

LA APORTACIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL.

Marije Goikoetxea Iturregui.

Presidenta del Comité de ética de intervención social de Bizkaia

Como bien sabemos, el punto de partida de la ética es la responsabilidad, nuestra obligación de responder ante nosotros y ante los demás por qué decidimos y hacemos lo que hacemos en nuestro día a día. La conciencia, en su doble sentido, psicológico y moral, es la referencia personal de gestión de nuestras obligaciones: somos conscientes de una situación (la percibimos, conocemos y reconocemos sus características, su influencia en nosotros y en el resto de la realidad...) y con conciencia (o en conciencia) decidimos lo que debemos de hacer en dicha situación. Así “nos damos cuenta” primero y “damos cuenta” después de nuestras decisiones y acciones.

En una sociedad de código moral múltiple como la nuestra no es fácil determinar de modo universal lo que se debe de decidir y hacer en situaciones complejas como son la atención sanitaria y la intervención social. En dichos ámbitos son muchos los valores en juego (la vida, la justicia, la inclusión social, la autonomía personal, la protección, la seguridad personal y comunitaria,...), y diversos los agentes y sus perspectivas (las personas usuarias, los profesionales, los familiares y allegados, los gestores, los responsables políticos, la ciudadanía en general...) para decidir sobre la gestión de los conflictos generados entre dichos valores.

La ética asistencial ha desarrollado métodos o procedimientos para, en situaciones de conflicto o diversidad de juicios éticos sobre lo que se debe de hacer, podamos encontrar soluciones adecuadas que generen los mejores niveles posibles de calidad de vida a los sujetos destinatarios de la atención sanitaria y social.

Dichos métodos o procedimientos son los utilizados por los Comités de ética asistenciales de larga trayectoria en el ámbito sanitario; la normativa para su acreditación y funcionamiento existe en todo el Estado Español y en gran parte de los países europeos y americanos y no hay duda del gran servicio que ofrecen a la mejora de la calidad asistencial.

Sin embargo, la existencia de los Comités de ética de servicios sociales está aún en sus inicios; por un lado es muy reciente el reconocimiento del derecho a los servicios sociales, al menos en nuestro país, y consecuentemente la profesionalización de las actuaciones e intervenciones y el establecimiento de

criterios de justicia y evidencia científica en la atención a las necesidades de interacción social y protección de la dependencia; por otro, el modelo existente hasta ahora propiciaba relaciones paternalistas (o maternalistas) en que solo el profesional era considerado sujeto con responsabilidad moral; la conjunción de ambos elementos determinaba una organización de servicios sociales “beneficente” donde los criterios, principios y valores respetados eran los considerados éticamente correcto por aquel o aquellos que los prestaban “voluntariamente” y con sus condiciones. Los destinatarios de dicha prestación no tenían derecho a ella y por tanto no eran considerados en igualdad o simetría relacional y decisoria para que sus valores se tuvieran en cuenta.

La reciente Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ha sido el gran motor para el desarrollo de los servicios sociales en nuestro país. Un desarrollo que está aún en sus inicios y que supone la creación de un nuevo sistema de política social que reconoce como derecho subjetivo el derecho a los servicios sociales, cambiando así el modelo de relación asistencial: aparece la obligación de establecer una cartera de servicios y el acceso a los mismos con criterios de equidad; la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones; la obligación de establecer criterios de evidencia científica y cualificación profesional; el establecimiento de las obligaciones de protección del Estado y las administraciones públicas, etc.

Los servicios sociales pretenden mejorar los niveles de INTERACCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS, de modo que sus necesidades queden satisfechas en situaciones de vulnerabilidad personal y/o social graves. Para ello se pone en marcha un sistema que dirige su atención y prestaciones en tres direcciones:

- Algunas intervenciones tienen como fin *capacitar*, es decir, mejorar los niveles de autonomía e independencia de las personas, para que de este modo las personas usuarias “dependan” menos de otros agentes para la satisfacción de sus necesidades básicas. (por ej. Intervenciones educativas y psicológicas para desarrollar la autonomía de personas con capacidad limitada)
- Una segunda dirección es la que impulsa la *integración social* o mayor incorporación de las personas en su medio facilitando apoyos y fomentando su inserción social. Muchos profesionales, sobre todo los trabajadores sociales, pero también otros, pretenden con sus intervenciones y programas que todas las personas puedan integrarse en justicia, probablemente fomentado la solidaridad de otros en el medio social, y así evitar la exclusión o la desintegración. (por ej. a través de programas de adaptación curricular y apoyos sociales a niños con

necesidades educativas especiales, desde el transporte adaptado hasta la capacitación de los profesores y el resto de los alumnos en lenguaje de signos)

- Por último, los servicios sociales buscan *proteger* a aquellos ciudadanos con altos niveles de dependencia y vulnerabilidad, de modo que sus derechos sean respetados y sus necesidades básicas cubiertas. Pensemos en personas mayores con demencias avanzadas, personas con graves discapacidades psíquicas o del desarrollo, etc. Lógicamente dicha protección deberá promocionar en lo posible la autodeterminación de dichas personas, logrando así la mejor satisfacción personal posible en cada caso.

