

# INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y DILEMA ÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

## PRIVACY, CONFIDENTIALITY AND THE ETHICAL DILEMMA: A CASE STUDY

CARMEN VALOIS-NUÑEZ

HOSPITAL DONOSTIA. DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA. ESPAÑA

### RESUMEN

La información es una cuestión clave en las relaciones asistenciales. Podemos afirmar que resulta imprescindible para el desarrollo de nuestras profesiones. La información que obtenemos de la interacción con los pacientes debemos compartirla con los profesionales con los que trabajamos. Básicamente, esa información procede de la concesión que nos hacen las personas con las que tratamos, y se nos otorga en la confianza de que será utilizada para conseguir el fin concreto que la intervención profesional se propone. Entendemos, por lo tanto, que el valor nuclear que orienta esa relación profesional-paciente está en su carácter confidencial. Así mismo, la confidencialidad camina unida necesariamente a la intimidad de las personas, e implica fundamentalmente una cuestión de respeto por el paciente. También apela directamente a nuestra responsabilidad profesional. Y es en el ejercicio y en el marco de interacción cotidiana con otros profesionales donde surgen los dilemas éticos. Este artículo analiza un dilema ético mediante el método de resolución de casos utilizado en Comités de Ética. Su objetivo es pedagógico y quiere contribuir a la reflexión en la práctica del trabajo social.

### PALABRAS CLAVES

Intimidad. Confidencialidad. Dilema ético. Método resolución de caso. Comité de Ética.

### ABSTRACT

Information is a key issue in care relationships. It might be said that it is essential for caregivers, who need to share the information obtained from interaction with patients with the professionals they work with. Basically it is information that the patients provide because they trust caregivers, and they give it in the confidence that it will be used to achieve the specific purpose of our professional intervention. Therefore, confidentiality can be considered to be the core value that guides this professional-patient relationship. Furthermore, confidentiality necessarily goes hand-in-hand with people's privacy and primarily involves respect for the patient. It also appeals directly to professional responsibility, and it is precisely in daily interaction among professionals where ethical dilemmas arise. This article analyses an ethical dilemma by means of the method of resolution of cases used in Ethics Committees. Its aim is pedagogical and wants to contribute to reflection about the practice of Social Work.

### KEYWORDS

Privacy. Confidentiality. Ethical Dilemma. Case Resolution Method. Ethics Committee.

---

Recibido: 2011.02.28. Revisado: 2011.05.05. Aceptado: 2011.10.01. Publicado: 2011.12.01.

Correspondencia: Carmen Valois-Nuñez. Departamento de Trabajo Social. Grupo de Investigación EFIMEC. Universidad Pública de Navarra. Campus de Arrosadía. E 31006. Pamplona-Iruña. España. Tfno: (00-34)948-169026. E-mail: carmen.valois@unavarra.es

## INTRODUCCIÓN

La confidencialidad es un pilar fundamental en las relaciones asistenciales. En nuestra opinión, las construye y las moldea. Y lo hace enmarcada en un contexto de cambio de paradigma en el ámbito de las organizaciones sanitarias, que implican cambios respecto al modelo tradicional de relación asistencial. Esto hace que los procesos que en ellas se dan vayan cambiando, de la misma forma que van cambiando los marcos asistenciales y jurídicos que las acogen.

Los cambios nos sitúan ante nuevos escenarios para el desarrollo de esas relaciones asistenciales. Ello hace que se vaya produciendo un tránsito, lento pero inequívoco, desde un paternalismo tradicional (Simón, 2002) donde “todo para el paciente pero sin el paciente” hacia otro de mayor respeto a la autonomía, en que hoy por hoy, carece de sentido hacer nada sin el paciente, entre otras cosas por ser él “el centro del sistema” y por ser ahí, precisamente, donde se justifica su razón de ser.

Y ese cambio de paradigma recoge a su vez una demanda social creciente por parte de ese nuevo paciente que emerge “informado y formado”, reivindicando su espacio y demandando unas relaciones asistenciales más igualitarias, donde su voz sea tenida en cuenta, visibilizándose para ello.

Y a este contexto no es ajeno el trabajo social hospitalario, consciente como es de su propio recorrido histórico. Sin embargo, mientras que las relaciones médico-paciente, sobre todo en el ámbito hospitalario, se han caracterizado por la asimetría entre ambos actores, la forma de acercamiento del trabajo social hace ya mucho tiempo que evolucionó del modelo paternalista a una relación más horizontal, más igualitaria. Así lo han recogido los que durante décadas han sido los principios fundacionales de nuestra profesión, formulados en 1957 por F. Biestek (Salcedo, 2010) y de los que destacaremos: la individualización respecto a cada cliente, la aceptación de tratarlo tal cual es, la autodeterminación como derecho a decidir por él mismo y la confidencialidad.

