moral definitiva.* Para este paso tomamos a Úriz (2006), quien señala la existencia de una jerarquía de valores, propuesta por Gewirth y aplicada por Reamer en casos de conflicto en TS.

En esta línea valoramos la salud de Rosa como prioritaria y la situamos a mayor nivel jerárquico que la confidencialidad y la autodeterminación.

Si bien Pedro tiene derecho a la privacidad y autodeterminación, a Rosa se le vulnera el derecho de disponer de su propia vida y es, en esta situación de vulnerabilidad de derechos, que el ts tiene que “proteger” a las personas (Fernández, 2000). Retomamos aquí el principio utilitarista de promoción del mayor bien para el mayor número de personas, y aprovechamos para ponernos en la hipotética situación rawlsiana de “*posición original*” con ese “*velo de la ignorancia*” que nos oculta si somos Pedro, Rosa, la ts del CAS o del CSSAP. Teniendo la misma probabilidad de ser alguno de los cuatro actores implicados en el caso, ¿qué decisión es la mejor en términos de justicia social?

A nuestro entender, la decisión más justa es la acordada socialmente como tal y que se refleja en la DDHH: aquella que protege la integridad física de la persona. Si no sabemos quién nos toca ser, e imaginamos que podemos estar en riesgo de enfermar, por un posicionamiento egocéntrico por parte de Pedro y por la postura conservadora de la ts: ¿acaso no elegiríamos acogernos a los preceptos éticos recogidos por el código deontológico, en los que se indica, que no se considera violación del secreto profesional los supuestos: a) “*mantener el secreto profesional perjudica a terceras personas*”; y b) “*guardar el secreto profesional pueda causar una lesión injusta o grave al/a profesional o a una tercera persona.*”¹⁶ Desde nuestro punto de vista, este interrogante lleva implí-

cita la resolución de la situación dilemática presentada.

A modo de conclusión

Los dilemas éticos, que están muy presentes en la práctica del TS, deben de ser abordados con suficiente atención dada la relevancia de los mismos. Ante estas situaciones, puede ser de gran utilidad recurrir a un marco teórico y metodológico, de manera que facilite la necesaria reflexión y análisis. Algunas críticas apuntan la relativa funcionalidad del código deontológico, debido a los imperativos que se dan en la práctica profesional.

■ La utilización de la teoría y de una metodología concreta, ayuda a los/las profesionales a pensar, y a asumir responsabilidades.

El ejercicio analítico elaborado en este artículo muestra cómo precisamente la utilización de la teoría y de una metodología concreta, ayuda a los/las profesionales a pensar, y a asumir responsabilidades salvando aquellas restricciones e imperativos que pueden contradecir la razón de ser del TS. Las herramientas éticas proporcionan argumentos que nos ayudan a ser más disciplinados/-as, y nos dan mayor seguridad facilitando la toma de decisiones y orientando la acción profesional.

¹⁶Ver el Código Deontológico del COTSC. (Capítulo VII. El secreto profesional)

Bibliografía

- BANKS, Sara. *Ética y valores en el TS*. Barcelona: Paidós Trabajo Social, 1997. ISBN 84-493-0395-8.
- BERMEJO, Francisco. *Ética del Trabajo Social*. Bilbao: Desclée, 2002. ISBN 84-330-1669-5.
- FERNÁNDEZ, Josefina. Ética y responsabilidad profesional. *Relaciones humanas. Nuevas tecnologías*. Saragossa: Mira Editores, 2000. Libro de conferencias y ponencias del 3er. pág. 429-436. ISBN 84-89859-15-9.
- RAWLS, John. *Teoría de la Justicia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2006 (edic. original, 1971). ISBN 968-16-4622-3.
- SALCEDO, Damián. “Los fundamentos normativos de las profesiones y los deberes de los trabajadores sociales”, en *Trabajo Social Global. Revista de investigaciones en intervención social*, núm. 1 (2010). Pág. 10. ISSN - 2013-6757.
- ÚRIZ, María Jesús. “La auditoría ética en Trabajo Social: un instrumento para mejorar la calidad de las instituciones sociales”, en *Acciones e investigaciones sociales*, núm. 1 (2006). Pág. 200. ISSN 1132-192X.
- COL·LEGI OFICIAL DE TREBALL SOCIAL DE CATALUNYA (COTSC) *Codi Deontològic COTSC* [suport electrònic]. Barcelona: COTSC, 2000. [Consulta: 17/10/2013]. Accés: http://www.tscat.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=31&lang=ca.
- NACIONS UNIDES (ONU). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* [suport electrònic]. París: ONU, 1948. [Consulta: 17/10/2013]. Accés: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- FEDERACIÓ INTERNACIONAL DE TREBALLADORS SOCIALS (FITS), *Definición de Trabajo Social (point-in-time draft)* [suport electrònic]. Suecia: FITS, 2013 [Consulta: 17/10/2013]. [Consulta: 17/10/2013]. Accés: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_74846-6.pdf.

El papel del trabajador social sanitario dentro de un Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Salud

Mariola Sánchez Pérez¹

Resumen

El Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria de la Fundación Gol i Gurina se creó en el año 2003 a instancias de Institut Català de la Salut, y en 2013 se formaliza su adscripción a este ente. El Comité está formado por médicos, enfermeras, trabajador social, representante de la UAU, filósofa del Instituto Borja de Bioética, abogada de la asesoría jurídica del ICS, una secretaria técnica y la gerente de la Fundación IDIAP Jordi Gol, en total 12 personas. El papel del trabajador social dentro del Comité es aportar la visión socio-sanitaria a las cuestiones o dilemas éticos que nos llegan.

Palabras clave: justicia, autonomía, beneficencia, equidad y trabajo social.

Para citar el artículo: SÁNCHEZ PÉREZ, Mariola. El papel del trabajador social sanitario dentro de un Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Salud. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 99-102. ISSN 0212-7210.

Abstract

Foundation Gol i Gurina's Assistential Ethics Committee in Primary Attention was created in 2003 by motion of the Catalan Health Institute and it was formally appointed to the Institute in 2013. The Committee is formed by 12 professionals: doctors, nurses, a social worker, a UAU agent, a philosopher from Institute Borja in Bioethics, a lawyer from the ICS' legal advice department, a technical secretary and the Foundation IDIAP Jordi Gol's manager. Social worker's role in the Committee is to contribute with the socio-sanitary vision on the questions or ethical dilemmas that we deal with.

Key words: Justice, autonomy, beneficence, equity and Social Work.

¹ Trabajadora social. Trabajadora social del ABS Ramón Turró. msanchez.bcn.ics@gencat.cat.

“Es desde la justicia (equidad), y no desde la caridad cristiana, ni desde la beneficencia hipocrática, que tendremos que atender a las personas”

(B. ROMAN MAESTRE)

El Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria (CEA) se creó en el año 2003 por la Fundación Gol i Gurina a instancias del Institut Català de la Salut (ICS), y comienza a funcionar como tal en el año 2005. El 6 de marzo de 2013 se formaliza finalmente su adscripción al ICS con el nombre de Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria del Institut Català de la Salut.

El CEA nace como instrumento útil para mejorar la calidad asistencial y del respeto de los derechos y deberes de los usuarios y profesionales. Su finalidad era y es promover la reflexión y el comportamiento ético en la toma de decisiones clínicas dentro de la Atención Primaria de Salud (APS).

Su composición básica se adecua a la representatividad de la institución, pero eso no quiere decir que no haya representación de otras entidades vinculadas al tema de la salud, el Comité está abierto a todas las entidades proveedoras de Atención Primaria de Salud. Actualmente estamos en proceso de cambio, debido a la nueva adscripción al ICS, y de momento no sabemos cuántos miembros continuarán; hasta ahora éramos 12 personas.

Es un instrumento consultivo, plural y multidisciplinar al servicio de los profesionales, usuarios y de la sociedad para ayudar a analizar los problemas y conflictos éticos que van surgiendo con la práctica asistencial; en ningún caso sustituye las decisiones propias de los profesionales o de las instituciones, sino que lo que queremos es ayudar en la reflexión y la mejor toma de decisión dentro de un marco ético y de consenso.

Los objetivos son:

1. Velar por la protección y el respeto de los derechos y deberes de los usuarios y los profesionales.
2. Asesorar desde la visión ética en la toma de decisiones clínicas, sanitarias y organizativas.
3. Elaborar orientaciones i recomendaciones en aquellos casos o situaciones que puedan generar conflictos éticos.
4. Sensibilizar y formar en actitudes éticas dentro de la Institución.
5. Contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

¿Qué puede ofrecer un comité de ética?

Pues asesoramiento en temas de ética de Atención Primaria de Salud: casos, recomendaciones y dictámenes. Actividades de sensibilización y reflexión ética. Hacemos también alertas de gestión. Tenemos un proyecto que se llama “tema a debate”, donde cualquier persona puede entrar en la página web y escribir sobre un dilema ético y el resto podemos contestar. Trimestralmente presentamos la revista *ETICAPS*, con recomendaciones de libros, jornadas, congresos, películas, etc.

Nuestra metodología de trabajo es la siguiente, en cuanto al tema de las consultas: a la administrativa del CEA le llega la consulta vía correo electrónico y nos la reenvía a todo el Comité, la estudiamos y la preparamos para que en la próxima reunión del CEA todos demos nuestras opiniones, basadas en la experiencia de nuestras profesiones, y finalmente consensuamos la respuesta y la persona que la redacta. Antes de enviar

la respuesta la volvemos a repasar todos los miembros, hacemos las enmiendas oportunas y finalmente, cuando todo el mundo le da el visto bueno, se envía.

Algunas de las consultas que nos han llegado últimamente al comité son temas como la confidencialidad, la píldora post-coital, documento de voluntades anticipadas, rechazo del tratamiento, dirección por objetivos, consentimiento de pruebas, facturaciones a terceros, etc.

Por otra parte también hacemos formación a los profesionales y centros que nos la piden, ya sea en cuanto a temas muy amplios como la bioética y sus principios, como a otros mucho más concretos, como sería: documentos de voluntades anticipadas, confidencialidad, consentimientos informados, etc.

■ El papel del trabajador social dentro de un CEA es clave, ya que aporta la visión social, personal, emocional del paciente.

Hasta ahora he explicado qué es y cómo funciona el CEA en el que participo como representación del trabajo social sanitario desde el año 2006. El papel del trabajador social dentro de un CEA es clave, ya que aporta la visión social, personal, emocional del paciente; muchas veces luchamos por los derechos de los pacientes, por respetar su autonomía cuando rechaza un tratamiento, cuando rechaza un ingreso residencial, cuando hay una mala distribución de los recursos, pruebas, accesos a la asistencia sanitaria, etc.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (octubre de 2005) se habla de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas apli-

cadadas a los seres humanos desde una perspectiva social, jurídica y ambiental; también nos facilita orientaciones para las decisiones o prácticas sobre individuos, grupos, comunidades, instituciones, empresas, ya sea públicas o privadas, y reconoce que la salud no sólo depende de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino que también depende de factores psicosociales y culturales. La identidad de una persona tiene dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

Se habla, entre otras muchas cosas, del respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; es necesario incentivar el diálogo multidisciplinar y plural sobre cuestiones de la bioética dentro de una sociedad en su conjunto, y sobre todo de la autonomía de las personas con respecto a su capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud.

Sus artículos se dividen en: autonomía y responsabilidad; privacidad y confidencialidad; igualdad, justicia y equidad; no discriminación ni estigmatización; respeto a la diversidad cultural y pluralismo; solidaridad y cooperación; responsabilidad social y salud.

Si miramos los principios de nuestro código deontológico podríamos hacer una comparación exacta con los anteriores artículos mencionados en la Declaración Universal. Según el código deontológico de los trabajadores sociales, hablamos de los principios de:

1. Dignidad de la persona
2. Aceptación, no a la discriminación
3. Autodeterminación (autonomía)
4. Confidencialidad
5. Participación (hacer participar al paciente de su propia salud)
6. Responsabilidad y competencia
7. Derechos humanos

Todo lo que os he mencionado hasta ahora justifica y potencia el papel del trabajador social dentro de un Comité de Ética Asistencial, por nuestras características profesionales, es decir, trabajamos por el respeto, la autonomía, la solidaridad, la igualdad, la distribución equitativa de los recursos, etc., pero también en nuestra tarea diaria cada día se nos presentan más conflictos de naturaleza moral y ética; por ejemplo, cuando coordinamos casos con otros compañeros de otras entidades o servicios, ¿qué información podemos o no podemos facilitar? ¿Lo estamos haciendo bien? ¿Respetamos la confidencialidad? ¿La autonomía de la persona? ¿El derecho a decidir? ¿Hay un reparto equitativo y justo de los recursos? ¿Encontramos respuestas a todas estas pre-

guntas por nosotros mismos? ¿O necesitamos que alguien nos asesore y/o facilite orientaciones?

Hay muchas cuestiones aún pendientes de respuesta y por resolver, y creo que el trabajador social es una figura importantísima dentro de un CEA, por su vertiente más humanista, social, etc., que puede facilitar al resto del comité la visión más socio-sanitaria de la persona, de la comunidad, de la sociedad. Dentro del CEA se establece un *feedback* entre los profesionales, donde cada uno aporta su experiencia: los médicos, los abogados, las enfermeras, los trabajadores sociales, atención al usuario, expertos y/o profesionales formados en bioética, todos tenemos mucho que decir y todos tenemos mucho que consensuar.

Bibliografía

- CASANOVAS i LAX, J. (Director gerent de l'Institut Català de la Salut). *Resolució nova adscripció del CEA*. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2013.
- GAFO, J. (ed.) *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1999.
- LORA, P. i GASCÓN, M. *Bioética: Principios, desafíos, debates*. Madrid: Alianza Editorial, 2008.
- ROMAN MAESTRE, B. *Ética y atención al paciente*, a http://camfic.cat/camfic/..//EticaAtencionPaciente_Broman.pdf (26.03.2013).
- *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO (Organització Nacions Unides per l'Educació, la Ciència i la Cultura), 2005.
- *Documents del Comitè de Bioètica de Catalunya*, a <http://www.gencat.cat/salut/depasalt/html/es/dir89/spbio00.htm> (06.03.2013).
- *Bioètica y Trabajo social*, a <http://www.margen.org/suscri/margen39/bioetica.html> (06.03.2013).
- Comitè Ètica Assistencial de la IDIAP, a <http://www.idiapjgol.org/comites/cea> (13.05.2013).

El dilema ético en la toma de decisiones en trabajo social sanitario

Deliberación ética en la intervención social en torno a un caso de malos tratos a las personas mayores

Conchita Peña i Gallardo¹

Resumen

El análisis de un caso de trabajo social en el ámbito sanitario desde una perspectiva bioética es un ejercicio recomendable al que los trabajadores sociales estamos poco habituados. La bioética es una ciencia que nos puede ser útil para la toma de decisiones ante situaciones de alta complejidad que requieren de actuaciones profesionales significativas en los acontecimientos de la vida de las personas. Los valores éticos, a pesar de tener categoría de subjetividad, pueden constituir un proceso de reflexión objetivo sobre nuestra práctica profesional y de gran utilidad ante situaciones que requieren de decisiones responsables. Los cuatro principios básicos de la bioética (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia) son una referencia clara no sólo por los clínicos, sino también por los trabajadores sociales. Por este motivo en este artículo realizaré un análisis del proceso de toma de decisiones en trabajo social desde la perspectiva bioética, en un supuesto práctico de abordaje de los maltratos a las personas mayores.

Palabras clave: Bioética, valores, reflexión, toma de decisión, abordaje.

Para citar el artículo: PEÑA I GALLARDO, Conchita. 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 2013, nº 199, páginas 103-114. ISSN 0212-7210.

¹Trabajadora social, Máster en Mediación y Resolución de conflictos en el ámbito sanitario. Vocal del Comité de Ética Asistencial (CEA) Vall d'Hebron. Jefa Unidad Atención al Ciudadano y Trabajo Social. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Área de traumatología y RHB, Barcelona. cpena@vhebron.net.

Abstract

A Social Work health case study from a bioethics perspective is a recommendable exercise that social workers are not used to do. Bioethics is a science that can be useful to take highly complex decisions that require significant professional interventions on people's life. Although they might be subjective, ethic values may build an objective reflection process about our professional practice and of greater utility in terms of facing situations that need responsible decisions. The four basic principles of bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence, justice) are a clear reference not only for clinicians but also for social workers. Due to this I analyse the decision taking procedure from the bioethical perspective in a practical case of approaching maltreatment in elderly people.

Key words: Bioethics, values, reflection, decision taking, approach.

Introducción

Este artículo es una conceptualización teórica de la praxis del trabajo social sanitario en el ámbito hospitalario, desde una visión bioética que propone la reflexión ética ante los conflictos morales y/o éticos que pueden darse en la práctica profesional del trabajo social. El enfoque viene dado por mi experiencia como trabajadora social en la atención directa y la experiencia como vocal del Comité de Ética Asistencial (CEA) del centro donde trabajo, el Hospital Vall d'Hebron. Para hacer esta reflexión he elegido el análisis de un caso práctico de Malos tratos a las Personas Mayores (MMTTPM), utilizando el "método deliberativo" de los Comités de Ética Asistenciales en el análisis de casos.

¿Por qué un caso de malos tratos a las personas mayores? Porque las situaciones de MMTTPM se caracterizan por su invisibilidad,

por la dificultad de abordaje profesional y por la discriminación pública en la destinación de recursos y esfuerzos para tratarlos. A estos hechos podemos sumar la pérdida de la función social, fundamentada únicamente en valores económicos, que sitúan a la población anciana en condiciones de desigualdad social y lo que definiríamos como colectivo vulnerable. A estas consideraciones hay que sumar que a menudo interfieren los prejuicios y valores propios de cada profesional, que involuntariamente pueden distorsionar la visión objetiva, imprescindible para la buena práctica del trabajo social.

Por tanto, me ha parecido un ejemplo idóneo para mi objetivo: *proponer como necesario el enfoque en bioética como una herramienta útil ante actuaciones profesionales que puedan generar conflicto o dilema ético en la intervención de trabajo social sanitario.*

No entraré en la definición de Maltrato (MT) ni en la tipología, dado que la temática central del artículo no son los MT, sino la toma de decisiones en el abordaje psicosocial de los mismos. No obstante, sí que me parece importante detenerme en algunos conceptos teóricos, necesarios para la comprensión del desarrollo posterior del caso sobre el cual deliberaremos.

En relación al *Diagnóstico Social*, en toda situación susceptible de ser considerada como MT se deben tener en cuenta tres indicadores: **la relación** entre la víctima y el maltratador; se debe explorar el vínculo y si este genera expectativas de confianza en la persona mayor; **la intencionalidad** de la acción; acción activa o pasiva por omisión; y **el riesgo** o resultado del daño significativo de la acción. La modulación entre los tres indicadores nos permitirá elaborar el diagnóstico social y dimensionar estableciendo la responsabilidad moral hacia la víctima, la intensidad y frecuencia del maltrato, y la gravedad de las lesiones producidas. En este sentido el trabajo social no es diferente a otras disciplinas; hay que elaborar un diagnóstico social, “es necesario saber qué pasa para saber qué hacer”. Ahora bien, este “saber qué hacer”, **la toma de decisiones requiere no sólo unos conocimientos técnicos, sino también la ponderación entre el respeto por los valores personales del usuario, los valores propios del profesional y la buena praxis**. Por tanto, ante el diagnóstico, los TS deberemos tomar decisiones de actuación que nos pueden generar un dilema moral o ético.

En bioética, el dilema se produce cuando con la actuación profesional entran en conflicto los Principios básicos de la Bioética, definidos en el “Informe

Belmont” (National Commission. Belmont, 1978): Beneficencia, Autonomía y Justicia y que posteriormente, con la publicación del *Principles of Biomedical Ethics* (T. Beauchamps y J. Childress, 1979), se añadiría el de No Maleficencia.

■ **El principio ético de la Beneficencia establece la obligación de los profesionales sanitarios de hacer el bien con sus acciones. Obliga al profesional a ponderar su actuación para maximizar los beneficios.**

El principio ético de la **Beneficencia** establece la obligación de los profesionales sanitarios de hacer el bien con sus acciones. Obliga al profesional a ponderar su actuación para maximizar los beneficios. Es decir, primero no hacer el mal (*No Maleficencia*), ahora bien, se debe reflexionar ya que no podemos hacer el bien en contra de la voluntad de la persona que recibe la acción. El principio de **Autonomía** del Paciente, establece el derecho a decidir y reconoce la capacidad del individuo para tomar sus propias decisiones. En salud implica la capacidad para escoger entre las diferentes opciones de tratamiento, y en trabajo social equivale a poder escoger cómo desean vivir las personas su vida. En la actualidad este principio está amparado por la Ley 41/ 2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La **No Maleficencia** significa *primum nocere*, es decir, primero no hacer daño. Obliga a los profesionales a no realizar acciones que sólo sean perjudiciales para el paciente

y en las que la relación coste-beneficio de la acción no sea adecuada.

Por último, la **Justicia**, que hace referencia a la justa distribución de los recursos sanitarios entre la población. Este principio justifica la asignación de la atención según unas premisas básicas: a cada uno lo mismo que a los demás, a cada persona según sus necesidades, su propio esfuerzo, su contribución a la sociedad y sus méritos. Intenta establecer la equidad en la distribución de los recursos sanitarios, que por definición son siempre limitados. Como veis, es un principio perfectamente aplicable a la prestación de Servicios Sociales.

A partir de los elementos para elaborar el diagnóstico social y la conceptualización de los Principios de la Bioética, definiremos tres modelos de abordaje en trabajo social (*gráfico 1*):

Abordaje Protector: el profesional toma las decisiones sin tener en cuenta la voluntad del paciente (decisión soberana), amparado en el conocimiento absoluto de lo que es mejor para el otro: *Principio de Beneficencia por encima del principio de Autonomía.*

El principio de Beneficencia se entiende como la obligación de los profesionales de hacer el bien con sus acciones, y el de Autonomía como la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su vida y su salud. En este tipo de abordaje el dilema ético surge para entrar en conflicto ambos principios, si la decisión autónoma del paciente, difiere de la decisión del profesional y se actúa en contra de su voluntad.

Abordaje Rehabilitador: es un tipo de abordaje fundamentado en el proceso de comunicación e información entre el profesional y el paciente, con el objetivo de que *la decisión autónoma del individuo tiene que estar en consonancia con la mejor propuesta de abordaje, la que sea más beneficiosa. Principio de Beneficencia con igual consideración que el principio de Autonomía.* Ocasionalmente puede entrar en conflicto con el principio de No Maleficencia.

Abordaje Sancionador: la acción profesional se realiza desde el Juicio Moral de la situación. *El juicio moral no hace ponderación entre los valores ni los principios éticos, sino que se toman decisiones a partir de estereotipos y por tanto pueden ser maleficentes. (Gráfico 1)*

Gráfico 1

TIPUS D'ABORDATGE TS

- **PROTECTOR: Es prima el ppi. De Beneficència. Conflicte amb l'Autonomia.**
exp.: *Obligació dels professionals de denunciar el MMTT.*
- **REHABILITADOR: Autonomia + Beneficència. Conflicte amb la no maleficència.**
exp.: *No intervenir en contra de la voluntat del pacient*
- **SANCIONADOR: Fonamentar en el Judici moral**
exp.: *Valoració de l'obligatorietat "moral" dels fills de cuidar dels pares.*

Deliberación ética en la intervención social en torno a un caso práctico de MMTTPM

Situación inicial

A) “María es una mujer de 90 años, viuda, que vive con su única hija, Montserrat, casi sin salir de casa y sin ningún otro familiar de apoyo.

Hace dos años la comunidad de vecinos presentó una denuncia a los Servicios Sociales del barrio para que la higiene de la casa está muy descuidada desde que María ya no puede hacerse cargo y sospechan que acumulan basura. Hace unos meses la situación ha empeorado, ya que María tiene síntomas de desnutrición y se ha vuelto agresiva con los vecinos. Montserrat no cuida de su madre, bebe bastante y se gasta el dinero de la pensión, ya que

ella no tiene ingresos propios. El vecindario explica que oye cómo Montserrat le grita a María. Los SS.SS. han intentado varias veces acceder al domicilio, pero María les niega reiteradamente la entrada.”

¿Cuál sería la situación socio-familiar del caso? Persona de edad avanzada que convive en una vivienda de su propiedad con un descendiente con problemas de alcoholismo que mantiene con ella una relación de dependencia económica, y no hay ningún otro familiar de referencia en el entorno. Por tanto podremos concluir que la situación presenta los indicadores de riesgo social definidos para hacer un diagnóstico de riesgo de malos tratos y que especificamos en el siguiente gráfico (ver gráfico 2):

Gráfico 2

SITUACIÓ SOCIO FAMILIAR

- Dona de 90 anys.
- Conviu en una vivenda de la seva propietat.
- Descendent amb problemes d'alcoholisme.
- Manté amb ella una dependència econòmica.
- Absència de cap altre familiar de suport.

FACTORS DE RISC

- Vulnerabilitat i fragilitat física, psíquica.
- Deteriorament de l'estat de salut general.
- Relació emocional de dependència del cuidador.
- Aïllament social.
- Comportament hostil cap els desconeguts.
- Possible Síndrome de Diògenes.
- Sospita de problemes de salut mental.

Ante una situación de estas características el diagnóstico social se sospecha de MMTT por negligencia o autonegligencia. En este caso se recomendaría una intervención de TS desde la perspectiva Rehabilitadora, que intentase respetar el principio de Autonomía de la persona mayor, y garantizase la actuación profesional de mayor beneficio (principio de Beneficencia). **El dilema ético en la toma de decisiones** se presenta porque no se puede intervenir en contra de la voluntad de la paciente, pero

por otro lado, con los factores de riesgo social detectados, la no intervención profesional no implicaría tampoco el mayor beneficio para María. Sabemos que la no aceptación de la intervención profesional responde probablemente al miedo de la persona mayor a la rotura de la relación afectiva con el maltratador y a la institucionalización como alternativa. Por otra parte podemos valorar indicios de disminución de la capacidad de decisión de la paciente (*ver gráfico 3*).

Gráfico 3

ABORDATGE, ESTRATÈGIES D'ACTUACIÓ I

- Diagnòstic de NEGLIGÈNCIA
- Abordatge REHABILITADOR

Dilema ètic

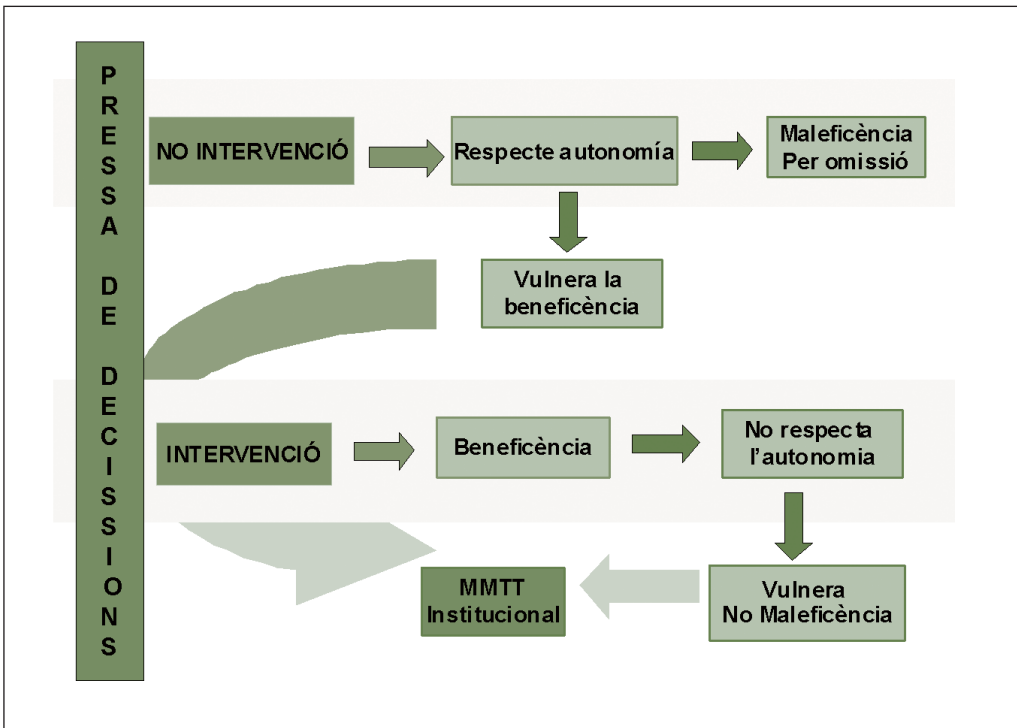
- No acceptació de l'intervenció professional.
- Por a l'institucionalització.
- Relació d'afecte-dependència.
- Valoració de la capacitat de decisió.



Se trataría de que Servicios Sociales respetara la decisión de no intervención, pero que a la vez desarrollara un plan de trabajo que permita mantener el seguimiento de la situación sin una actuación invasiva e incidir de manera indirecta sobre la mejora de las condiciones de vida y los factores estresantes anteriores. El conflicto ético surge porque respetando la autonomía se transgrede el principio de Beneficencia, al

producirse maleficencia por omisión. Sin embargo, la intervención en contra de la decisión de las personas también puede suponer maleficencia. Vulnerando el derecho a la autonomía, se actúa desde el paternalismo y no se ayuda a la independencia personal de la víctima. La imposición de las decisiones en contra de la voluntad pueden constituir acciones de maltrato institucional (*ver gráfico 4*).

Gráfico 4



Evolución del caso II

B) Los profesionales de SS.SS. han decidido no intervenir, respetando el principio de autonomía de la persona mayor.

“El otro día por la noche Montserrat maltrató físicamente a María y los vecinos avisaron a los Mossos, que se llevaron detenida a Montserrat. María fue llevada a urgencias del hospital para valorar los daños. En el servicio de urgencias se vio que no tenía ninguna lesión grave que requiriera ingreso hospitalario pero, presentaba una grave desorientación tempo-espacial y estaba muy agitada. Cabe decir que María no estaba en condiciones de tomar decisiones, y por tanto ante la indicación del alta hospitalaria los profesionales sanitarios tuvieron que decidir cuál era la alternativa menos dolosa

por ella. El equipo asistencial decide dejarla unas horas en observación de urgencias y realiza interconsulta a TS del hospital para valoración e intervención social. El hospital tuvo a María 48 horas en el servicio de urgencias, atada y con sedación. Todos decían que estaba demenciada, pero ella gritaba que quería irse a casa y ver a su hija. Los TS del hospital valoran que la paciente corre un alto riesgo en el domicilio, dado que quedaría en situación de desamparo por falta de recursos de apoyo inmediatos en el domicilio. Asimismo, si Montserrat estaba en casa en pocos días también ponían en peligro a la paciente por convivencia con el agresor. Se toma la decisión de intervenir y pedir un recurso residencial de urgencias a SS.SS. Estos, respetando la voluntad inicial de María, toman la decisión de no intervenir y no aceptan la tramita-

ción del recurso sin su consentimiento. Ante el disconfort de la paciente de permanecer en un servicio de urgencias, la no indicación de volver al domicilio y las dificultades de los SS.SS para facilitar un equipamiento residencial, se decide ingresarla al hospital, sin criterio clínico y por razones sociales.”

