



ORIGINAL

¿Es necesaria una estrategia integrada de biosocioética?



Federico Alonso Trujillo^{a,*}, Raquel López Medel^a,
Inmaculada Asensio Fernández^a, Sandra Pinzón Pulido^b
y M. Carmen González Montero^a

^a Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), Servicios Centrales, Sevilla, España

^b Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España

Recibido el 29 de julio de 2015; aceptado el 2 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 9 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Servicios sociales;
Servicios sanitarios;
Conflicto ético;
Bioética;
Proceso de cuidados;
Dependencia

Resumen

Objetivo: El presente artículo reflexiona sobre la necesidad de apostar por la articulación de una estrategia de ética que incluya 2 de los pilares básicos que afectan al bienestar de las personas, la atención de los servicios sanitarios y de los servicios sociales. El objetivo es realizar un acercamiento a la percepción de profesionales de los servicios sociales y sanitarios en Andalucía acerca de la necesidad de desarrollar un espacio de encuentro entre la bioética y la ética de la intervención social.

Método: Estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante encuesta a profesionales de los servicios sociales y sanitarios. Se utilizó una técnica de muestreo intencional. El cuestionario constaba de 10 preguntas sobre conflictos éticos en la práctica profesional social y sanitaria, y la percepción de desarrollo de un espacio compartido para la bioética y la ética de la intervención social.

Resultados: La muestra constó de 124 profesionales, un 56% del sector sanitario y un 44% del sector de servicios sociales. Alrededor del 90% de las personas encuestadas se habían enfrentado a decisiones éticas difíciles de abordar en su práctica profesional y valoraron positivamente un abordaje común social y sanitario. El 75% afirmaron que los conflictos se presentan en los 2 ámbitos simultáneamente más que por separado. La gestión de los asuntos éticos se realizaba preferentemente de manera individual y de forma independiente.

Conclusiones: El social y el sanitario son sistemas que poseen identidad y características diferenciadas, pero tienen una afinidad especial pues comparten saberes, espacios y valores comunes, que requieren de una profunda y comprometida reflexión, en aras a crear metodologías conjuntas de actuación, gestión y deliberación ética.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: federico.alonso@juntadeandalucia.es (F. Alonso Trujillo).

KEYWORDS

Social services;
Health services;
Ethical conflict;
Bioethics;
Process of care;
Dependence

Is a strategy of bio-socio-ethic necessary?**Abstract**

Aim: The aim of this paper is to assess the need for a common ethics strategy shared by 2 of the cornerstones of human welfare: the healthcare and social services sectors.

Method: An observational cross-sectional descriptive study was performed by surveying social services and healthcare professionals. A purposive sampling technique was used. The questionnaire consisted of 10 questions about ethical conflicts in professional practice and respondents' views on a proposed shared approach to bioethics and ethics in social intervention.

Results: 124 professionals completed the questionnaire, 56% of the health sector and 44% of the social services sector. About 90% professionals surveyed had had to make difficult ethical decisions in their work and would welcome a common approach to ethics in the social services and healthcare sectors. 75% said that conflicts are occurring more frequently in both sectors simultaneously and that they were resolved preferably individually and independently.

Conclusions: The survey respondents believe that a common approach to tackling ethical conflicts in professional practice is required. Nevertheless, it is still rare for ethics committees to intervene in the conflict resolution process and for decision-making support and evaluation tools to be used.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

La necesidad de mejorar la implantación de los procedimientos de ayuda a una decisión ética en los trabajadores públicos y privados de los servicios socio-sanitarios es una demanda cada vez mayor aunque no evaluada de forma adecuada en nuestro contexto.

¿Qué aporta?

Una reflexión de la necesidad de apostar por la articulación de una estrategia de ética que incluya dos de los pilares básicos que afectan al bienestar de las personas, la atención de los servicios sanitarios y de los servicios sociales como espacio de encuentro que ayude a los trabajadores del sector fruto de un estudio realizado mediante encuesta a profesionales de los servicios sociales y sanitarios de Andalucía que permite valorar la actual situación ante esta cuestión y en especial ante los problemas y conflictos éticos que tienen en sus puestos de trabajo así como su valoración ante un abordaje común social y sanitario de determinados casos de especial vulnerabilidad y complejidad. Asimismo, se incluye un esquema original que representa este espacio biosocioético en el marco de la atención social y sanitaria.

Introducción

El desarrollo de la bioética durante el siglo xx sirvió de impulso para la ética aplicada a diferentes ámbitos profesionales, entre ellos el de los servicios sociales¹⁻³. Los sistemas

sanitario y social tienen una estrecha vinculación como estamentos fundamentales del modelo de estado de bienestar⁴. En los últimos años ha surgido un decidido interés por aunar esfuerzos desde ambos sistemas de protección, atendiendo a la población bajo estructuras, procedimientos y filosofías comunes que, sin desdibujar la identidad de cada sistema, aprovechen al máximo el potencial de cada uno⁵.

