

Aspectos Éticos en el Trabajo Social en Salud

Beatriz Fernández Castrillo*

Resumen: En la presente comunicación se hace un repaso histórico del concepto de justicia para evitar la frecuente confusión entre términos jurídicos y conceptos reguladores de la convivencia social. Luego se precisan términos complejos tales como moral y valores morales; ética y bioética desde una perspectiva analítica filosófica y social. Este preámbulo sirve para poner en discusión ejes centrales y de enorme importancia para la disciplina sobre ética en el Trabajo Social en el área de las políticas y prácticas en salud.

Palabras clave: justicia; bioética; trabajo social; trabajo social en salud.

Introducción

La preocupación por conceptos éticos que sustenten y orienten la vida social, es antigua. Si bien se conocen reflexiones previas, es Aristóteles a partir de la idea del “hombre como animal político” quien define las relaciones políticas como relaciones entre iguales, con intercambio de roles de representante y representado en condiciones de desigualdad económica y social. Asimismo definió una relación de interdependencia entre unas y otras condiciones, al afirmar que a menor desigualdad económica y social mayor estabilidad de las relaciones políticas. Por ello si la mayoría social corresponde a clases medias, las formas republicanas de gobierno resultarían las más adecuadas y estables.

* Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República O. del Uruguay. Trabajadora Social del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Las ideas de Maquiavelo, más tarde cuestionarían los conceptos aristotélicos al sostener que habrían perdido vigencia en las nuevas comunidades políticas. La igualdad política sólo era pensable en condiciones óptimas de civismo, y estas se habían perdido. En el nuevo contexto lo que regulaba las relaciones políticas eran severos conflictos producto de las desigualdades entre gobernantes y gobernados.

Con pensadores como Hobbes, Locke, e incluso Rousseau aparece la idea de que únicamente en condiciones de igualdad se regulan las relaciones de intercambio. La construcción consecuentemente del orden político se sustenta en el acuerdo de partes. Si bien estos tres autores tienen similar punto de partida, se diferencian en las consecuencias. Hobbes sostiene que la situación de igualdad inicial entre los hombres conlleva al caos y retrasa o impide el progreso económico. Locke, (de algún modo desde este autor parte el “liberalismo”), sostiene que en la situación inicial las relaciones de apropiación y acumulación se producen en situación de “intercambio natural”. En ambos el concepto de igualdad en que basan sus respectivas teorías, es el que impone la construcción del concepto de desigualdad política entre súbdito y soberano. La política se ubica a expensas del intercambio material protagonizado por desiguales. Por su parte Rousseau plantea que la igualdad resulta de la participación efectiva en la construcción del orden público. Si el sistema político ha servido para legitimar y reproducir la desigualdad, es tiempo de que se proceda a “refundar” una sociedad más igualitaria, basada en el “bien común”. Al igual que Aristóteles sostiene que no existe igualdad política sin igualdad social y económica, pero él a diferencia de Aristóteles habla de “refundar” una sociedad a partir de una igualdad de orden ético.

El siglo XX continuó con ésta preocupación histórica sobre igualdad política e igualdad económica, a través de la confrontación entre liberalismo y socialismo centrando la discusión en el rol del Estado, según se sometiera o no la igualdad a la libertad. El punto de las sociedades modernas

refiere al modo particular en que interviene el Estado en estos temas de desigualdades. Los liberales restringen el concepto de igualdad al ámbito del “libre mercado”, los socialistas bregan por una mayor intervención del Estado, limitan la libertad política como contribución a la igualdad económica.

Por último Rawls basándose en Rousseau, Kant y Locke, selecciona aquellas líneas teóricas sobre justicia que regulan las relaciones sociales. Formula una teoría de base filosófica sobre el concepto de justicia como fundamento de los derechos y obligaciones políticas. Edifica una construcción ética, que él mismo identifica con el “constructivismo kantiano”, ecléctica entre el “utilitarismo” anglosajón y el “intuicionismo”, que da prioridad al *deber* más que al *bien* en la noción de justicia. Rawls parte del concepto de justicia como equidad, de una hipotética “posición original” en que los hombres “seres racionales” por un lado y recíprocamente desinteresados por otro, deben decidir su contrato social en términos de justicia donde cada uno debe tener la libertad para organizar su propia existencia en base a:

- el principio de la libertad
- el de la igualdad de oportunidades
- el “principio de la diferencia” que ordena beneficiar a los más desposeídos

En esta brevísima revisión histórica de principios que intervienen en la convivencia en sociedad, se reiteran los conceptos sobre igualdades y desigualdades. Pareciera pues ser crucial anotar que si bien las diferencias hacen a la individualidad, en el sentido antes expuesto apuntan más bien a la inclusión y a la exclusión social. El tema admite diversas lecturas, en función del alcance que le demos al término, sus dimensiones y contenidos, van desde postulados morales, (valores igualitarios), hasta los de orden práctico relacionados con políticas y objetivos sociales.