Somos conscientes de que, en cualquier caso, resultaría contradictorio entender las relaciones asistenciales de otra manera ¿Cómo acercarse sino a la realidad de los usuarios a los que atendemos? ¿De qué manera realizar un plan de actuación sin tener en cuenta a la persona que lo tiene que llevar a cabo? Es fundamental esta forma de concebir la intervención profesional para llegar al diagnóstico diferencial que realiza el trabajador/a social, haciéndolo único,

como únicos son en su singularidad, cada persona, paciente o usuario, con los que trabajamos.

Precisamente, son las características intrínsecas a nuestra profesión y el entramado complejo organizacional en el que nos movemos en el día a día, los que hacen que sea consustancial a nuestra labor profesional la existencia de dilemas éticos; entendiendo como tal, aquellas situaciones que nos plantean dudas morales ante el cómo y el porqué de nuestras actuaciones con los pacientes y sus consecuencias. Y no sólo porque la nuestra se trata de una profesión de servicio público con usuarios vulnerables (Ballester, 2009) sino porque en la práctica cotidiana del trabajo social confluye además una circunstancia que la diferencia de otras profesiones con las que comparte escenario, cual es, que la de trabajo social no cuenta con otros medios diagnósticos físicos externos, pongamos por ejemplo, un scanner o una analítica para hacer su diagnóstico. Y es que en nuestra actividad diaria, el profesional se convierte muchas veces en medio-instrumento, no sólo para diagnosticar sino también para tratar en “un cuerpo a cuerpo” al paciente o usuario, en una zona carente “de espacio de seguridad” de la que resulta difícil, a veces, no salir tocado.

Por otro lado, hoy nuestro mundo y nuestras sociedades, viven y conciben su existencia desde una multiplicidad de códigos morales. A ello nuestra profesión no es ajena; es más, las relaciones profesionales se dan en un marco que podríamos denominar como “mosaico de valores”; valores que están presentes en cada relación asistencial. Añadiremos a ello, que la cercanía y, la necesaria normalidad, con la que desarrollamos nuestras relaciones asistenciales nos pueden poner, a veces, ante tesituras que, cuando menos, nos sitúan ante el dilema sobre cómo actuar en ese espacio difuso que marcan los límites entre la persona-profesional-persona.

A ello se suma que somos una profesión que está tomando continuamente decisiones. En un doble sentido: como profesionales, y con relación al contexto de la toma de decisiones, donde además de tener en cuenta al paciente, su autonomía, la confidencialidad, consentimiento informado, etc., debemos acompañar a pacientes y familias en ese proceso de toma de decisiones sobre tratamientos y calidad de vida (Boland, 2009). En ocasiones, en situaciones que no pueden esperar y, que en las que a veces, hay que tomar decisiones de forma rápida, ciertamente, más allá de lo que aconsejaría la prudencia.

En cuanto a qué es un dilema ético hemos tomados dos definiciones. Una lo define como un conflicto entre valores, principios u obligaciones de peso similar, que aun siendo positivos, no pueden ser aplicados simultáneamente en la misma situación y hacen dudar al profesional sobre el modo de actuar apropiado (Ballester, 2009).

Para este otro autor hay conflicto de valores cuando al realizar un valor lesionamos otro y, si hay dos, la primera obligación no es lesionar uno sino realizar los dos (Gracia, 2010).

En cualquier caso, tomemos la definición que tomemos, lo que si podemos deducir es que necesariamente el dilema, de una u otra forma, va a interferir en el proceso de toma de decisiones, y por lo tanto, va a tener su reflejo de una u otra forma en la intervención profesional. Veámoslo a través de siguiente metodología.

## METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DEL CASO

Como venimos afirmando, los trabajadores sociales nos encontramos a diario con cuestiones que interpelan nuestro modo de actuar. Pero carecemos de una metodología para la resolución de dilemas éticos, entendida en tanto proceso deliberado y sistemático que contribuye a la toma de decisiones de forma prudente.