En espacios asistenciales como el de la atención a la dependencia se requiere una efectiva coordinación entre los sistemas de protección implicados, cuyo objetivo final es la provisión de cuidados personalizados adecuados⁶. En este sentido, los y las profesionales de los 2 sectores, el sanitario y el social, se encuentran con conflictos éticos o morales, que requieren de un modelo de gestión que va más allá de la bioética clásica, y que pasan por poner de manifiesto los postulados éticos que exigen una intervención integrada, destinada a las personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad⁷. A pesar de ello, en la actualidad, la evaluación de los aspectos éticos como parte del proceso asistencial es claramente insuficiente e inmadura⁸.

De la misma forma, la necesidad de coordinación sociosanitaria se evidencia en la atención a las personas en situación de exclusión social, las personas con problemas de adicciones y/o enfermedad mental, o quienes necesitan cuidados paliativos, entre otros⁹. En todos los casos, el propósito de la coordinación se centra en la mejora de la calidad de vida de las personas, generando espacios profesionales en los que se comparten conocimientos y experiencias tanto en el ámbito técnico como en el abordaje de los cuestionamientos éticos comunes a toda intervención de carácter clínico y social¹⁰.

La crisis económica de los últimos años ha tenido impacto sobre el bienestar de las personas, generando una demanda creciente de servicios sociales y sanitarios a la vez que una progresiva reducción del gasto público. Esta situación ha afectado la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social, incluidos los servicios especializados en la atención a las personas más frágiles y vulnerables^{11,12}. Este

hecho afecta igualmente la labor de profesionales puesto que comparten la responsabilidad de contribuir al reparto equitativo y ético de los recursos disponibles, al amparo de los criterios de justicia social¹³.

En la atención sociosanitaria destacan 2 figuras profesionales. Por una parte, las/los enfermeras/os que realiza una labor de cuidado de la salud y acompaña a la persona en su proceso de recuperación, incorporando decisiones éticas en su práctica profesional^{14,15}. Por otra parte, los trabajadores/as sociales que acompaña a las personas en la gestión de sus vulnerabilidades, abordando cuestiones complejas que tocan con el sufrimiento humano, siendo depositario de informaciones especialmente protegidas o sensibles y tomando decisiones comprometidas respecto a asuntos relacionados con la vida privada de las personas y sus familias¹³. En este contexto, los principios de la ética aplicada a la intervención social se centran en el compromiso y la responsabilidad profesional en la relación de ayuda, y contribuyen a dar coherencia y sentido al propio desempeño profesional, dotando de congruencia los procesos de intervención¹⁶.

Las situaciones anteriormente descritas parecen abocar a la necesidad de generar un espacio compartido para la ética de la intervención social y sanitaria, que favorezca el estudio, análisis y discernimiento, sobre las pautas y conductas presentes en aquellas profesiones que intervienen en la atención y cuidado de las personas, en los puntos donde las personas interaccionan con sus ambientes. Esta es la definición de la biosocioética¹⁷ o la sociobioética^{18,19}, que correlaciona lo sanitario y lo social en la búsqueda de mejores respuestas a las necesidades que pueden tener las personas a lo largo de su vida.

La biosocioética se fundamenta en el respeto a los principios básicos de la bioética médica y se complementa con la dimensión ética que aporta la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aterrizando en los principios que rigen

los códigos deontológicos de las profesiones relacionadas con las ciencias sociales y ciencias humanas²⁰.

En este contexto, el estudio que se presenta a continuación pretende realizar un acercamiento a la percepción de los grupos profesionales de los servicios sociales y sanitarios en Andalucía sobre la necesidad de desarrollar un espacio de encuentro entre la bioética y la ética de la intervención social.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante la técnica de investigación por encuesta. La muestra seleccionada incluyó a profesionales vinculados al Sistema Público de Servicios Sociales y al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se utilizó la técnica de muestreo intencional, incluyendo a profesionales formados en coordinación sociosanitaria, bioética y/o ética en intervención social. Se solicitó su consentimiento para participar en la encuesta, garantizando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