Podemos decir que la situación inicial se ha modificado, agravándose; pasamos del

diagnóstico social de negligencia al de maltrato, se ha producido un desarraigo traumático del entorno, una situación de estrés que no permite valorar adecuadamente la capacidad de decidir, lo que pone en cuestión el principio de autonomía para garantizar el mayor beneficio (ver gráfico 5).

Gráfico 5

PRESENTACIÓ DEL CAS II

EVOLUCIÓ DE LA SITUACIÓ

- De la negligència al maltractament.
- Alteració cognitiva.
- Fluctuació de la capacitat de decisió.
- Alt nivell de dependència.
- Desarrrelament traumàtic de l'entorn.

- La cura recau sobre l'institució hospitalària.
- Intervenció forces de seguretat.
- Actuacions judicials.

Con la evolución de la situación la autonomía está comprometida, al menos de momento, y con la falta de familiares de referencia la obligación de los profesionales es intervenir para no caer en la maleficencia por omisión. Desde esta valoración el abordaje sería protector sancionador. La no intervención por respeto a la voluntad del paciente vulneraría el principio de Beneficencia. ¿Dónde está el dilema ético en esta decisión? **El dilema ético** se encuentra en cómo valoramos el coste-beneficio de la decisión. Me explico: se prima el principio de

■ **La no intervención por respeto a la voluntad del paciente vulneraría el principio de Beneficencia. ¿Dónde está el dilema ético en esta decisión? El dilema ético se encuentra en cómo valoramos el coste-beneficio de la decisión.**

No Maleficencia por omisión encima del de autonomía, que entra en conflicto con la situación de abandono, expresado como la voluntad de no querer modificar la situación.

Pese a que la capacidad de decisión en estos momentos está comprometida por las alteraciones cognitivas-conductuales consecuencia del estrés. Por otra parte la utilización de un recurso sanitario como el hospital para dar respuesta a necesidades de carácter social se podría considerar una vulneración del principio de Justicia distributiva. Los profesionales pueden tener conflictos por considerar este tipo de decisión como una utilización indebida de un recurso público.

No obstante, aunque el abordaje protector sea la mejor opción, en el caso que estamos deliberando podríamos considerar la actuación como una forma de maltrato estructural, por-

que, como veréis más adelante, encontraremos en su resolución dificultades legales y falta de mecanismos para acceder al recurso idóneo. Sin embargo, la no intervención inicial ha generado un escenario de competencia entre diferentes ámbitos de actuación, los Servicios Sociales, los Servicios Sanitarios y el ámbito judicial, lo que genera dificultades de delimitación de competencias y por tanto mayor complejidad del caso. El uso inadecuado de recursos, las dificultades estructurales de las instituciones hospitalarias y las actitudes de los profesionales que pueden realizar juicios de valores son también cuestiones éticas a deliberar (*gráfico 6*).

Gráfico 6

ABORDATGE, ESTRATÈGIES D'ACTUACIÓ I

■ Abordatge PROTECTOR i SANCIONADOR

■ ÀMBIT SANITARI

■ ÀMBIT SOCIAL

■ ÀMBIT JURÍDIC

Dificultats

- Delimitació de competències entre els diferents àmbits.
- Límits en l'abordatge social des dels serveis d'urgències.
- Impediments legals i burocràtics per accedir a recursos de suport.
- Manca de polítiques socials que donin respostes immediates a les necessitats.
- Actituds edaistes dels professionals.
- Utilització inadequada de recursos sanitaris.
- Estructurals de les institucions familiars.

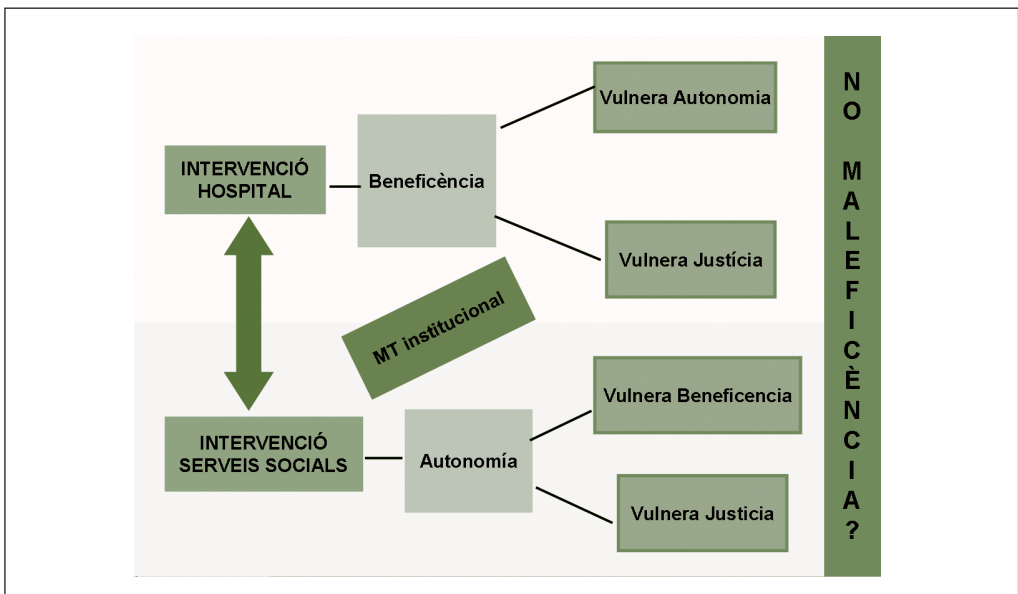


C) *Montserrat sale en libertad y quiere llevarse a su madre a casa, extremo que es impedido por los profesionales sanitarios. María, aunque ha mejorado su estado de salud, empieza a fluctuar en su estado mental. En el hospital no tiene estimulación cognitiva, es necesario mantenerla atada por su estado de agitación y no puede salir de la habitación. Ella sabe que está en un hospital, pero no puede decidir si quedarse o irse. La valoración psiquiátrica indica un inicio de demencia y un trastorno del comportamiento; el entorno hospitalario no le es favorable. La hija viene con cierta regularidad a visitarla, en condiciones higiénicas deplorables. Los trabajadores sociales del hospital, ante las dificultades de estructurales del sistema para acceder a la institucionalización de manera inmediata, deciden poner el caso en conocimiento de la fiscalía e iniciar un proceso de incapacitación. Con el transcurso de los días en el hospital, la situación de María mejora; se orienta, puede reconocer el maltrato de la hija y verbaliza que no*

quiere volver a casa, que quiere ir a una residencia.

El dilema ético se presenta de nuevo en la toma de decisiones; de inicio la actuación profesional, desde la necesaria protección del individuo, en este caso, **vulnera el derecho a la autonomía** y coloca el principio de Beneficencia y No Maleficencia por encima. Este tipo de decisiones no ayudan a mejorar la independencia personal de la víctima. Por otro lado, la valoración confrontada que hacen del caso los dos ámbitos implicados, el social y el hospitalario, indirectamente han generado otras formas de maltrato a María: la estructural y la institucional. Y por último, se lesiona el principio de Justicia, como ya se había comentado, ya que el ingreso hospitalario innecesario se puede considerar una mala utilización de los recursos que perjudica a otras personas. Con todo esto la pregunta sería: ¿estamos haciendo Maleficencia? (gráfico 7).

Gráfico 7



Desenlace

D) *Los TS del hospital, a pesar de la mejora del estado cognitivo y de salud de María, continúan valorando su vulnerabilidad como un factor de riesgo para darla de alta en el domicilio. Los SS.SS siguen considerando que debe prevalecer la autonomía del paciente. El equipo sanitario toma la decisión colegiada de solicitar de incapacidad parcial de María y un ingreso en centro residencial como medida cautelar. Los profesionales de atención primaria de SS.SS. visitan a María en el hospital y después de una reunión conjunta con el TS del hospital acuerdan que, con la evolución del caso, la alternativa menos dolosa es colaborar en el proceso de incapacidad y que SS.SS. proporcione un recurso residencial de urgencia. María es institucionalizada en una residencia 2 meses después de la agresión.*

Conclusiones

Los Principios de la Bioética pueden ser una referencia también para los trabajadores sociales sanitarios, ante situaciones de alta complejidad. Nos ayudan a objetivar situaciones *a priori* subjetivas y a ponderar todos los factores que intervienen en un caso. Tienen la finalidad de buscar la solución óptima a un conflicto o al menos la opción menos dolosa.

La riqueza que ofrece el campo sanitario está en la variabilidad de disciplinas que pueden intervenir en el proceso de salud-enfermedad. Facilita una visión panóptica que amplía las percepciones y las posibilidades de resolución. Por este motivo es muy recomendable la búsqueda de la pluridiscipli-

naridad, las decisiones colegiadas y las responsabilidades compartidas en aquellas decisiones que generan dilemas morales en la práctica profesional.

■ **Ahora bien, las soluciones no son matemáticas, ante una misma realidad las decisiones pueden ser tantas como personas intervienen, y del propio ejercicio se extrae la conclusión de que todas son buenas.**

Ahora bien, las soluciones no son matemáticas, ante una misma realidad las decisiones pueden ser tantas como personas intervienen, y del propio ejercicio se extrae la conclusión de que todas son buenas. La deliberación moral sobre casos dramáticos no debe ser necesariamente resolutoria, pero sí que debería ser compasiva.

Lo importante es la reflexión, la conciencia del porqué y el respeto a las personas, teniendo en cuenta que la justificación de las decisiones debe estar fundamentada en el principio de universalización: “un acto no es un principio éticamente correcto si no resulta universalizable.”

Por eso el trabajo social sanitario debe contar con profesionales altamente cualificados formados en Bioética y con valores y actitudes como son el respeto, la consideración, la responsabilidad, la diligencia y la implicación. Por último, **los Comités de Ética Asistencial pueden contribuir a asesorar a los profesionales y a favorecer la reflexión.**

Bibliografía

- *Autors diversos*. “Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación”, en *DHEW. PUBLICATION NO. (os) 78-0012*. 1978.
- ABEL, F. *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni*. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 1999.
- BEAUCHAMP, T. L. i CHILDRESS, J. F. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- COMITÈ DE BIOÈTICA DE CATALUNYA. *Consideracions ètiques entorn de la informació sanitària*. B-44-477-2004.
- Declaració Universal dels Drets Humans de 1948 i ampliacions posteriors.
- Espanya. *Regulació del Comitès d'ètica a Catalunya*. Ordre del 14 de desembre de 1993.
- Espanya. *Llei 41/ 2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica*.
- FUNDACIÓ VIURE I CONVIVRE. *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*. B-36466-2007.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. 2002. ISBN 84-393-5619-6.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari*. Barcelona, 2005.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT. *Ordre de 14 de desembre de 1993, d'acreditació dels Comitès d'ètica assistencial*.
- GRÀCIA, D. “La Deliberación Moral: el método de la ética clínica”, en *Medicina Clínica*, núm. 117 (2001). Barcelona. Pàg. 18-23.
- MORLANS, M. *Fer costat al malalt*. Barcelona: Columna, 2008 (1a reimpressió).
- MORLANS, M. i MONTERO, F. *Para deliberar en los comités de ética*. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Comitè d'Ètica Assistencial, 2009. ISBN: 978-84-692-2297-3.
- MOYA BERNAL, A. i BARBERO GUTIÉRREZ, J. *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2005. Col·lecció Manuales y guías IMSERSO.
- TOLEDANO, I. *¿Se puede? Trabajo social en domicilios de ancianos*. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social. ISBN: 978-84-691-6782-3.

Ética y adopción internacional: la perspectiva del trabajo social desde la ECAI en Cataluña

Urgell Poch Planas¹

Resumen

El artículo se centra en los retos a los que debemos hacer frente los trabajadores sociales en el ámbito de la adopción internacional, ya que éste es un proceso en el que se produce una adopción mutua que, realizada con las condiciones óptimas de acompañamiento, cuidado, legalidad y ética, representa un acto en el que tanto el niño como la familia, y también la sociedad, salen beneficiados. El fracaso en el proceso de adaptación de la nueva familia y el origen dudoso de los niños son problemáticas que han sido recogidas en la legislación internacional. Desde esta perspectiva, el rol del trabajador social en la ECAI¹ es fundamental como garante de legalidad durante el proceso de adopción internacional y como acompañante de la nueva familia. La perspectiva ética representa la herramienta más poderosa y efectiva con la que trabajar para hacer frente a los riesgos en adopción internacional.

Palabras clave: Adopción internacional, ética, ECAI, trabajo social.

Para citar el artículo: POCH PLANAS, Urgell. Ética y adopción internacional: la perspectiva del trabajo social desde la ECAI a Catalunya. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 115-121. ISSN 0212-7210.

Abstract

This article focuses on the problems that social workers have to face in international adoption, considering it as a process of mutual adoption that has to be done in optimal conditions of care, legality and ethics to assure the benefits for the child, the family and even the society. Failure of the new family adaptation process and the doubtful origin of children have been covered by international legislation. From this point of view the role played by social workers in Licensed International Adoption Agencies is fundamental as a legality guarantor and as a guardian of the new family. Ethics represent the most powerful and effective tool to work with international adoption' risks.

Key words: International adoption, ethics, Licensed International Adoption Agencies, Social Work.

¹Trabajadora social y Licenciada en Ciencias Políticas. Trabajadora social de l'ECAI Iniciativa Pro Infància-IPI. urgell@ipi-ecai.org

²Entidad Colaboradora de Adopción Internacional.

La adopción internacional constituye una de las medidas de protección a la infancia y, de hecho, representa la última opción de una criatura de crecer en el seno de una familia –derecho recogido en la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1989–. Comprender el rol y las tareas que llevamos a cabo los trabajadores sociales requiere una aproximación conceptual cuidadosa a los diversos elementos y agentes que intervienen.

La adopción internacional se inicia con el derecho de un niño de tener una familia de otro país, ya que en el suyo no se le puede proporcionar una que asegure su crecimiento en un medio familiar. La necesidad de encontrarle una familia desde el ámbito internacional implica que la separación de su cultura y país de origen sean imperativos (ANZIL 2012: 113-114). Hay que tener en cuenta que esta ruptura estará siempre presente en la vida de un niño que se convertirá en adulto. Será de manera interna al desarrollo y crecimiento personal, pero también de forma externa: las posibles diferencias fenotípicas entre el niño y la familia adoptiva –así como del resto de la nueva sociedad donde se inserta el niño– representarán un recordatorio permanente de la diferencia. La manera como se enfoque desde el acompañamiento a los padres, así como los vínculos que se creen, determinarán en gran medida cómo el niño –y la familia en conjunto– asimilará este hecho.

Por otra parte, para que la adopción se pueda llevar a cabo, contaremos con la voluntad de una familia de adoptar un niño. Es fundamental que los potenciales padres adoptivos comprendan que la adopción no es un acto de cooperación (BALLÚS 2009: 35) sino un proceso filiativo que implica la

constitución de una nueva familia, como si se tratara de una familia biológica, ya que la medida es de carácter irrevocable y los derechos y obligaciones que genera exactamente idénticos (PALACIOS 2009). El deseo legítimo de querer formar una familia deberá enmarcarse en la preparación de la familia para comprender, aceptar y trabajar las necesidades del niño, que, sin duda, pasarán por la gestión personal y familiar de la diferencia. De este modo, por tanto, la familia adoptiva se convierte en la mejor herramienta con la cual tenemos que trabajar los profesionales para maximizar las garantías de éxito de la adaptación del niño a su nueva realidad.

■ Desde la perspectiva profesional del trabajador social existe la necesidad de llevar a cabo esta unión con formación, acompañamiento y supervisión.

Ciertamente estamos poniendo de manifiesto la necesidad del niño de tener una familia y la legitimidad del deseo de una persona o una pareja de tener hijos, como premisas fundamentales para que se dé la adopción. Como decíamos, sin embargo, desde la perspectiva profesional del trabajador social existe la necesidad de llevar a cabo esta unión con formación, acompañamiento y supervisión. De esta manera pensamos que el éxito en una adopción internacional radica en una adaptación óptima del niño a la nueva familia, donde los padres puedan sostener al niño y donde precisamente el niño también pueda adoptar a los nuevos padres como tales.

De manera contraria, el fracaso en adopción implica que la unión de padres e hijo

no se ha podido dar correctamente: no se han podido crear unos vínculos que liguen entre sí a los miembros de la familia como padres-hijo con pleno sentimiento de pertenencia. Esta falta de vinculación conduce a situaciones donde los padres no se reconocerán como padres porque no vivirán al niño como hijo propio, haciendo que el niño experimente una segunda (o tercera, si pensamos en familias de acogida o cuidadores de los orfanatos en el país de origen) pérdida de los padres-cuidadores. Esta situación es de un riesgo extremo para el desarrollo del niño (FUENTES, M. J. y FERNANDEZ, M. 2000-2001: 162), si bien también representará una herida para los padres que no hayan podido acoger e integrar al hijo tal como lo hubieran deseado. Por lo tanto, el clima familiar donde impere la sensación de extrañeza hacia el hijo requerirá de un acompañamiento profesional importante para hacer frente a un posible abandono de la tutela del niño. Familias que se han encontrado inmersas en esta situación tan dura, que verbalizan que no reconocían al menor como hijo propio, han expresado la voluntad de “volver” al niño. Precisamente es en esta expresión donde encontramos la clave para comprender el posicionamiento de estos padres: unos padres que renuncian a la custodia del hijo pueden decir que no se pueden hacer cargo de este, que no lo quieren ver más, que lo echan de casa y de sus vidas; en cambio la familia adoptiva que dice que quiere devolver el niño está expresando su sensación de desapego a aquel menor, ya que no lo vive como hijo sino como una criatura que vino de algún lugar donde ahora debe volver. La familia no ha vivido al menor como hijo ya que ha habido convivencia pero no compromiso (BERASATEGUI, A. 2004).

Evidentemente este es uno de los principales retos a los que nos enfrentamos los trabajadores sociales al trabajar en adopción internacional. Aceptar que un menor ha sido extirpado de su país y cultura de origen después de haber sufrido la pérdida definitiva de su familia biológica para ser adoptado internacionalmente por una familia que sólo lo puede acoger pero no adoptar, representa el mayor fracaso al que nos podamos enfrentar, entendiendo precisamente que tanto profesionales como familia adoptiva tenemos parte de responsabilidad. En Cataluña la adopción internacional es un fenómeno relativamente joven que experimentó una importante crecida entre los años 1995 y 2006 (IDESCAT). De hecho, entre 1994 y 1995 la demanda de adopción internacional aumentaba el 129% en Cataluña (COLL 2004: 146-147 en ANZIL 2012: 68). Por lo tanto, aún tenemos poca experiencia con la adolescencia, momento especialmente difícil para cualquier familia. Es cierto que tenemos cifras reducidas sobre fracaso en la adopción que haya terminado con la retirada del menor de la familia adoptiva (*La Vanguardia*, 19-02-2012), sobre todo si nos comparamos con otros países más experimentados (BERASATEGUI 2005: 74-79). Ahora bien, si tenemos en cuenta la larga trayectoria de nuestros vecinos europeos y norteamericanos en adopción internacional (SAN ROMÁN, 2010: 6) comprenderemos que todavía nos queda mucho por aprender. Los profesionales que colaboramos en adopción internacional en Cataluña debemos estar alerta en un momento tan crucial como el actual: la llegada a la adolescencia de un gran volumen de criaturas que han sido adoptadas en los últimos años.

El otro gran reto al que nos enfrenta-

mos, y debemos hacerlo con fuerza e intransigencia, es a la posibilidad del origen dudoso de una criatura. La situación social desesperada de muchas familias de los países de donde provienen los niños, o la corrupción y falta de escrúpulos de aquellos en situación de poder, y por otro lado la impetuosidad del deseo de convertirse en padres de aquellos que no pueden serlo por otro medio, ha conducido y puede conducir a situaciones inmorales de absoluta falta de ética (ANZIL 2012: 85-92), además de incurrir en delitos muy graves desde la perspectiva legal.

Tanto la necesidad de velar para que estas situaciones de origen dudoso no se produzcan como la de trabajar con las familias desde la etapa pre-adoptiva hasta la post-adoptiva se han puesto sobre la mesa a nivel nacional e internacional. De aquí se deriva la regulación jurídica más importante que ampara a los menores en el ámbito de la adopción en derecho internacional: el Convenio de La Haya de 1993 obliga a los países firmantes a “adoptar medidas que garanticen que la adopción internacional se haga en consideración al interés superior del niño y previniendo el tráfico de niños”. Las autoridades del país de origen deben examinar todas las posibilidades del niño para verificar que efectivamente el niño es adoptable, es decir, que la adopción internacional representa la única oportunidad de tener una familia. De la misma manera, “el país receptor debe comprobar que los padres son adecuados, aptos y que están asesorados para realizar una adopción internacional”.

Efectivamente, la norma fundamental que constituye el principio del interés superior del niño representa una supraprotección hacia la infancia al considerarla uno de los “grupos no efectivamente protegidos ya sea

por discriminación o por circunstancias particulares de vida que dificultan su acceso a mecanismos de protección” (Cillero 2003: 5). La legislación española, que ratifica el Convenio en 1995, deja claro en la ley orgánica 54/2007 que la adopción internacional sólo será válida en el caso de que lo sea en el país de origen, y en ningún caso se podrá llevar a cabo si no hay una autoridad competente en el país de origen o bien si no está en consonancia con el interés superior del niño (BOE 312, 2007). También desde Cataluña, en la Ley 14/2010, de derechos y oportunidades del niño y el adolescente, que modifica la anterior Ley 13/1997 (que da origen al ICAA, entonces ICA), se marcan las funciones de la autoridad competente en el país en adopción internacional. El Instituto Catalán de la Acogida y la Adopción, ICAA, debe fomentar el derecho de los niños a tener una familia, gestionar los equipos técnicos encargados de la valoración psicosocial de aquellos que desean adoptar, apoyar a las familias y menores, velar por la realización de un correcto seguimiento post-adoptivo y, finalmente, supervisar la labor de las Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional, las ECAI.

Entendiendo que en el proceso de adopción internacional según el Convenio de La Haya hay otro agente implicado en parte del menor y los padres adoptivos, la ECAI, tenemos un sistema donde el papel que esta juega es fundamental. Esta concepción sitúa a los profesionales de la ECAI en una posición importante como mediadora entre las partes de este proceso. La ECAI está formada por un equipo multidisciplinar (*Decreto 97/2001*) donde tienen cabida abogados, psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales (*Cartera de Servicios Sociales de Cataluña 2010-2011*). Esta multidisciplinariedad es sin

duda enriquecedora, y, pensando en el funcionamiento interno, es evidente que el trabajador social deberá realizar una tarea de aglutinamiento y también de puente entre disciplinas más alejadas entre sí como lo son la psicología y el derecho. Un buen funcionamiento del equipo es fundamental para dar una información veraz y unívoca entre todos los profesionales, para actuar conjuntamente con una misma filosofía y valores que maximicen las garantías de éxito para el menor y la familia. No podemos perder de vista la perspectiva que enmarca a la ECAI dentro de los servicios sociales de Cataluña y que, por tanto, la aleja de una concepción mercantilista y de funcionamiento empresarial. La ética en la ECAI se inicia desde la dinámica de trabajo honesto y riguroso entre el equipo, con las administraciones y con el resto de agentes implicados, y el trabajador social debe ser un promotor incansable.

Así, el rol del equipo de la ECAI, por un lado, facilita trámites administrativos y da seguridad jurídica, acompaña legalmente a los padres y madres que quieren adoptar. Precisamente esta tarea de coordinación con el país de origen del menor se llevará a cabo con rigor y extremo control. En segundo lugar, la responsabilidad de la ECAI es la de velar por la veracidad y exhaustividad de la información personal, familiar, psicosocial y médica del niño, no sólo para trabajar dentro del marco de la legalidad y la ética sino precisamente comprendiendo que toda esta información forma parte de la vida de un menor que es protagonista y que, por tanto, le pertenece. De este modo, con el traspaso de la historia personal, social y médica a los padres adoptivos, éstos se convierten también en portadores de la historia de su hijo o hija. Por este motivo debemos ayudar a abor-

dar y a digerir las informaciones que sean más duras o difíciles de encajar, entendiendo siempre que debemos acompañar y no censurar u ocultar.

Para los profesionales la búsqueda de esta información, por lo tanto, nos implica un contacto con el país de origen (autoridad competente, orfanatos, casas o familias de acogida, personal médico, representantes de la ECAI en el país de origen, consulados, ministerios, etc.). Es fundamental que los trabajadores sociales tengamos en cuenta las diferencias culturales, sociales, religiosas, discursivas, etc. para poder leer entre líneas y poder construir la relación con respeto y adecuación. De nuestra capacidad profesional de comprender la diferencia y de integrarla en el propio discurso nace una relación de conocimiento mutuo imprescindible para realizar un trabajo de transparencia ética. Los trabajadores sociales debemos llevar a cabo esta gestión de la interdisciplinariedad y la internacionalidad de los agentes implicados sin perder de vista en ningún momento el interés superior del niño, que, sin duda, pasará también por la acogida que pueda hacer la familia adoptiva.

Por otra parte, el traspaso de la historia de vida conocida implica también la relación y el trabajo con los padres adoptivos, con su emocionalidad y subjetividad. Es decir, el/la trabajador/a social dentro de la ECAI también debe acompañar de otra manera, precisamente comprendiendo el trabajo de preparación de la adaptación de los nuevos componentes de la familia. Para realizar esta segunda tarea fundamental el trabajo es formativo. "Formación" significa que los contenidos trabajados modificarán a la persona, le proporcionarán unos cimientos nuevos en los que basarse y a partir de los cuales cons-

truir. El trabajador social, conjuntamente con otros miembros del equipo, debe facilitar la reflexión y la comprensión de la realidad del nuevo hijo y debe dar seguridad emocional, recursos y estrategias a los padres que están en proceso de espera y los que ya han adoptado. En resumen, el equipo profesional de la ECAI debe ser una garantía ética del niño desprotegido, y esto es posible sólo a través de la honestidad, el acompañamiento y el respeto o la mirada atenta.

- **El treballador social, conjuntament amb altres membres de l'equip, ha de facilitar la reflexió i la comprensió de la realitat del nou fill i ha de donar seguretat emocional, recursos i estratègies als pares que estan en procés d'espera i als quals ja han adoptat.**

Bibliografía

- ANZIL, F. *Si yo cerrara los ojos y la tuviera delante, o sea, sin mirarla... sería una niña totalmente española, catalana, de aquí. Representaciones, identidades y filiaciones en la adopción internacional en Cataluña*. [Tesi doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2012. DL: T. 156-2012 [consulta: març 2013]. <http://hdl.handle.net/10803/73969>.
- BALLÚS, E. *Elaboració del complex d'Èdip en nens adoptats: dols i vincles*. [Tesi doctoral] Barcelona: Universitat Ramon Llull, 2009. B. 45260-2009 [consulta: abril 2013]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/9273?show=full>.
- BERASATEGUI, A. "La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid." Madrid: *Consejo económico y social*. Colección Estudios, núm. 27 (2005). ISBN: 84-451-2818-3 [consulta: abril 2013] http://www.sp.upcomillas.es/sites/redif/Lists/Actividades/Attachments/8/La_Adaptacion_Familiar.pdf.
- BERASATEGUI, A. *El País* 29/12/2004. ISSN: 1134-6582 http://elpais.com/diario/2004/12/29/sociedad/1104274804_850215.html.
- *Cartera de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya 2010-2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, servei de suport a l'adopció internacional. [consulta: maig 2013]. https://bsf.gencat.cat/ccs/prestacio_read.do.
- CENTER FOR HUMAN RIGHTS. "Human Rights and Social Work, a manual for schools of social work and the social work profession", en *Professional Training Series*, núm. 1. Nova York; Ginebra: United Nations, 1994. ISBN: 92-1-154104~2. ISSN: 1020-1688.
- CILLERO, M. "El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre Derechos del Niño.", en TEMUCO, (octubre 2003). Pág. 51-70. Chile. Registro de Propiedad Intelectual: 135.317 [consulta: març 2013]. <http://www.escr-net.org/docs/i/408745>.
- *Convenció dels Drets de l'Infant de les Nacions Unides*, 1989. [consulta: febrer 2013]. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- *Decret 97/2001, de 3 d'abril, sobre l'acreditació i el funcionament de les entitats col·laboradores d'adopció internacional*. Barcelona: DOGC núm. 3369. [consulta: maig 2013]. <http://www.upf.edu/sintesi/2001/da97.htm>.
- FUENTES, M. J. i FERNÁNDEZ, M. "Variables de riesgo y prevención del fracaso en las adopciones especiales", en *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, núm. 6-7, segona època (desembre 2000-juny 2001). Pág. 159-174. ISSN: 1139-1723 [consulta: abril 2013]. <http://www.uned.es/pedagogia-social.revistainteruniversitaria/pdfs/02%20-%2006%20-%2007/09%20-%20fuentes.pdf>.
- *Hague Conference on Private International Law. Convenio de 29 de mayo de 1993 relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional*. Hague, 1993. ISBN: 90 399 0782 X [consulta: febrer 2013]. http://www.hchc.net/index_es.php?act=conventions.text&cid=69.
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (IDESCAT). *Adopció internacional. Infants adoptats per països* [en línia] [consulta: març 2013]. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=855&t=2012&x=12&y=0>.
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (IDESCAT). *Adopció internacional. Sol·licituds d'adopció per països* [en línia] [consulta: març 2013]. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=854&t=2012&x=13&y=4>.
- *Llei 54/2007, de 28 de desembre, d'Adopció Internacional*. Madrid: BOE 312, 2007. ISSN: 0212-033X. http://adopcions.xunta.es/files_editor/Info/Ley_542007_Adopcion_Internacional.pdf.
- PALACIOS, J. "La aventura de adoptar. Guia para solicitantes de adopción internacional". *Informes, estudios e investigación 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. ISNB/ISSN: M-41312-2010.
- PARLAMENT DE CATALUNYA. *Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Diari de sessions del Parlament de Catalunya*, sèrie P, núm. 120/VIII. DL: B.3611-2011 [consulta: febrer 2013]. <http://www.parlament.cat/activitat/catalog/TL115.pdf>.
- SAN ROMÁN, B. "Adoption Summit 23-26 de setembre de 2010, Universitat de Waterloo, Canadà.", en *Adopcions, famílies, infàncies*, núm. 22 (2010). Pág. 4-13. [en línia]. Sofia Gaggiotti. ISSN: 2013-2956 [consulta: març 2013]. http://www.academia.edu/1226842/AFIN_Newsletter_22_Diciembre_2010_Participacion_de_AFIN_en_congresos_internacionales_II.
- *LA VANGUARDIA*, "Más de 70 niños adoptados son abandonados por familias catalanas en la última década", 19 febrer 2012. DL: B-6.389-1958 [consulta: març 2013]. <http://www.lavanguardia.com/vida/20120219/54257562144/mas-70-ninos-adoptados-abandonados-familias-catalanas-ultima-decada.html>.