Bien es cierto que se han comenzado a dar pasos en ese sentido. Así, en las últimas décadas, se han ido desarrollando diferentes modelos de resolución de dilemas éticos y algunos han sido objeto de diversos análisis (Úriz, 2004). También han comenzado a surgir Comités de Ética en Intervención social, lo cual contribuirá sin duda a avanzar en este campo.

En este artículo, analizaremos un caso, tomando como base el modelo deliberativo del profesor Diego Gracia. Como él dice la deliberación ética no es tarea fácil y constituye un proceso de ponderación de factores que intervienen en un acto o situación concretos, a fin de buscar su solución óptima o, cuando esto no es posible, la menos lesiva (Gracia, 2001). Entendemos que es así, y que precisamente por su condición de proceso, experimenta un movimiento continuo, una transformación que comienza con el despertar de la conciencia en un profesional que se apercebe de la existencia de un problema ético, continuando con la exploración de caminos que le conduzcan a saber cual es la mejor opción para con el caso que se le plantea.

Mencionar también que sustituiremos la palabra dilema por la de problema. Como nos recuerda Die-

go Gracia la reducción de los problemas a dilemas nos hace verlos como cuestiones que tienen sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre si (Gracia, 2001). Sin embargo, la deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Veámoslo a través de la metodología.

### PASOS A SEGUIR:

#### PRESENTACIÓN DEL CASO: EL CASO DE MM

Se trata de una persona de 38 años, a la que llamaremos MM. Ingresa en el servicio de psiquiatría de un hospital público por alteración de comportamiento. No tiene ingresos anteriores en ese hospital.

El ingreso se produce cuando MM acude a visitar a su padre, ingresado también en el mismo centro. Al anunciarle el personal de enfermería que su padre no tiene permiso para recibir visitas, presenta un cuadro de agitación que motiva finalmente su ingreso. Queda ingresada de forma involuntaria.

*Comentario:* Los Comités de Ética (CE) son órganos consultivos y no vinculantes. Es importante recordar que cuando una persona presenta un caso en un Comité de Ética debe saber que a ella corresponderá tomar la decisión final. De ahí la importancia de que el caso lo presente la persona responsable de tomar la esa decisión.

### ASPECTOS MÁS RELEVANTES

La trabajadora social conoce a MM ya que su madre había estado ingresada en el mismo Servicio hace unos meses y MM había sido la persona de referencia durante el ingreso. Una hermana había estado ingresada en varias ocasiones. MM no había tenido ingresos previos en el Servicio. En alguna de las entrevistas realizadas durante el ingreso de la madre le había verbalizado, que de ser su caso, no le gustaría que trascendiera información de su situación.

### DATOS DE LA HISTORIA SOCIAL

MM es la tercera de cuatro hermanas. Es soltera y vive de forma independiente desde hace un par de años en un piso de alquiler en un entorno urbano. Sus hermanas viven en otras poblaciones. Convive en pareja desde hace unos meses.

Las relaciones con sus hermanas no son fluidas. MM lo achaca a la situación del núcleo familiar de origen y a la sobrecarga, o sobre preocupación, que le ha supuesto, y le supone, tener que asumir tareas y cuidados continuados hacia sus progenitores, que

además viven en otra provincia. Estos cuentan con un apoyo domiciliario pero, al parecer, resulta insuficiente.

En cuanto a sus estudios, MM realizó un módulo superior y está activa laboralmente. Trabaja como auxiliar de educación infantil en una escuela pública.

#### DATOS DE SALUD

Previo al ingreso, estaba de baja laboral por estrés. Se desconoce tratamiento y diagnósticos previos. Ingresó por el episodio de agitación descrito y para estudio.

La psiquiatra tratante opina que lo mejor para MM sería trasladarle a su provincia de origen, distinta de la que se encuentra ingresada, para ser tratada. MM le manifiesta su desacuerdo, no quiere que se conozca su ingreso y no quiere que se de información sobre el mismo. MM alude a que por su profesión conoce a mucha gente y no quiere que la identifiquen como enferma mental por lo que prefiere seguir ingresada aquí. No parece que su capacidad para decidir sobre este aspecto esté disminuida.

#### DEMANDA REALIZADA POR LA PSIQUIATRA A LA TRABAJADORA SOCIAL

La psiquiatra que atiende a MM pide a la trabajadora social que intervenga en el caso. En concreto, le solicita que contacte con el médico de atención primaria para recabar información sobre cuestiones como la baja laboral de MM y conocer la existencia de tratamientos previos.