El cuestionario aplicado se construyó a partir del instrumento utilizado en la «Encuesta sobre conflictos éticos en el ámbito de los servicios sociales» de la Diputación Foral de Bizkaia²¹, al que se incorporaron las dimensiones de: a) ámbito en el que se presentan los conflictos éticos, b) necesidad de creación de un espacio compartido para la bioética y la ética en los servicios sociales, y c) alternativas para la intervención (tabla 1). La encuesta se gestionó a través de las aplicaciones SurveyMonkey y LimeSurvey.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, separado por el sector de procedencia de las personas encuestadas (social y sanitario). Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizaron los estadísticos básicos (media y desviación estándar). Para variables categóricas se usó la

Tabla 1 Ítems incluidos en el cuestionario sobre sociobioética

- 1) ¿Se ha enfrentado alguna vez a una decisión ética difícil de abordar en su práctica profesional? sí/no
- 2) ¿Considera que son frecuentes en su práctica profesional las siguientes situaciones? sí/no
(Listado de situaciones incluido en la tabla 2)
- 3) ¿Cómo considera Ud. que se resuelven habitualmente este tipo de situaciones en la práctica? a) De forma individual, b) Con el equipo de trabajo, c) Lo hace la dirección del centro, d) Interviene un comité de ética, e) No se resuelven
- 4) Los problemas éticos se presentan con mayor frecuencia en relación a: a) Aspectos sanitarios, b) Aspectos sociales, c) En los 2 ámbitos, d) En ninguno de los 2 ámbitos
- 5) Cuando se presentan este tipo de situaciones, ¿se utiliza algún método de evaluación para resolverlas? a) Nunca, b) Casi nunca, c) A veces, d) Casi siempre, e) Siempre
- 6) ¿Los códigos éticos profesionales dan respuesta a los problemas éticos que aparecen en la práctica profesional en los ámbitos social y sanitario? a) Nunca, b) Casi nunca, c) A veces, d) Casi siempre, e) Siempre
- 7) ¿Considera Ud. que la bioética establece por sí misma los fundamentos éticos necesarios para abordar los aspectos sociales de la intervención? sí/no
- 8) ¿En qué medida considera Ud. necesario un abordaje común, social y sanitario, que dé respuesta a los problemas éticos que se presentan en la práctica profesional? Escala 0-10 (Nada necesario/Totalmente necesario)
- 9) En la toma de decisiones relacionadas con la evolución de un caso que presenta severos condicionantes de salud y sociales, deben intervenir solo aquellos y aquellas profesionales que forman parte de los comités de ética clínica, pues gozan de una trayectoria amplia en la gestión de conflictos y dilemas éticos. Escala 0-10 (Nada de acuerdo/Totalmente de acuerdo)
- 10) La bioética y la ética de la intervención social deben trabajar separadamente para obtener los mejores resultados respecto a la toma de decisiones en la atención a personas afectadas por procesos de enfermedad y situaciones sociales desfavorecedoras. Escala 0-10 (Nada de acuerdo/Totalmente de acuerdo)

distribución de frecuencias relativas con los intervalos de confianza al 95%. Se utilizaron las pruebas de hipótesis *t de Student* y *Chi cuadrado* para explorar las diferencias de respuesta entre profesionales de los 2 sectores, según el tipo de variable. Los análisis estadísticos se realizaron con el software libre R.

Resultados

La muestra estaba compuesta por 124 profesionales, 9 personas procedentes de los servicios centrales y las Delegaciones Territoriales, 64 personas procedentes del sector sanitario, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, y 45 personas procedentes de los distintos sectores de los servicios sociales, incluidas infancia y familias, personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia, personas con problemas de adicciones y personas en situación de exclusión social (fig. 1). Un 37% de las personas encuestadas eran profesionales de trabajo social, un 26% de enfermería, un 23% de medicina, un 9% de psicología y el 5% restante pertenecían a otras profesiones (educación social y derecho, entre otras). El 67% de las personas encuestadas había recibido alguna formación en bioética y el 33% tenía alguna formación en ética en intervención social.

El 91% de profesionales sanitarios y el 87% de los profesionales de los servicios sociales encuestados afirmaron haberse enfrentado alguna vez a alguna decisión ética difícil de abordar en su práctica profesional ($p=0,28$).

En el sector de los servicios sociales, las situaciones conflictivas más frecuentes según las personas encuestadas fueron: 1) Diferencia de criterios en la intervención entre los miembros del equipo de profesionales (92,3%); 2) Negativa al ingreso en un centro residencial o en un hospital (85,7%); 3) Distribución de cargas de trabajo entre el personal asistencial (80%); 4) Valoración de la competencia de la persona usuaria para tomar sus propias decisiones (76,6%); y, 5) Negativa al tratamiento (70,6%).