¿Partimos de la necesidad y voluntad de la persona o partimos de su bienestar según el equipo? Cómo influye la perspectiva profesional ante situaciones de ética con personas con demencia incapacitadas legalmente

Duna Ulsamer Riera¹

Resumen

Partir de los principios éticos (beneficencia, no maleficencia, de autonomía y el principio de justicia) en el trabajo social, cuando nuestra tarea es de acompañamiento a personas que sufren un deterioro cognitivo, hace que estos muchas veces estén en situación de tanteo: ¿cómo nos planteamos la voluntad expresada por una persona, cuando desde nuestra perspectiva el plan de trabajo pasa por la no aceptación de esta voluntad? Partir de los principios de la atención centrada en la persona y la incertidumbre de trabajar con voluntades que difieren con la perspectiva del rol profesional plantea situaciones donde la ética debe transformarse.

Palabras clave: Principios éticos, perspectiva, atención centrada en la persona, transformación.

Para citar el artículo: ULSAMER RIERA, Duna. ¿Partimos de la necesidad y voluntad de la persona o partimos de su bienestar según el equipo? Cómo influye la perspectiva profesional delante de situaciones de ética con personas con demencia incapacitadas legalmente. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 122-127. ISSN 0212-7210

Abstract

By basing social work on ethical principles (beneficence, non-maleficence, autonomy and justice) considering that our task is to support people with dementia, they might be often staggered: How do we face someone's will when the programmed working plan is based on the non acceptance of this will? Basing our work on person-centered care principles and the uncertainty of working with wills which do not meet our professional role perspective creates cases where ethics should be transformed.

Key words: Ethical principles, perspective, person-centered care, transformation.

¹Trabajadora social y Técnico Superior en Integración Social. Postgrado en Conflicto, Violencia y Mediación comunitaria. Alzheimer Catalunya Fundació. duna_ulsamer@yahoo.es.

¿De dónde partimos?

Desde la distancia, aunque corta, pero intensa, parto del rol de referente tutelar de personas incapacitadas legalmente, sin un entorno familiar o cercano que pueda asumir las responsabilidades y asumir las decisiones que tienen que ver con el bienestar de todo lo que se refiere a sus esferas.

Existe un replanteo de trabajar desde esta posición de responsabilidad para lograr que las personas tengan un acompañamiento en el camino de la demencia y en el camino del final de vida, desde un punto de partida que hay que refrescar: valorar a la persona por quien es, desde la unicidad y su realidad. Partiendo de generar bienestar y confort, partiendo de sus necesidades.

Para ejemplificar las dificultades, las preguntas y los diferentes impactos que surgen desde la tarea que supone poder garantizar el bienestar durante el acompañamiento de personas con un deterioro cognitivo, planteo una reflexión a partir de una situación real. Esta situación me ha llevado a elaborar una serie de cuestiones que van más allá de una decisión. Donde hay que hacer una parada para plantearse, como profesional y como equipo interdisciplinario, algo. Revisar si las acciones y el plan de intervención planteado tienen que ver con las necesidades reales de la persona, o partimos sólo de nuestra perspectiva profesional, válida, pero planteando si se puede elaborar un plan donde la persona tenga voz de manera visible.

¿Con quién trabajamos?

Emili es un señor que ha vivido de la música y de su manera de ser para poder trabajar ante el público.

Nacido en Andalucía y muy cercano a su familia y a la tierra, sufrió un duro golpe con la muerte de su padre, cuando era sólo un adolescente. Este hecho desencadenó sobrevivir y soportarlo a través de la bebida de manera desmesurada hasta sufrir una situación de alcoholismo permanente que, con los años, ha comportado un deterioro cognitivo.

Esta situación se va agravando con el paso del tiempo y el hecho de seguir en activo bebiendo. Esto lo lleva a no poder seguir trabajando, y rompe con su vida personal y familiar, ya que verbaliza no necesitar ayuda de ningún miembro de su familia.

La situación se agrava cuando por estas circunstancias personales no tiene un lugar estable para vivir y entra en la rueda de los servicios que atienden a personas en situación de exclusión.

Después de cuatro años de no tener un referente que pueda responsabilizarse de la situación y las decisiones que tienen que ver con la vida de Emili, por sentencia judicial, una entidad tutelar asume el cargo de tutor legal según el artículo 200 del Código Civil¹ y ejerce la figura de “capaz” para poder afrontar diferentes decisiones que afectan a su vida.

Pero ¿qué significa que una persona esté incapacitada? Partiendo de la pérdida de capacidad ante la ley, el equipo nos plantea-

² Según el artículo 200 del Código Civil, son causas de incapacitación “las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

mos poder dar respuesta a esta situación, partiendo del acompañamiento y el principio de la Atención Centrada en la Persona de ser capaces de reducir la discapacidad, ponemos el énfasis en las necesidades y voluntades de Emilio.

El principio de autonomía (Childress y Beauchamp) acentúa la posibilidad de poder actuar como agente moral a partir de las capacidades que conserva una persona con deterioro cognitivo. ¿Cómo el equipo parte de este principio? ¿Dónde entran los límites? ¿Cómo podemos de nuevo capacitar? ¿Teniendo en cuenta el impacto de una incapacitación?

Un equipo debe ser capaz de poder trabajar desde las cuestiones que van más allá de la toma de decisiones, poder otorgado según sentencia judicial, y plantearse, desde la perspectiva de Emili, cómo debe ser el hecho de que haya unos responsables que toman decisiones por uno mismo.

¿Hay trabajo en red?

Los recursos que están dando apoyo a la vida diaria de Emili verbalizan que necesitan gestionar lo que se refiere a su salud y control de síntomas, debido a que se encuentra en un momento activo de su adicción y la normativa de los recursos es clara en este aspecto; la flexibilidad de la permisión de determinadas conductas adictivas, hay que transformarlas.

El plan de intervención realizado parte en este caso del trabajo en equipo, interdisciplinario y con el encargo como órgano tutelar, para cuidar de la persona incapacitada.

Su función consiste en suplir o complementar las facultades de entendimiento y decisión de esa persona con el objetivo de que pueda ejercer todos sus derechos y obligaciones con garantías.

Esto nos hace plantear cómo las entidades públicas o entidades que no tienen asumida la tutela tratan este hecho.

Desde la perspectiva de intervención más biomédica, se plantea que la persona es un agente pasivo, cuyo responsable debe poder ayudar a dar respuesta a “problemas que surgen”. En el caso de Emili, está la problemática de seguir siendo un bebedor en activo, y la solución que se plantea es la de erradicar el problema, y en este punto nos planteamos dónde queda la voluntad del señor Emili.

Como equipo con experiencia y pericia en trabajar con personas mayores, que sufren una demencia, nos encontramos en una situación nueva, ya que nos planteamos ayudar a una persona que padece el síndrome de Korsakoff, cuyo rasgo característico es que ha desarrollado un deterioro cognitivo debido al abuso de alcohol.

Nos hace plantear una nueva manera de poder acercarnos a las necesidades que tiene el sr. Emili, partiendo de la ACP,² averiguando desde qué necesidades emocionales o psicológicas partimos, para poder darle un abanico de recursos que sigan estas necesidades.

El aprendizaje como equipo ha sido importante, podemos partir de estas necesidades de Emili, y no tanto desde las necesidades de los recursos, pero el camino ha sido difícil.

³ Atención Centrada en la Persona: Concepto de trabajo enriquecido con personas con demencia, según Tom Kitwood.

La demanda clara por parte de los recursos de poder desintoxicar al sr. Emili para poder acatar las normas de éstos que utilizaba la red social, hace que le planteemos esta opción a él.

La respuesta es clara: él no tiene ninguna voluntad de querer desintoxicarse. Lo trabajamos en red, ya no sólo como equipo, sino con otros profesionales que están dentro del caso y hacen el seguimiento: profesionales que se encuentran en el centro donde vive; profesionales de la atención primaria (tanto a nivel médico como social).

Aquí empieza a tambalearse la parte ética: difuminamos el no de Emili ante la decisión por parte de los profesionales. Nos amparamos en la sentencia judicial que habla de incapacitación, pero él tiene claro que quiere y qué no quiere hacer con su vida, y por eso difuminamos su derecho a decidir.

¿Dónde queda la voluntad de la persona? En este caso Emili verbaliza muy claramente el hecho de no querer entrar en un proceso de desintoxicación, ya que él cuenta que es su manera de vivir.

¿Hasta qué punto la persona es o no consciente de esta voluntad? O cuando verbaliza una voluntad y se hace lo contrario... ¿cómo se asume de manera emocional?

El equipo que tiene la responsabilidad de asumir el cargo de tutores legales, queremos ayudar a Emili a poder garantizar un bienestar desde todas las perspectivas posibles, pero el esfuerzo por parte de todos los profesionales es poder establecer nuevos puntos de referencia, partiendo sobre todo de la voluntad y las necesidades de Emili, desde su perspectiva. Esto establece la voluntad de transformación por parte del equipo, para dar la voz y poder aguantar el significado por parte de Emili de no querer entrar en este proceso.

Pero el equipo en ese momento aún no estaba preparado para poder ayudar desde este punto, y finalmente se decide a hacer la desintoxicación del señor, con la no voluntad expresada por su parte, pero con el respaldo de los diferentes profesionales que están interviniendo en el caso.

Se nos piden unos días para poder visitarlo, desde el centro donde se lleva a cabo la desintoxicación. Al poder realizar la primera visita, el señor Emili me recibe con una imagen para mí muy impactante: vulnerable, frágil, ansioso... son quizás las imágenes que me transmite a primera vista, pero cuando podemos empezar a hablar, al escuchar sus sentimientos y sus emociones, me remueve la decisión tomada.

Él es muy claro; con lucidez y de manera muy pausada, y mirándome directamente a los ojos, me dice que él lo único que sabe hacer es beber. Lo ha hecho desde que era muy pequeño, para sobrevivir a un hecho traumático, y es con la bebida como se siente la persona que es. Ahora mismo está perdido, no es él y eso no le ayuda.

Explicar el hecho traumático hace que yo empatice con su situación y su historia vital. Poder escuchar desde la sinceridad y entendiendo las emociones hace que me plantee de nuevo cuál es el papel que desarrollamos desde la entidad tutelar.

Si partimos del principio de beneficencia (descrito por Beauchamp y Childress junto con los principios de no maleficencia, autonomía y justicia) como la contribución al bienestar de los demás, tenemos que ver desde qué perspectiva lo hacemos: la del profesional que está elaborando el plan de intervención.

Esta perspectiva, elaborada y tomada desde la buena intención, y el hecho de ge-

nerar bienestar en la persona atendida, provoca que el precio a pagar sea la marginación de la persona que es sujeto de esta práctica, porque partimos del hecho de enfatizar la patología ante sus necesidades y emociones.

Después del proceso de desintoxicación que se realiza con éxito, y las recomendaciones por parte del centro de no volver a beber para poder salir adelante con éxito el proceso de desintoxicación, el señor Emili vuelve al centro, y se empieza a trabajar para seguir estas pautas para mantener el estado de sobriedad. Pero como el señor Emili ya me había dicho, él esperaba poder volver a estar en su entorno habitual para seguir haciendo lo que él quiere.

Y ahora, ¿qué?

Y así fue. El señor Emili vuelve a beber de manera habitual, rompiendo los pactos a los que queríamos llegar, y deshaciendo el plan de trabajo que los profesionales en red habíamos planificado para garantizar su bienestar a nivel médico y social.

El hecho de que volviera a beber de manera indiscriminada, desde el sufrimiento por parte de los recursos que estábamos apoyando al señor Emili, nos hizo parar y plantear desde el principio de autonomía: donde se plantea el derecho a la libertad en sus formas diferenciadas, a la autodeterminación. Es decir, respetar la autonomía de la persona significa respetar sus decisiones sobre la base de asumir las responsabilidades que puedan generar sus propias determinaciones.

Fue este hecho que nos planteó que quizá habría que incluir al señor Emili en el plan de trabajo, si lo que queríamos era con-

seguir alguna mejora. Elaborar conjuntamente los pactos, partiendo de que la realidad del señor Emili es el hecho de beber, llegamos a elaborar un calendario diario donde se decide la cantidad diaria de vino que podía beber.

Esto hace que él haya dejado de beber de forma indiscriminada, generando un beneficio en su estado de salud física, ha entrado en una dinámica de aceptación de pactos y algunas normas en el centro donde convive con otras personas que sufren alguna patología similar. Y es él quien asume la responsabilidad de control de la adicción.

En este punto, cuando planteamos el hecho de que una demencia es una patología degenerativa e irreversible, y en este caso tenemos la responsabilidad sobre esta persona, incapacitada legalmente, decidimos tomar la decisión de trabajar con la incertidumbre de qué puede pasar, poniendo por delante las necesidades de la persona, y su autonomía, por encima del hecho de neutralizar aquellos aspectos que pasarían delante en el aspecto de salud.

Conclusiones

Esta experiencia de acompañar a Emili hace plantear, tanto a nivel de rol individual como a nivel de equipo y de organización, desde qué perspectiva tomamos las decisiones.

■ **Esta experiencia de acompañar a Emili hace plantear, tanto a nivel de rol individual como a nivel de equipo y de organización, desde qué perspectiva tomamos las decisiones.**

Trabajamos desde nuestra perspectiva de profesionales. ¿Cuándo podemos hacer visible su perspectiva?

Surgen momentos en que los principios éticos afloran; es por ello que nos planteamos los nuevos puntos de referencia para poder transformar las dinámicas y también la visión que tenemos de la persona a quien estamos atendiendo.

Puntos de referencia que pasan por poder conocer a la persona, quién es, cuál es su historia de vida y cuáles son sus necesidades, sobre todo emocionales. Y cómo nuestra intervención llega a impactar a la persona a quien queremos ofrecer el máximo bienestar.

Ser capaces de crecer como equipo que está acompañando a una persona con deterioro cognitivo ha pasado por poder elaborar este acompañamiento desde una perspectiva diferente, sin perder nunca nuestra tarea, para la cual hemos sido designados, pero queremos trabajar desde la realidad de la persona.

Esto hace que lo podamos extrapolar a los recursos con los que trabajamos en red y que podamos elaborar una intervención a partir de las necesidades de la persona, hace que la intervención sea más honesta, y ayuda a los equipos a trabajar con la creatividad.

Las alternativas no siempre son válidas, y el camino para conseguirlas no es fácil. Pero el enriquecimiento como profesionales y como equipo, que no para de buscar estas alternativas, hace que el significado de acompañamiento tome unas dimensiones mucho más completas.

¿Qué nos hace plantear la ética ante una situación de demencia? Priorizar la calidad de vida y el bienestar de una persona con demencia es el punto de partida válido, pero debemos plantearnos, de manera constante, desde qué perspectiva elaboramos nuestra intervención, y debemos poder visibilizar en qué posición ponemos la voluntad de la persona.

Bibliografía

- BEAUCHAMP, T. L. i CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1983 (2a ed.). ISSN 0360-72831.
- CALDEDO, A. “Problemas éticos en la demencia avanzada”, en LÓPEZ POUSA, S.; TURON, A. i AGÜERA, L. F. *Abordaje integral de las demencia en fases avanzadas*. Barcelona: Ed. Prous Science, 2005. ISBN 978-84-81242195.
- KITWOOD, T. *Repensant la demència. Pels drets de la persona*. Vic: Eumo Editorial, 2003. ISBN 978-84-97-660242.
- KITWOOD, T. *Toward a theory of dementia care: ethics and interaction*. J Clin Ethics, 1998.
- Capítols de l'I al IX del títol VII de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de Família.

Conflictos morales y dilemas éticos: una propuesta de reflexión desde la salud mental

Lola Serna González¹ y Magda Casademunt Vives²

Resumen

Los dilemas éticos forman parte de la práctica cotidiana del trabajo social. Pero en el campo de la salud mental hay un elemento que incide de manera especial: la afectación que en determinados momentos de la enfermedad en las capacidades de la persona. Esta característica, sumada a la historia y al estigma que arrastran las personas con trastornos mentales, hace que haya que tener especial cuidado, dado que algunas intervenciones que se realizan “por el bien de la persona” pueden suponer una violación de sus derechos fundamentales.

En este artículo expondremos, a partir de casos reales, los conflictos y dilemas éticos que nos surgen en nuestra práctica diaria y las herramientas que tenemos para abordarlos.

Parlabras clave: Ética, moral. Trastorno Mental Grave.

Para citar el artículo: SERNA, Lola; CASADEMUNT, Magda. Conflictos morales y dilemas éticos: una propuesta de reflexión desde la salud mental. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 128-136. ISSN 0212-7210

Abstract

Ethical dilemmas are part of the daily Social Work practice but in mental health there is an element influencing in a special way: how illness affects the person's capacity in certain moments. This added to the personal history and the stigma inherent to people with mental disorders requires a special care since some interventions carried out for 'the person's sake' may imply a violation of their basic rights.

In this article real cases are shown to observe conflicts and ethical dilemmas that appear in our daily practice as well as the tools we have to face them.

Key words: Ethics, moral, severe mental disorder.

¹ Trabajadora social. Red de Salud Mental del Institut d'Assistència Sanitària de Girona. lola.serna@ias.scs.es

² Trabajadora social. Red de Salud Mental del Institut d'Assistència Sanitària de Girona. magda.casademunt@ias.scs.es.

Para empezar diferenciaremos entre los conflictos morales y los dilemas éticos. Según la definición de Begoña Román:³ “Moral es la vivencia cotidiana de adhesión a valores, principios y normas a partir de las cuales juzgamos los actos como correctos o incorrectos... La ética es la filosofía moral, es decir, reflexión crítico-racional sobre la moral”

De modo que los conflictos morales son los que nos hacen plantear lo que tenemos que hacer frente a las situaciones complejas que nos encontramos, mientras que los dilemas éticos son los que nos deberían hacer reflexionar sobre el porqué de nuestras actuaciones.

Los Centros de Salud Mental (CSM) atienden prioritariamente a personas que padecen trastornos mentales graves (TMG) de larga duración que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. El trabajador social, como miembro de estos equipos interdisciplinarios, aportamos nuestro conocimiento de “lo social” en la elaboración del plan terapéutico. Por otra parte, el trabajador social del equipo de salud mental es el encargado de poner en contacto, coordinar, mediar y “traducir los lenguajes” entre los profesionales de salud mental y los servicios comunitarios con el objetivo de garantizar una atención unificada en pro de las personas para las que trabajamos.

Partimos de que la función principal del trabajo social, que según F. J. Bermejo⁴ es: “la promoción de una sociedad en la que cada grupo y cada individuo pueda vivir con

■ **Los principios básicos del trabajo social que, según el Código de Ética del Trabajo Social, debemos tener en cuenta y respetar son: dignidad de la persona, aceptación y no discriminación, autodeterminación, intimidad-confidencialidad, participación, responsabilidad y competencia profesional y derechos humanos.**

la máxima plenitud su condición humana y la de remover aquellos obstáculos que puedan impedirlo en cada caso concreto.”. Los principios básicos del trabajo social que, según el Código de Ética del Trabajo Social, debemos tener en cuenta y respetar son: dignidad de la persona, aceptación y no discriminación, autodeterminación, intimidad-confidencialidad, participación, responsabilidad y competencia profesional y derechos humanos.

Pero por clara que tengamos esta finalidad, así como sus principios y obligaciones, fácilmente nos encontramos en situaciones que nos hacen dudar sobre la manera más adecuada de actuar.

Un principio básico en la atención a las personas es el respeto a su dignidad y a su derecho a decidir sobre cualquier aspecto que tenga que ver con su persona. Pero cuando trabajamos con personas que padecen trastornos mentales graves nos encontramos que, en determinados momentos, la percepción de la realidad está alterada, tienen di-

³ ROMÁN MAESTRE, diciembre 2009.

⁴ BERMEJO, 1997.

ficultades para comprender lo que está pasando y les es difícil o imposible tomar decisiones. Estas situaciones les hacen vulnerables y exigen de los profesionales una atención especial a la hora de intervenir a fin de proteger sus derechos fundamentales, evitar situaciones de riesgo y el abuso de terceras personas.

Por otra parte, la historia de la enfermedad mental ligada a los manicomios y a la locura y la reciente e incompleta reforma psiquiátrica, que ha pasado de un modelo de institución total a un modelo comunitario falto de recursos, no han ayudado a luchar contra el estigma de estas enfermedades. La sociedad en general, los profesionales, las familias y los propios afectados estamos impregnados de las ideas preconcebidas y los prejuicios que rodean las enfermedades mentales.

Así el hecho de tener afectadas las capacidades y la falta de credibilidad que provoca el estigma son los elementos sobre los cuales pivotan la mayor parte de los dilemas éticos a los que nos enfrentamos.

■ **El hecho de tener afectadas las capacidades y la falta de credibilidad que provoca el estigma son los elementos sobre los cuales pivotan la mayor parte de los dilemas éticos a los que nos enfrentamos.**

A continuación exponemos una serie de situaciones y casos prácticos que nos encontramos en nuestro día a día, para ilustrar esta moral conflictiva y plantear las cuestiones que nos suscitan.

Conflictos en torno al respeto a la voluntad de la persona

Joaquim tiene 46 años. A raíz de haberlo encontrado semiinconsciente en la calle, ingresa en un hospital donde se le diagnostica un cuadro psicótico y un importante déficit de nutrientes. A continuación se le traslada al servicio de rehabilitación del hospital de su ciudad de origen. Joaquim se fue de casa hace 13 años, rompiendo el vínculo con su familia, y hace más de 10 que vive en la calle. A pesar del distanciamiento de la familia, Joaquim continúa empadronado en casa de sus padres, lo que implica que no haya tenido nunca derecho a ningún tipo de prestación. Durante la hospitalización se contacta con la familia y reinician la relación con muchas reservas por parte de ambos lados, debido a las diferentes vivencias del pasado. Desde el hospital se trabaja un plan de alta en el centro de acogida de transeúntes y la vinculación al CSM y se acuerda un plan de tratamiento y de reinserción social. Al cabo de unos días de ser dado de alta del hospital, Joaquim se despide de la familia y vuelve a vivir en la calle. Desde entonces mantiene contacto telefónico con los hermanos y lo visitan de vez en cuando en la calle.

A menudo el abordaje de personas que padecen un trastorno mental grave se inicia a partir de un ingreso involuntario en el hospital, y cuando las personas empiezan a encontrarse mejor se trabaja la vinculación al centro de salud mental y se negocia un plan de tratamiento, rehabilitación y reinserción. Estos planes suelen incluir prestaciones sanitarias (visitas individuales y familiares, actividades de rehabilitación, intervenciones psico-educativas, medicación...) y prestaciones sociales (seguimiento TS del CSM, ayudas económicas, PIRMI, servicio de ayuda a domicilio, rehabilitación laboral, alojamiento...). Con el paciente se acuerda el plan terapéuti-

co y siempre que hay vínculos familiares, y el paciente lo acepta, se incluyen en el mismo. A menudo estos planes cuentan con la intervención de otros servicios y se pide el consentimiento de coordinación a la persona y/o a sus familiares o representantes legales.

Los profesionales de salud mental tenemos claro que hay que intervenir ante situaciones de riesgo importante para la persona que padece la enfermedad o para terceras personas. Pero a menudo nos encontramos situaciones no tan claras ante las que nos surgen dudas:

- La mejora de Joaquim va ligada a la atención hospitalaria y al tratamiento recibido. Evidentemente hay un alto riesgo de recaída, pero ¿es suficiente este riesgo para poner en duda su capacidad de decidir?
- ¿Los objetivos de mejora de su calidad de vida son los del cliente o son los que nosotros pensamos que la persona necesita?
- Esta decisión puede encaminar a la persona hacia la exclusión social y la autodestrucción. ¿Hay que intervenir preventivamente? ¿Debemos esperar a intervenir cuando la situación se agrave o debemos forzar antes la intervención? ¿Puede poner en riesgo a otras personas?
- ¿El derecho a decidir está por encima del derecho a una vida digna?

Dudas sobre la capacidad de la persona

Joana tiene 60 años. Empezó a tener problemas relacionales con la familia a partir de la adolescencia porque quería ser independiente. Casada y separada en dos ocasiones no mantiene relación con la familia desde que se marchó hace muchos años de su ciudad de origen. Sigue tratamiento en el CSMA

desde hace 20 años. Ha vivido en el albergue de transeúntes, en un hogar residencia y, en los últimos años, en pisos y habitaciones de alquiler. Ha trabajado 3 años en un centro especial de trabajo. A raíz de un accidente laboral inicia un periodo de descompensación que se alarga durante los 2 últimos años, durante los cuales realiza 2 ingresos involuntarios y deja el tratamiento al recibir el alta. Mantiene buenas capacidades de autocuidado, habilidades para la vida diaria e instrumentales, pero es incapaz de llevarlas a la práctica debido a las ideas delirantes que presenta. Esto hace que Joana no pueda resolver los problemas y que éstos se vayan agravando con el tiempo (cobro indebido de la pensión, perder el trabajo, relaciones con personas conflictivas, desabucio del piso de alquiler, etc.).

En los últimos años el número de incapacitaciones de personas con enfermedad mental se ha disparado en Cataluña. Este incremento y el derecho a decidir, e incluso a equivocarnos, nos lleva a plantear una serie de cuestiones:

- Cuando empiezo a pensar en la posibilidad de iniciar un procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, ¿estoy protegiendo al presunto incapaz o me estoy protegiendo a mi misma? ¿Veo la incapacitación como una solución mágica a problemas muy complejos?
- Si considero que mi deber es informar y serán los estamentos judiciales que decidirán, ¿tengo en cuenta cómo afectará esto al vínculo terapéutico que tengo con el paciente? ¿Valoro que es posible que la respuesta judicial no se ajuste a la propuesta y que se haga una medida protectora excesiva?
- ¿No nos corresponde a los trabajadores sociales, conjuntamente con los otros profesionales implicados de den-

tro y fuera del equipo, iniciar incapacitaciones como último recurso? ¿Se están disparando las incapacitaciones por la falta de recursos para atender las necesidades de este colectivo?

- ¿Estamos siendo paternalistas cuando decidimos informar de una situación como ésta a la Fiscalía?

Cuando la persona con un TMG puede tener dificultades para ejercer un rol social o puede suponer un riesgo para terceros

Helena tiene 44 años, está casada y tiene dos hijos menores. Tiene estudios de auxiliar de enfermería y ha trabajado en diferentes puestos relacionados con su formación. Coincidiendo con el nacimiento de su primer hijo inicia un cuadro delirante que se va agravando con el paso del tiempo (aislamiento social, desescolarización de los menores, denuncias a empresas donde trabaja, evitación de los servicios sociales...) hasta requerir un ingreso involuntario donde inicia tratamiento con buena respuesta. Al alta retoma la vida familiar y laboral con buen funcionamiento, hasta que al cabo de un año abandona el tratamiento y vuelve a presentar ideación delirante que repercute negativamente en la relación con el marido y los hijos. Las condiciones socioeconómicas de la familia dificultan llevar a cabo una separación del matrimonio. Joana trabaja haciendo servicios de ayuda domiciliaria de personas discapacitadas y presenta nula conciencia de trastorno, rechazando todo tipo de tratamiento médico y farmacológico.

Con frecuencia nos encontramos con servicios de atención a la infancia que se ponen en contacto con nosotros cuando se enteran de que un progenitor padece un trastorno mental grave, planteando dudas sobre su capacidad parental sin que haya indicios que lo indiquen. Pero también es cierto que en determinados casos somos los profesio-

nales de salud mental quien primero detectamos indicios de riesgo en hijos de personas con trastorno mental grave y nos sentimos obligados a informar a familiares y/o servicios a fin de que activen medidas de protección. Por otro lado nos encontramos pacientes que nos expresan el deseo de tener hijos o mujeres que se quedan embarazadas de forma accidental o voluntariamente. También nos encontramos personas que quieren desarrollar trabajos que implican responsabilidades importantes. **Tanto cuando los clientes nos piden ayuda como cuando no hacen, no resulta nada fácil aconsejar y/o decidir sobre lo que se debe hacer.**

- ¿Podemos “medir” la capacidad de alguien para ser padre o madre? ¿Quién somos nosotros para negarles el derecho a ser padres en base a unas estadísticas?
- Para proteger a los menores estamos desprotegiendo al progenitor enfermo, que también es una persona vulnerable. Si activando medidas de protección de los menores se rompe el vínculo con nuestro cliente, ¿con quién contará?
- ¿Podemos exigir a los familiares que sufran la negativa de la persona enferma a hacer el tratamiento? ¿Podemos pedirles que hagan un papel de controlador que no les corresponde y que confirma la sensación de persecución del paciente?
- ¿Qué hacemos con los comunicados vecinales, policiales, de los servicios comunitarios referentes a personas que tenemos en seguimiento y están provocando problemas y altercados? ¿Somos nosotros los que debemos actuar?
- ¿Cómo actuamos cuando en la intimidad de la consulta una persona nos desvela que tiene unos planes que suponen un riesgo para otras personas?

Respeto a la intimidad: confidencialidad y secreto profesional

María tiene casi 60 años, hace tiempo que acude con regularidad a nuestro servicio. Mantiene una actitud infantilizada cuando se relaciona con los profesionales, pero con apoyo de su marido y de la trabajadora familiar conserva una cierta autonomía funcional en su día a día. Convive con su marido desde hace 30 años. En alguna visita comenta que el marido le grita y le insulta, pero últimamente también nos enseña algún morado en el brazo y la muñeca; lo minimiza y comenta que enseguida le salen moratones. Hace un año el marido sufrió un accidente de tráfico y tuvo que ingresar en un servicio residencial debido a las secuelas que le han quedado. Las dificultades personales de María impiden que pueda vivir sola y ha sido necesario buscar un servicio residencial para ella. De momento viven en servicios separados, ella de vez en cuando pide, sin demasiada convicción (o así lo queremos ver), poder estar juntos. Durante este tiempo, a pesar de los controles que se han pactado, se han dado situaciones de maltrato verbal y físico que ella minimiza diciendo que está acostumbrada y que el marido le da pena por la situación en la que se encuentra.