#### DELIBERACIÓN SOBRE LOS HECHOS

*Comentario:* Cuando se presenta un caso a un CE se abre un tiempo dedicado a la discusión y aclaración de dudas que pueden surgir tras la exposición del caso. En este caso, se aclaran los siguientes:

El ingreso de MM es involuntario aunque la situación podría variar en unos días. Hay que ver evolución y hacer diagnóstico. La previsión de estancia es de unas dos semanas.

Se aclara que MM no está incapacitada legalmente.

No existen otros interlocutores en el momento actual.

#### IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS ÉTICOS

*Comentario:* En los CE se identifican los problemas éticos que se aprecian el caso. Corresponde luego a la persona que lo presenta decidir sobre cuál quiere asesoramiento. En este caso se vieron los siguientes:

Negativa de MM a que trascienda información sobre su ingreso.

Falta de consentimiento para establecer contactos.

La demanda de la psiquiatra.

La falta de un plan asistencial conjunto

La carencia de una dinámica de trabajo en equipo

La pertinencia de realizar la intervención solicitada.

#### ELECCIÓN DEL PROBLEMA ÉTICO

La demanda realizada por la psiquiatra lleva a la trabajadora social a cuestionarse qué debe hacer. Se plantea si su intervención profesional puede suponer una intromisión en la vida privada de MM. Por un lado, sabe que la paciente no quiere que trascienda información sobre su ingreso. Por otro, la psiquiatra le pide que recabe información.

Por ello, solicita asesoramiento al Comité de Ética en los siguientes términos:

¿Debe ponerse o no en contacto con el médico de familia de MM aun sabiendo que MM no quiere que trascienda su ingreso?

#### IDENTIFICACIÓN DE LOS CURSOS DE ACCIÓN POSIBLES

##### CURSOS DE ACCIÓN EXTREMOS

Es evidente que los cursos extremos están ya dibujados en el planteamiento del problema:

En un extremo estaría el que contemplaría no realizar el contacto con el médico de familia de MM.

En el otro, el que optaría por hacerlo.

Veamos las consecuencias que pueden conllevar uno u otro curso de acción.

No realizar el contacto con el médico de familia

De optar por este curso de acción, no se tendría información sobre la situación de su baja laboral; esto podría tener consecuencias negativas para MM, como conllevar pérdida de la baja laboral por incomparecencia o no recogida de partes. Tampoco se obtendría información sobre tratamientos previos.

Con relación a la demanda recibida habría que dar argumentos a la psiquiatra tratante, explicando los motivos por los que se considera conveniente aplazar la intervención solicitada por ella. Esto podría suponer retrasar la toma de decisiones respecto al plan terapéutico para MM.

A favor de optar por este curso de acción tendríamos el respeto a la intimidad de la paciente. El respeto a su derecho a decidir sobre si compartir, o no, y con quién información sobre su salud. También el respeto a la confidencialidad.

En salud el tiempo es en si mismo un factor determinante. En este caso, la situación clínica de MM podría estabilizarse en unos días lo suficiente como para abordar con ella la cuestión. Respecto a la actuación profesional de la trabajadora social, entendemos que sería prudente hacerlo de esta manera, hasta poder realizar la intervención con la paciente.

#### CONTACTAR CON EL MÉDICO DE FAMILIA

De hacerlo, se podría obtener esa información, que a priori, parece relevante para conocer mejor el proceso de MM y su tratamiento.

Supondría atender la demanda de la psiquiatra tratante, sin cuestionar la pertinencia de la misma.

Podría influir favorablemente en los tempos de la toma de decisiones en el plan terapéutico establecido por la psiquiatra y habría que explicar a MM porque se había actuado de esa forma sin su consentimiento.

Respecto a los deseos de la paciente, y de optar por este curso de acción, podrían vulnerarse derechos, entre ellos uno fundamental: el de la intimidad. Además, se podría vulnerar otro, el de divulgar datos especialmente protegidos. Y también supondría realizar una actuación sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, la intervención oscilaría entre la autonomía y la maleficencia.

#### CURSOS DE ACCIÓN INTERMEDIOS

La trabajadora social, tras analizar la demanda planteada por la psiquiatra, le da los argumentos necesarios explicando los problemas que considera conllevaría realizar la intervención en este momento. Le comunica su decisión de aplazar la intervención.

En el caso que se está tratando, hay un requerimiento expreso para hacer una intervención inmediata. En algunas ocasiones, da la impresión que se prioriza el dar respuesta a una petición de un profesional incluso sin que el otro profesional conozca al paciente, lo cual de base ya constituye un motivo para la reflexión, porque ¿Quién es el usuario en el ámbito sanitario para el trabajador social?