En el ámbito sanitario, las situaciones más frecuentes identificadas fueron: 1) Diferencia de criterios en la intervención entre los miembros del equipo de profesionales (87,7%); 2) Decisiones al final de la vida (86,2%); 3) Consulta médica y hospitalaria innecesaria (84,8%); 4) Valoración de la competencia de la persona usuaria para tomar sus propias decisiones (84,6%); y, 5) Distribución de cargas de trabajo entre el personal asistencial (83,6%).

Se encontraron diferencias entre los 2 grupos profesionales con respecto a las decisiones al final de la vida ($p=0,00$), la consulta médica y hospitalaria innecesaria ($p=0,00$), la atención a las necesidades religiosas, espirituales o emocionales de la persona usuaria ($p=0,00$), la alimentación forzosa ($p=0,01$) y la autonomía fuera del centro en personas con competencia limitada ($p=0,05$) (tabla 2).

Más de un 75% de las personas encuestadas en ambos grupos profesionales afirmó que estos conflictos se presentan en los ámbitos social y sanitario de forma simultánea más que por separado, aunque el personal sanitario considera más frecuentes los conflictos relacionados con aspectos sanitarios (16,4%) que los sociales (4,5%), mientras que el personal de servicios sociales considera más frecuentes los relacionados con aspectos sociales (20,8%) más que los sanitarios (1,9%) ($p=0,00$).

El 73,5% de los profesionales sanitarios y el 52,8% de los profesionales de los servicios sociales consideran que la bioética establece por sí misma los fundamentos éticos necesarios para abordar los aspectos sociales de la intervención ($p=0,06$). En su opinión, la gestión de los asuntos éticos relacionados con la práctica profesional se realiza preferentemente de manera individual (46,3% de profesionales sanitarios y 33% de profesionales de servicios sociales) o con el equipo de trabajo (46,3% de profesionales sanitarios y 44% de profesionales de servicios sociales ($p=0,18$)). Tan solo el 16% de los profesionales sanitarios y el 6% de los profesionales de los servicios sociales afirman contar siempre o casi siempre con algún método de evaluación para resolver eficazmente los problemas de índole ética ($p=0,04$). Alrededor del 20% de los profesionales en ambos grupos considera que

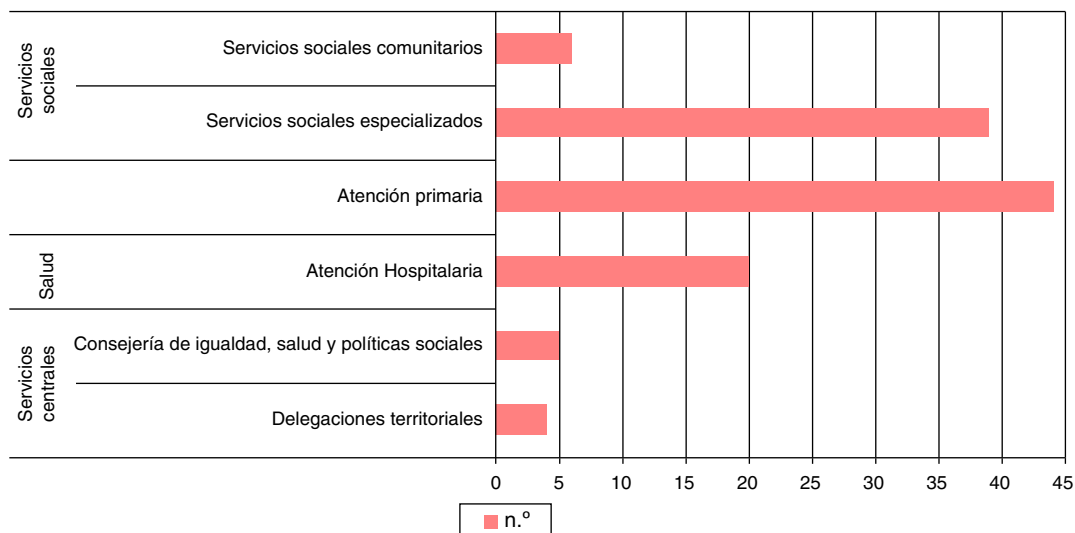


Figura 1 Ámbito de trabajo de las personas encuestadas.