Los profesionales trabajamos con las personas que atendemos ofreciéndoles un espacio íntimo y de confianza, a partir del cual se establece el vínculo que permite hacer propuestas de intervención. Por otra parte en el abordaje de las personas con trastornos mentales graves a menudo es imprescindible el trabajo familiar y la coordinación entre diferentes profesionales y servicios. Siempre que es posible se pide el consentimiento de información y coordinación por escrito o verbalmente, dejando constancia en la historia:

- Pero, ¿qué tenemos que hacer cuando

la persona no puede o no quiere dar su consentimiento?

- ¿Trabajamos siempre con unos objetivos consensuados con la persona atendida? ¿Nos coordinamos siempre con el objetivo de promover un beneficio para el usuario?
- ¿Tenemos en cuenta qué riesgos tienen las historias clínicas informatizadas?
- ¿Nos paramos a pensar que en ocasiones la información compartida con un servicio o con los familiares para un objetivo concreto podría ser utilizada en detrimento de la persona?
- ¿Qué hacemos con las demandas judiciales de documentación indiscriminada?
- ¿Cómo actuamos cuando un paciente en un espacio confidencial nos cuenta que ha cometido un delito (pederastia, abusos, robo...)?
- ¿Y cuando lo que intuimos es que es el quien está siendo agredido?

Ser inmigrante y sufrir un TMG en el momento actual

Buba tiene 26 años. Es huérfano de padres y natural de Mali, donde viven sus hermanos. En 2001 emigró a Francia y desde el año 2003 reside en Cataluña. Realiza diversas tareas, comparte piso con compañeros y consigue permiso de residencia y trabajo. El año 2005 es diagnosticado de un trastorno mental grave, se vincula al Centro de Salud Mental cumpliendo con el tratamiento médico y farmacológico. Continúa trabajando en diferentes trabajos en precarias condiciones alternando con pequeños periodos de paro hasta el año 2009, que se encuentra sin trabajo ni ingresos y se le tramita un PIRMI. Sigue programa de rehabilitación psicosocial compaginado con acciones de inserción

laboral y encuentra trabajo. A pesar de su motivación, el trabajo resulta excesivamente estresante para él y termina descompensándose su enfermedad y no logra superar el período de prueba de un mes. Se vuelve a quedar en paro y sin ningún tipo de prestación económica ya que el PIRMI es difícil de recuperar en estos momentos.

La actual situación socioeconómica está afectando de manera extraordinaria a las personas inmigradas que sufren un trastorno mental grave y se encuentran en riesgo de exclusión **(en situación ilegal, sin familia, sin ingresos, sin vivienda...)**. Estas personas manifiestan su derecho a elegir dónde quieren vivir. Muchos no quieren irse porque en su país no pueden continuar con el tratamiento o allí no tienen ningún tipo de futuro.

- ¿Podemos dejar de atenderlos si no tienen cobertura sanitaria? ¿Y si no tienen recursos para comprar la medicación? ¿Y si pese a tener resuelto el tema sanitario, no pueden optar a ningún tipo de recurso social?
- ¿En quién estamos pensando cuando les animamos a volver a su país?
- ¿Tenemos claro dónde les espera un futuro más incierto?

¿Qué hacemos ante estas situaciones en las que se nos plantean conflictos morales?

Pese a que no podemos presentar soluciones hemos intentado concretar de qué manera resolvemos los conflictos morales en nuestro día a día.

- En primer lugar consideramos que

debemos analizar cada caso de forma individual ya que se trata de situaciones complejas en las cuales están en juego aspectos fundamentales de la vida de las personas.

- A continuación hay que hacer una valoración conjunta con los miembros del equipo que intervienen en el caso, así como con los profesionales de otros servicios implicados. Debemos intentar llegar a un diagnóstico de la situación consensuado y registrarlo en la historia clínica.
- A partir de aquí nos planteamos las diferentes alternativas de intervención evaluando los pros y contras de cada una. La mejor alternativa debería ser la que hiciera el máximo de bien posible al mayor número posible de personas afectadas por la situación.
- Finalmente informamos a las personas afectadas sobre la valoración y propuesta de intervención que hemos consensuado con el equipo, así como de las acciones que, contando o no con su aceptación, hemos decidido llevar a cabo.

Ante algunas situaciones este proceso resulta insuficiente y entonces contamos con la posibilidad de supervisar el caso con todo el equipo del centro, presentar el caso a la Comisión de casos complejos o al Comité de ética.

¿Y qué deberíamos hacer con las cuestiones éticas?

En primer lugar, como dice Sara Banks,⁵ será importante la reflexión crítica sobre el

⁵ BANKS, 1997.

ejercicio del trabajo social y la necesidad de comprender la complejidad y las contradicciones inherentes al rol del trabajador social. Entender cómo y por qué surgen en la práctica los problemas y dilemas éticos nos ayudará a reducir algunos sentimientos de culpa, responsabilidad y ansiedad a la hora de tomar decisiones éticas difíciles.

Tener bien integrados los principios del trabajo social y un buen conocimiento de los propios valores será importante para poder hacer un proceso de reflexión. ¿Tenemos contradicciones entre los propios valores y los del trabajo social? ¿Y entre los propios y los de la institución para la que trabajamos? ¿Esto interfiere en nuestra práctica y nuestra decisión?

Esta reflexión crítica la hemos de poder compartir, contrastar y analizar con el resto de compañeros y colegas con quienes trabajamos.

Contamos con algunas herramientas que nos dan un marco desde donde será más fácil ir acotando la discusión: las normativas legales, el código de ética del trabajo social, el código de ética de la institución y los códigos de ética de la resto de profesionales y/o instituciones en caso de que existan. En las instituciones donde haya un comité de ética, comisión de casos complejos... nos dan la oportunidad de disponer de un recurso importante.

También hay instituciones que optan por hacer auditorías éticas. Esta es una práctica que no está muy extendida en nuestro país, pero que podría ser interesante ir incorporando.

En todo caso sabemos que estas herramientas sólo nos facilitan el camino, pero no nos los resuelven, será en la reflexión y el debate desde donde podremos velar para que nuestras intervenciones sean lo más éticas posibles.

Bibliografía

- BANKS, Sara. *Ética y Valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Paidós Iberica (Paidós Treball Social, 2), 1997. ISBN 88449303951.
- BERMEJO, F. J. “La ética en el trabajo social”, en *RTS*, núm. 146 (1997). Pàg. 58-67 (pàg. 60 cita). ISSN 0212-7210.
- Codi d'Ètica i Deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Maig 2000.
- ESPINOSA, Julián. “Derechos y responsabilidades legales del enfermo mental”, en ALDAZ, J. A. *Rehabilitación del Enfermo Mental*. Madrid: SigloXXI, 1996. Pàg. 185-197.
- GARCIA ÀLVAREZ, Begoña. “Los profesionales del trabajo social y la ética profesional ante los nuevos retos y necesidades sociales”, en *Humanismo y Trabajo social*, Vol.6 (2007). Pàg. 173-188. ISSN 1696-7623.
- GISBERT, C. i col. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. AEN. Cuadernos técnicos, 6. Madrid, 2002.
- ROMÁN MAESTRE, Begoña. *Ètica en els serveis socials. Professions i organitzacions*. Departament d'Acció social i Ciutadania. Col·lecció Papers d'Acció social, 7. Desembre 2009.
- TERRICABRAS, Josep M. “Ètica, compromís i ideologia”, en *RTS*, núm. 146 (1997). Pàg. 6-14. ISSN 0212-7210.
- ÚRIZ PEMÁN, Maria Jesús. “Models de resolució de dilemes ètics en el treball social”, en *RTS*, núm. 175 (2004). Pàg. 6-27. ISSN 0212-7210.

Trabajo social, ética y toxicomanías: el valor de los principios bioéticos en la práctica diaria

Natàlia Ribas Muñoz¹

Resumen

Este artículo intenta reflejar la importancia de valorar el abordaje social de manera individualizada en función de las situaciones y particularidades de cada uno de los usuarios con los que trabajamos. El ámbito de las drogodependencias, y más concretamente de la reducción de daños, despierta una serie de dilemas éticos que necesitan un abordaje multidisciplinar y al mismo tiempo un corpus teórico que nos permita intervenir desde la ausencia de prejuicio, desde el conocimiento y desde la justicia.

Palabras clave: Ética, reducción de daños, autonomía, interrupción voluntaria del embarazo, toxicomanías.

Para citar el artículo: RIBAS MUÑOZ, Natàlia. Trabajo Social, ética y toxicomanías: el valor de los principios bioéticos en la práctica diaria. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 137-142. ISSN 0212-7210

Abstract

This paper wants to reflect the importance of valuing an individualized social approach according to the user situation and personal singularities. Drug dependence, and specifically Harm Reduction, raises ethical dilemmas which need both a multidisciplinary approach and a theoretical frame that allow us to intervene without prejudices, with knowledge and justice.

Key words: Ethics, harm reduction, autonomy, voluntary pregnancy interruption, drug addiction.

¹ Trabajadora social y Máster en Drogodependencias. CAS Fòrum y CSMA La Mina, Parc de Salut Mar. nribasmunoz@parcdesalutmar.cat

Introducción: moral, ética y trabajo social

Parte de la realidad se construye socialmente, y nos relacionamos en función de las normas instauradas en nuestro sistema social. No existe una moralidad específica y válida común a todos los sistemas sociales, *cuando se considera haber encontrado una norma moral universal la etnología siempre sale con alguna cultura excepcional* (CANIMAS y PEREDA, 2010). Tal y como afirma Gergen, podemos considerar la objetividad como una coalición de subjetividades. Así pues, en función de nuestros valores objetivados, se crean códigos de conducta y normas de convivencia socialmente validados. Nuestros valores y principios morales están condicionados por lo que histórica y culturalmente se ha convertido en correcto o incorrecto.

La ética se plantea el porqué de la moralidad, la argumenta. Las principales teorías éticas de las que se nutre el trabajo social son las utilitaristas y las deontológicas. Desde una perspectiva utilitarista, únicamente es lícito limitar la libertad individual en el caso de que las acciones del individuo coarcten la libertad del resto. *La acción correcta es aquella que produce un mayor peso del bien sobre el mal.*² La ética kantiana es la primera de las éticas conocidas como deontológicas, basadas en actuar según el deber sin tener en cuenta el resultado. Para Kant el sentido del deber nos lleva a actuar de buena voluntad, por encima de los instintos y los deseos naturales e innatos a los seres humanos.

El dilema ético lo encontramos cuando hay un conflicto de valores. La toma de decisión en los dilemas éticos está condicionada no sólo por el sujeto sino también por su situación, recordando la frase de Ortega y

Gasset hablamos del “yo y mis circunstancias”. Así pues, desde el trabajo social podemos contribuir tanto desde el empoderamiento personal como desde la modificación de situaciones injustas o complicadas.

Trabajo social sanitario y modelo bioético

Se debe tener presente cuál es el ámbito en el que trabajamos y para qué institución estamos llevando a cabo nuestros servicios. En este caso nos encontramos en el ámbito sanitario, concretamente en Salud Mental y Adicciones. Tal y como se especifica en el capítulo IV de nuestro código deontológico, debemos conocer y respetar los objetivos y la filosofía de la institución para la que trabajamos. Dentro de este marco institucional de toxicomanías debemos tener claro que la intervención social se encuentra dentro de un proceso terapéutico o de reducción de daños (a partir de ahora Redan) que se aborda desde una perspectiva multidisciplinar. Hay valoraciones y tomas de decisión que son específicas para cada perfil profesional, mientras que hay otros que se abordan desde la multidisciplinaridad, debido a la complejidad de tales decisiones. *Las éticas aplicadas son interdisciplinarias, porque sin trabajo conjunto no iluminamos ni un solo principio moral, ni una sola solución moral. Es un trabajo conjunto, pero por necesidad, no por opción* (CANIMAS y PEREDA, 2010).

■ **Las éticas aplicadas son interdisciplinarias, porque sin trabajo conjunto no iluminamos ni un solo principio moral, ni una sola solución moral.**

En la práctica del trabajo social podemos escoger entre una serie de modelos teóricos para actuar ante dilemas éticos.² En nuestro caso de nuevo hacemos hincapié en la importancia del ámbito y de la institución en la que desarrollamos nuestra labor, junto con la aceptación de las teorías del modelo. Por eso nos desarrollamos dentro del paradigma del modelo bioético. Éste se fundamenta en cuatro principios básicos: autonomía entendida como el respeto a las decisiones del otro, no maleficencia como la obligación de no hacer daño intencionado, beneficencia como trabajar por el bien del usuario, y la justicia como dar un trato equitativo y apropiado.

Reducción de daños en drogodependencias

En el ámbito de las drogodependencias nos surgen una serie de dilemas éticos que, en su mayoría, vienen dados por la capacidad (o incapacidad) del individuo para tomar una decisión adecuada para su bienestar. La adicción a sustancias es una enfermedad con grandes connotaciones morales que impiden verla como *una enfermedad crónica, que exige una actuación sanitaria similar a la que se sigue en las enfermedades orgánicas crónicas.*³ Si en el tratamiento de las adicciones se parte de que la intervención va orientada a terminar logrando la abstinencia a tóxicos y a hacer un cambio en los hábitos (con todos los matices posibles a aplicar a estas afirmaciones), te-

nemos que hacer un giro conceptual cuando hablamos de Redan. Entendemos Redan como las estrategias de intervención en drogodependencias y otras conductas que comportan riesgos para la salud. La intervención va orientada a dos objetivos principales: por un lado disminuir las consecuencias adversas que pueden derivarse del consumo activo de tóxicos sin intención de abandono y de las conductas asociadas, y por otro intentar poner en contacto al usuario con la red asistencial normalizada, dado que generalmente las personas que acceden a los programas de Redan desarrollan su vida en entornos de marginalidad.

Aplicación de principios éticos a partir de un caso real

Podemos exponer el caso de una pareja usuaria del espacio Caliu i Cafè y del Espacio de Venopunción Asistida (en adelante EVA) que a su vez está en el programa de mantenimiento con metadona (en adelante PMM) en nuestro centro. Se trata de una pareja de adultos jóvenes, politoxicómanos en consumo activo por vía parenteral, que cumplen con todos los indicadores de exclusión que plantea Esther Raya al definir la exclusión grave: ella no tiene ningún ingreso económico ni es tributaria de prestación social dado que es inmigrante y no tiene papeles; él percibe un subsidio por hijo a cargo (hijo que no vive con él). Subsisten pidiendo limosna o haciendo pequeños hurtos, viven en un local ocupado, ninguno de los dos tie-

² Para profundizar en los modelos, consultar RTS núm. 175

³ COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. [Página web]. [Data de consulta: maig del 2013]. <http://www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posicio_14.htm>.

ne estudios primarios, ella tiene acceso a sanidad pública dado que se le tramitó TSI por vía Redan,⁴ aparte de estar afectada de VHC y ser VIH+ con negativa para realizar tratamiento retroviral. Ambos hacen un seguimiento clínico errático. Tienen antecedentes legales, con constantes incursiones breves en centros penitenciarios. Su red social es escasa y también politoxicómana. Se encuentran faltos de apoyo familiar. La intervención social y sanitaria en su caso va dirigida exclusivamente a la reducción de daños, promocionando conductas de consumo higiénico y supervisado, relaciones sexuales con protección (especialmente ante el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas), el seguimiento clínico en la medida de lo posible y mantenimiento de los hábitos más básicos como la higiene y la alimentación. Se les ha hecho propuesta de tratamientos intensivos como ingreso en Comunidad Terapéutica (en adelante CT) pero lo han desestimado. También se han hecho propuestas de alternativas a vivir en un local y de derivación a comedores sociales, sin éxito. Además, se ha intentado que ella regularice su situación legal, sin ningún resultado. La intervención va condicionada a sus intenciones y deseos plausibles. Aunque proponemos opciones con finalidad integradora, la última palabra siempre la tienen ellos. Deciden libremente, y anteponen su derecho de autodeterminación sobre el derecho al bienestar básico. No hay ningún diagnóstico clínico invalidante, se trata de asumir que son personas libres que deciden tener un estilo de vida al margen de lo que socialmente se considera “normalizado” o “insertado”. No po-

demos (ni queremos) obligar a realizar cambios que serían socialmente deseables. *El Estado del Bienestar se ve también como un instrumento represivo de control social... El trabajo social contribuye a la expresión del altruismo de la sociedad (asistencia) y al refuerzo de las normas sociales (control)* (BANKS, 1997); ahora bien, siempre estaremos dispuestos a acompañar en los procesos de cambio que propongan, y nunca dejaremos de buscar alternativas que vayan encaminadas hacia la salud y el cuidado del propio bienestar. No podemos imponer ni obligar alegando sentido común. *La intervención social no es aplicar los recursos, no es transformar a los individuos para que sean gobernables, sino que es buscar las maneras de coproducir con ellos* (CANIMAS y PEREDA, 2010). Siguiendo un principio utilitarista y siendo conscientes del hecho de que trabajamos conjuntamente con el otro, tenemos que tolerar (que no cronificar y mucho menos promocionar) los posicionamientos vitales que se eligen, si las personas que lo hacen se encuentran en sus plenas facultades psíquicas y no hacen daño a terceros.

Ahora bien, este planteamiento se tambalea cuando se nos notifica que la usuaria ha quedado embarazada. Ya no se trata de una pareja que elige un estilo de vida alternativo al socialmente “correcto”, sino que hablamos de una pareja (y concretamente de una mujer) que puede traer al mundo a una criatura en un contexto clínico y social absolutamente desfavorable. *La utilización de drogas por parte de la mujer gestante comporta una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el bebé* (DDAA, 2010). Llenamos la parrilla de indicadores de riesgo del *Protocolo*

⁴ Programa específico del Departament de Salut que permite tramitar la targeta sanitaria a personas consumidoras de tóxicos que no pueden acceder al sistema sanitario por vía ordinaria.

de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal (DDAA, 2010) con un resultado que se presta a la reflexión: un 80,6% de indicadores muy graves. Indicadores como embarazo sin control, consumo de tóxicos, enfermedades graves y crónicas, marginación, falta de vivienda, etcétera.

En coordinaciones con el Centro Penitenciario, la UDEPMI y la Fiscalía de Menores se nos notifica y se les avisa de que el bebé, en caso de que nazca, será retirado. En la pareja existe la ambivalencia de seguir adelante con el embarazo o interrumpirlo. Ella se muestra más abierta a hacer la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE), de hecho ya lo ha llevado a cabo en una ocasión; mientras que él es partidario de que el niño nazca y de que lo críe la abuela paterna. Independientemente de que habría que trabajar el posicionamiento de tener un hijo para que lo críe un tercero, centramos nuestro abordaje en la ambivalencia de ella. *El problema de las drogodependencias durante el embarazo abarca la vulnerabilidad de la autonomía ética de la mujer embarazada toxicómana* (VALERO y BERTOLÍN, 2011). Más allá de ella, nos planteamos la calidad de vida que tendrá este bebé (y esta madre que no tendrá posibilidad de criarlo) teniendo en cuenta todos los factores de riesgo y de desprotección con los que nacerá: madre politoxicómana en activo por vía parenteral, VIH+ sin tratamiento, VHC, sin seguimiento obstétrico... *Con independencia del efecto físico que produce la exposición a tóxicos, la exposición a estrés psicosocial del feto y de los recién nacidos produce secuelas sobre el desarrollo. El maltrato o la negligencia prenatal es un factor de riesgo, además, para el maltrato postnatal* (DDAA, 2010). Nos encontramos ante una actitud negligente

■ Nuestro planteamiento como equipo, siguiendo de nuevo un principio utilitarista de beneficios por encima de costes, y esta vez valorando el bienestar como valor principal a defender.

te hacia el feto (recordemos que la usuaria continúa haciendo uso de la EVA y sigue negándose a realizar tratamiento retroviral) y con la duda de continuar o no con el embarazo. Nuestro planteamiento como equipo, siguiendo de nuevo un principio utilitarista de beneficios por encima de costes, y esta vez valorando el bienestar como valor principal a defender, es mantener el discurso de la conveniencia de seguir adelante con la IVE. La usuaria está en un periodo de gestación inferior a 14 semanas, de modo que puede seguir adelante con el proceso tal y como especifica la Ley Orgánica 2/2010. Es especialmente complicado y doloroso intervenir en aspectos tan íntimos de una mujer. *No hay ética sin la presencia y el reconocimiento del otro, sin la responsabilidad con el otro y la capacidad de ponerse en su piel* (CANIMAS y SOLER, 2009). Se trata de orientar en decisiones cruciales en la vida del otro, siempre sabiendo que es ella la que tiene la última palabra. A pesar de mantener el respeto a la autonomía, consideramos que llevar a cabo la IVE está relacionado con proteger el bienestar de la usuaria y hasta con no ser maleficente con el feto. Finalmente ella decide realizar la IVE, por tanto iniciamos todas las gestiones pertinentes para que la pueda llevar a cabo sin que su salud corra riesgos. Se la deriva al Hospital Vall d'Hebron dado que se trata de una IVE en una paciente de riesgo por ser portadora de VIH.

Conclusiones

En este artículo hemos querido demostrar que trabajamos con material sensible, con personas en situaciones de dificultad y de vulnerabilidad. Nuestra tarea de acompañamiento y empoderamiento debe ir en consonancia con los deseos del usuario y en relación con el contexto en el que se encuen-

tra. El objetivo de nuestras intervenciones es conseguir una mejora de la situación social y sanitaria de los usuarios. Los principios del modelo bioético nos orientan y nos facilitan llevar a cabo una tarea desde una doble vertiente: por un lado recibiendo apoyo de un cuerpo teórico que nos orienta; por el otro teniendo que atender casos prácticos, realidades variables y complejas.

Bibliografía

- BANKS, Sarah. *Ética y valores en Trabajo Social*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1997. 208 pàg. ISBN: 9788449303951.
- CANIMAS BRUGUÉ, Joan i PEREDA GÁMEZ, Francisco Javier. *Practica l'ètica dels serveis socials*. Curs d'introducció a l'ètica aplicada a la intervenció social i psicoeducativa. Girona: Documenta Universitaria, 2010.
- CANIMAS, Joan i SOLER, Eduard (coords.). *Els reptes ètics de la intervenció social*. I simposi d'ètica aplicada a la intervenció social. Girona: Fundació Campus Arnau d'Escala, 2009 (DL 2010). ISBN: 978-84-614-1103-0.
- Codi Deontològic COTSC. Disponible a: http://www.tscat.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=31&lang=ca.
- COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. [Pàgina web]. [Data de consulta: maig del 2013]. <http://www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posicio_14.htm>.
- GERGEN, Kenneth J. *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Barcelona: Paidós Surcos, 2006. 384 pàg. ISBN: 9788449318658.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE de 4 de març del 2010.
- RAYA DÍEZ, Esther. “Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social”, en *Documentos de Trabajo Social*, núm. 48 (2010). Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Pàg. 117-136. ISSN: 11336552/ISSN Electrònic: 2173-8246.
- ÚRIZ PEMÁN, María Jesús. “Models de resolució de dilemes ètics en el treball social”, en *RTS*, núm. 175 (2004). Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya. Pàg. 6-27. ISSN: 0212-7210.
- VALERO, M. A.; BERTOLÍN, J. M. i FERRER, E. “Cuestiones bioéticas actuales en las drogodependències”, en *Revista española de drogodependències*, núm. 1 (2011). Pàg. 11-25. AESED. ISSN: 0213-7615.
- Diversos autors. *Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordatge del maltractament prenatal*. Col·lecció Eines, núm. 9, 2010. Barcelona: ICASS. 74 pàg.

Ética y práctica social en el marco de la atención temprana

Algunas reflexiones y exigencias básicas

Rosa González Merino¹

“No todo vale por igual, hay razones para preferir un tipo de actuación a otro”

F. SAVATER, 1986.

Resumen

En este artículo se pretende reflexionar sobre las razones que sustentan la decisión del trabajador social de optar, ante una situación concreta, por un determinado enfoque de trabajo.

La reflexión está enmarcada en un contexto concreto, la atención temprana, si bien podría extrapolarse a cualquier otro ámbito o equipo de trabajo, ya que, según creemos, los cuestionamientos éticos que se le presentan al trabajador social en su práctica están relacionados básicamente con “*el objeto-sujeto*” de trabajo y *las relaciones y vínculos* que necesariamente ha de mantener con las diferentes organizaciones (propia y de la comunidad) con las que comparte aquel objeto.

Palabras clave: Objeto de trabajo, actuación, conducta y posicionamiento profesional.

Para citar el artículo: GONZALEZ MERINO, Rosa. Ética y práctica social en el marco de la atención temprana: Algunas reflexiones y exigencias básicas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 143-148. ISSN 0212-7210

Abstract

This article aims to reflect on the reasons behind social worker’s decision to opt for a given work approach in every concrete decision.

The reflection is framed in a particular context -early intervention- although it could be extrapolated to any other area or work team since we believe that ethical questions faced by social workers in their practice are basically related to the “*object-subject*” and to the relationships and links that necessarily has to maintain with different organizations (own one and community) where the object is present.

Key words: Work object, action, conduct, professional positioning.

¹Trabajadora social y diplomada en Ciencias Sociales. Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu (CDIAP).
rgonzalez@hsjdbcn.org

Algunos conceptos introductorios que hemos tomado prestados de los maestros

En trabajo social, ética y práctica siempre van de la mano. Entendemos por ética, “un determinado posicionamiento profesional relativo **a los objetivos, los principios y al objeto de trabajo**, elementos éstos que constituyen los fundamentos del Trabajo Social” (Gaitán, 1991). En la práctica profesional se entrecruzan acción y posicionamiento, que “nunca puede ser neutro ni exento de conflicto, ni tampoco único y universal, sino específico y referido a aquella situación concreta en la que estamos interviniendo” (Karsz, 2006).

Pensemos el concepto de otra manera. “**Ética es una forma de organizar las conductas** y que obedece a alguna razón”. “Esta razón puede estar fuera, ser un principio anterior y superior al individuo y que emana de algún tipo de autoridad moral, o también **la razón puede ser la decisión de uno mismo sobre su propio actuar**” (Gaitán, 1991). Esta última es la razón en la que nos apoyamos para las reflexiones plasmadas en este artículo.

Sobre el porqué de una conducta ética

Empecemos por una pregunta: ¿y por qué una conducta/posicionamiento ético en trabajo social? Vamos a dar algunas razones que pretenden ser a la vez respuestas.

- Los problemas que atiende esta disciplina son complejos. Conforman una realidad que no puede reducirse, ni tampoco simplificarse. Es una realidad con una doble dimensión (subjetiva y objetiva) que se nos muestra en forma de “síntomas”,

“necesidades insatisfechas”, “malestares diversos” y que se concreta en demandas más o menos explícitas. Realidad que tiene causas estructurales (relativas a la persona y a la estructura social amplia), cambiante y a veces contradictoria.

- La persona, como sujeto de atención, requiere ser vista en su globalidad, está interesada en la resolución de sus dificultades y desea ser protagonista de su propio cambio.
- **La persona, como sujeto de atención, requiere ser vista en su globalidad, está interesada en la resolución de sus dificultades y desea ser protagonista de su propio cambio.**
- La intervención útil requiere de una visión profesional amplia, de una mirada que trascienda la propia disciplina y que incluya a otras como necesarias y complementarias. Visión que requiere pensarse como profesional “insuficiente” que forma parte de una red (profesional y organizativa) imprescindible para acompañar y sostener los procesos de cambio de las personas que atiende.
- La disciplina de trabajo social la conforman un conjunto de conocimientos y técnicas que requieren ser utilizadas como medios y no como fines en sí mismos.
- Los seres humanos son personas inmersas en una realidad en la que se dan relaciones de injusticia y desigualdad, donde el acceso a las oportunidades no es igual para todos. Este es

justamente “el sujeto” de intervención en nuestra disciplina.

LA PRÁCTICA

Hasta aquí la reflexión. Ahora situemos el escenario cotidiano de práctica con la pretensión de añadir concreción a lo expuesto hasta ahora.

El contexto: la atención temprana y el dispositivo CDIAP (Centro de Desarrollo y Atención Precoz)

La atención temprana es un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años que presenta algún trastorno en el desarrollo o pueda estar en riesgo de tenerlo; a la familia y al entorno. Esta atención pretende, en general:

- Asegurar y mejorar su desarrollo personal
- Reforzar las propias competencias como familia
- Ayudar a la inclusión social de la familia y del niño

Este *proyecto* se sustenta en diversos principios: *universalidad, gratuidad, sectorización, globalidad* (niño-familia y entorno amplio) e *interdisciplinariedad* y se presta a través de unos dispositivos (CDIAP) que constituyen una red pública de servicios.

La implantación en nuestro medio de este tipo de atención ha sido muy satisfactoria a muchos niveles, tanto en aspectos teóricos como prácticos, aunque lógicamente presenta algunas limitaciones que en mi opinión estarían situadas, entre otras: en las dificultades para **la derivación, la coordinación entre disciplinas y servicios** y la dificultad para mantener **un modelo conceptual** compartido por todos los profesionales que permita las mejores condiciones para el desarrollo y el bienestar de los niños y sus familias.

El lugar de “lo social” en este contexto

Es sabido que el objeto de la intervención para el trabajador social son los problemas que acompañan el desarrollo de la vida social de la persona. Considerar a la persona no sólo en sus aspectos individuales sino en su dimensión social y colectiva es precisamente lo que diferencia al trabajo social de otras disciplinas. La persona considerada como ser social, en sus vínculos con el entorno a la vez que sujeto activo de una sociedad. Persona en interacción constante con un medio que la influye y en el que puede influir.

Dicho de otra forma, lo que da sentido al trabajo del trabajador social es la dimensión social de los problemas que la persona sufre. Esa dimensión se perfila en el cruce de lo “individual” y lo “social”, es el espacio que llamamos “**psicosocial**”. Lugar de potencial conflicto y generador de malestar que toma la forma de problema social, entendido como una situación que ha de ser resuelta y para lo cual la persona puede necesitar ayuda.

Y es en este espacio que adquiere forma el rol del trabajador social, rol que cumple, a mi entender, dos funciones:

- Asistencial/apoyo: atención directa al malestar psico-social de las personas que trata
- Mediadora (relaciona el dentro y fuera del servicio/equipo en el que presta sus servicios)

Pero si tenemos en cuenta la complejidad de las situaciones que atiende, parece obvio que su abordaje requiere no sólo de conocimientos teóricos y técnicos propios, sino también de una práctica compartida con

profesionales de otras disciplinas del propio equipo y de otros dispositivos de la comunidad.