Otro curso de acción sería esperar a que la situación de MM se estabilizara y poder intervenir entonces con ella realizando la valoración y diagnóstico social.

Con este curso de acción se abordaría también otro de los problemas planteados; desconocemos en la actualidad lo que MM querría que hiciéramos y falta un abordaje global que permita conocerlo. No obstante, podemos pensar además que en su día nos refirió su “historia de valores”, lo que equivaldría a la existencia de “unas instrucciones previas”, ya que durante el ingreso de su madre, como recordaremos, ella nos dio a conocer que de estar en una situación similar de ingreso, no querría que se informara sobre ello. Sabemos que a la psiquiatra le ha manifestado que le gustaría evitar que se conociera su situación clínica actual para así soslayar la posible estigmatización que pudiera conllevar que trascendiera información en su entorno sociolaboral y ser tildada de enferma mental.

#### VALORES EN CONFLICTO

Se aprecian los siguientes valores en conflicto:

No maleficencia en relación a la práctica asistencial vista desde la perspectiva de la trabajadora social

La autonomía de MM para tomar sus decisiones.

El respeto a la intimidad de MM

El respeto a la confidencialidad de MM.

#### DELIBERACIÓN SOBRE EL CURSO DE ACCIÓN ÓPTIMO

El curso de acción óptimo sería el que conlleva respetar la intimidad de la paciente y realizar una buena práctica profesional, que requiere, aplazar la intervención profesional de la trabajadora social. Consideramos que la intervención ante la demanda presentada, en el momento actual, podría ocasionar más daño que bien a MM, es decir podría resultar maleficente: no se ha podido realizar una valoración social completa (buenas prácticas) y tenemos cono-

cimiento de como quiere ejercer su autonomía la paciente en relación a su ingreso hospitalario.

La no maleficencia es un deber primario para los profesionales. En caso de duda, es preferible aplazar la decisión argumentando y dejando constancia escrita sobre lo que motiva el tomar esa opción.

En cualquier caso, los cursos de acción intermedios suelen suponer en la práctica una concatenación de actuaciones que conforman un mosaico que deriva de la elección del curso de acción óptimo y que articula la decisión final dando cohesión a la misma.

Bien es cierto que en las deliberaciones de los CE no siempre se llega a un acuerdo y que los argumentos en contra de la decisión final también son recogidos en el informe que realizan los mismos y que entregan a la persona que realiza la consulta. Es una cuestión por otra parte lógica, habida cuenta que los en CE es un hecho la existencia de múltiples puntos de vista, de múltiples formas de mirar, personales y profesionales; ahí precisamente radica su riqueza y en el respeto, su valor.

## DECISIÓN FINAL

Por los argumentos expuestos, se considera que MM debe poder decidir sobre intervenciones que afectan a su propia vida, incluso en el ámbito sanitario. La autonomía para tomar decisiones que atañen a su proyecto vital es de incumbencia y los profesionales deben respetarla, explorando las vías necesarias para ello. De haber dudas sobre su capacidad para tomarlas, habrá que valorarla con relación al momento y al nivel de importancia de la decisión a tomar, así como la transitoriedad de la misma. Entendemos, así mismo, que están en juego derechos fundamentales y datos sobre su salud que necesitan de una actuación especialmente diligente.

Por ello, cuando su situación clínica lo aconseje, se deberá valorar la competencia de MM para tomar decisiones y, en función de ello, decidir cual es la actuación que se orienta a proporcionarle el mayor bien. La capacidad para que tome decisiones que le competen se le presupone mientras no se demuestre lo contrario.

Se informará a la psiquiatra de la decisión adoptada y de los porqués de posponer la intervención a otro momento, para lo que se realizará un seguimiento. Cuando su situación clínica lo aconseje, la trabajadora social intervendrá con la paciente, abordando la cuestión objeto de la demanda y realizando el diagnóstico social.

Será también un buen momento para abordar cuestiones relativas a su función en el Servicio y la forma en la que sería más idóneo trabajar por el bien de los pacientes.

## ¿SERÍA DEFENDIBLE PÚBLICAMENTE LA DECISIÓN?

### PRUEBAS DE CONSISTENCIA DE LA DECISIÓN LEGALIDAD

Se contrasta la decisión con la legislación. En el marco legal vigente encontramos:

La Constitución Española, que en su artículo 18 recoge como derecho fundamental “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”.