Tabla 2 Situaciones conflictivas frecuentes en la práctica profesional por sector

	¿Considera que es una situación frecuente en los servicios?		
	Salud[% Sí]	Servicios sociales[% Sí]	p
Agresiones de personas usuarias a profesionales	50,8	48,1	0,77
Agresiones de una persona usuaria a otra	37,5	38,5	0,92
Alimentación forzosa	49,2	25	0,01
Atención a las necesidades religiosas, espirituales o emocionales de la persona usuaria	69,5	39,6	0,00
Autonomía fuera del centro en personas con competencia limitada	61,1	41,3	0,05
Conflicto entre los derechos de el/la profesional y los de la persona usuaria	64,1	56	0,38
Consulta médica y hospitalaria innecesaria	84,8	44,7	0,00
Decisiones al final de la vida	86,2	34	0,00
Derechos y obligaciones del personal voluntario	32,2	37	0,61
Diferencia de criterios en la intervención entre los miembros del equipo de profesionales	87,7	92,3	0,41
Discriminación en la atención a personas con discapacidad o personas con enfermedad mental	44,4	32	0,18
Distribución de cargas de trabajo entre el personal asistencial	83,6	80	0,62
Empleo de medidas de sujeción	53,2	39,2	0,14
Incumplimiento de las normas del centro por parte de la persona usuaria	71,4	65,3	0,49
Invasión de la privacidad	68,8	62	0,45
Limitación de derechos de alguna persona usuaria para respetar los derechos de otras personas	57,8	58	0,98
Negativa al ingreso en un centro residencial o en un hospital	80,3	85,7	0,46
Negativa al tratamiento	68,3	70,6	0,79
Relaciones afectivas entre profesionales y personas usuarias	40,3	28,8	0,20
Uso de sedación en personas con problemas de conducta	47,4	42,6	0,62
Valoración de la competencia de la persona usuaria para tomar sus propias decisiones	84,6	76,6	0,28
Vulneración de la confidencialidad de la información	56,2	60,8	0,62

casi siempre o siempre los códigos éticos profesionales dan respuesta a los problemas éticos que aparecen en la práctica profesional en los ámbitos social y sanitario ($p=0,19$).

En una escala de 0 a 10, las personas encuestadas valoraron positivamente la necesidad de un abordaje común, social y sanitario, que diera respuesta a los problemas éticos que surgen en la práctica profesional (8,6 de media en profesionales sanitarios y 8,4 en profesionales de los servicios sociales) ($p=0,45$) (tabla 3).

Discusión

La principal fortaleza de este estudio es que aborda, por primera vez en Andalucía, la reflexión profesional sobre la necesidad de creación de un espacio compartido para la bioética y la ética de la intervención social. El estudio recoge la opinión de personas formadas en alguno de los campos de mayor influencia respecto a la necesidad de creación de esta estrategia compartida: la coordinación de servicios sociales y sanitarios, la bioética y/o la ética de la intervención social. Sin embargo, la utilización de una muestra intencional, no aleatoria, introduce un sesgo de selección, que debe ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Estudios posteriores deberán abordar estas cuestiones para

el conjunto de profesionales de los 2 sectores involucrados, otorgando representatividad a los resultados.

El estudio se contextualiza en el ámbito de la intervención social y sanitaria, que comparte intereses comunes respecto a la necesidad de brindar una atención integral que dé respuesta a las necesidades de las personas, garantizando la calidad de los cuidados, el respeto a sus derechos y la mejora de su calidad de vida²². El estudio explora igualmente la percepción del conflicto ético que surge en situaciones de especial vulnerabilidad, en las que las decisiones sobre las mejores alternativas de intervención suelen ser complejas, y requieren con frecuencia una intervención integral a través de un equipo multiprofesional coordinado. En estos equipos desempeña un papel esencial el reconocimiento de los principios que garantizan el respeto a los derechos fundamentales de las personas, tales como su autonomía y autodeterminación, la confidencialidad de la información o la privacidad, entre otros²³.

Las personas encuestadas en este estudio han reconocido que se han enfrentado a decisiones éticas difíciles en su práctica profesional, y que estas situaciones se presentan con frecuencia en un espacio común a los servicios sociales y sanitarios. Sin embargo, en Andalucía el desarrollo de las estrategias de ética en los 2 sistemas, el sanitario y el social, ha sido muy desigual hasta el momento. Mientras que la Estrategia de Bioética cuenta con un importante impulso en

Tabla 3 Situaciones conflictivas frecuentes en la práctica profesional por sector