En el contexto de nuestra práctica (CDIAP) el objeto de la intervención social sería los efectos en el niño:

- De la exclusión derivada de su propia discapacidad o falta de autonomía
- De la situación de exclusión en que viven sus padres
- Derivados del ejercicio del rol parental y que puede abocarle a una situación de exclusión

Lugares de posible conflicto en la práctica del trabajo social

Una vez definido el objeto de trabajo, el trabajador social tiene que ajustar su tarea y fijar un tiempo de dedicación a ella. Tarea y tiempo que ha de distribuir entre:

- La propia organización de la que depende y el equipo de trabajo
- Las personas a las que ayuda: usuarios y sus familias
- Los profesionales y organizaciones de la comunidad

Para todos ellos, es un referente y un puente que hace posible el intercambio de relaciones y recursos.

Pero este lugar de “encrucijada” no resulta cómodo para el trabajador social, sino que puede enfrentarle a **dilemas, conflictos y opciones difíciles de manejar**.

Dado que el motivo central de este artículo es precisamente ese, nos vamos a referir a alguna de aquellas cuestiones no siempre planteadas como dilemas, pero sí vividos, con frecuencia, como fuente de malestar y/o conflicto.

1. La institución y el equipo

Dentro de este punto situamos dos tipos de “malestares”, referidos:

- A la normativa y los límites que se derivan de ella. El número de demandas, la presión asistencial y la limitación de atención por edad; promueven bajas aún manteniéndose la necesidad de tratamiento/atención. Igualmente, respecto al número de sesiones de tratamiento, cabe preguntarse: ¿a este determinado niño, se le ofrecen las que necesita o bien “las posibles”? Y en cualquier caso, al producirse la baja en el CDIAP, ¿puede hacerse la derivación en las condiciones adecuadas?, ¿existe el dispositivo que dé continuidad al trabajo hecho?, ¿la familia dispone de medios económicos para ello?...
- A la convivencia de diferentes disciplinas, modelos teóricos y actitudes dentro del equipo, que pueden dar lugar a enfoques de trabajo que, sin pretenderlo, persiguen objetivos encontrados.

2. El niño/la familia y su demanda

Señalamos las dificultades que consideramos principales:

- Dificultad en el manejo de la información (obtención y uso). También cuando se trata de transmitir a la familia el motivo de intervención profesional, que puede llegarle de forma ambigua y/o confusa.
- La “no demanda”. Dificultad para ser atendida desde un contexto pensado como ayuda más que de control.
- Presión asistencial. Necesidad de priorizar situaciones: ¿cuál?, ¿por qué? Riesgo de dar respuestas “estandarizadas”, cuando no defensivas y/o expulsivas,

tipo: “no cumple”, “no aprovecha la ayuda”, “no hay recursos”...

- Conocimientos teórico-prácticos limitados frente a lo complejo de los problemas a atender o ante la actitud y/o respuesta de la familia no “esperada”.
- Prácticas que generan dependencia. Dificultad para situar a la familia en el centro de atención y como protagonista de su propio cambio.
- No hacer nuestro el malestar de la persona. Limitarnos a respuestas “desprovistas” de compromiso: “aquí sólo podemos ocuparnos de...” “esto no es cosa nuestra”...
- Las situaciones de riesgo y maltrato exigen posicionarse: ¿se trata de proteger los derechos del niño o de controlar a la familia? Es fácil deslizarse hacia la culpabilización y adoptar posturas omnipotentes.
- “Confundir” el sujeto de intervención nos lleva a establecer alianzas entre profesionales en contra de la familia: a veces se “preserva” a la propia institución o a otros servicios por delante del usuario, justificando nuestra postura para que los otros profesionales no nos vivan amenazantes, para evitar desautorizarles o que “se enfaden”...
- Instalarse en determinadas formas de abordaje profesional y “evitar arriesgar”, buscando la seguridad propia por encima del interés de la familia.

3. Los otros entornos del niño/familia: guardería/escuela, servicios de salud, servicios sociales, E.A.I.A... incluso el propio CDIAP.

Señalamos algunos puntos de dificultad dentro de este grupo:

- Dado que compartimos el mismo ob-

jeto de trabajo, resulta difícil en ocasiones compatibilizar el respeto a la intervención de otros profesionales y la propia responsabilidad. Se trata de no confundirse, ni justificar acciones que no consideramos ajustadas a nuestro propio posicionamiento profesional. Presentan especial dificultad las actuaciones en infancia en riesgo.

- Intercambios de información innecesarios. Utilización de la misma para evidenciar carencias de la familia, más que como medio para comprender su situación y poder ayudarla.
- Ponerse de acuerdo en la construcción “del caso” a fin de ajustar las intervenciones a las necesidades reales de la familia.
- Mantener una actitud de disponibilidad/apertura hacia otros entornos (agendas flexibles, desplazamientos...) en beneficio de la familia. Romper prácticas defensivas que nos llevan a “atrincherarnos” en los despachos.
- Tolerar ideas y creencias diferentes a las propias.

Y llegado este momento, la pregunta inevitable: ¿cómo manejar estas situaciones?

Como es obvio resulta imposible dar respuesta aquí a cada una de ellas. Probablemente tampoco resultaría posible si tuviéramos el espacio para ello porque, en nuestra opinión, no existe una única respuesta.

Cada situación se presenta en un momento y contexto determinado y cada respuesta también ha de incorporar elementos de tiempo y espacio.

Nos permitimos, sin embargo, indicar algunas claves que pueden hacer posible su

■ Cada situació es presenta en un moment i context determinat i cada resposta també ha d'incorporar elements de temps i espai.

manejo de forma que permita bajar el nivel de malestar propio, además de aumentar la calidad y el rigor de nuestras intervenciones.

Formación: fomentar la formación específica en desarrollo infantil e intervención con familias. Programas de formación transversales que contribuyan a una cultura de equipo que integre miradas de otras disciplinas.

Reflexión: en espacios comunes de trabajo y muy especialmente la supervisión.

Compromiso: hacer nuestros los problemas.

Actitud investigadora: detectar necesidades no cubiertas en la población que atendemos y ofrecer alternativas de atención diversificada, así como promover y mejorar la utilización de los recursos. Buscar sinergias con otros profesionales implicados e interesados en el bienestar de la infancia y sus familias.

Implicarse en las derivaciones: el bienestar y protección del niño y su familia precisa de una red que sostenga y dé continuidad a los procesos.

A modo de conclusión, quisiera terminar estas líneas refiriéndome a los **factores que influyen la práctica ética** en trabajo social (Leal, 2006).

El primero de esos factores es **la historia personal** del profesional y su particular manera de posicionarse en la vida y de relacionarse con las personas. En segundo lugar están **los conocimientos teórico-técnicos** con los que se maneja, de ellos ha de dar cuenta ante sí mismo y ante las personas que trata. Y en tercer lugar **la capacidad del profesional de poner pensamiento y reflexión** en realidades marcadas por la inseguridad y el cambio sobre las que no tiene certezas absolutas.

Interrogarse con frecuencia sobre estos tres aspectos puede ser la garantía de un trabajo eficaz, donde valores y actitudes como el respeto, la consideración, la responsabilidad y muy especialmente la implicación y el compromiso traspasen nuestro hacer diario.

Bibliografía

- CRISTÓBAL, C. i altres. *La atención temprana - Un compromiso con la infancia y sus familias*. Editorial UOC, 2010. ISBN 9788497888882.
- De ROBERTIS, C. *Fundamentos del Trabajo social - Ética y metodología*. Nau Llibres, 2003. ISBN 9788476426951.
- KARSZ, S. *Problematizar el Trabajo social- Definición, figuras, clínica*. Ed. Gedisa, 2007. ISBN 9788474327755.
- LEAL, J. "Las referencias éticas en la prevención y los cuidados", en *Revista ACAP*, núm. 25 (2006). ISSN 1887-1445.
- LEAL, J. y otros. *La familia i la infància*. Col·lecció Serveis Socials, núm. 9 (1994). DL: B-35301-1994.
- ZAMANILLO, T. i GAITÁN, L. *Para comprender el Trabajo Social*. Editorial Verbo Divino, 1991. ISBN 9788471516473.



Interés profesional

Atención domiciliaria en
cuidados paliativos

Rentas de ciudadanía

El tratamiento social en las
áreas básicas de servicios sociales

La intervención profesional en
familias de riesgo

El ayer y el hoy del trabajador y
la trabajadora social en
l'Administración de Justicia: el
périto y la périta social

Atención domiciliaria en cuidados paliativos

Concepció Tamarit i Sumalla¹

“No olvides que el enfermo en soledad es más enfermo, que la muerte en compañía es menos muerte y que al morir te mueres menos si te aman”

(J. BARBERO)

Resumen

Los cuidados paliativos son posibles en el domicilio y ofrecen grandes posibilidades para el enfermo y la familia. Los principios básicos de los cuidados paliativos se centran en ofrecer apoyo al paciente y a la familia durante todo el proceso, establecer una comunicación eficaz entre paciente, familia y equipo terapéutico, ofrecer una atención integral a paciente y familia y lograr un buen control sintomático. El presente artículo habla de las ventajas de la atención del paciente paliativo en el domicilio y de la importancia del equipo interdisciplinario para poder ofrecer una atención integral, haciendo especial hincapié en la importancia de la intervención del trabajador social como profesional de apoyo y contención, contribuyendo desde la vertiente social en los objetivos generales de los cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos, atención integral, apoyo, contención, escucha activa, sistema familiar, domicilio.

Para citar el artículo: TAMARIT I SUMALLA, Concepció. Atención domiciliaria en cuidados paliativos. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 151-155. ISSN 0212-7210

Abstract

Palliative care at home is possible and has great possibilities for the family and the sick person. Basic principles in palliative care are to support the patient and the family throughout the process, to establish an efficient communication between the patient, the family and the therapeutic team, to holistically treat the patient and the family and to reach a good symptomatic control. This article discusses the benefits of attending palliative patients at home and the importance of an interdisciplinary team, specially the social worker's intervention as a professional of support and containment who contributes with the social perspective in the construction of general goals in palliative care.

Key words: Palliative care, holistic assistance, support, containment, active listening, family system, home.

¹Trabajadora social PADES. Gestión de Servicios Sanitarios. Lleida. ctamarit@gss.scs.es

Introducción

El enfermo que se encuentra en la etapa final de la vida sufre una sobreexposición a situaciones difíciles. La enfermedad supone una amenaza que sobrepasa sus recursos de afrontamiento. La familia, entendida como un sistema, se ve afectada cuando alguno de sus miembros experimenta un cambio, haciéndose necesario reorganizar la estructura y las funciones, lo que supone un reto de adaptación a una situación cambiante. Cuando la enfermedad se hace presente en el sistema familiar se producen una serie de cambios que afectan a todos los miembros. La familia es el marco de pertenencia y referencia del individuo. Debe ser cuidada para poder cuidar. Las circunstancias y características tanto del paciente como de la enfermedad condicionan el impacto que se puede generar en el sistema familiar: la edad del paciente y de los familiares, rol que desempeña, Funcionamiento Previo, relaciones intra y extra familiares, nivel de comunicación, contexto en el que se encuentra el enfermo y recursos disponibles.

Condiciones para una atención domiciliaria adecuada

El domicilio es el entorno conocido y familiar, evita incomodidades, es más fácil conservar la intimidad y tanto el paciente como la familia perciben que tienen un control de la situación. La atención en el domicilio requiere que el paciente quiera ser atendido en su casa, que la familia pueda y quiera, y que el entorno social y familiar sea el adecuado. Para poder ofrecer una atención domiciliaria adecuada y con garantías se hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario que pueda garantizar una

atención integral y continuidad en los cuidados. Las vías de comunicación deben ser abiertas y fluidas. Es importante la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para planificar conjuntamente las atenciones y anticiparnos a situaciones de crisis que generan estrés y angustia al paciente y familiares. El trabajo en equipo, la formación específica y experiencia en este ámbito y la motivación de los profesionales es un aspecto muy importante en la intervención de fin de vida.

Objetivos de la intervención en familias

Facilitar el proceso de adaptación familiar a la situación de enfermedad avanzada, de pérdida de roles y de dependencia de resultados del proceso de salud que vive el enfermo. Nos marcamos dos objetivos: potenciar los recursos de la familia y disminuir la vulnerabilidad de sus miembros. Debemos considerar a los familiares como cuidadores que necesitan ser cuidados. Constituyen la unidad asistencial con el paciente. Los tenemos que entender y atender. La familia, al igual que el paciente, necesita adaptarse a la situación: tenemos que respetar sus tiempos. La información es la clave que nos permite disminuir la incertidumbre y el sufrimiento: debemos transmitirla en función de las necesidades y con delicadeza. Estar atentos a las necesidades que manifiesta la familia nos permite anticipar y abordar situaciones difíciles para ellos. Escuchar para permitir que puedan expresar la pena, malestar interior y dudas. La escucha activa como **cuidado emocional** es muy importante, permite ventilar las emociones del paciente y cuidador y reconducir aquellas situaciones complejas.

Ventajas del domicilio para el paciente y la familia

El domicilio genera seguridad al paciente. Puede mantener la intimidad y no pierde el rol social y familiar. También hay más disponibilidad de tiempo, sin normas ni horarios, lo que genera tranquilidad al enfermo. Para la familia, el hecho de poder cuidar directamente del enfermo, en un ambiente conocido, con mayor facilidad de movimientos, respetando la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio, contribuye a la disminución del impacto emocional y facilita la elaboración del luto. No es apropiado permanecer en el domicilio cuando el paciente y familia así lo desean, por falta de cuidador válido o agotamiento, desestructura familiar, falta de consenso en la organización de los cuidados y abordaje del enfermo, miembros vulnerables en el domicilio, síntomas de difícil control, necesidad de tratamientos complejos.

Miedos de la familia

Para los cuidadores no resulta fácil asumir el cuidado del familiar en casa. El impacto emocional generado por la enfermedad y el miedo a seguir adelante sin la persona amada hacen que tanto paciente como familia se encuentren en una situación de angustia y estrés importante que genera inseguridad y miedo. Miedo a equivocarse queriendo que el paciente permanezca en casa, a no saber compartir el afecto, a no saber asumir las responsabilidades que tenía el enfermo, el sufrimiento de éste, a no saber qué hacer en un momento de crisis o empeoramiento y que no reciba la atención adecuada en el momento preciso, a encontrarse solos o no estar presentes en el mo-

mento de la muerte, a tener dificultades para despedirse del ser querido y permitirle irse. Por parte del equipo se hace muy necesaria una actitud de empatía, de escucha activa y de apoyo hacia enfermo y cuidadores, pues en este momento nosotros somos el referente de la familia, los que debemos hacer más llevadero el duro camino que les toca hacer.

Trabajo social en cuidados paliativos

El trabajador social es el profesional más adecuado para detectar las necesidades socio-familiares y el cambio en la dinámica familiar generados por la enfermedad. Es el profesional de apoyo y contención que interviene en la resolución de conflictos individuales y/o colectivos. Facilita el proceso de adaptación a la situación de enfermedad, potenciando los recursos propios de la familia y disminuido la vulnerabilidad de sus miembros.

Funciones del trabajo social

Ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades de manera que les permita resolver sus problemas individuales y colectivos. Promover el confort y calidad de vida definidos por el propio enfermo y su familia. Favorecer la preparación para la pérdida y prevención de duelo patológico.

La intervención social está encaminada a resolver aspectos concretos

Disminuir el impacto, favorecer la comunicación entre los miembros implicados y entre estos y el equipo, ayudar a conocer los propios recursos, asesorar, facilitar y orientar hacia los recursos más adecuados, aportar las medidas necesarias para el desarrollo de un luto saludable.

Trabajo social en el contexto PADES

Contexto de la actuación: se trabaja para mantener a la persona en su entorno con las mejores condiciones posibles de atención sanitaria y social. Muchas de las intervenciones sociales van dirigidas a la mejora de las condiciones del entorno.

Naturaleza de la actuación y contexto de trabajo: preventiva, asistencial y de apoyo. Trabajo dentro de un equipo interdisciplinario de cariz socio-sanitario.

Tipología de usuario: crónico complejo, enfermos en situación de fin de vida, enfermo geriátrico con elevada dependencia y fragilidad, y sus sistemas familiares.

Propuesta metodológica. Pasos a seguir.

Primera entrevista de valoración: en esta primera entrevista se obtienen los datos que permitirán hacer una valoración del entorno del paciente. En las visitas sucesivas se profundiza más en los aspectos relacionales y la capacidad de adaptación tanto del paciente como del entorno, en la realidad que están viviendo y los cambios que se producen.

Obtención de los datos: Genograma, identificación del cuidador principal, grado de información de la enfermedad, tanto de los familiares como de los pacientes.

Expectativas y apoyo del entorno: tanto sobre la enfermedad como sobre el

cuidado del paciente. Se valora el planteamiento de la familia en cuanto a la ubicación del paciente. No solamente es el cuidador principal, sino el apoyo con el que cuenta, tanto a nivel formal como informal. También se valora su capacidad y si el entorno es favorable. No es querer cuidar sino poder.

Identificación de las necesidades: mediante los indicadores de evaluación, que son: familiares de estructura (capacidad cuidadora, horarios, cargas, vivienda...), relacionales y conductuales (capacidad de ajuste, colaboración) y organizativos (roles, apoyo a los cuidadores), reacción ante el proceso de enfermedad, vivencias, de riesgo.

Análisis de las problemáticas y orientación diagnóstica: esta viene dada por los indicadores de evaluación mencionados anteriormente, que nos permiten tener una visión global de la situación.

Evaluación de los recursos disponibles. Plan de trabajo: intervenciones respecto a organización, aspectos materiales y prácticos, emocionales y conductuales, relacionales y de atención al luto, identificando a los miembros susceptibles de riesgo de luto complicado.

Evaluación de los resultados: la complejidad de las situaciones en las que se trabaja obliga a hacer una revisión de la intervención llevada a cabo, tanto por el trabajador social como por el resto del equipo, para detectar aspectos a mejorar y ofrecer más calidad de atención a nuestros usuarios.

Bibliografía

- ARRANZ, P.; BARBERO, J.; BARRETO, P. i BAYÉS, R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel SA, 2003. ISBN 88-344-3710-4.
- GÓMEZ SANCHO, M.; PASCUAL, A.; LÓPEZ IMEDIO, E. i ARRANZ, P. *Avances en cuidados paliativos*. Tomo III. Madrid: Gafos SL, 2003. ISBN 84-932976-0-7 (OC), 84-932976-1-5 (TI).
- NOVELLAS, A. *Trabajo social en cuidados paliativos*. Madrid: Aran Ediciones SA, 2000. ISBN 9788486725679.
- PORCEL, P. *El treball social en l'àmbit de la salut. Un valor afegit*. Barcelona: Acadèmia de les Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 2008. DIPÒSIT LEGAL: GI-1430/08.
- BERNAUS, M. *Guia per a l'atenció emocional de pacients al final de la vida i del seu entorn afectiu. Detecció i actuació davant de signes i símptomes emocionals*. Barcelona: Societat Catalanoblear de Cures Pal·liatives, 2010. Disponible a: webs.academia.cat/societats/curespal.

Rentas de ciudadanía

Cristina López Detomasi¹ y Carmen Espinosa Antón²

Resumen

En este artículo pretendemos exponer y analizar las diferentes Rentas Básicas que están en cuestión en estos momentos en Cataluña, así como también el marco de intervención que se le ofrece al profesional, dentro de estas rentas, cuando se está cuestionando su viabilidad por motivos de política social y económica.

La tabla comparativa anexa pretende ser una herramienta facilitadora para que los profesionales de trabajo social analicen y reflexionen sobre los diferentes modelos, tanto el vigente como los que están propuestos como posibles.

Palabras clave: Pobreza, desigualdad, necesidad social, autonomía personal, bienestar social, responsabilidad pública, derecho subjetivo.

Para citar el artículo: LOPEZ, Cristina; ESPINOSA, Carmen. Rentas de ciudadanía. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 156-167. ISSN 0212-7210

Abstract

In this article we present and analyze different Basic Income that are currently questioned in Catalonia and the intervention framework offered to professionals questioning its viability due to economic and social policy reasons.

The attached comparative chart aims to be a facilitating tool for Social Work professionals to analyze and reflect on different models such as the current one and other possible proposals.

Key words: Poverty, inequality, social need, personal autonomy, social welfare, public responsibility, subjective right.

¹Trabajadora social. Trabajadora Social del Área Básica de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Hospitalet: Pubilla Casas-Can Serra. cristinalopez.detomasi@gmail.com

²Trabajadora social. Trabajadora Social del Área Básica de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Hospitalet: Santa Eulàlia. lunallena44@yahoo.es

Introducción

El motivo de escribir este artículo es que en estos momentos existe un debate político, profesional y social sobre las diferentes rentas básicas: como derecho o como ayudas subsidiarias de la persona.

Últimamente el debate ha ido más allá y hay ciudadanos y algunas plataformas en las que se cuestionan si realmente el Pirmi es el recurso más idóneo tal y como está reglamentado actualmente, y han promovido una ILP sobre la Renta Garantizada de Ciudadanía para dar respuesta a las necesidades de la población más empobrecida.

También desde el poder político se está cuestionando la viabilidad de mantener el Pirmi tal y como está concebido en la actualidad.

Constatamos que hay malestar e indignación de los trabajadores sociales y de ciudadanos en general en torno a las modificaciones del Pirmi de agosto de 2011, que significaron un recorte sustancial, y cuyas consecuencias se están apreciando de una manera clara y tangible desde entonces. Estas modificaciones forman parte de un paquete de recortes, de prestaciones y servicios que afectan a la población más desfavorecida, a las clases medias y medias-bajas en general (futuros pobres potenciales a corto plazo).

El Pirmi no funciona ya que con la crisis se complejizan las diferentes situaciones, acentuando las necesidades y generando incertidumbre en muchos profesionales a la hora de dar respuestas válidas y coherentes, y porque hoy muchos recursos no se adaptan a las necesidades de la población.

Tipología de rentas

- Renta Mínima de Inserción
- Renta Garantizada de Ciudadanía
- Renta Básica Universal.

Renta Mínima de Inserción

Creación y proceso del Pirmi

Es la única renta vigente que se está aplicando en Cataluña desde el año 1990.

En 1989 el Parlamento Europeo encargó a los estados miembros luchar contra la pobreza. El encargo fue crear un derecho de carácter universal a través de una prestación económica y otras actuaciones orientadas a la integración social y laboral.

En Cataluña, el 28 de mayo de 1990, se estableció mediante Decreto 144/1990 el Programa Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción (Pirmi), bajo competencia y coordinación de dos departamentos: Bienestar Social y Trabajo.

El Programa tiene como principal finalidad la inserción social y laboral de las personas afectadas, además de ofrecer nuevas oportunidades a aquellos que tengan dificultades para subsistir.

El 3 de julio de 1997 el Estatuto de Autonomía de Cataluña establece el artículo 33.2 la Ley 10/1997, de la Renta Mínima de Inserción, es decir se convierte en Ley: el Pirmi pasa a ser un derecho subjetivo, lo que supone que el mínimo de subsistencia está garantizado.

Aspectos importantes a considerar del Pirmi tal y como se concibió.

A) Las personas a las que va dirigido son: personas que han perdido el trabajo y han agotado el paro o que sus ingresos son mínimos, y que necesitan una formación laboral; personas que viven en situación de pre-

cariedad importante y que necesitan acompañamiento y seguimiento social, y por último las personas que por sus dificultades de edad, salud, etc. no podrán reincorporarse al mundo laboral y necesitan una renta mínima.

- B) Es un instrumento de reinserción que supone un tratamiento integral de la persona, a la que se le facilita una atención personalizada según la peculiaridad de su situación y un acompañamiento en el acceso a los recursos.
- C) Pretende que la persona realice actividades de inserción y reinserción y recupere la autonomía, la autoestima y el entorno social.
- D) Es una renta mínima que atiende las necesidades básicas de la persona. Se concede por carencia y tiene carácter subsidiario y complementario respecto de otros sistemas de protección pública y otros ingresos.
- E) Participan, asumiendo responsabilidades, los Servicios Sociales de Atención Primaria, consejos comarcales, entidades de Iniciativa Social y la propia Administración de la Generalitat.
- F) Hay un sistema de coordinación y evaluación entre la Generalitat y los diferentes entes.

Requisitos fundamentales para acceder a esta renta eran:

- Un año de residencia en Cataluña
- Residencia legal en caso de extranjeros
- Tener entre 25 y 65 años.
- No disponer de ingresos superiores a la renta en el último año.
- El cumplimiento del plan de inserción social y laboral.

El Pirmi se ha ido implementando, desarrollando y ampliando en sus derechos e ingresos hasta agosto de 2011.

Durante el periodo de expansión del Pirmi, en el Estatuto de Autonomía del 2006 se estableció la creación de la Renta Garantizada de Ciudadanía, pero no se llegó a desarrollar ni implementar.

Reflexión sobre los logros conseguidos

Creemos que tal y como se concibió y desarrolló fue un buen instrumento para la integración social y laboral de las personas.

Se evitó la caída en situación de marginación y exclusión de muchas personas y familias vulnerables afectadas por problemas de salud crónicos, adicciones, estigma social, aislamiento social y discapacidad. Actuó como protector de la infancia.

La práctica profesional da cuenta de este tipo de situaciones que en distinto porcentaje lograron una inserción social y/o laboral a lo largo de todos estos años (23) de existencia del Pirmi.

A pesar de todos estos logros también hay que decir que hubo muchos casos en los que no se consiguió la inserción, sólo se consiguió que no se deteriorasen y cayeran en la marginación. Son los llamados casos crónicos.

También se generaron muchos recursos y servicios nuevos que venían a acompañar el proceso de inserción de estas personas.

Situación actual del Pirmi

A partir del inicio de la actual crisis económica,³ en agosto del 2011 se hicieron va-

³ **La crisis.** Es una crisis financiera mundial que comienza en el 2008 y se ve agravada por los efectos de la globalización. Afecta y daña la economía real y productiva en algunos países ralentizándola y expulsando a los trabajadores del mercado de trabajo. En España comienzan a notarse sus efectos en 2010, año en que se destruyen

rias modificaciones en las condiciones del Pirmi restringiendo su acceso y disminuyendo los ingresos.

Los nuevos requisitos añadidos son:

- Se necesitan dos años de residencia continuada en Cataluña.
- Presentar una problemática social añadida a la disminución o carencia de ingresos.
- Se fija un máximo de ingresos equivalente al salario mínimo interprofesional para todo el núcleo familiar.
- Duración máxima de 5 años, con excepciones y prorrogable por 2 más.
- Deja de ser un derecho subjetivo para convertirse en un programa sujeto a disponibilidad presupuestaria. No se garantiza que todas las solicitudes que reúnen los requisitos sean atendidas.

Las consecuencias de estas modificaciones fueron graves e importantes porque se suspendieron unos 6000 Pirmi durante este proceso, y algunos tardaron hasta un año en ser reactivados.

Según el informe del *Síndic de Greuges* de Cataluña de setiembre de 2012 el endurecimiento de las condiciones para acceder a la Renta Mínima de Inserción provocó que, en Cataluña, 10.000 menores hayan dejado de beneficiarse de esta prestación a través de sus padres, lo que supone una reducción de un tercio de los antiguos beneficiarios.

Según informaciones recogidas en el diario *Ara* de 1/12/2012, el Govern de la Generalitat de Catalunya retiró la ayuda del Pirmi a 4.520 personas, lo que equivale a un 15%, mientras el paro no ha dejado de

crecer ni de disminuir las prestaciones y subvenciones por desempleo hasta el día de hoy. En 2014 se prevé que sólo el 30% de las personas paradas reciba algún tipo de prestación en Cataluña.

Desde los inicios del año 2012 el Pirmi ha pasado a ser competencia del Departamento de Empresa de la Generalitat y se ha ido desmantelando su antiguo equipo, que pertenecía a Bienestar Social y Familia.

Reflexión del rol profesional en esta nueva etapa

En esta nueva etapa, los profesionales de Atención Primaria cumplimentan los mismos impresos, en los que se mantienen el diagnóstico social y el plan de intervención, aunque en este caso no tengan repercusión significativa en la aprobación de los Pirmi.

Se desconoce el perfil profesional de los técnicos que valoran los expedientes. No hay una puesta en común con los profesionales de referencia que llevan los casos, lo que da lugar a interferencias y disparidad en la aplicación de criterios.

Anteriormente la coordinación entre los técnicos de la Generalitat y los profesionales de Atención Primaria se practicaba porque estaba considerada como un pilar dentro de la práctica técnica en la realización del Pirmi. Esta coordinación posibilitaba dar respuesta de manera más ágil y eficaz a las dificultades propias de la tramitación, y poniendo por delante siempre el beneficio a los usuarios en la atención de sus necesidades.

2.500.000 puestos de trabajo, se congelan las pensiones y se rebajan los salarios de los funcionarios. El paro no ha dejado de crecer aumentando hasta llegar a los 6 millones actuales. Los más afectados son los jóvenes. En Catalunya el 50% está en paro. Esta crisis está castigando especialmente a los sectores medios, medios bajos, y pobres.

Por ello se ha deslegitimado el rol de los trabajadores sociales, que hoy por hoy se encuentran sin elementos para llevar adelante el plan de intervención con los usuarios porque han disminuido los servicios de inserción laboral y ha disminuido la oferta de formación ocupacional, lo que impide a los beneficiarios del Pirmi iniciar itinerarios de búsqueda de trabajo.

La tardanza, así como la incertidumbre en la aprobación de los expedientes y pago efectivo de los mismos, no solo dificulta al profesional la aplicación de los planes de intervención sino que provoca que las familias, por este proceso, se vean abocadas a perder la vivienda y a quedar sin suministros básicos y a no poder alimentar adecuadamente a sus hijos.

Se tiene conocimiento de que la Generalitat dispone de unos criterios de priorización para la aprobación de expedientes, pero se desconocen los resultados de su aplicación hasta estos momentos.

De todo lo dicho se desprende que la población más desprotegida y vulnerable está más abocada que antes a la marginación y la exclusión.

Potenciación y reactivación de dos propuestas

- Renta Garantizada de Ciudadanía
- Renta Básica Universal

Renta Garantizada de Ciudadanía⁴

A raíz de la crisis del Pirmi en agosto del 2011, en que se restringe el acceso a la Renta Mínima, ante el aumento imparable del

paro surge de una manera contundente una plataforma que ha elaborado y presentado una propuesta de Ley, realista y posible. Esta propuesta ha sido admitida a trámite recientemente por el Parlament de Catalunya y está en fase de recogida de firmas.

Esta plataforma la conforman diferentes colectivos: la Asamblea de Parados de Barcelona, Justicia y Paz, Attac, varios partidos y sindicatos de izquierda, sectores de la Iglesia, otras entidades y pensadores diversos.