La Ley de protección de Datos de carácter personal Artículo 7.3. Sobre datos especialmente protegidos: Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Entre otros:

### ARTÍCULO 2.- PRINCIPIOS BÁSICOS

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

### ARTÍCULO 4.- DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a

tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

#### ARTÍCULO 5.- TITULAR DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de

#### ARTÍCULO 8.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4 haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

#### PUBLICIDAD

Consiste en preguntarse si la decisión tomada se defendería públicamente. Entendemos que sí, a la vista de los argumentos expuestos.

#### TEMPORALIDAD

Entendemos que la decisión superaría el paso del tiempo, ya que ha sido tomada a la luz de la reflexión y de la prudencia, las cuales necesariamente requieren tiempo.

#### *El código deontológico de referencia*

Reparamos en los siguientes artículos del Código Deontológico de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, tanto en el Capítulo III sobre la “Relación del diplomado en trabajo social/asistente social con los usuarios/clientes”:

Artículo 17. El diplomado en trabajo social/asistente social debe respetar las opiniones, criterios y decisiones que el usuario/cliente tome sobre su propia existencia, aunque no los comparta.

Artículo 18. El diplomado en trabajo social/asistente social debe consensuar con el usuario/cliente la intervención profesional a realizar y finalizar la relación profesional con éste, cuando ya no sea necesaria, e informar al usuario/cliente del resultado previsible de su intervención.

El Capítulo VIII sobre “Relaciones entre Diplomados en Trabajo social/Asistentes sociales y con otros profesionales” dice:

Artículo 47. En el caso de que se produzca la intervención de más de un diplomado en trabajo social/asistente social u otro profesional, el diplomado en trabajo social/asistente social debe tratar de que se realice conjuntamente el análisis y el plan de intervención.

#### OTRAS CUESTIONES A TENER EN CUENTA

##### CULTURA ORGANIZATIVA, RELACIONES PROFESIONALES Y BUENA PRAXIS

Los contextos organizativos influyen en la aparición de problemáticas determinadas. En el caso que nos ocupa, alguien al leerlo podría entender que el manejo de la información confidencial dentro del sistema sanitario se realiza con todas las garantías, o que el trabajo en equipo es una dinámica habitual en los sistemas de salud. Sin embargo, la continuidad entre los niveles que proporcionan asistencia sanitaria, es cuando menos, desigual, tanto entre sistemas como entre Comunidades Autónomas. Y en muchas ocasiones, las relaciones entre los profesionales de niveles primarios y especializados de salud, inexistentes. Sin obviar, que la inexistencia de trabajadores sociales en atención primaria de salud, cual es el caso que nos ocupa, añade otra dificultad más a la hora de preservar la intimidad de la paciente cuando al querer hablar con otro profesional hay que realizar varios pasos intermedios.

Es bastante habitual en el medio hospitalario que profesionales médicos y de enfermería, requieran una intervención social para ejecutar acciones de tipo instrumental o finalista, sin que previamente se haya realizado una valoración social del caso. Es también habitual que sin estar muy clara la demanda, se entre a intervenir en situaciones ambiguas, y con ello el cóctel está servido. ¿Por qué? Pues porque este tipo de situaciones originan inicialmente incertidumbre en los profesionales del trabajo social, situándolos en terrenos pantanosos a los que

lleva un abordaje de ese tipo, parcial y en ocasiones muy dirigido. En muchas ocasiones, sirve únicamente a los fines del profesional médico, incluso de enfermería, que tienen interés en resolver un aspecto determinado del caso, generalmente por ser un obstáculo en el proceso asistencial y en muchas ocasiones, muy relacionado con el alta hospitalaria. Y es que en la práctica, el trabajo social se encuentra muchas veces atrapado entre la misión, que como profesión tiene, y las demandas de otros profesionales (Gallina, 2010).

También se manifiesta otro problema con el que convivimos diariamente, y que hemos mencionado anteriormente, cual es la tensión que se produce entre los resultados esperables por parte del profesional que demanda nuestra intervención y el tiempo que se precisa para resolverlo. Sabemos que las prisas no son buenas consejeras, y menos en temas tan delicados como los que las profesiones como las nuestras solemos tener entre manos. Por lo tanto, es también nuestra responsabilidad analizar las demandas que nos hacen, tanto en el qué como en valorar si lo que se piden es compatible con “el tiempo” que precisa nuestra intervención social. Y esto entra también en el campo de reivindicar unas buenas prácticas entre diferentes profesionales, que a pesar de ser una tarea militante y ardua, contribuye a crear una cultura de equipo basada en el respeto entre profesionales que participan en condiciones de igualdad mientras dura el proceso asistencial de intervención con los pacientes.