Establecidas las prestaciones e intervenciones validadas para avanzar en dichos objetivos de capacitar, integrar y proteger, en cada caso (personal o familiar) es cuando aparece la necesidad de incorporar los valores en la toma de decisiones. Por ejemplo, ¿Es mejor para María (persona mayor con demencia avanzada) protegerle de los riesgos que puede conllevar la atención domiciliaria o respetar su deseo y el de su marido (cuidador principal) de vivir juntos y apoyar la mejora de sus niveles de integración?, o ¿cómo equilibrar la experiencia de "sobrecarga" de la madre de Inés (niña de 7 años con parálisis cerebral) por tener que llevar adelante todo su programa de capacitación con las posibilidades probables y evidenciadas científicamente de mejora en muchas de sus capacidades con un plan de intervención de mayor complejidad e intensidad?. Surgen así las diversas perspectivas y los conflictos de valores, y con ellos la necesidad de instrumentos y procedimientos para resolverlos con prudencia a través de la deliberación de todos los implicados.

En este contexto y en este momento de creación del llamado cuarto pilar del Estado de bienestar, los Comités de ética de intervención social pueden realizar aportaciones significativas como las siguientes:

- ser un instrumento para reforzar la responsabilidad e impulsar la deliberación y la prudencia en las decisiones en servicios sociales.
- ser un recurso más para desarrollar la excelencia profesional.
- aportar principios y criterios para la construcción en este momento del sistema público de servicios sociales como un sistema universal.
- reforzar la formalización de la asistencia o la intervención social de modo profesional, a través del desarrollo de buenas prácticas de diagnóstico, prescripción, seguimiento y valoración.
- apoyar la coordinación entre los sistemas formales e informales.

- mejorar la calidad de las intervenciones y el desarrollo de los derechos.
- ser un recurso para avanzar en la igualdad social de colectivos vulnerables que no disponen de sus recursos necesarios en justicia para evitar el desajuste.

Pero la aportación puede ser bidireccional. También el desarrollo de los Servicios Sociales puede realizar grandes aportaciones a la Bioética,; algunas de ellas pueden ser:

- reflexionar sobre las obligaciones de excelencia profesional con personas usuarias con autonomía muy disminuida o muy limitada.
- redefinir el principio de justicia sanitaria, incorporando la necesaria solidaridad ciudadana para lograr procesos reales de inserción social.
- incorporar la mirada comunitaria a la asistencia desarrollando intervenciones y obligaciones no sólo con los usuarios, sino también con otros agentes del medio social.
- actualizar el concepto de incapacidad sanitario y rehabilitador, incorporando el modelo social de diversidad funcional
- capacitar a los profesionales en competencias relacionales necesarias para mejorar los niveles de autonomía personal e interacción social.

A continuación, presentaré brevemente la realidad de un Comité de ética en servicios sociales, el Comité de ética de intervención social de Bizkaia, en funcionamiento desde el año 2005 y acreditado en el año 2007. En dicho Comité realizamos en el año 2008 una sencilla investigación, a través de una encuesta a los profesionales de Bizkaia¹, que pretendía detectar los problemas éticos más frecuentes, es decir, aquellas situaciones que suponen más riesgo para las personas usuarias y para el reconocimiento de sus derechos a juicio de los propios profesionales.

Para ello, se propusieron una serie de situaciones que tras revisar la literatura y la propia experiencia de las personas del comité, creíamos que podrían generar problemas éticos. Les remitimos la encuesta a todos los profesionales del Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia (organismo público que integra a los centros de atención residencial de los servicios sociales: menores, mayores dependientes, personas con discapacidad, personas en grave riesgo de exclusión...) que seleccionaran, entre ellas, las que a su juicio, eran las más frecuentes y aquellas que consideraban más graves en relación a la lesión de los derechos de los usuarios. Los resultados mostraron que las situaciones más frecuentes y graves desde el punto de vista de los profesionales públicos han sido las siguientes:

- Las situaciones de riesgo de unos usuarios respecto a otros usuarios, en ámbitos residenciales, en hogares de menores, etc ...
- Las negativas a tratamientos psiquiátricos en personas con alteraciones conductuales.
- Los problemas de organización de recursos según las necesidades de las personas usuarias.
- Las salidas de centros abiertos de personas con autonomía limitada.
- Los ingresos e intervenciones involuntarias.
- Las limitaciones de derechos en virtud de la seguridad física de los usuarios.
- Los espacios compartidos con personas con y sin demencia.
- El incumplimiento de la normativa por parte de las personas usuarias, sobre todo en el ámbito de las personas menores y en el ámbito de inserción y exclusión social.

Es en estas y otras situaciones en las que los Comités de ética de intervención social pueden proponer modos de actuación que faciliten la toma de decisiones y orienten el buen hacer de los profesionales e instituciones a través de sus tres funciones principales:

- La formación en ética
- El asesoramiento en casos o situaciones concretas
- La aportación ética para la elaboración de protocolos o procedimientos de actuación que mejoren la calidad asistencial.

ⁱ CEIS de Bizkaia. Encuesta sobre conflictos éticos en servicios sociales. 2008.
www.bizkaia.net/Bilbao consultado el 14 de septiembre