	Salud	Servicios sociales	p
<i>¿Se ha enfrentado alguna vez a una decisión ética difícil de abordar en su práctica profesional? [Sí]</i>	91,2	86,8	0,28
<i>¿Cómo considera Ud. que se resuelven habitualmente este tipo de situaciones en la práctica?</i>			0,18
De forma individual	46,3	33	
Con el equipo de trabajo	46,3	44	
Lo hace la dirección del centro	3	10	
Interviene un comité de ética	1,5	0	
No se resuelven	3	10	
<i>En su opinión, ¿los códigos éticos profesionales dan respuesta a los problemas éticos que aparecen en la práctica profesional en los ámbitos social y sanitario?</i>			0,19
Siempre	6	1,9	
Casi siempre	23,9	20,8	
A veces	47,8	60,4	
Casi nunca	22,4	13,2	
Nunca	0	3,8	
<i>¿Considera Ud. que la bioética establece por sí misma los fundamentos éticos necesarios para abordar los aspectos sociales de la intervención?</i>	73,5	52,8	0,06
<i>En su opinión, los problemas éticos se presentan con mayor frecuencia en relación con:</i>			0,00
Aspectos sanitarios	16,4	1,9	
Aspectos sociales	4,5	20,8	
En los 2 ámbitos	79,1	75,5	
En ninguno de los 2 ámbitos	0	1,9	
<i>Cuando se presentan este tipo de situaciones, ¿se utiliza algún método de evaluación o de apoyo a la decisión para resolverlas?</i>			0,04
Siempre	3	0	
Casi siempre	13,4	5,9	
A veces	40,3	33,3	
Casi nunca	37,3	37,3	
Nunca	6	23,5	
<i>¿En qué medida considera Ud. necesario un abordaje común, social y sanitario, que dé respuesta a los problemas éticos que se presentan en la práctica profesional?</i>	8,6	8,4	0,45
<i>En la toma de decisiones relacionadas con la evolución de un caso que presenta severos condicionantes de salud y sociales deben intervenir solo aquellos y aquellas profesionales que forman parte de los comités de ética clínica, pues gozan de una trayectoria amplia en la gestión de conflictos y dilemas éticos</i>	3,1	4,3	0,05
<i>Los conflictos éticos que se presentan en la atención a personas afectadas por procesos de enfermedad y situaciones sociales desfavorecedoras se resuelven mejor si se afrontan de manera independiente por la bioética y la ética de la intervención social</i>	3,5	4,5	0,10

el Sistema Sanitario Público²⁴, el desarrollo de la ética en el Sistema Público de Servicios Sociales es aún muy incipiente.

Otro aspecto significativo observado es que no parecen existir mecanismos adecuados para gestionar los asuntos éticos que se relacionan con la práctica asistencial, ya que en la mayoría de los casos los conflictos éticos se resuelven de forma individual o en reuniones de equipo, sin seguir ningún proceso estructurado para alcanzar resultados consensuados y eficaces. En esta misma línea, con frecuencia son los códigos éticos profesionales los que dan respuesta a los problemas éticos que aparecen en la práctica profesional. Estos hallazgos sugieren la necesidad de creación del espacio de la sociobioética, para la que serán necesarios los marcos conceptuales de la metaética, cuyo centro de interés es el análisis del lenguaje moral²⁵; la ética mínima, que recoge la transversalidad de las distintas éticas de máximos presentes

en el Estado²⁶; la ética como disciplina argumentativa, que busca fundamentar racionalmente lo que debemos hacer para lograr el perfeccionamiento de la conducta humana²⁷; y la bioética, dedicada al estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y los principios morales²⁸.

Para apoyar la toma de decisiones en el entorno de los servicios públicos ha sido necesario diseñar una ética aplicada a las distintas esferas de la vida social²⁶ y utilizarla como herramienta de trabajo. Asimismo, la ética de la vulnerabilidad puede ser aplicada en el ámbito sanitario, orientada a la calidad de los cuidados que recibe una persona, evidenciada en el respeto de una serie de principios éticos que el personal ha de tener en cuenta a la hora de abordar su trabajo²⁹; y en el campo de lo social, con el abordaje de las intervenciones profesionales desde la óptica