#### COMENTARIO FINAL

Pasadas unas semanas, el CE recibió una carta de la trabajadora social agradeciendo la deliberación y el informe realizados. Recalcaba la importancia que había tendido para ella que otras personas deliberaran sobre la cuestión y agradecía especialmente la ausencia de juicios de valor y la reflexión serena.

Así mismo informaba de la evolución favorable de la paciente y de que finalmente, tras una semana de ingreso, habían podido abordar la cuestión; había dado permiso para hacer gestiones en relación a su baja laboral y contactos con el médico del familia. La psiquiatra decidió contactar directamente con él. Finalmente, se acordó con MM que permaneciera en el Servicio hasta la remisión total de sintomatología y que no sería trasladada a su provincia de origen.

#### CONCLUSIONES

Nos planteábamos al comienzo de este artículo como objetivo el presentar el análisis de un caso a través de una metodología de resolución de problemas éticos, en este caso, a través del método deliberativo del profesor Diego Gracia, que como sabemos tiene sus raíces en la bioética y viendo siendo utilizada por Comités de Ética.

Siendo una metodología que se ha venido desarrollando en el medio sanitario, el trabajo social deberá hacer su propio recorrido a la hora de elegir cual es la metodología más adecuada para abordar los problemas éticos que se le presentan en la práctica cotidiana. Esta ha sido una propuesta. Sabemos por experiencia que la esencia propia de la disciplina nos sitúa continuamente ante esos problemas y que la falta de una metodología apropiada nos orienta a buscar instrumentos que nos pueda ayudar en la toma de decisiones, y aun en condiciones de incertidumbre, poder hacerlo de forma prudente.

Es interesante remarcar la matización terminológica ya aludida anteriormente con relación a la utilización del término “dilema”. Como hemos podido ver, una visión dilemática nos hace situarnos en una encrucijada donde las salidas que se vislumbran ante un problema son extremas: o A o B. De ahí que una de las aportaciones de la metodología presentada sea ver que, entre los extremos, otros cursos de acción son posibles.

La metodología y el desarrollo del caso también hacen emerger una serie de preguntas que bien podrían dar lugar a un debate ético a otro nivel sobre que las consecuencias de que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiera, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. ¿Se presupone que lo tenemos desde el momento que ingresa? ¿Para todos y cada uno de los procedimientos? ¿Qué pasa cuando un paciente explicita que no quiere que se de información sobre su ingreso? ¿Cuál es el alcance del secreto compartido cuando trasciende niveles asistenciales? ¿Cómo debemos actuar? ¿Anteponemos en ocasiones los intereses de los profesionales a los de los pacientes?

Respecto al caso presentado, hay cuestiones que se han tratado de forma explícita: la intimidad, la confidencialidad, la autonomía, etc. Sin embargo, ha habido otras, que aunque no siendo tratadas de manera tan explícita, han estado presentes. Y nos referimos al ámbito de la propia intervención profesional, donde la existencia de un plan asistencial, o su falta, puede ser un indicador de buena praxis.



En el contexto donde se plantea el caso que hemos expuesto, no se da una dinámica de trabajo en equipo y ello está también influyendo de forma importante en el devenir del mismo. Sería un gran avance que todos los profesionales que intervienen en un caso así lo hicieran y, de no ser posible trabajar en equipo, hacerlo cuando menos de manera coordinada. Es evidente que una intervención aislada puede abocar a realizar una deficiente práctica profesional y que el trabajo en equipo aborda en su globalidad todas las áreas que pueden estar comprometidas al tratar a una persona.

Por otro lado, y con toda seguridad, la pluralidad de puntos de vista posibles en el abordaje realizado no quede reflejada en este artículo. Se podrá cuestionar incluso la idoneidad del caso elegido, pero entendemos que lo moral y lo ético forman parte de la vivencia más interior de la persona que lo experimenta, y en ese sentido, es subjetivo; puede suponer un conflicto ético para una persona y para otra no. En cualquier caso, en un conflicto siempre subyacen formas diferentes de interpretar un valor. Entendámoslo por tanto como un espacio en construcción, abierto, donde esta aportación no pretende sino ser una primera piedra en un debate, que la autora, considera necesario para la profesión.