Su finalidad es trasladar a la sociedad el debate sobre la situación de pobreza y extrema pobreza en la que se encuentran muchos ciudadanos y debatir propuestas de solución.

Tiene como objetivo regular la Renta Garantizada de Ciudadanía que ha de sustituir a la Renta Mínima de Inserción, Pirmi, ahora existente. En este último año el Pirmi ha perdido su objetivo y finalidad, ha dejado de ser un derecho subjetivo de las personas en situación de pobreza, sin tener en cuenta el enunciado del artículo 24.3 del Estatut de Autonomía, que define como un derecho una renta garantizada

Es una propuesta Legislativa que busca dar una respuesta coherente a las necesidades materiales de una parte de la población catalana, tenga o no problemas sociales asociados, que se vea afectada por la crisis. Se trata de minimizar el impacto y los efectos de la crisis, no condenar a la población a la marginación social y mantener la cohesión social.

Es una prestación económica periódica condicionada y complementaria de rentas, mensual de 664 euros, que nace como derecho subjetivo de todos los ciudadanos.

⁴ Documento no publicado. *Memoria Justificativa de la Iniciativa Legislativa Popular de la Renta Garantizada de Ciudadanía*. 2012.

Se necesitan 50.000 firmas en 4 meses para presentar al Parlamento catalán.

Condiciones

1. Se aplica a partir de los 18 años (con excepciones) sin límite de edad.
2. Se necesita un año de residencia continuada en Cataluña.
3. Que vivan legalmente en Cataluña.
4. No imputa como ausencia estar fuera de Cataluña un mes.
5. Es un derecho subjetivo de todos los ciudadanos sin ninguna obligación a realizar, excepto la de no rechazar un trabajo adecuado.
6. No condicionado a presupuesto.
7. Requisito de acceso individual y no familiar.
8. Es de carácter preventivo o complementario de otras rentas contributivas y no contributivas.

Obligaciones y cuestiones a tener en cuenta

- No rechazar una oferta de trabajo adecuada.
- Se entenderá el silencio administrativo como positivo y no como negativo como hasta ahora.
- Se tendría que cobrar desde el momento de la solicitud y no esperar un año en muchos de los casos como ahora con el Pirmi.
- Duración indefinida hasta que se solucione la situación.
- A cargo de los presupuestos de Cataluña, y su tramitación se hará en la Administración Local.

Reflexión

La Renta Garantizada de Ciudadanía se dirige a toda la población que cuente con

ingresos bajos, sin hacer distinción entre la población normalizada y la que presenta problemas de exclusión.

Los individuos y familias problemáticas no gozarían de más posibilidades de inserción con esta renta, porque carecen de los recursos personales necesarios para transitar con normalidad por los circuitos sociales y laborales. Para esta población sería imprescindible la creación de programas específicos de inserción laboral, y también sigue siendo necesaria la intervención de los profesionales de los Servicios Sociales y de otros profesionales y recursos a los que tienen que ser derivados y tratados.

En el Pirmi actual la relación entre el profesional y el usuario viene mediatizada por unos requisitos, objetivos, plan de intervención y compromisos orientados a la inserción.

En esta renta no se establecen estas condiciones previas, por lo que la relación entre profesional y usuario queda más libre, es decir queda sujeta a la motivación para el cambio que manifieste el usuario, y se podría hacer un mejor trabajo de acompañamiento en el proceso de mejora de su autonomía.

En este momento de austeridad máxima, de recortes de presupuesto en aras de cumplir con el objetivo del déficit, valoramos como muy difícil su aplicación en caso de ser aprobada porque las prioridades de la Generalitat son otras.

Renta Básica universal⁵

Introducción

Con la crisis económica de 1973 en la Europa de los países ricos se empieza a

⁵ Artículos no publicados: RODRÍGUEZ, Adrià. "Una renta básica universal nos sacará de la crisis y romperá

manifestar la precariedad laboral, la pobreza y la marginación social que limita las libertades de los ciudadanos.

Thomas Paine, entre otros, es uno de los precursores de la Renta Básica. Entre los defensores actuales, como Daniel Raventós, Osmo Soininvaara, Jeremy Rifkin, Philippe Van Parijs, hacen una propuesta redistributiva diferente: la alternativa de la Renta Básica Universal, basada en el modelo de igualdad y para hacer frente a este fenómeno del sistema capitalista.

Es un ingreso ciudadano o subsidio universal, no condicionado, pagado y garantizado por el Estado como derecho de ciudadanía a cada miembro de la sociedad, incluso si no quiere trabajar de forma remunerada, y sin tener en consideración si son ricos o pobres.

Es una renta individual y no familiar.

Es universal.

No existen contraprestaciones.

El objetivo

Disminuir la pobreza. Se inscribe dentro del mecanismo de redistribución de la riqueza, de la renta y respetando la libertad individual y los nuevos derechos emergentes

Beneficios

- Mejoraría el nivel de las personas con un nivel adquisitivo bajo.
- Los trabajos desagradables estarían mejor pagados.
- Los trabajadores estarían en unas mejores condiciones para negociar los contratos de trabajo.
- No habría que vigilar que los desocupados no trabajasen ilegalmente.

- El autoempleo sería menos arriesgado.

Fundamentos de esta propuesta:

1. Justificación ética: mayor libertad real. Se tomarían decisiones sobre la propia vida.
2. Justificación republicana: Daniel Raventós define la libertad como autogobierno típico de esta tradición política representada por autores como Cicerón, Aristóteles y Maquiavelo, entre otros.
3. Justificación económica: es una medida que permite la adaptación a la economía, a la nueva realidad definida por la globalización. El progreso tecnológico hace que disminuya la necesidad de empleo.
4. La pujanza de la economía financiera y la necesidad de conseguir un desarrollo sostenible evita que se hagan inversiones con el fin de crear empleo que implique la destrucción del medio ambiente. Como derecho económico se convierte en el eje fundamental de la sostenibilidad.

Viabilidad

Financiación a través de:

- Impuestos de sociedades
- IRPE.
- Aumentar el IVA.
- Aumento de la Tasa Tobin.

Los defensores más conocidos de esta renta son Daniel Raventós, Thomas Paine y Jeremy Rifkin, entre otros

Reflexión

La aplicación de este modelo de Renta Básica supondría un cambio de paradigma en la sociedad.

la precariedad”, en periódico *El País* - 22/01/2013. IGLESIAS FERNÁNDEZ, J. “La Renta Básica contra la Renta Básica” –*Laberinto* 8. Mesa Cívica por la Renta Básica.

Este cambio de paradigma implica la existencia de una sociedad más libre, igualitaria y menos consumista, y en la que no habrá trabajo para todo el mundo. Se reconoce el valor de los diferentes tipos de trabajo: el remunerado, el trabajo doméstico y el comunitario.

El trabajo social entonces sería diferente. Implicaría una dedicación mayor al trabajo comunitario con aquellos sectores más desfavorecidos, marginados y con menos recursos personales.

En estos momentos este modelo no sería aplicable dada la situación de crisis y que los ricos tendrían que pagar fiscalmente mucho más y los gobiernos no están dispuestos a modificar la redistribución de la riqueza actual y por tanto a tener una sociedad más igualitaria.

En este modelo habría que repensar la función de los trabajadores sociales y adecuarla, estaríamos hablando del nacimiento de una nueva sociedad.

Conclusiones

Pensamos que en los tres casos de rentas hay que volver a repensar la función del trabajo social, dado que:

- En el primer caso (Pirmi) actualmente apenas tiene peso el trabajo del profesional de Atención Primaria, ha disminuido su influencia a la hora de decidir sobre la prestación, dejándolo en manos de la Generalitat; la aprobación de un expediente depende de la disponibilidad presupuestaria de la misma.
- En el segundo caso, la Renta Garantizada, habría que pensar estrategias y

modos de intervenir para motivar a la persona hacia el cambio para mejorar sus condiciones de vida.

- En el tercer caso, la Renta Básica, la función del trabajo social se tendría que reinventar para adecuarse al nuevo modelo de sociedad.

De esto se desprende que estamos en un momento de cambio que exige un debate de los profesionales respecto a las estrategias, modo de intervención y objetivos, en aras de adecuarse a la nueva situación sin perder de vista sus funciones y su identidad profesional.

La crisis está haciendo emerger movimientos de solidaridad y ayuda mutua que se fueron perdiendo en relación proporcional al progreso hacia una sociedad consumista, autosuficiente e individualista. Hoy día es un reto y una necesidad incorporar estos valores en el ejercicio de nuestra profesión.

- La solidaridad entre afectados y no afectados y el apoyo mutuo entre personas desfavorecidas está promoviendo respuestas y hasta plataformas diversas de desobediencia civil ante leyes injustas como es la actual Ley Hipotecaria, que está provocando cientos de desahucios por día por falta de pago en situaciones de mucha precariedad.
- Se necesitarían proyectos creativos de intervención comunitaria a la hora de abordar las nuevas situaciones de marginalidad que se están presentando, y ello exigiría una aproximación transversal entre el tercer sector, el sector público y estas nuevas plataformas.

<p>Nacimiento de la propuesta</p>	<p>RMI Renta Mínima de Inserción Salario Social, en las diferentes versiones según Comunidad Autónoma</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1990 (Decreto 144/1990, de 28 de mayo) se implantó el Programa. ■ la Ley 10/1997, de 3 de julio, de la renta mínima de inserción, lo convierte en una prestación universal. ■ El decreto 384/2011, de 30 de agosto, reduce dicho carácter. 	<p>Renda Garantizada de Ciudadanía</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Agosto de 2011, como consecuencia de la aplicación del decreto de la RMI, que aplicó una serie de restricciones en el modelo vigente y que afectó a un número importante de beneficiarios dejándoles sin prestación. 	<p>Renta Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ante la crisis de 1973 en la Europa de los países más ricos, que convierte en crónicas la pobreza, economistas, filósofos, sindicalistas, políticos y anecdóticamente, algunos empresarios empezaban a plantear alternativas.
<p>Quien la promueve</p>	<p>La Carta Comunitaria de los derechos sociales aprobada por el Consejo de Europa en 1989 y que tiene variantes similares a toda la Unión Europea. En Cataluña la precedió un proceso de concertación social entre el gobierno de la Generalitat y los sindicatos CC.OO. y UGT.</p>	<p>La Comisión Promotora la conforman diferentes entidades y organizaciones: la Asamblea de Parados y Paradas de Cataluña y Justicia i Pau, Sectores progresistas de la Iglesia, la Mesa del Tercer Sector, organizaciones sindicales, organizaciones políticas, ATTAC.</p>	<p>Precursor fue Thomas Paine (dividendo de ciudadanía, modelo de Estado de Bienestar basado en el principio de equidad). En Cataluña la defende la asociación RED RENTA BASICA, sección oficial de la organización internacional Basic Income Network (BIEN).</p>
<p>Finalidad</p>	<p>Garantizar ingresos mínimos durante un periodo en el que la persona/familia se compromete en un plan de trabajo para salir de la situación de pobreza.</p> <p><i>Medida post-exclusión</i></p>	<p>Asegurar los mínimos de una vida digna a las personas y familias que se encuentran en una situación de pobreza en Cataluña. Trasladar al conjunto de la sociedad catalana como hacer frente a la situación de pobreza.</p> <p><i>Medida post-exclusión</i></p>	<p>Garantizar el derecho a la existencia digna de todos asegurando unos medios de existencia respetando la libertad individual y los derechos emergentes (libertad versus autonomía, redistribución versus retribución); -garantizando ingresos mínimos para todos, desligados de los ingresos del trabajo, pues nunca más habrá trabajo para todos, y el modelo productivo actual es insostenible. -defendiendo la libertad individual, de decidir cómo se quiere vivir.</p> <p>Dos modalidades: débiles o RB básica de los semejantes (propone políticas distributivas sin denunciar el sistema capitalista), y el modelo fuerte de RB, que denuncia el carácter explotador del sistema.</p> <p><i>Medida pre-exclusión</i></p>
<p>Países en que se aplica</p>	<p>En diferentes países europeos y en las diferentes CC AA de España. En el País Vasco tiene carácter de derecho subjetivo universal, e incluye un obbe de derecho de recho a la prestación (sin contrapartidas) y derecho a la inserción (incentivo positivo). Es un modelo parecido al de Francia y Alemania.</p>		
<p>Partidos políticos favorables en las elecciones generales del 20 de noviembre de 2011</p>	<p>CIU</p>	<p>PSC-PSOE ICV-EUIA como primera fase de despliegue. ERC como primera fase de despliegue.</p>	<p>ICV-EUIA como segunda fase de despliegue. ERC como segunda fase de despliegue.</p>
<p>Estrategia marcada para su implantación</p>		<ul style="list-style-type: none"> - El Estatuto de Autonomía de Cataluña (2006), artículo 24.3, indica que se creará la Renta Garantizada de Ciudadanía, pero no se ha desarrollado. - La Comisión Promotora ha presentado una Inicialiva Legal Popular (ILP) creando debate en el Parlament y entre la ciudadanía. 	<p>Promoviendo formación en RB y debate a través de diferentes medios de comunicación y redes sociales.</p>

<p>Características básicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidio condicionado, complementario de rentas para todos los ciudadanos/as que reúnan los requisitos y condicionado a limitaciones presupuestarias. - De carácter individual/familiar - Silencio administrativo negativo 1997-2011 - No condicionado a presupuesto 2011-1013 - Pierde la calidad de derecho subjetivo al estar condicionado a presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidio condicionado - Universal: ■ Derecho subjetivo de todos los ciudadanos y ciudadanas del país ■ No condicionada a limitaciones presupuestarias - De carácter individual - Derecho de carácter complementario de rentas - Silencio administrativo positivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Renta para todos, sin condiciones - Universal: ■ Para todos los que vivan en el territorio y durante toda su vida ■ No condicionada a limitaciones presupuestarias - De carácter individual - No vinculada a nivel de ingresos ni a situación laboral (no hace distinción entre trabajo remunerado, doméstico y voluntario).
<p>Requisitos del beneficiario</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1997-2011 - Un año de empadronamiento en Cataluña. - Entre 25 y 65 años. - Que constituyan un hogar independiente 1 año antes de la solicitud - No tener medios para cubrir necesidades básicas - Dificultades de inserción laboral y social. 2011-2013 - Persona mayor de 25 años (o que tengan menores o personas con disminución a su cargo o que estén en situación de desamparo o de riesgo social) y menor de 65 años - Que constituyan un hogar independiente 1 año antes de la solicitud. - Los 12 meses anteriores, la unidad familiar sin ingresos superiores a la RMI. - Con dificultades de inserción social y laboral - Presentar problemática social añadida. - 2 años de residencia legal y continuada en Cataluña - No hay garantías para ser atendido aunque cumpla requisito para acceder 	<ul style="list-style-type: none"> - Persona mayor de 18 años o menor emancipado, y sin límite de edad - Con 12 meses de residencia legal en Cataluña - Con requisitos de acceso vinculados a: <ul style="list-style-type: none"> ■ Si la persona vive sola: ingresos inferiores al índice del IPREM. ■ Si forma parte de grupo de convivencia: según situación económica del grupo familiar. - Se percibe desde el inicio de la situación de pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivir en el territorio
<p>Duración</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1997-2011 - Mientras se mantengan las condiciones iniciales. 2011-2013 - La duración: 60 meses. - Excepción 1: los expedientes que en la fecha de aprobación de la Ley 7/2011, de 27 de julio, continúan abiertos y lo hayan superado pueden continuar máximo tres años. - Excepción 2: los expedientes de los titulares con 60 años o más en dicho momento. 	<ul style="list-style-type: none"> - La duración es mientras se cumplan los requisitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indefinida
<p>Va asociada a contraprestaciones por parte de quien la recibe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si, a aceptar un plan de trabajo en el ámbito social y/o laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin obligación de acciones sociales y/o laborales (evitando criminalizar la pobreza) - Con la obligación de la Administración de ofrecer alternativas socio-laborales. - Con obligaciones del percceptor del tipo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicar los datos y sus variaciones ■ No rechazar oferta de trabajo adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin contraprestación

<p>Rol del trabajador social</p> <p>¿Qué cuantía se considera la correcta para garantizar una vida digna al mes?</p>	<p>Control y apoyo social</p> <p>1997-2011 - A partir de 105 euros y según el nº de integrantes se podría llegar hasta los 1.000 euros al mes, en familias muy numerosas.</p> <p>2011-2013 - A partir de 105,93 y hasta un máximo de 641,40 € (igual al importe del salario mínimo interprofesional), dependiendo de los miembros de la unidad familiar. Se pueden activar algunas ayudas complementarias.</p>	<p>Control y apoyo social</p> <p>Garantizar que todo el mundo tenga ingresos por encima del umbral de la pobreza; aceptan que en Cataluña se considere el índice IPREM 664€/mes por 12 meses, según el índice del 2006.</p>	<p>Apoyo social</p> <p>Garantizar que todo el mundo tenga ingresos por encima del umbral de la pobreza; el 50% de la Renta per cápita de un país define la vida digna.</p>
<p>Administración competente</p>	<p>1997-2011 Gestiona la Generalitat de Cataluña; la Comisión Interdepartamental coordina los Departamentos de Empresa y Ocupación, de Bienestar Social y Familia y de Enseñanza. Y con la colaboración de los Servicios Sociales Básicos para la tramitación y seguimiento.</p> <p>2012-2013 Departamento de Empresa y Ocupación</p>	<p>Gestiona la Administración local; pero hace falta coordinación entre la Administración local y la Administración central. La Administración autonómica tiene que reconocer el derecho y realizar el pago</p>	<p>Hacienda</p>
<p>Fuente de financiación</p>	<p>A cargo de los presupuestos de la Generalitat de Cataluña.</p>	<p>A cargo de los presupuestos de la Generalitat de Cataluña. Se debe garantizar que es una prioridad.</p>	<p>- O a partir de los impuestos directos, que son más reequilibradores de la riqueza; los más ricos tienen que pagar más de lo que reciben por la RB. - O a partir de un impuesto que grave el 1% del beneficio de la banca o de las grandes empresas enérgeticas y/o de telecomunicaciones que han sido privatizadas. - Tasa Tobin</p>
<p>¿Es viable?</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí, depende de las prioridades políticas y de los grupos sociales a los que se quiere favorecer. Es más barata de gestionar que otras propuestas puesto que no hay costes de control</p>
<p>¿Es viable económicamente en este contexto de crisis?</p>	<p>Según el actual sistema de recaudación fiscal, no.</p>	<p>Según el actual sistema de recaudación fiscal, no.</p>	<p>La crisis se entiende como crisis primero política y después económica; la riqueza se está concentrando en pocas manos. La Renta Básica es viable, pero supone cambiar esta dinámica; prioriza la redistribución de la riqueza y la libertad individual.</p>

Bibliografía

- Butlletí Oficial de Parlament de Catalunya, nº 210. Art. 69. Modificación de la Ley 10/1997, de la Renta Mínima de Inserción. Sección 2.
- CASASSAS, D. y RAVENTÓS, D. *La Renta Básica en la era de las desigualdades*. Barcelona: Ed. Montesinos, 2011. ISBN 978-84-15216-27-8.
- Decret 144/1990, de 28 de maig, regulador del Programa Interdepartamental de la Renda Mínima d'Inserció (PIR-MI)", Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 1.309, 25-6-1990, págs. 2.891-2.894.
- Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya.
- Llei 10/1997, de 3 de juliol, de la Renda Mínima d'Inserció", Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 2.435, 17-7-1997, págs. 8.182-8.187
- Llei 7/2011, del 27 de juliol, de mesures fiscals i financeres, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 5931, 29-07-2011.

El tratamiento social en las áreas básicas de servicios sociales

Lidia Fábregas¹, Laura García², Nuria González³, Eva Godoy⁴, Ana Marimón⁵ y Maribel Olivares⁶

Resumen

En este artículo se explica el proceso de atención individual y familiar dentro de las áreas básicas de servicios sociales del Ayuntamiento de Hospitalet, poniendo el énfasis en la etapa del tratamiento social. Se profundiza en la definición, metodología y aspectos que lo constituyen.

Partimos de la base que el tratamiento social es el núcleo de la intervención social, orientado a lograr la promoción, capacitación, prevención, contención y concienciación dentro de un proceso de acompañamiento de la persona-familia en su proyecto de mejora. Se finaliza el artículo con una recopilación de indicadores de riesgo.

Palabras clave: Proceso, tratamiento social, plan de trabajo, indicadores psico-socio-educativos, referente profesional..

Para citar el artículo: VVAA. El tratamiento social en las áreas básicas de servicios sociales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 168-178. ISSN 0212-7210

¹ Trabajadora social. Área Básica Servicios Sociales. Dto. IV Florida-Les Planes. Ayuntamiento de Hospitalet. lfabregas@l-h.cat.

² Jefa de Territorio Zona Norte. Atención Primaria. Ayuntamiento de Hospitalet. lgarciah@l-h.cat.

³ Jefa de Centro. Área Básica Servicios Sociales Dto. IV Florida-Les Planes. Ayuntamiento de Hospitalet. ngonzalez@l-h.cat.

⁴ Trabajadora social. Área Básica Servicios Sociales. Dto. VI Bellvitge. Ayuntamiento de Hospitalet. emgodoy@l-h.cat.

⁵ Educadora social. Área Básica Servicios Sociales. Dto. VI Gornal. Ayuntamiento de Hospitalet. ammarimon@l-h.cat.

⁶ Psicóloga. Área Básica Servicios Sociales. Dto. II Collblanc-Torrassa. Ayuntamiento de Hospitalet. miolivares@l-h.cat.

Abstract

This article explains individual and family assistance in social services of the Hospitalet city council, stressing the importance on social treatment. The article deepens on definition, methodology and aspects that constitute it.

The point of departure is that social treatment is social intervention's heart, orientated towards achieving promotion, training, prevention, containment and awareness within the process of supporting the person/family in their project of personal improvement. The article ends with a collection of risk indicators.

Key words: Process, social treatment, working plan, psycho-social-educational indicators, professional of reference.

Introducción

Los profesionales de las áreas básicas de servicios sociales trabajan sobre una realidad cada vez más dinámica y compleja. Esta situación ha determinado un desarrollo legislativo que ha ido fijando las funciones de los servicios sociales.

Así, inicialmente, hay que hacer mención de la ley 26/85, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales, donde se atribuían funciones de diagnóstico y tratamiento social a los servicios sociales especializados. Posteriormente, el decreto legislativo 17/94, de 16 de noviembre, en materia de asistencia y servicios sociales, en el artículo 9 mantiene estas funciones a los servicios sociales especializados y establece a los Servicios Sociales de atención primaria, entre otras, las funciones de “aplicar tratamientos de apoyo a personas, familias y grupos”.

Es en la ley de Servicios Sociales 12/2007, de 11 de octubre, donde se reconocen los Servicios Sociales básicos competentes para hacer tratamiento social. Es por este motivo que el Área de Bienestar Social del

Ayuntamiento de Hospitalet, a julio del 2010, constituye una comisión de trabajo integrada por profesionales de diferentes disciplinas (trabajadoras sociales, educadora social y psicóloga) y mandos con el objetivo de definir qué entienden por tratamiento social dentro del proceso de la atención individualizada y crear un documento de referencia para todos los profesionales de servicios sociales.

En Hospitalet, a diferencia de otros municipios, el Modelo de Atención individual-familiar está organizado de manera que el mismo profesional que inicia la atención al usuario es quien continúa todo el proceso de trabajo.

Este documento se contextualiza principalmente desde la praxis profesional. Aunque no lo desarrollamos en este trabajo, tenemos presente la importancia de la dimensión grupal y comunitaria en la intervención profesional.

Este documento fue consensuado por los diferentes profesionales de las siete áreas básicas de servicios sociales de la ciudad y por los diferentes responsables que forman la estructura organizativa.

LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA. PROCESO

Modelo flexible y dinámico



Tratamiento social

La ley de Servicios Sociales 12/2007 en el artículo 17 establece que:

“Corresponde a los servicios sociales básicos cumplir las actuaciones preventivas, **el tratamiento social** o **socioeducativo** y las intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social y evaluarlas”. Asimismo, en el artículo 21 punto e) la ley contempla el tratamiento social como una prestación de servicio.

Dentro del proceso de la atención individualizada, que consideramos que debe ser un modelo flexible y dinámico, hay diferentes fases de intervención previas al tratamiento social:

A) Detección y análisis: paso previo al diagnóstico. Se hace la exploración de la situación teniendo en cuenta la problemática y/o necesidades del individuo y/o familia que formula la demanda y también se realiza la detección de indicadores de riesgo **psico-socio-educativos** (ver apartado de indicadores de riesgo).

Estos indicadores no se deben contemplar de forma aislada sino que se deben contextualizar y valorar según una serie de variables como la frecuencia, el tiempo, la interferencia de estos factores en la vida de la persona, etc.

Podemos entender por **situación de riesgo social** aquellas situaciones en las que hay factores que inciden gravemente en la persona y/o familia en su dimensión personal, familiar y/o relacional, socioeconómica y del entorno. Estas situaciones de riesgo necesitan un abordaje técnico e interdisciplinario para evitar que desencadenen en un proceso de exclusión social. Esta detección se realiza mediante las entrevistas, visitas a domicilio,

coordinaciones con la red y posterior análisis con un trabajo interdisciplinario.

B) Diagnóstico social: como resultado de la exploración previa (detección y análisis), el diagnóstico social es la identificación de las carencias, problemas, capacidades y potencialidades de la persona y/o familia.

“El diagnóstico social debe señalar los núcleos de intervención sobre los que se actuará susceptibles de modificaciones, y que precisen una actuación profesional programada para su transformación. En síntesis, lo que se propone para la realización del diagnóstico es que, utilizando los conocimientos ya adquiridos y la experiencia práctica, se llegue a una visión de los problemas, su naturaleza, su magnitud y, de este modo, poder plantear una acción adecuada y asegurar la eficacia y racionalidad de la acción”.

C) Pronóstico: valoración que realiza el/la profesional respecto a los cambios que se puedan producir en la situación de necesidad social y las posibles eventualidades. Valoración técnica de las debilidades y fortalezas de la persona y/o familia y de los recursos existentes, para mejorar su situación mediante un plan de trabajo consensuado entre el/la profesional y el usuario.

Una vez hecho el diagnóstico y el pronóstico social, el/los profesional/-ales valorarán qué tipo de intervención social se llevará a cabo. Esta intervención se puede concretar, por un lado, en una información, asesoramiento, trámites de prestaciones o derivación a otros servicios, o por otro, en el establecimiento de un **tratamiento social**.

Entendemos por **tratamiento social** el conjunto de intervenciones técnicas dirigidas a personas y/o familias que presentan dificultades sociales, con el objetivo de pre-

venir, modificar, evitar el deterioro de su situación y atender la necesidad que repercute en la autonomía personal y en su dependencia, en las relaciones interpersonales y sociales.

El tratamiento social implica un acompañamiento del usuario y/o familia en su proceso de cambio. Se trabajan los siguientes aspectos:

- **La promoción:** acciones orientadas a facilitar la mejora personal, laboral, formativa, educativa, social, así como a generar expectativas positivas y reforzar aspectos saludables.
- **La capacitación:** acciones dirigidas a ayudar a desarrollar las capacidades personales, emocionales, parentales y/o sociales, para facilitar un mayor grado de integración familiar y/o social.
- **La concienciación:** intervención orientada a ayudar a las personas y/o familias a reconocer sus necesidades, dificultades, potencialidades y limitaciones, con el objetivo de favorecer el proceso de integración social.
- **La contención:** intervención técnica en situaciones de crisis y/o cronicadas, para evitar un mayor deterioro de la situación personal, familiar y/o social.
- **La prevención:** actuaciones dirigidas a evitar posibles situaciones de riesgo o de fragilidad y/o vulnerabilidad, y si se detecta que existen, incidir para evitar un mayor deterioro de la situación personal y/o familiar.

Lo que define el tratamiento social es el plan de trabajo o lo que la ley denomina plan de atención social.

Plan de trabajo

La ley de servicios sociales 12/2007 (en el artículo 9, apartado 2, punto a) considera que el plan de atención social individual, familiar o convivencial es un derecho de los destinatarios de los servicios sociales.

También en el artículo 13 de la misma ley (apartado 1 punto b) recoge los deberes de los usuarios, de los cuales cabe destacar “seguir el plan de atención social individual, familiar y convivencial y las orientaciones del profesional y comprometerse a participar activamente en el proceso”.

Definimos **plan de trabajo** como:

Herramienta del o de los profesionales que debe contemplar los objetivos a alcanzar, los recursos, la temporalización y la evaluación.

Para poder diseñar y ejecutar el plan de trabajo es necesario el compromiso del usuario. La formación de un buen vínculo entre el usuario y el técnico es necesaria para lograr cambios en su situación.

El tratamiento social debe comportar un cambio en la mirada que tiene el sujeto sobre su situación, en su cuestionamiento sobre lo que le pasa, qué responsabilidad tiene en la toma de decisiones y qué alternativas tiene.

En el supuesto de que no haya colaboración en su proceso de cambio y consecuentemente no se pueda realizar el plan de trabajo, pero los profesionales valoran que hay una situación de riesgo social para la propia persona y/o familia o para terceros, los técnicos tienen la responsabilidad de llevar a cabo las acciones necesarias para poner esta situación en conocimiento de las autoridades o servicios correspondientes. A pesar de todo, los profesionales buscarán diferentes estrategias de intervención y se-

guimiento: pueden hacer un seguimiento directo o indirecto de esta situación, hasta su resolución.

El plan de trabajo puede contemplar:

- **Establecer entrevistas periódicas** con el usuario y/o familia. La frecuencia de las mismas, dependerá de diferentes variables: la naturaleza de los objetivos, los indicadores de riesgo, disponibilidad de recursos, las características de las personas y organización de los servicios. Las entrevistas se pueden realizar en diferentes lugares: despacho, domicilio, centro escolar, *esplais*, etc.

En función del profesional y su disciplina, utilizará diferentes técnicas de diagnóstico y tratamiento.

- **Trabajo interdisciplinario:** dado que se trata de situaciones complejas, es necesaria la consulta y/o intervención de profesionales de diferentes disciplinas (trabajadores sociales, educadores, psicólogos y trabajadoras familiares). Entendemos por trabajo interdisciplinario el trabajo cooperativo en el estudio, el análisis y la intervención desde la perspectiva de diferentes disciplinas.

La importancia de esta vertiente interdisciplinaria queda reflejada en el artículo 43 (apartado 3) de la ley, donde se establece que es necesario seguir un criterio interdisciplinario para ofrecer una atención integrada.