Definiendo conceptos

Dada la complejidad del tema que nos convoca, se hacen necesarias algunas precisiones, para evitar la frecuente confusión entre términos jurídicos y conceptos reguladores de la convivencia social. El proceder de los individuos y otras instituciones sociales no sólo tiene implicancias legales. Por el contrario, cada uno de sus actos está investido, en forma explícita o no, de una compleja arquitectura de significados que involucran conceptos de obligaciones, derechos y creencias. Las reglas morales son relativas a su integración social en cuanto ciudadano, otras, las deontológicas, son intrínsecas al ejercicio de una profesión.

Por moral, se entiende alguna acción que involucra valores, conjuntos de normas de conducta que resultan necesarias para respetar lo que está bien, se relaciona con conceptos del bien y del mal. Una conducta moral es aquella cuyo cumplimiento está sujeto al conocimiento de reglas y valores morales.

Los valores morales dan objetivos morales, prescriben la acción general para el comportamiento basados en principio morales tales como honestidad, veracidad, privacidad, etc. Estos valores son producto social, están influenciados por la religión, la tradición, la cultura, la enseñanza familiar, la reflexión personal, por todo aquel legado que se transmite más por el ejemplo que por un sistema formal. Su no cumplimiento no acarrea sanción pública como sucede con las normas jurídicas, sino sanción interna, extremo malestar, sentimiento de culpa, o externa vergüenza o segregación social.

Ética es la perspectiva filosófica que estudia sistemática y disciplinadamente la moralidad, los valores y las acciones, con el fin de establecer jerarquías de valores de lo que es bueno. Tiene en cuenta toda obligación de carácter interno y la valora por el deber y no por la coacción. La moralidad es un sistema público que guía la conducta personal de seres racionales, pues se vincula a las creencias que las personas tienen. La ética es el análisis sistemático de la moralidad, de las fuentes de

conocimiento moral, la justificación de las normas y valores morales para la toma de decisiones concretas.

La enciclopedia of Bioethics de W. Reich, define la Bioética como: “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”.

Surge con la aparición de nuevos desafíos fundados en valores y principios morales que no encuentran resolución en metodologías científicas. Son desafíos de la condición humana de la modernidad, no exclusivos de la intervención sanitaria, pero que obligan a una reflexión ética a sus agentes. Estos valores aluden al personal de la salud en lo atinente al concepto de beneficencia-no maleficencia, al paciente en las nociones de autonomía, y al sistema social en temas de igualdad y justicia y la complejidad de su distribución.

La bioética es fundamentalmente, en tanto ética normativa aplicada, y se relaciona a la filosofía práctica, que tiene como propósito la praxis. En los temas de ética biomédica el juicio ético se determina por los hechos.

La llamada ética médica, en sentido amplio, (ya que también comprende a otros recursos humanos sanitarios), es más bien ética por su carácter de ser reflexión sistemática de que es bueno o malo, verdadero o falso. Comprende la aplicación de valores y principios morales para ayudar al paciente, respecto de confidencialidad, veracidad, privacidad, y consentimiento informado.

La bioética general incluye las decisiones de moral política sobre población, medio ambiente, investigación científica y tecnológica. La bioética especial se relaciona con la intervención bioética en la vida humana que comprende temas de genética, temas de experimentación humana y temas de definición sobre la vida y la muerte.

Se trata de una disciplina en formación, dado que sus problemas crecen más que las soluciones a que arriba..

El contexto histórico que da origen a la Bioética se ubica en los Estados Unidos de los años 60. Desde muchos años atrás, se estaba poniendo en juicio el progreso médico por el que se justificaban transgresiones a los derechos humanos. El no cuestionamiento en las temáticas médicas estaba vinculado a la existencia de prejuicios raciales y sociales discriminantes.

En 1975 en Verna, durante una reunión de la UNESCO, se estableció “la urgencia de elaborar una nueva ética, fomentar y fortalecer el programa relativo a la ciencia y ética, sometiendo a examen permanente la cuestión, en constante evolución, de las relaciones entre ética y ciencias”.