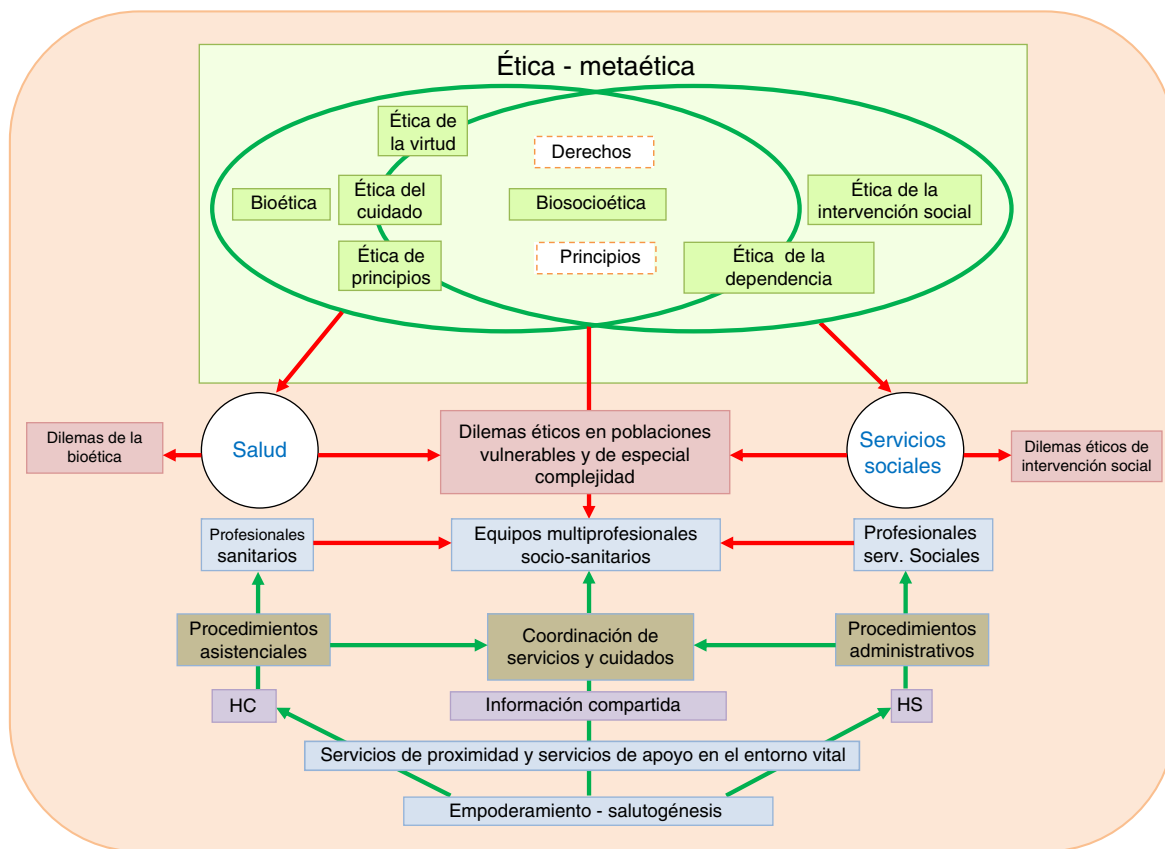


Figura 2 Esquema relacional de la bioética y la ética de la intervención social: biosocioética. HC: historia clínica; HS: historia social.
Fuente: Elaboración propia.

de la mejora de los entornos en los que habitan las personas, procurando en todo momento la humanización de la relación, de manera que permita un abordaje profesional lo suficientemente íntimo, y cálido como para favorecer la adquisición de cambios en los estilos de vida, roles y calidad de las decisiones de las personas¹⁶.

La biosocioética se traduciría entonces en una estrategia conjunta que aunara los esfuerzos del sistema social y el sanitario para brindar una atención integral e integrada, que permitiera a la persona el ejercicio de sus derechos, el acceso a los cuidados requeridos y la intervención tanto en el medio físico-domiciliario, como en el que incluye la calidad de las relaciones de la persona con otras personas de su entorno, y con los diferentes agentes sociales con los que se relaciona, para su bienestar y mejora¹⁸.

Las personas encuestadas consideraron que la atención a las personas afectadas por procesos de enfermedad y situaciones sociales desfavorecedoras se resuelve mejor a través de un abordaje integral que incluya las perspectivas de la bioética y la ética de la intervención social. Este marco de intervención no solo consideraría la intervención ética hacia el individuo, sino que contemplaría la intervención desde todos los ángulos o dimensiones que tocan con la vida de la persona, y que la influyen inexorablemente en su proceso de mantenimiento y/o mejora de sus capacidades, en un amplio espectro de campos y situaciones que obligan a que el acto de intervenir implique la participación de diferentes

profesionales, en los que la persona ha de confiar para obtener los resultados que necesita para mejorar su salud, que no puede ser contemplado de un modo aislado a una serie de condiciones biológicas y tecnológicas, sino que ha de mirar hacia los aspectos psicológicos, sociales y ambientales así como culturales que impregnan la vida de estas personas inmersas en procesos de vulnerabilidad¹⁸. La biosocioética crearía entonces un marco de referencia compartido orientado a la salvaguarda de los aspectos íntimos de la vida de las personas y a la garantía del respeto a sus derechos (fig. 2).

Por otra parte, resulta especialmente interesante cómo entre las situaciones de conflicto ético más frecuentemente identificadas por las personas encuestadas estaba la diferencia de criterios en la intervención entre los miembros del equipo profesional, la valoración de la competencia de la persona usuaria para tomar sus propias decisiones y la distribución de las cargas de trabajo entre el personal asistencial. Parece necesario el establecimiento de espacios de debate y consenso formales, a través de la constitución formal de equipos interdisciplinarios, la adopción de instrumentos de valoración compartidos y la elaboración conjunta de los planes individuales de atención, siempre garantizando la participación efectiva de la persona y su familia en las decisiones acerca de la intervención a realizar³⁰.