- **Trabajo en red** con otras instituciones y/o servicios implicados en el caso (servicios de salud mental, sanidad, justicia, educación, servicios de inserción laboral/formativos, servicios de ocio, entidades). Entendemos por trabajo en red la colaboración interequipo, interinstitución e interservicios, donde

los diferentes miembros deben asumir diferentes roles a los que a menudo no están habituados, deben diseñar y ejecutar conjuntamente un plan de mejora del caso donde se deben compartir objetivos y recursos.

- **Gestiones, trámites de prestaciones y recursos**

- **Documentación** (informes sociales, informes psico-sociales, informes socio-educativos, llenar impresos para acceder a prestaciones y/o recursos, registro de entrevistas, *actas de reuniones*, etc.).

Durante la ejecución y evaluación del plan de trabajo es conveniente, y en muchos casos necesario, disponer de un espacio de **supervisión** y evaluación continua, el cual persigue la mejora de la praxis profesional con la revisión y la reflexión.

Pese a que en el plan de trabajo intervenga más de un profesional, la persona y/o familia atendida debe tener un **profesional de referencia**.

Tal como establece la ley artículo 9 (apartado 2, punto e) el destinatario de servicios sociales tiene derecho a “tener asignado un o una profesional de referencia que sea interlocutor principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la globalidad del proceso de atención”.

El profesional referente puede ser cualquier técnico/-a del equipo, y se asignará en función del objeto de intervención. Se trata de una figura estable en el tiempo, pero puede cambiar en función de la evolución del caso y siempre consensuado entre los profesionales implicados. El referente también puede cambiar a petición de la persona usuaria de acuerdo con las posibilidades del área básica de servicios sociales.

El **profesional referente** valorará, si es necesaria, la incorporación e intervención de otros profesionales. Según el diagnóstico y los objetivos a trabajar se valorará la necesidad de incorporar la figura de un **co-referente**.

Evaluación del plan de trabajo

¿Se han conseguido los objetivos marcados?

A) **SÍ**: en el caso que se hayan alcanzado los objetivos del plan de trabajo, hay dos posibilidades: finalizar el plan de

trabajo o bien continuar la intervención pero con menor intensidad durante un periodo limitado (fase de seguimiento) para asegurar el mantenimiento de los objetivos alcanzados.

B) **NO**, por diferentes motivos: por abandono del usuario y/o familia (si se valora situación de riesgo el profesional realizará las acciones pertinentes siguiendo la legislación vigente) o bien por desajuste de los objetivos (habrá que redefinir el plan de trabajo).

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

DIMENSIÓN ECONÓMICA Y LABORAL

INDICADORES ECONÓMICOS

1. **Ningún ingreso**: la unidad de convivencia no presenta ninguna fuente de ingresos regular y estable.
2. **Dependencia económica**: el núcleo familiar depende de la ayuda de otras personas o instituciones para cubrir las necesidades básicas.
3. **Ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional**: los ingresos de la unidad familiar no son suficientes para garantizar los mínimos vitales de sus miembros.

INDICADORES LABORALES

1. **Situación de paro**: personas que se encuentran en el paro durante un largo tiempo.
2. **Falta de formación y/o calificación**: personas con formación y experiencia laboral insuficiente.
3. **Trabajo inestable**: personas que trabajan de forma temporal e intermitente, sin ninguna estabilidad en los ingresos mensuales.
4. **Trabajo sin contrato**: personas que trabajan en la economía sumergida y no están regularizadas por la seguridad social.

INDICADORES DE VIVIENDA

1. **Falta de vivienda**: persona o unidad de convivencia que no dispone de vivienda.
2. **Amontonamiento**: situación que se da en la vivienda cuando el número de personas que conviven y los metros cuadrados del domicilio no cumplen los mínimos establecidos para cubrir las necesidades de la vida diaria de manera satisfactoria.

3. **Barreras arquitectónicas:** viviendas que presentan barreras arquitectónicas en su acceso y/o en su interior.
4. **Falta de servicios/suministros:** vivienda que no dispone de los servicios i/o suministros básicos por falta de pago o instalación.
5. **Acumulación de deudas:** de alquiler o hipoteca que comporte un riesgo de desahucio.
6. **Insalubre:** vivienda que no reúne las condiciones higiénicas y sanitarias para vivir.
7. **Ocupación ilegal:** ocupación de la vivienda de otra persona sin su consentimiento y/o contrato legal.
8. **Realquiler y/o realquiler itinerante:** personas o familias que viven en habitaciones y cambian con frecuencia de una vivienda a otra dentro del mismo distrito o a otros distritos de la ciudad.

INDICADORES LEGALES

1. **Sin documentación:** la persona no dispone de ningún documento legal que la identifique o no lo tiene vigente.
2. **Sin empadronar o con padrón irregular:** la persona y/o familia no está registrada en ningún domicilio del municipio, requisito necesario para tramitar prestaciones garantizadas. Persona y/o familias que están empadronadas en un domicilio y residen en otro.
3. **Incumplimiento de órdenes de alejamiento y de otras sentencias judiciales:** sentencias del juzgado por separaciones, divorcios, violencia de género y otros donde hay un incumplimiento de las medidas y donde el profesional debe valorar si es necesario comunicar esta situación al juzgado y/o solicitar orientación jurídica al respecto.

DIMENSIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

INDICADORES FAMILIARES Y SOCIALES

1. **Dificultades para asumir funciones parentales:** personas adultas que no son capaces de asumir sus responsabilidades en el sí de la familia respecto de las personas que dependen de ellas.
2. **Desorganización familiar:** dificultades para organizar, distribuir las responsabilidades y la economía entre los miembros de la familia.
3. **Conflictos familiares:** personas con dificultad de relación y convivencia con uno o más miembros del núcleo familiar, con poca capacidad de diálogo y de respetar los límites.
4. **Violencia de género:** cualquier manifestación de violencia entre adultos, derivada de la condición de género.
5. **Malos tratos a niños y adolescentes:** “Los malos tratos de niños y adolescentes se producen cuando cualquier persona, institución o la propia sociedad, por ac-

ción, omisión o trato negligente, no accidental, priva al niño o adolescente de sus derechos y de su bienestar, amenaza o interfiere su desarrollo físico, psíquico y social”. (DGAIA)

- 6. Maltrato de persona adulta:** persona adulta que recibe malos tratos, de cualquier tipo, por parte de las personas con las cuales convive y/o son sus responsables.
- 7. Menores embarazadas o con hijos:** adolescentes que deben hacer frente a una maternidad sin haber alcanzado el grado de madurez necesaria.
- 8. Crisis en el ciclo vital de la familia:** dificultad de aceptación y adaptación en las diferentes etapas de la trayectoria de vida.
- 9. Conductas agresivas y delictivas:** persona que tiene tendencia a responder a cualquier situación con niño/joven desinstitucionalizado: dificultades de adaptación del niño y/o joven que vuelve al núcleo familiar después de haber estado en un centro de menores.
- 10. Dificultades de aceptación de las disminuciones/enfermedades:** individuo o núcleo familiar que no acepta las dificultades o enfermedades propias o de otros miembros de la familia, actos agresivos o delictivos.
- 11. Procesos de luto complicados:** dificultades graves de adaptarse a la pérdida de seres con quien se tenía un vínculo afectivo. También se incluyen los lutos migratorios.
- 12. No dispone de apoyo social:** ausencia de familiares y/o amigos que den apoyo ante una situación de crisis.
- 13. Aislamiento social:** individuo y/o familia que vive una situación de asocialización.

DIMENSIÓN CAPACIDADES INDIVIDUALES

INDICADORES DE SALUD

- 1. Discapacidad (física, psíquica y/o sensorial):** persona que sufre una reducción o pérdida permanente de alguna capacidad funcional básica.
- 2. Enfermedad orgánica crónica/aguda:** alteración de la salud física que ha sido diagnosticada y necesita un tratamiento médico.
- 3. Trastornos salud mental:** alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos y que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social.
- 4. Adicciones:** persona que tiene dependencia del alcohol, otros tóxicos, ludopatías, tecnologías, sexo, trabajo, etc.
- 5. Falta de cuidado personal:** persona negligente en cuanto a los hábitos básicos para el mantenimiento de la buena salud (higiene, vestimenta adecuada a la climatología, alimentación, sueño, seguimiento médico, etc.).

INDICADORES DE EDUCACIÓN

- 1. Desescolarización:** niño en edad obligatoria de escolarización que no está matriculado en ningún centro escolar.

2. **Abandono escolar:** niño y/o joven en edad obligatoria de escolarización que deja de asistir al centro escolar sin finalizar el período educativo correspondiente.
3. **Absentismo:** la falta de asistencia –del tipo que sea– al centro escolar que puede tener un mayor o menor grado de gravedad y repercusiones respecto de los aprendizajes y la integración del niño a la escuela y puede comportar dificultades en su proceso de socialización.

INDICADORES HABILIDADES

1. **Administración deficiente:** presenta dificultades para distribuir el presupuesto de la unidad de convivencia y no prioriza la cobertura de las necesidades básicas.
2. **Analfabetismo funcional:** falta de habilidades para poder relacionarse con los demás sistemas de bienestar social.

INDICADORES DIMENSIÓN ENTORNO

1. **Dificultades de adaptación sociocultural:** individuo y/o familia que no tiene el conocimiento básico del idioma vehicular, y no conoce, no respeta o se mantiene al margen de las costumbres de su entorno.
2. **Encarcelamiento:** persona rechazada socialmente por haber estado en la cárcel. Dificultades sociales, económicas y/o psicológicas que puede tener una familia debido a que uno de sus miembros está en la cárcel.
3. **Vinculación a grupos de riesgo (bandas, sectas...):** jóvenes y adolescentes vinculados a organizaciones con conductas de riesgo.

Bibliografía

- BARBERO, J. Manuel. *El treball social en acció. Mètode i autogestió en la pràctica professional*. Barcelona: Impuls a l'Acció Social, 2008. ISBN 9788493498740.
- Diputació de Barcelona. Àrea de Benestar Social. *Model de prevenció i detecció de situacions de risc social a la infància i adolescència*. Col·lecció Documents de Treball. 2009. ISBN 978-84-9803-340-3.
- DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en el trabajo social*. Argentina: LUMEN HUMANITAS, 2006. ISBN 9789870005582.
- LAZARO, S.; RUBIO, E.; JUAREZ, A.; MARTIN, J. i PANIAGUA, R. *Aprendiendo la práctica del trabajo social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2007. ISBN 9788484682158.
- ROSELL, Teresa. *La entrevista en el trabajo social*. Barcelona: Euge, 1990. ISBN 9788489095175.
- LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. DOGC núm. 4990 - 18/10/2007.
- LLEI 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC núm. 5641 - 02/06/2010.
- Decret Legislatiu 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials.
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Grup de Treball i Investigació sobre els Serveis Socials d'Atenció Primària de la Comissió de Psicologia Social i Comunitària. *Document número 9: Els psicòlegs als SSAP*.
- <http://www.upc.edu/ude/particulars/informacio-2/infor/malaltia-mental-les-respostes-a-les-preguntes-mes-frecuents-1#malaltiaUPC>.
- <http://www.uab.cat/servlet/Satellite/discapacitat/definicio-de-la-discapacitat-1283150431045.html>.

La intervención profesional en familias de riesgo

Carmen Amorós Azpilicueta¹

Resumen

La intervención profesional en el trabajo social con familias estriba en la protección a las mismas, necesaria para favorecer la salud de sus miembros, en especial cuando se trata de familias de riesgo. Para ello es necesario saber acompañar, creando vínculos de auténtico y profundo acompañamiento. Se trata de descubrir los propios recursos internos de la familia, para poder ayudar a cambiar sus actitudes y por tanto favorecer la salud. Y ello pensamos que debe llevarse a cabo mediante una red social y profesional potenciadora de capacidades parentales.

Esta manera de trabajar acaba creando un sistema de relaciones emocionales y sociales que desembocan en el favorecimiento de un grupo familiar sano, y por ende, de una sociedad más sana.

Palabras clave: Acompañamiento, observación, comprensión, empatía, ética y salud.

Para citar el artículo: AMORÓS AZPILICUETA, Carmen. La intervención profesional en familias de riesgo. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 179-182. ISSN 0212-7210

Abstract

Professional intervention in Social Work with families is about protecting them. It is necessary to promote its members' health, specially in at-risk families. Therefore it is important to know how to offer support by creating a truly and deep support bond. It is necessary to figure out the family's inner resources to be able to help changing their attitudes and improving their health. We think that this must be done by using a social and professional network which reinforces parental capacities. This way of working creates a system of emotional and social relations that result into a healthier family group and therefore a healthier society.

Key words: Support, observation, understanding, empathy, ethics and health.

¹ Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Consultora de Organizaciones. Supervisora, docente y consultora de Servicios socio-sanitarios de infancia y familia. carmenamoros@yahoo.es.

Es un deber ético favorecer la salud de las familias. La sociedad, como si de una tribu se tratara, ha de proteger las organizaciones familiares. Esto cobra mayor importancia, si cabe, cuando una organización familiar está en situación de riesgo.

Meltzer, cuando habla de familia, considera que la comunidad debe proporcionar un ambiente protector que ayude de forma suficiente a la familia. Es decir, que los padres han de contar con la oportunidad de tener un papel respetable en el trabajo y en la vida social de la comunidad y una esperanza en su propio futuro, si lo que se espera es que suministren el esencial soporte emocional para el crecimiento de sus hijos.

La crisis de la familia es la crisis de la sociedad. Por tanto, cuidar de la familia es cuidar de la sociedad. Y para cuidar conviene saber acompañar. Este es el punto esencial en el que debería basarse la intervención profesional, especialmente en el trabajo social.

Devolver a la sociedad niños cuidados con amor, por padres maduros, éticos, significa que extenderán en sus lugares de convivencia esa conducta aprendida en el contexto familiar, contribuyendo así a crear una red de relaciones humanas organizadas en torno a los buenos sentimientos, a la generosidad y al respeto.

La generosidad es cardiosaludable. El Dr. Valentín Fuster, cardiólogo barcelonés, director de la Unidad de Cardiología del Monte Sinaí de Nueva York y presidente de la Asociación Mundial de Cardiología, sostenía en una entrevista que dio al periódico *El Mundo* que dedicarse a los demás ayuda a mantener sano el corazón, y que *tiene sentido vivir más si uno puede seguir siendo útil a la Sociedad, si puede aportar algo. Ese algo, dice, puede ser sabiduría y amor.*

El mundo es peor si la infancia vive

desamada, y éste es un mundo que no puede permitirse ser peor.

El amor, la bondad, el buen trato, el respeto no se aprenden en los libros de texto o en las facultades, se adquieren a través de las relaciones emocionales auténticas, veraces, se adquieren por impregnación, por contagio; en eso que un filósofo moderno americano ha llamado *las Comunidades Humanas Abarcables: en la familia* —la primera de todas—, en el colegio, en las relaciones de parentesco, de vecindad y amistad... Esto quiere decir que la primera condición del aprendizaje de los buenos sentimientos es el buen ejemplo, lo que nos convierte a todos en maestros y discípulos a un tiempo.

Para la buena salud de la convivencia humana resulta imprescindible que los niños crezcan alborotados y felices. No hay niños “cliché” y cada relación madre-padre-hijo es única.

Cubrir las necesidades básicas de un niño implica comprender, que no es lo mismo que responder a aquello que se ha de hacer con un bebé, con un niño teórico escrito en los libros, sino que supone dar respuesta a las necesidades específicas que ese bebé, ese niño, expresa en la relación. La primera necesidad de un bebé y de un niño, es contar con una familia (algo contemplado ya en la Convención sobre los Derechos del Niño).

El grupo padre, madre e hijo es una relación de a tres, son tres mentes en funcionamiento que se alimentan unas a otras, dando lugar a una experiencia emocional. Meltzer opina que el desarrollo de la personalidad se logra a través de las experiencias de relaciones íntimas e intensamente emocionales.

Los profesionales de infancia, sea cual sea su orientación, coincidimos en que la salud mental de los niños está muy condi-

cionada a la calidad de las relaciones afectivas en la familia y a la estabilidad y continuidad de estas relaciones. De acuerdo con D. Meltzer y J. Thomas, la familia es una estructura básica que favorece la organización mental de los hijos, y es el marco de crecimiento emocional entre todos sus miembros.

Dada su importancia en el desarrollo mental del ser humano conviene pensar en cómo proteger a la familia y en cómo ayudarle en situaciones de crisis y en situaciones de riesgo.

Ayudar a la familia no es decirles lo que tienen que hacer, se trata de ayudarles a sacar partido de las capacidades naturales de todos sus miembros en relación con el grupo. Se trata de ayudar a que padres e hijos aprendan a descubrir sus propios recursos internos y externos para poder cambiar sus actitudes y por tanto favorecer la salud.

Crear vínculos de *auténtico acompañamiento* de los profesionales de primera línea de contacto con la infancia y la familia acaba creando un sistema de relaciones emocionales y sociales que desembocan en el favorecimiento de un grupo familiar sano. La base para la prevención de la salud mental en la infancia la centro en acompañar y proteger a la familia. Creo que una necesidad que tiene la pareja parental y el grupo familiar es la de contar con una red social protectora y potenciadora de las competencias parentales y parentales; casi me atrevería a hablar de *parentalidad comunitaria o parentalidad social*.

Los profesionales deberían funcionar como un puente entre el niño y los padres, y en el caso de las familias de riesgo, además, entre el grupo familiar y la sociedad. Ser profesional que ayuda a las familias tampoco se consigue *solamente* a través de la teoría; supone desarrollar una capacidad de empatía, de sensibilidad, de intuición y de ética.

A una familia conviene entenderla en el *aquí y ahora*, a la luz de su contexto socio-cultural y de su proceso como grupo familiar.

A veces los profesionales pasan a la acción sin reflexión, dando pautas y teledirigiendo a los niños y a las familias, lo cual les lleva a una dependencia insana de los servicios públicos, anulando la posibilidad de tomar conciencia de lo que realmente necesitan y les pasa, y de la posibilidad de poner en marcha sus propios recursos internos. Y es obvio que dicha actitud abandona a las familias a su más profunda soledad con sus problemas, inmersos en su incompreensión.

Esto hace que los profesionales se estresen y se quemem. Lo que realmente lleva al estrés profesional es no entender y desconectarse de la vivencia.

Para entender lo más importante es escuchar y observar. La observación lleva a saber ver dentro de un proceso. La observación conduce al conocimiento, es una apertura hacia el interior. Observar pide olvidar, hay que observar *sin memoria ni deseo*, como diría Bion. Observar no es tan sencillo como parece, exige mirar con paciencia y con atención sin dar nada por sabido, sin encomendarse a la costumbre, a esa rutina que a veces llamamos técnica y que en ocasiones se convierte en la tumba del trabajo bien hecho.

Observar exige un esfuerzo y una dedicación que no siempre se está dispuesto a pagar. Mirar con nuestros propios ojos profesionales, pensar con nuestro propio pensamiento, apoyándonos en todo nuestro conocimiento, pero transcendido de prejuicios y de apriorismos de especialista. Por eso no hay que tener prisa, en un mundo acuciado por el instante que pasa, la prisa en nuestro trabajo desemboca en la ineficacia.

Es necesario sentir, impregnarse del clima emocional que se establece en el escenario de la intervención profesional. A lo observado hay que darle forma por medio del lenguaje. No basta pues con saber, hay que saber decir, hay que saber comunicar, ya que no saber decir invalida el conocimiento. No es una cuestión menor el empleo del lenguaje adecuado, un lenguaje conectado a la emoción, al sentimiento.

Para atender y ayudar primero hay que comprender. Solamente la comprensión emocional acompaña. Y una familia en situación de riesgo o en situación de crisis no va a ser ayudada a través de pautas y de normas teóricas, convencionales. Lo que realmente le va a ayudar va a ser sentirse respetada, comprendida y escuchada, ya que a partir de ahí la podemos llevar a una situación de reflexión sobre su situación y sus posibles recursos.

En definitiva, el profesional tiene que poder empatizar con la familia, sentimiento muy vinculado a la ética.

Algunas familias, sobre todo las que están en una situación de desestructuración

importante, requieren de alguien que funcione como un auxiliar mental que se haga cargo de esas funciones con las que de momento no cuenta. Es entonces cuando el profesional, especialmente el trabajador social, cubre esa carencia de forma transitoria mientras les ayuda a que puedan hacerse cargo ellos de forma autónoma.

En mi experiencia de trabajo con grupos de atención primaria en servicios sociales, reflexionando y analizando por qué los problemas se cronifican en las familias y por qué se dan verdaderas cadenas generacionales que piden las mismas cosas a Servicios Sociales, he podido entender que en la mayoría de las ocasiones se debe a que las intervenciones se hacen respondiendo directamente a una demanda *sin pensar e intentar entender* las razones que les han llevado a presentar esas necesidades y a hacer esas demandas.

Dejar de lado la comprensión del problema y responder a situaciones aparentes favorece la dependencia insana e impide el crecimiento del grupo familiar, lo cual lleva a una transmisión de los mismos problemas de generación en generación.

Nota: Las ideas expresadas en este artículo forman parte de una próxima publicación sobre los métodos *AcSent* y *AcSent.org*, de los cuales soy autora.

Estos métodos han estado ideados para intervenir en familias con finalidades preventivas y terapéuticas (*AcSent*). Así mismo, para intervenir en Servicios e Instituciones públicas de Infancia (*AcSent.org*).

Bibliografía

- BION, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- BION, W. *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1988.
- MELTZER, D. i HARRIS, M. *El paper educatiu de la familia. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge*. Barcelona: Ed. Espax, S. A., 1989.
- MELTZER, D. i HARRIS, M. *Familia y Comunidad*. Buenos Aires: Ed. Spatia, 1990.
- ROTENBERG, E. *Hijos difíciles, padres desorientados. Padres difíciles, hijos desorientados*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S. A., 2007.
- THOMAS, J. *Comunicacions orals*.

El ayer y el hoy del trabajador y de la trabajadora social en la Administración de Justicia: el perito y la perita social

Laura Crous i Gonzàlez¹

Resumen

Este artículo hace un repaso histórico de cuál ha sido el proceso de incorporación del trabajo social dentro de los equipos interdisciplinarios de la Administración de Justicia para aproximarnos a la nueva figura del perito social.

Palabras clave: Administración de Justicia; perito/perita; dictamen pericial; peritaje de casos; informe social pericial.

Para citar el artículo: CROUS GONZÁLEZ, Laura. El ayer y el hoy del trabajador y de la trabajadora social en la Administración de Justicia: el perito y la perita social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 183-188. ISSN 0212-7210

Abstract

This article does an historic review of how forensics social work has been incorporated in interdisciplinary teams in the Justice Administration to get closer to the new figure of the 'social expert in justice' as an expert on providing legal reports requested by a judge.

Key words: Justice Administration; legal expert; legal evidence; expert advice on cases; social expert report.

¹ Trabajadora social. Fundadora-Directora de la Consultoría LCG-Treball Social. Perita Social. Mediadora Familiar. Coach personal. Formadora. lctreballsocial@gmail.com.

1. La incorporación del trabajo social a la administración de justicia

La figura del trabajador y de la trabajadora social es de reciente incorporación dentro del ámbito judicial.

En la década de los 80, con la publicación de la Ley 30/1981, de 7 de julio, *por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio (conocida como la “Ley del divorcio”)*, y con la creación de los juzgados de familia con el Real Decreto 1322/81, de 3 de julio, se facilita el acceso de los y las profesionales del trabajo social a la Administración de Justicia.

La introducción de los trabajadores y trabajadoras sociales forenses en el campo jurídico se hace dentro de equipos judiciales interdisciplinarios, llamados *equipos técnicos o psicosociales*. Estos equipos de profesionales están formados por trabajadores y trabajadoras sociales, por profesionales de la psicología y de la educación social.

Más adelante, en el año 1988, con la creación de los Juzgados de menores se constituyen los equipos técnicos que tienen presencia en todas las fases del procedimiento judicial y que están formados por profesionales del trabajo social, de la psicología y de la educación social.

En ese mismo año, el año 88, esta figura se añade a los equipos psicosociales de las Clínicas de Medicina Forense, integrados hasta entonces por profesionales de la psicología y de la medicina.

A partir del año 2004, el trabajo social vuelve a tener presencia en la creación de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género junto con profesionales de la psicología y de la medicina forense.

2. El trabajador y la trabajadora social como peritos y peritas

La legislación vigente recoge que, a petición de instancias judiciales, diferentes profesionales y/o técnicos podrán actuar de oficio en la valoración de hechos o situaciones mediante sus conocimientos técnicos.

En los equipos judiciales los trabajadores y trabajadoras sociales intervienen a demanda del juez o tribunal competente a fin de aportar conocimientos científicos sobre los factores sociales presentes en la causa de estudio encomendada.

El antiguo artículo 508 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, recogía: “...podrán ofrecer servicios en la administración de justicia los profesionales y expertos que sean permanente o ocasionalmente necesarios para auxiliarla”.

En el artículo 92 del Código Civil español: “El juez, de oficio o a petición de los interesados podrá recavar el informe de especialistas”.

En estos casos los trabajadores o trabajadoras sociales actuarán como peritos y peritas a demanda de instancias judiciales, ya sea como técnico especialista a petición del mismo estamento judicial o a petición de alguna o de ambas partes en litigio.

El concepto de *perito* proviene del término *peritus* del latín. El o la profesional que actúa como perito/-a es el técnico/-a especialista en una materia que valora una situación en litigio mediante sus conocimientos y emite su dictamen.

3. El estudio y la valoración del trabajo social: el dictamen de los peritos

El artículo 299 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, (en ade-

lante L.E.C.) cita que entre los medios de prueba que se podrán presentar en cualquier procedimiento judicial se encuentra el dictamen de los peritos.

El concepto *dictamen* proviene del latín *dictamen*, que significa “opinión, juicio, hacia algo que emite una persona”.

Los profesionales del trabajo social aportamos, haciendo uso de la metodología propia de nuestra disciplina, nuestra valoración técnica resultante de la recogida de información y del estudio del caso.

La propia L.E.C. regula en su articulado la actuación de los peritos en su Libro II, Título I, Capítulo IV, Sección V, sobre el “Dictamen de los peritos” (artículos 335-352).

De la exploración hecha del caso los y las profesionales obtenemos la información necesaria para emitir un dictamen. Este dictamen, a pesar de ser el resultado de un estudio propio y personal, tiene que recoger los elementos objetivos y objetivables de nuestro análisis.

4. Modalidades de péritos sociales

La L.E.C. reconoce dos tipos de modalidades de dictamen pericial: el dictamen emitido por un perito de oficio que actúa a demanda de instancias judiciales (ya sea a petición de las partes o bien a petición del propio juez, jueza o tribunal), y el dictamen extrajudicial o privado. Este último, el dictamen extrajudicial, es el dictamen emitido por un perito o una perita privados a demanda de una de las partes en litigio.

Dentro del ejercicio del o de la profesional del trabajo social debemos distinguir tres modalidades de peritos y peritas que nos ayudarán a definir nuestras actuaciones:

- El trabajador/-a social que interviene

como perito/a en los equipos interdisciplinarios dentro de la Administración de la Justicia. Es el llamado perito judicial. Este profesional actuará a petición del juez/a o tribunal. Su intervención estará orientada a evaluar y a responder cuestiones concretas planteadas por la propia instancia jurídica, tanto a petición expresa del titular del juzgado como a demanda de alguna de las partes que se encuentran dentro del procedimiento y que hacen su demanda al juez/jueza/ tribunal.

- El trabajador/-a social que interviene como perito de oficio. La demanda está gestionada desde los juzgados o tribunales, a petición del mismo o de alguna de las partes si se acepta la solicitud de la parte o de las partes. En este caso, se solicita el dictamen del técnico especialista que forma parte del listado que de manera anual es actualizado por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña y enviado a los correspondientes partidos judiciales.
- Y por último, encontraríamos lo que actualmente se presenta como una nueva especialización y una nueva salida laboral: el perito extrajudicial o perito privado. Responde a una demanda privada y directa al o a la profesional hecha por alguna de las partes implicadas en un procedimiento judicial.

5. Ámbitos jurídicos de peritación de los trabajadores y trabajadoras sociales

La L.E.C. es una ley de carácter supletorio, es decir, es de aplicación a cualquier procedimiento judicial.

Los trabajadores sociales tenemos un perfil técnico apto para peritar causas en procedimientos civiles y en procedimientos penales.

En el ámbito civil los peritos sociales acostumbramos a peritar situaciones en procedimientos sobre la *capacidad*, la *filiación*, el *matrimonio* y *menores*, en casos como:

- Procedimientos de modificación de la capacidad de una persona (incapacitaciones o restablecimiento de la capacidad).
- En procedimientos de divorcio y separaciones matrimoniales.
- Régimen de visitas y pensión de alimentos de menores.
- Procesos de guarda y custodia de menores.
- Adopciones nacionales e internacionales.
- Entre otros.

El Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, de aprobación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en sus artículos 456 al 485 regula la intervención de los peritos. La Ley de Enjuiciamiento Criminal señala que los peritos podrán ser o no peritos titulares, a pesar de que el juez o la jueza optará siempre preferentemente por que son titulares.

En los procedimientos de carácter penal el juez o tribunal sólo podrá solicitar la valoración pericial cuando sea necesaria la aportación de nuevos datos y se encuentre durante la fase de instrucción del proceso.

En estos procedimientos los trabajadores sociales peritamos circunstancias que están tipificadas como delitos, y a menudo intervenimos en casos relacionados con:

- Delitos de menores.
- Violencia doméstica.
- Violencia de género.

- Malos tratos a personas mayores, a menores, etc.
- Acoso laboral.
- Acoso sexual, abuso sexual, violaciones...
- Accidentes de tráfico.
- Accidentes laborales.
- Petición de tercer grado penitenciario.
- Otros delitos.

6. La presencia del trabajo social en las pericias judiciales

Cada vez es más solicitada la figura del y de la profesional del trabajo social como perito y perita dentro de procedimientos civiles y penales.

A menudo los peritajes sociales más demandados por las instancias judiciales responden a los dictámenes emitidos por los profesionales que forman parte de los equipos judiciales multidisciplinares, pero en los últimos años comienza a tener más presencia el perito y la perita extrajudicial o privado.

La actuación del perito o de la perita será requerida cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto objeto del proceso, o adquirir certeza sobre ellos.

El estudio y aportaciones del trabajo social pueden ser de gran importancia y trascendencia dentro de la fase de investigación de un expediente.

El objeto pericial puede ser muy diverso y responde a causas propias de cada caso particular.

Las pericias sociales instrumentalizan con la elaboración del informe social pericial, que se caracteriza por ser un informe técnico e

imparcial que tiene por objeto el análisis de las variables y los factores sociales que tienen que ver con el objeto de nuestro estudio. El peritaje de casos¹ nos permite realizar un estudio en profundidad sobre la persona y su entorno, explorando todos aquellos sistemas en los que interacciona el sujeto para completar el vaciado de información del expediente judicial y emitir un dictamen.