El nacimiento de un movimiento bioético simultáneo al movimiento por los derechos humanos, tuvo como consecuencia la creación de la comisión Nacional de Protección de los Sujetos Humanos, como mecanismo para la revisión institucional a cargo de juristas, investigadores, médicos, teólogos, filósofos, sociólogos.

En un principio se procuró el contralor de los experimentos y los riesgos de las personas incluidas en los mismos. Luego con el avance tecnológico, surgieron críticas sobre los criterios de muerte, derecho a la vida o el aborto, la selección de pacientes y la justificación de los criterios usados. Así sucesivamente, todos los avances tecnológicos originan interrogantes sobre si existen límites morales en su uso y si es necesario subordinar los valores a las instituciones y a las técnicas.

Todos estos sucesos dependen naturalmente del contexto social de pertenencia y las soluciones a que se arriban dependen del moralismo de cada sociedad, de las profesiones involucradas y de las condicionantes políticas en que se dan. A nivel general el proceso estuvo marcado por abrir el ámbito de discusión estrictamente médico, y dar cabida a la consideración de todo el colectivo social. En la base de éste fenómeno se ha de destacar la evolución de la tradición jurídica y la idea del respeto por la autonomía del sujeto enfermo, acompañado de un paulatino

deterioro de la asistencia cada vez más deshumanizada y cosificada, con menor tiempo de atención por paciente.

Así se va estableciendo una conjunción entre ciencia y ética que da origen a la disciplina bioética, que surge como nexo válido entre los médicos, los pacientes, las familias y el Estado como regulador de políticas de salud.

Quién primero usó el término fue un oncólogo Van Reuselelar en 1971 y desde entonces el movimiento bioético se expresó en diversas organizaciones, fundaciones, universidades y comisiones gubernamentales, se introduce la disciplina en el pregrado universitario, surgen los comité de ética hospitalarios. El modelo americano se replica internacionalmente, inicialmente en Europa, luego en Japón con especial preocupación en la ingeniería genética, más tarde en Australia con su planteamiento de crear la Federación Internacional de Bioética. En Latinoamérica, el fenómeno recién se está produciendo dada las condiciones económicas, culturales, sociales y tecnológicas en que se encuentra la región, su preocupación se centra más en el tema de la justicia que en la base ética de la atención de la salud. Los principales desarrollos en el tema son los de Argentina. En Uruguay se introduce la materia en los planes de estudio universitario a través del Departamento de Medicina Legal y de la creación en 1991 de la comisión de Bioética del Sindicato Médico. A nivel del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, desde hace ya muchos años se ha incorporado la Ética y Deontología en los planes de estudio de grado, recién a finales del 2001, se acaba de aprobar el Código de Ética de la profesión (ADASU, 2001).

En los países en que esta disciplina alcanzó gran desempeño, tiene como objetivo principal desarrollar en el personal de salud, la moralidad derivada de los principios de beneficencia, autonomía y justicia, y promover la eticidad de las instituciones de la salud con los valores de beneficencia, libertad y equidad, según dos grandes teorías:

- la teoría deontológico, que pone el énfasis en las virtudes del sujeto en cuanto a perfección y autenticidad, que al decir de

Kant, han de ser universalmente válidas y relativas a las acciones libres, no se basan en los fines benéficos de la acción sino en la intención de las acciones

- la teoría teleológica, que centra el peso de la moralidad en los fines últimos, la acción es correcta en función de sus consecuencias y calidad, se pueden transgredir las reglas si se prevee que sus consecuencias son más beneficiosas que la no transgresión

Se proponen sistemas de justificación moral de la disciplina de la Bioética, subsecuentes de las teorías morales, tanto de carácter deductivo como inductivo, según distintos niveles de justificación de los principios morales relativos a:

- *Principio de beneficencia*: se debe actuar en bien del paciente, que comprende todas las acciones tendientes a prevenir el daño. En consonancia se puede definir el principio de no maleficencia, en tanto se está obligado a no causar daños. La beneficencia aparece entonces como un deber de ayudar y de prevenir los posibles daños en el contexto de conductas biomédicas, en una relación de equilibrio recíproco entre los posibles beneficios y los daños probables de la acción.
- *Principio de autonomía*: establecido en función de la existencia de valores y creencias que tenga una persona que posea conocimiento y entendimiento y que no esté sometida a condicionamiento ya sea interno o externo. O como dice Kant “el hombre libre es autónomo”. Este principio se asocia al de utilidad, en el sentido que permite a las personas desarrollar su conducta de acuerdo a sus convicciones sin interferir con la libertad de los demás. El principio de autonomía establece que la persona libre debe conocer y tener los elementos necesarios para tomar decisiones. Su característica fundamental en bioética, a diferencia en materia legal, es que la decisión es autónoma si es auténtica al no contravenir las creencias y valores que se sustentan