Son muchos aún los interrogantes que surgen frente a la creación de un espacio compartido entre la bioética y la ética de la intervención social, y sin embargo los

resultados del estudio indican que es urgente su desarrollo. Las cuestiones éticas que suceden en la práctica profesional requieren un abordaje sistemático y sólidamente construido que garantice el ejercicio de los derechos de las personas en los procesos de atención sociosanitaria.

Financiación

Proyecto: «Compromiso ético de los proveedores de servicios de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía». Cód.: EASP-ASSDA-N01-2014. CÓD. EASP: 14-30849.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Grupo PROYECTO ÉTICA ASSDA-EASP: A. Maqueda Ruiz, E. Rodríguez Higuera, E. Peláez Quero, I. Márquez Peinado, J.M. Olmedo Villarejo, J.M. Rodríguez López, M. Martínez Domene, M.E. Gómez, M.J. Peñalosa Aguilar, M.M. Castellano Zurera, M.F. Raposo Triano, M. Botija López, M. Robert Díaz-Trechuelo, S. Jiménez González.

Bibliografía

1. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18–23.
2. Simón Lordá P, Barrio Cantalejo IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:583–97.
3. Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. *Bioethics*. 2004;18:473–92.
4. Cortis JD, Kendrick K. Nursing, ethics, caring and culture. *Nurs Ethics*. 2003;10:77–88.
5. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29 Supl 3:61–74.
6. Gaucher N, Lantos J, Payot A. How do national guidelines frame clinical ethics practice? A comparative analysis of guidelines from the US, the UK, Canada and France. *Soc Sci Med*. 2013;85:74–8.
7. Frolic AN, Drolet K, HHS Policy Working Group. Ethics policy review: A case study in quality improvement. *J Med Ethics*. 2013;39:98–103.
8. Altisent R. La bioética más allá de los dilemas. *Aten Primaria*. 2010;42:412–4.
9. Millas J, Hasson N, Aguiló M, Lasagabaster I, Muro E, Romero O. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. *Med Paliat*. 2015;22:3–11.
10. Bonete E. Ética de la dependencia. Bases morales, debates políticos e implicaciones médicas de la Ley de Dependencia. *Tecnos Dilemata*. 2009;1:157–64.
11. European Social Network. Contemporary issues in the public management of social services in Europe. Brighton: ESN-EU Group, 2014 [acceso 22 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.esn-eu.org/raw.php?page=files&id=1132>
12. Torralba Roselló F. ¿Qué es la dignidad humana?: Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Barcelona Herder editorial 2005.
13. Ballester A. Dilemas éticos en trabajo social: el modelo de la Ley Social. *Portularia*. 2009;9:123–31.
14. Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Revista Aquichan*. 2005;1:64–71.
15. Valores, ética y apoyo activo. En: Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb E. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Vol I. Cap 5: Madrid: Pearson Educación S.A., 2008.
16. Bermejo FJ. La ética en el trabajo social. *RTS*. 1997;146:58–67.
17. Cortina A. Bioética cívica transnacional como quehacer público. En: Bioética, a un diálogo plural. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2002.
18. Delgado AF, Romero DL, Rojas MO. Aspectos biosocioéticos en el proceso salud-enfermedad. *Medicentro*. 2009;13:1–2.
19. Mainetti M. Diagnóstico prenatal: una mirada socio-bioética. *Cuad Bioet*. 2001;2:229–38.
20. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6.ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
21. Comité de Ética en la Intervención Social de Bizkaia. Encuesta sobre conflictos éticos en servicios sociales. 2008.
22. Vacas Guerrero M. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enferm Clin*. 2014;24:74–8.
23. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247–50.
24. Del Pino López R. Estrategia de bioética en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35:341–53.
25. Moore GE. Principia ethica. Cambridge: Cambridge University Press; 1903.
26. Cortina A. Ética y formación universitaria. *RIE*. 2002;29:45–64.
27. DERES. Responsabilidad social empresarial. Manual para elaborar códigos de ética empresarial. Montevideo (Uruguay), 2012 [acceso 22 Jul 2015]. Disponible en: <http://deres.org.uy/wp-content/uploads/Manual-de-Etica-DERES.pdf>
28. Lolas Stepke F. Quo vadis bioética? *Acta bioeth*. 2009;15:7–9.
29. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index EnfermV* 25. 2014:234–8.
30. Costa AM, Siurana JC, Almendro C, García S, Ordovás R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev Clin Esp*. 2011;211:581–6.