El dictamen pericial es el resultado de la pericia del trabajador y de la trabajadora social, y es una prueba más dentro del procedimiento judicial, pero no tiene carácter vinculante. El ente judicial valorará el dictamen pericial según las reglas de la sana críti-

ca tal como queda recogido en la Exposición de Motivos de la L.E.C.

7. Del nuevo grupo de trabajo de peritaje social del COTSC

La incorporación del y de la profesional del trabajo social como perito/-a extrajudicial o privado/a dentro de la Administración de Justicia ha motivado la creación del grupo de trabajo especializado en peritaje social en el COTSC.

En octubre de 2012 se aprueba en Junta de Gobierno del COTSC la constitución del grupo de trabajo de peritaje social.

²Término que propongo emplear para unificar la terminología empleada en el ámbito jurídico y aplicarla a nuestra disciplina para poder consolidar la especialización del o de la profesional del trabajo social como perito y perita. El análisis de casos es la base metodológica de nuestro trabajo como peritos y peritas para poder emitir un dictamen.

Bibliografía

- Espanya. Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil. *BOE*. 8 de gener de 2000. Núm. 7. Pàg. 575 a 728.
- Espanya. Reial Decret de 14 de setembre de 1882, aprovatori de la Llei d'Enjudiciament Criminal. Publicat a la *GACETA* de 17 de setembre de 1882. Vigència des del 7 d'octubre de 1882. Revisió vigent des del 24 de febrer de 2013. (Articles 456 - 485).
- Espanya. Llei Orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder judicial. *BOE*. 2 de juliol de 1985. Núm. 157.
- RUIZ, Pilar. *“El Trabajador Social como perito, testigo y especialista del sistema judicial español”*. Saragossa: Ed. Certeza, 2003. ISBN: 9788488269867.
- *RTS*, núm. 188 (desembre 2009). Número dedicat al treball social penitenciari. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. ISSN 0212-7210.

A decorative graphic consisting of a light green square on the left, a darker green square overlapping its bottom-right corner, and a horizontal green bar extending to the right from the top of the darker square. Below the green bar is a vertical grey bar.

Libros

*SEX-CRETS. Els secrets d'un
aprenentatge*

Redes comunitarias

El adolescente cautivo



- VVAA. *Sex-crets: Els secrets d'un aprenentatge*. Barcelona: Octaedro, S.L., 2012. ISBN 978-8499212128.

Para citar el artículo: PARICIO SALAS, David. SEX-CRETS. Els secrets d'un aprenentatge. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 191-193. ISSN 0212-7210

SEX-CRETS. Els secrets d'un aprenentatge

Una propuesta des de la experiencia acumulada

Este libro, liderado por Paula Baldi, Raquel Gómez y Marta Pérez (vayan de antemano mis agradecimientos personales), viene también avalado por dos instituciones: el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS) de Barcelona y la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares, las cuales, para aquellas personas que hace años que trabajamos en el ámbito de la Salud Sexual, nos obligan a prestar una especial atención. No estamos, pues, ante una propuesta improvisada o hecha desde la distancia de los despachos, sino que, antes de hojearlo, podemos ya dar por hecho que estará basado en una experiencia desde la primera línea de atención a jóvenes y adolescentes en este ámbito tan importante de sus vidas.

Otro aspecto destacable (y nada baladí) desde el mismo prólogo, a cargo de María Ferrero Barrio, presidenta de la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares, es el marco conceptual que impregnará toda la propuesta educativa: los derechos sexuales y reproductivos, en este caso concreto los de los/las jóvenes y adolescentes. Me ha parecido, éste, un hecho más imprescindible en estos tiempos convulsos, porque no es de voluntades u opiniones o posibles aspectos a trabajar de lo que estamos hablando, sino de DERECHOS (¡con mayúsculas!) de las personas, de los y las jóvenes y adolescentes.

Por otra parte, la introducción de Rosa Ros i Rahola, directora del CJAS, también nos permitirá situarnos en

una perspectiva que tiene como punto de partida el hecho de entender la adolescencia como un tránsito hacia la vida adulta, como un proceso, no exento de dificultades, al cual, desde el punto de vista educativo, hay que prestar una atención especial. Y si algo ha tenido claro desde sus inicios y desde sus primeras intervenciones grupales en 1992 CJAS es esta idea del acompañamiento a los y las jóvenes, pero un acompañamiento con un claro objetivo: el de promover una vivencia de la sexualidad saludable y responsable. Así, desde el trabajo con grupos (una metodología también propia del trabajo social que conviene no olvidar) y teniendo presente la perspectiva de género, la reflexión compartida y continuada y la importancia de las nuevas tecnologías en las vidas de los y las jóvenes, Rosa Ros nos propondrá de forma clara y breve una visión de aspectos tan importantes como son la salud, la afectividad y la sexualidad. Pero no sólo eso, sino que también nos interpelará como profesionales, defendiendo, con palabras de Pere Folch i Mateu, la necesidad de una “actitud amorosa por parte del educador”. El desarrollo central de la propuesta educativa *SEX-CRETS. Els secrets d'un aprenentatge*, como decía al principio, parte del conocimiento del medio, de los/las jóvenes, de sus necesidades en relación a la salud sexual, pero también del medio escolar y de las dificultades que en el mismo nos encontramos en el día a día los y las profesionales que decidimos trabajar la promoción de la salud sexual en las aulas. Y este conocimiento directo nos viene avalado por tres profesionales que hace años que realizan esta tarea y que nos ofrecen toda su experiencia acumulada y conocimiento. Es precisamente esta experiencia la que les permite plantear sin ningún tipo

de reparo una propuesta educativa sólida, que tiene un incuestionable hilo argumental de continuidad pero ante la cual muestran la posibilidad de no tener que trabajarlo todo, la no necesidad de seguir el orden por ellas propuesto, la posibilidad de profundizar más o menos en determinados temas, la idea de que aquellos/-as profesionales que decidan hacer uso de esta propuesta pedagógica puedan hacérsela suya, porque lo realmente importante es que el tema pueda trabajarse y ofrecer herramientas reales y prácticas a profesionales (como maestros, educadores, etc.) que tienen unas condiciones laborales concretas, con muchos aspectos de las vidas de los/las jóvenes para trabajar y con poco tiempo para prepararlas o llevarlas a cabo.

Y así, avanzando nos encontraremos con el grueso de la propuesta pedagógica, formada por diferentes capítulos con una misma estructura tan sencilla como útil. Un punto de partida que es una introducción teórica imprescindible para aquellos/-as profesionales interesados ??en la salud sexual pero con necesidad de reafirmar o ampliar conocimientos. Una justificación y unos objetivos concretos y específicos que permitan defender el porqué de esta dinámica; creo importante recordar, en este sentido, que la salud sexual sigue siendo un tema relativamente tabú en el medio escolar y que, aunque en los últimos años se ha beneficiado del hecho de ser considerado un tema “políticamente correcto”, no deja de tener sus dificultades en el momento de su implementación real. Cada capítulo sigue con una propuesta de dinámica concreta ofreciendo a la vez una serie de dinámicas complementarias; algunas de ellas referenciadas (como películas) pero también muchas directamente accesibles en el apartado final del libro, llamado

“Imágenes”. En relación a este, creo que la felicitación hacia Mariel Soria es más que merecida, no es fácil en esta materia conjugar la explicitud necesaria para crear materiales realmente útiles, con la visión de los/las jóvenes y la de las personas adultas, y esto es precisamente lo que Mariel consigue: una explicitud respetuosa y capaz de llegar a los/las adolescentes.

En relación a las temáticas tratadas en la propuesta metodológica, es difícil encontrar carencias en lo que a educación en la salud sexual se refiere. La propuesta recoge aspectos tanto de carácter más fisiológico (cambios en el cuerpo; la masturbación; el petting; la primera vez...) como emocionales (el enamoramiento; la orientación; el deseo...). Todo ello sin olvidar los riesgos vinculados a la vivencia de la sexualidad (métodos anticonceptivos; negociación del preservativo; anticoncepción de emergencia; embarazo o infecciones de transmisión sexual y VIH/sida...) así como la vivencia de la sexualidad y el constructo que de la misma hacemos en sociedad (la importancia del género, los padres, madres y otros adultos significativos, los medios de

comunicación, la relación con el grupo de iguales, las nuevas tecnologías...). Y un regalo final (vinculado a esta poliédrica visión de la construcción social de la sexualidad) llamado los “sex-mitos” donde aparecen los imaginarios e ideas preconcebidas sobre la sexualidad pero vinculadas además con los contenidos de cada capítulo.

Un material pedagógico completo, pues, aplicable y adaptable, concebido desde la experiencia y el rigor que, además de lo ya expuesto, incluye dos “guindillas” que, desde lo más personal, quiero compartir para terminar este escrito. Por un lado, dos anexos que ponen de manifiesto la profesionalidad de la propuesta: dos posibles cuestionarios de diferente intensidad para poder evaluar cada una de las dinámicas implementadas y poder dar la voz a los/las destinatarios/-as finales. Por otro, la aparición estelar de Mamen, quien, con su abrumadora vivencia de la sexualidad, nos informa, por si alguien no lo tenía aún claro, que “crecer, ligar, hacer el amor y enamorarse es tan importante como inevitable”. Pongamos, pues, manos a la obra para, que en este caso nos lo han puesto muy fácil.

David Paricio Salas

Redes comunitarias



- ALBERTO NUÑEZ, Rodolfo. *Redes comunitarias: afluencias teórico-metodológicas y crónicas de intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2008. ISBN 9789508022790.

Para citar el artículo: RODRÍGUEZ I MOLINET, Pepita. Redes comunitarias. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 194-195. ISSN 0212-7210

Cuando viajo a otros países me gusta entrar en librerías y buscar el rincón dedicado al trabajo social. Observo qué libros catalanes y españoles hay, qué autores conozco, cuáles no, y siempre termino comprando alguno que por alguna razón llama mi interés. En esta ocasión el país era Panamá y el libro *Redes Comunitarias*. Me interesó porque para mí el tema de *Redes comunitarias* es sinónimo de Silvia Navarro –pese a que haya muchos más autores que hablen de ellas, cuestión de preferencias...– y quise mirar la bibliografía para saber si la había citado...

Con decepción vi que no había ningún apartado dedicado a referencias bibliográficas. Con cierta (mucho) incomodidad seguí buscando y al dirigirme a ver quién había hecho el prólogo (segunda estrategia para decidir la compra de un libro) comprobé que se trataba de Elina Dabas. Ella, sin duda, fue la auténtica vendedora.

Rodolfo Alberto Núñez, el autor, es licenciado en Trabajo Social, docente de la Universidad Nacional Entre Ríos y de la Universidad de Buenos Aires, coordinador del programa Comunidades Vulnerables del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y un largo etcétera que lo hace especialista en lo que llaman “comunidades vulnerables”.

Sólo tres capítulos componen el libro, aparte del prólogo, la introducción y el epílogo. En el primer capítulo, el autor hace una declaración de intenciones donde propone un cambio de paradigma en el que invita a

las prácticas del trabajo social a pasar de ejercer un rol estático y clásico a otro activo, dinámico, donde predomina la reflexión en la acción y la sistematización. Pasar de observar sistemas, como propone el paradigma racional cartesiano, a la noción de sistemas observantes que desarrolla la cibernética. Su pensamiento absolutamente relacional aplicado a las redes comunitarias lo hace hablar de *comunidad de vínculos, producción de subjetividad, red de relaciones y transformación social*. Cooperación de diferentes disciplinas en abordajes integrales de la cuestión social donde no hay una aportación específica del trabajo social a partir de un “*recorte del objeto de estudio*” sino que hay construcción colectiva. Finaliza el capítulo hablando de los paradigmas tradicionales del rol en ciencias sociales y con los nuevos paradigmas y el concepto de *red social*.

El segundo capítulo profundiza en la perspectiva de red y en las estrategias operativas de abordaje individual y comunitario. Para ello utiliza el modelo socioecológico de Urie Bronfenbrenner,¹ un modelo que proviene de la perspectiva sistémica, y habla de la importancia de los contactos regulares y positivos entre las que conforman el entorno de las personas y en su relación en el micro, exo, meso y macrosistema.

Como estrategias de abordaje comunitario sitúa dos ejes fundamentales: *la interacción activa y la identificación histórica*.² La primera hace referencia al principio por el cual la co-

munidad tiene conciencia de las interacciones que se establecen entre los diferentes actores sociales y cómo activa los mecanismos vinculares necesarios para conseguir los propósitos que se plantea promoviendo un aprendizaje de diferentes formas de organización creativa. La identificación histórica evoca la conciencia que tiene la comunidad de su identidad, ya que si no se tiene esta conciencia todos los vínculos están alienados, sólo a partir de un pasado reconocido y elaborado es posible formular un proyecto de vida comunitario para mejorar la calidad de vida.

El tercer capítulo nos aporta la visión práctica mediante el relato de dos experiencias que ponen de manifiesto el enorme potencial de las redes sociales. En las dos pone la mirada en los jóvenes vulnerables, y lo hace desde un programa de política pública que se dirige a jóvenes que han tenido procesos penales y desde un caso concreto, el de Mario.

El libro es de fácil lectura y muy recomendable. Su mensaje radica en la idea de que es necesario huir de posicionamientos tradicionales e introducir posiciones dinámicas en las prácticas sociales. Apuesta por la participación desde *posiciones* y no desde *roles*, de modo que el trabajador social entiende que es uno más en el juego de la intervención, es una invitación a transformar la manera de comprender y a cambiar la manera de hacer, potenciando *la comunidad de vínculos* que de manera tan clara ilustra con los casos prácticos.

Pepita Rodríguez i Molinet

¹ BRONFENBRENNER, Urie. *The experimental ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1979. ISBN 9780674224575

² DABAS, E. *Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Paidós, 1993. ISBN 9789501232486



- GUALTERO, Ruben D.; SORIANO, Asunción. *El adolescente cautivo: Adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual*. Barcelona: Gedisa, 2013. ISBN 9788497847513.

Para citar el artículo: RODRÍGUEZ I MOLINET, Pepita. El adolescente cautivo. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, núm. 199, páginas 196-197. ISSN 0212-7210

El adolescente cautivo

A menudo los trabajadores sociales nos encontramos, de manera directa o indirecta, involucrados en la atención a adolescentes, y quien más quien menos tiene o ha tenido un adolescente en su casa; estos son dos motivos suficientes como para pensar que un libro dedicado a este tema pueda ser de nuestro interés.

El libro que comentamos ha sido escrito por dos autores, sociólogo él y psicoanalista y psiquiatra ella, ambos con amplia experiencia en la atención de adolescentes desde la red pública en el contexto de centros de salud mental infanto-juveniles y de hospital de día. Este hecho, sin duda relevante, aporta desde la práctica asistencial una mirada que intenta comprender la globalidad del adolescente desde el respeto y la esperanza.

Es rico en viñetas clínicas que sirven para ilustrar los diferentes temas clave que componen el libro, y que se estructuran en 4 capítulos que abordan: *El cuerpo robado*, una reflexión sobre el culto a la belleza, la juventud, la mercantilización del cuerpo joven, los cambios físicos que experimenta, el cuerpo real y el cuerpo anhelado... *Las familias particulares*, un espacio dedicado a las transformaciones que ha experimentado la familia, los cambios en las relaciones de pareja, padres-hijos... *Trayectorias vitales en el cruce*, donde se presenta un tema de total actualidad, ¿y el futuro qué?, ¿Cuál es el proyecto vital? ¿Cuándo la emancipación? ¿Qué lugar encuentran en el mundo adulto unos jóvenes sobradamente preparados? Y finalmente en el último capítulo,

bajo el título *Un equilibrio precario*, plantea el miedo, la incertidumbre, el riesgo, el crecer, la transgresión, la relación consigo mismo, con el grupo y con los demás.

Todo el contenido huye de la imagen que a menudo dan los medios de comunicación, donde el adolescente aparece acompañado de adjetivos que muestran una vertiente negativa y peligrosa, de su relación con las drogas, las bandas, la falta de valores, el desinterés, la agresividad.

Estos temas se abordan en el libro, como he comentado antes, desde la comprensión, el respeto y la esperanza, muestran adolescentes que necesitan desesperadamente encontrar adultos que sean capaces de escu-

charlos, de ponerles límites al tiempo que de cuidar ellos, de favorecer su crecimiento y darles afecto y protección y muestran su rechazo por un sistema que dramatiza la adolescencia, la medicaliza y la judicializa.

El adolescente cautivo es un libro muy recomendable para profesionales y padres, un libro que, como os digo, permite la comprensión, la empatía y la reconciliación y que nos presenta una adolescencia con dos vertientes, una problemática, traída de la experiencia terapéutica fruto de la época que toca vivir y las relaciones y los vínculos establecidos en la infancia, y otra esperanzadora, por tener los jóvenes más preparados y probablemente más solidarios de la historia.

Pepita Rodríguez i Molinet

A decorative graphic consisting of several overlapping rectangular blocks. A light green block is on the left, partially overlapping a darker green block. Below these, a horizontal green bar spans across the page, containing the text 'Sección libre'. Below the green bar, a vertical grey bar extends downwards, containing the text 'Poema Llegir' and 'Searching for sugar man'.

Sección libre

Poema Llegir

Searching for sugar man

Poema

LLEGIR

Remors de secrets,
que s'amaguen entre les pàgines.
Paraules que floten
sobre núvols de mots.

Els llibres em transporten
a paratges llunyans.
Em perdo entre els símbols,
em perdo entre sons.

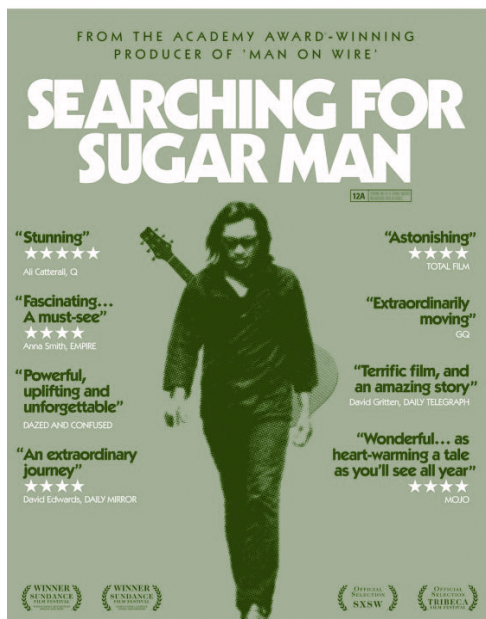
Tremolo i respiro.
Callo i atenc.
Les olors del paper.
El cant de la tinta.

Gent que obre el seu cor
per expressar el que sent,
amb les lletres, les paraules,
el caminar de les històries.

Passejo entre els fulls,
entre les frases dolces,
entre silencis i crits.
Llegeixo amb el cor!

Júlia Pejó. 11 años

Searching for Sugar Man



Ficha del film

Dirección: Malik Bendjelloul

País: El Regne Unit, Suècia

Año: 2012

Fecha del estreno: 22/02/2013

Duración: 86 min

Género: Documental, Biográfico, Música

Reparto: Steve Segerman, Dennis Coffey, Mike Theodore, Dan Dimaggio, Jerome Ferretti, Steve Rowland, Willem Möller, Craig Bartholomew-Strydom, Ilse Assmann, Berry Gordon Jr.

Web: www.sonyclassics.com/searchingforsugarman/

Distribuidora: Avalon

Este documental cuenta la historia de Sixto Rodríguez, un artista que compuso un puñado de maravillosas canciones a principios de los años 70 y que mereció más de lo que obtuvo. Cuenta de manera resuelta su increíble historia, una de esas historias que, una vez más, nos demuestran que la realidad supera a la ficción.

El documental se nos presenta en forma de cuento, de historia, con la forma clásica de una narración, con su presentación, su

nudo y su desenlace. De modo que avisamos, en este punto, por si usted no ha visto la película y prefiere dejar de leer, que nos hemos visto obligados a revelar ese desenlace en los párrafos que vienen a continuación.

Principios de los 70, Detroit, una ciudad industrial marcada por la fuerte industria del automóvil. Un músico desconocido que toca en un bar lleno de humo a orillas del brumoso río Detroit. Etéreo y misterioso, el

Para citar el artículo: CASTRO, Aritz; JAVALOY, Mònica. Searching for Sugar Man. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2013, nº 199, páginas 202-203. ISSN 0212-7210

músico, que toca de espaldas al público, es descubierto por unos productores de música locales que se quedan asombrados por la fuerza de su voz, lo armonioso de sus melodías y la profundidad poética de sus letras; “tiene más fuerza que Dylan”, dicen. Así comienza la historia de Sixto Rodríguez, y lo increíble de ella es que todo aquél que haya visto la película o escuchado sus canciones no tiene más remedio que darles la razón. **Searching for Sugar Man** es la historia de un talento que, como tantos otros, se quedó en el camino, una estrella que como tantas otras nunca brilló.

¿Nunca? Una copia pirata de uno de esos ignotos discos que había grabado con esos desconocidos productores a principios de los 70 llegó a un país del otro lado del planeta, a un país sediento de libertad donde las palabras de Rodríguez fueron interpretadas como un canto mesiánico que dio esperanzas y ansias de libertad a una juventud encorsetada y oprimida por la dictadura y el apartheid. Allí, en Sudáfrica, en poco tiempo Rodríguez se convirtió en una estrella, más famoso que Elvis y comparable a los Beatles. Vendió cientos de miles de discos, pero la fama y el dinero se quedaron en algún lugar entre Ciudad del Cabo y Detroit.

Como en aquel premonitorio concierto lúgubre y brumoso, Rodríguez daba la espalda a su público. Sixto se enteró de su éxito a los 56 años, después de toda una vida haciendo todo tipo de trabajos, viviendo de una forma más que humilde. En Sudáfrica nunca nadie supo quién era el misterioso y

archifamoso Rodríguez. Se convirtió en un mito, se escucharon unas cuantas leyendas sobre él y su muerte. Pero lo que no sabían era que estaba vivo y que comparado con su vida el cuento de Cenicienta era un bocado de realidad. Indefectiblemente internet y la globalización llevaron a “Cenicienta Rodríguez” al baile del príncipe en Sudáfrica.

Sixto Rodríguez ya es un mito, quizás con más fuerza que los personajes mitificados después de morir jóvenes, porque Rodríguez, además de tener una muerte truculenta en la juventud (eso creían todos sus fieles admiradores), hizo algo que ni James Dean ni Elvis pudieron hacer: resucitó.

Rodríguez tiene el encanto de lo auténtico, esa autenticidad que se busca desesperadamente en los ídolos, muchos de los cuales cuando llegan a la cumbre de su éxito se acercan a lo que sus decepcionados fans llaman “comercial”. Sixto no. Y lo más emocionante es que un país entero se dio cuenta de ello sólo con escuchar la música de ese misterioso filósofo, sin saber que cuando resucitara de entre los muertos seguiría dando la espalda a la fama y al dinero, pero no a aquellos que sin conocerle habían amado y reconocido su arte, a quienes recibió en el tan ansiado e imposible concierto con un honesto “gracias por mantenerme vivo”.

Rodríguez, para entonces, ya había superado el umbral del éxito, él ya era quien era y no iba a cambiar, a él la vida ya le había moldeado en acero. Cuando le encontraron él ya era un artista de la vida, su vida ya era un poema y su historia su mejor canción.

Aritz Castro Larreategui
Mònica Jalvaloy Ferrer

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping rectangular blocks. A light green block is on the left, partially overlapping a darker green block. A horizontal green bar spans across the middle of the page, containing the main title. Below this bar, a vertical grey bar extends downwards, containing a list of items. The background is white.

La revista

Publicaciones

Presentación de artículos

Suscripción

Números anteriores

- **Migraciones: el valor de la interculturalidad (I)**
Número 186 - Abril 2009
- **Migraciones: el valor de la interculturalidad (II)**
Número 187 - Agosto 2009
- **Acercándonos al trabajo social penitenciario**
Número 188 - Diciembre 2009
- **Supervisión en trabajo social**
Número 189 - Abril 2010
- **50 años de la Revista de Treball Social**
Número 190 - Agosto 2010
- **Los servicios sociales básicos con perspectiva**
Número 191 - Diciembre 2010
- **La investigación, una realidad en trabajo social**
Número 192 - Abril 2011
- **El tercer sector en el marco de las políticas sociales**
Número 193 - Agosto 2011
- **La profesión ante la crisis y el malestar social**
Número 194 - Diciembre 2011
- **Desigualdades a propósito de género**
Número 195 - Abril 2012
- **Formación y compromiso, bases para el crecimiento profesional**
Número 196 - Agosto 2012
- **Repensando el trabajo social con familias (I)**
Número 197 - Diciembre 2012
- **Repensando el trabajo social con familias (II)**
Número 198 - Abril 2013
- **Diálogos entre la ética y el trabajo social**
Número 199 - Agosto 2013

Año 2013. Temas

- **Divisando nuevos horizontes para el trabajo social**
Número 200 - Diciembre 2013

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA DE TRABAJO SOCIAL (RTS)

La *Revista de Trabajo Social*, editada por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, es una publicación con más de 30 años de antigüedad que se edita con periodicidad cuatrimestral. Su objetivo es transmitir el conocimiento de los ámbitos del trabajo social, los servicios sociales, el bienestar social y las políticas sociales a la comunidad científica, a los profesionales y a los colectivos interesados.

- La RTS está abierta a todos los colaboradores que lo deseen para presentar artículos sobre investigaciones originales teóricas o experimentales, trabajos teóricos y metodológicos, descripciones de experiencias profesionales, ensayos, etc., siempre en relación con el trabajo social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.
- Los artículos tienen que ser inéditos. A pesar de ello, el equipo de redacción podrá reproducir textos publicados en otras lenguas y en otros ámbitos geográficos, si lo cree oportuno.
- El equipo de redacción estudiará los artículos recibidos e informará al autor/a de la aceptación para la publicación. Podrá también recomendar modificaciones y, si el artículo se considera no publicable, se le comunicarán los motivos. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
- Extensión. Los artículos de la sección “**Dossier**” tendrán una extensión máxima de 12 páginas, los de las secciones “**Interés profesional**”, un máximo de 6 páginas; los de “**Sección Libre**” 3 páginas, y los comentarios de “**Libros**” no excederán las 2 páginas. Los artículos se presentarán en formato electrónico, letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm.
- Lenguas. Los artículos pueden presentarse en catalán o en castellano indistintamente.
- Los datos tienen que ir en la cabecera de los artículos. En la primera página se hará constar título y subtítulo, si se tercia; nombre y apellidos del autor/a principal y relación de otros autores/as si el trabajo es de equipo; título académico, centro de trabajo y cargo; también se incluirán el número de teléfono y la dirección de correo electrónico. A continuación el resumen, no superior a 10 líneas, en el idioma escogido y, si es posible, en inglés. Al final del resumen las palabras clave, en número no superior a 5.
- Irán al final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las siguientes normas de referencia: ISO 690, 1987 (UNE 50-104-94) para documentos impresos e ISO 690-2 para documentos electrónicos, bases de datos y programas informáticos.

Documentos impresos.

- Monografías (libros): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva). Otros responsables: traductor, editor, etc. (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editorial, año. Extensión del libro (opcional). Colección (opcional). Notas (opcional). Número ISBN.
- Partes de monografías (capítulo del libro): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del capítulo. Título del capítulo. En APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del libro. *Título del libro* (en cursiva). Lugar de publicación: Editorial, año, situación en la publicación fuente (volumen, páginas, etc.).

- Publicaciones en serie (revistas): *Título* (en cursiva). Responsabilidad de la revista. Edición. Identificación del fascículo (fecha y/o número). Lugar de publicación: Editorial, año. Serie (opcional). Notas (opcional). Número ISSN.
- Artículos de publicaciones en serie (revistas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del artículo. Título del artículo. Colaboradores/-as en el artículo (opcional). *Título de la revista* (en cursiva). Edición, año, volumen, número, páginas.
- Legislación: País. Título. *Publicación* (en cursiva), fecha de publicación, número, páginas.

Documentos electrónicos.

- Textos completos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva) [tipo de soporte]. Responsable(s) secundario(s) (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). (Colección) (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Partes de textos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del documento base. *Título del documento base* (en cursiva) [tipo de soporte]. Responsable(s) secundario(s) del documento base (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Capítulo o designación equivalente a la parte. Título de la parte. Numeración dentro del documento base (opcional). Localización dentro del documento base (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Publicaciones en serie (revistas electrónicas): *Título* (en cursiva) [tipo de soporte]. Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Serie (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
 - Artículos y otras contribuciones de publicaciones en serie (revistas electrónicas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable de la contribución. Título de la contribución. *Título de la revista* (en cursiva) [tipo de soporte]. Edición. Número del fascículo. Fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Localización dentro del documento base. Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
- Las gráficas, dibujos y tablas llevarán las correspondientes referencias, indicando con qué parte del texto están relacionadas.
 - Los artículos se enviarán a la dirección electrónica de la RTS: rts@tscat.cat
 - Los artículos, una vez publicados, pasan a ser propiedad de la RTS.
 - Los autores/as recibirán un ejemplar del número de la revista en el cual se ha publicado su trabajo.

Nota a los lectores:

La Revista de Treball Social (RTS) ofrece un espacio de comunicación con los lectores con la voluntad de recibir **comentarios, sugerencias, cartas, notas** y todo lo que los lectores quieran comunicar a la dirección de la revista.

Envía tus aportaciones por correo postal a:

RTS

c/ Portaferrisa, 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

o bien por correo electrónico a: rts@tscat.cat

Esta revista se envía a todas las personas colegiadas. En caso que no deseen seguir recibéndola, por favor comuníqueno a rts@tscat.cat.

Tarifas

- Suscripción anual: 45 euros
- Extranjero (tarifa única): 58 euros
- Números sueltos: 18 euros

Datos personales

Nombre y apellidos: NIF:

Dirección: C.P.:

Población:

Teléfono: Tel. móvil: E-mail:

Datos Bancarios

Banco o Caja:

Domiciliación Agencia:

Población:

Titular:

Código bancario: Entidad___/ Sucursal___/ DC__ Núm. C/c_____

Firma:

Fecha:

Lo podéis enviar por correo electrónico o por fax.



A la Clínica Dental Mallol

pots millorar el teu somriure sense que ningú ho noti

1a CONSULTA
GRATUÏTA



Implants



Invisalign



Ortodòncia Lingual

Tots els col·legiats i familiars disposen d'un
20% de descompte
en les especialitats d'ortodòncia invisible, lingual i implants

Truca'ns i informa-te'n:

☎ **934 533 055**

www.clinicadentalmallol.com

info@clinicadentalmallol.com

CDM ODONTOLOGIA