En este sentido, somos también conscientes de que la deliberación se ejercita; nadie nace sabiendo deliberar, pero tenemos la capacidad de desarrollar ese potencial a lo largo de nuestras vidas. Entendemos la deliberación como un proceso relacional. Por ello, precisa de una actitud individual de apertura y humildad hacia los demás, del yo al nosotros: pensar que escuchar otros argumentos nos permitirá avanzar. Y requiere también de la voluntad para incorporar la deliberación hasta convertirla en hábito cotidiano de la reflexión metodológica y del entrenamiento moral.

Para ello es imprescindible la mirada hacia nuestro interior. Es importante detenemos a escuchar la voz de nuestra conciencia ¿Sobre qué nos alerta? ¿Hacia dónde nos orienta? ¿Qué nos aconseja? Cada profesional actuamos en el marco de una cultura y de un contexto institucional determinados, pero indudablemente actuamos además desde un código ético interno e interiorizado que debemos tener identificado. El mismo está presente en nuestra toma de decisiones y ejerce de catalizador en las mismas. Además, en algunas ocasiones otorga sentido a lo que hacemos, dotando a nuestras actuaciones de coherencia y autenticidad, que son valores nucleares en nuestro trabajo, y cuya presencia, se

torna decisiva para no sucumbir ante situaciones difíciles.

Es por ello, que en las profesiones donde la relación de ayuda está tan presente, es un deber inexcusable conocerse a si mismo. Explorar la forma que tenemos de afrontar las diferentes cuestiones que se nos plantean es una obligación que incluye de forma imperativa las cuestiones profesionales.

Para con ello aprender, que toda introspección mental que suponga identificar emociones, vivenciarlas, interrogarnos, pensar, reelaborar el pensamiento y buscar razones, contribuirá a un mejor entendimiento de nuestro entorno profesional, de nosotras mismas y del mundo.

Ya lo dijo Immanuel Kant en 1781: “Todo nuestro conocimiento empieza por los sentidos; de aquí pasa al entendimiento y termina en la razón”. Y en ello estamos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballesteros, A. (2009). Dilemas éticos en trabajo Social: El modelo de la Ley Social. *Portularia*, IX (2), 123-131. <http://www.uhu.es/publicaciones/revistas/portularia/index.php?CDer=1&NR=1&volumen=&top=12&NArticulo=1058> (17 enero 2011).
- Boland, K. (2006). Ethical decision-Making Among Hospital Social Workers. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 3 (1), 38-56. <http://www.socialworker.com/jswe/content/view/27/44/> (28 enero 2011).
- Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. (1999) *Código Deontológico de la profesión de Trabajo Social* [http://www.cgtrabajosocial.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=317&Itemid=16](http://www.cgtrabajosocial.es/index.php?option=com_content&task=view&id=317&Itemid=16) (17 enero 2011).
- Constitución Española. (1978). <http://www.boe.es/ae-boe/consultas/enlaces/documentos/Constitucion-CASTELLANO.pdf> (17 enero 2011).
- Gallina, N. (2010). Conflict between Professional Ethics and Practice Demands: Social Workers' Perceptions. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 7 (2), 1-9. <http://www.socialworker.com/jswe/fall2010/f10conflict.pdf> (7 enero 2011).
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la Ética Clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23.
- Gracia, D. (2010). Teoría y práctica de los Comités de Ética. En Diputación Foral de Álava (Ed.). *Jornada de Creación de un Comité de Ética aplicado a Gizartekintza en el Territorio Histórico de Álava* (pp. 21-40). Vitoria-Gasteiz: Diputación General de Álava.

- Kant, I. (1978). *Kritik der reinen vernunft*. Español. *Crítica de la razón pura*. Madrid: Alfaguara.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> (17 enero 2011).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188) (17 enero 2011).
- Salcedo, D. (2010) Los fundamentos normativos de las profesionales y los deberes de los trabajadores sociales. *GLOBAL SOCIAL WORK -TRABAJO SOCIAL GLOBAL*, 1(1), 10-38. <http://tsghipatiaeditorial.com/index.php/tsg1/issue/view/3>
- Simón, P. (2002). La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista de Calidad Asistencial*, 17 (4), 247-59.
- Úriz Pemán, M<sup>a</sup> J. (2004). Modelos de resolución de dilemas éticos en trabajo social. *RTS. Revista de Trabajo Social*, 175, 6-27.