- *Principio de justicia*: la relación médico paciente no es lineal, sino triangular paciente-médico-sociedad. La inclusión de la sociedad en este marco relacional es lo que incorpora al concepto el principio de justicia, distinto al de beneficencia del médico y del de autonomía del paciente. Beneficencia y autonomía son principios que refieren al nivel individual en tanto el de justicia incorpora el bien de todos, en una relación jerárquica superior al de autonomía y en tercer lugar el de beneficencia. La justicia históricamente se ha interpretado de manera distinta, (como se expone anteriormente atraviesa la noción de proporcionalidad natural, la de libertad contractual, la de igualdad social y utilidad pública). La expresión “justicia distributiva” se refiere a la distribución de beneficios y cargas sociales. El dilema social es cuál es el criterio guía:
 - igual proporción a cada uno?
 - según sus necesidades?
 - según su esfuerzo individual?
 - según su contribución social?
 - distribuir oportunidades de acceso a bienes sociales?

El concepto de justicia en general, y en especial en temas de salud, está fuertemente determinado por las ideologías políticas y la estructura económica de cada contexto. No obstante es posible identificar grandes lineamientos conceptuales.

La perspectiva liberal, procura máxima protección de la autonomía y libre elección, premia el esfuerzo y la capacidad innata de las personas. Entiende que para respetar la autonomía el Estado no debe intervenir en la atención de la salud sino que solamente debe proteger los derechos humanos negativos.

Desde el punto de vista de las teorías igualitarias, se propone la asignación de recursos a quienes más lo necesitan, como forma de abolir las desigualdades, es decir busca igualar el bienestar.

Retomando los aportes de Rawls se establece el criterio de justicia como equidad. Se debe garantizar la máxima libertad compensando a los menos privilegiados.

Para los utilitaristas, justo es lo que sirve a mayor número de personas, incorporan la relación costo beneficio al concepto de justicia.

Las reglas morales derivadas de estos principios dan origen a las siguientes reglas que guían la acción:

- *Veracidad*, regla moral cuya relevancia la ubica en igual jerarquía que los principios guía. Sin dudas deriva del respeto al otro, indispensable para que las personas gocen de autonomía y deleguen el consentimiento, sobre la base de la información veraz, implícita en el compromiso de fidelidad; aunque es frecuente el conflicto entre el deber de fidelidad y el de veracidad.
- *Confidencialidad y privacidad*, conciernen a la obligación de mantener secreto profesional, que se ubica en la base de la relación médico-paciente que facilita y protege la relación entre ambos. Además la confidencialidad promueve una sincera comunicación entre el profesional y el paciente y excluye a personas no autorizadas.
- *Fidelidad*, regla que se refiere al compromiso de guardar la promesa, que deriva del principio de lealtad aplicado a la práctica contractual entre médico y paciente. Relación contractual compleja, por la propia complejidad de acto médico, que además de éste involucra a otros; (técnicos, personal hospitalario, sistema asistencial, etc.)
- Existe otro nivel que es el de los *casos particulares*, para la situaciones en que aparecen conflictos en la atención a la salud que exigen un estudio de cada caso. Se utiliza el método de la casuística en la bioética, para dirimir el desacuerdo con los fundamentos y principios morales. Se busca el caso paradigmático, porque ya se ha puesto a prueba y ha sido discutido en la comunidad científica. Pero el caso paradigmático sirve como antecedente para analizar el caso

de estudio en forma separada a la luz de las normas morales en juego.

Para la dilucidación de estos dilemas de las prácticas sanitarias se han construido mecanismos de supervisión y juzgamiento de los actos sanitarios a cargo de los *Comités de Ética Hospitalaria*. Se trata de grupos interdisciplinarios que se dedican a la docencia, investigación y consulta relativas a las problemáticas éticas de las situaciones asistenciales, que surgen a consecuencia de los desarrollos tecnológicos avanzados y el desarrollo de una conciencia social sobre los tratamientos prolongados, la decisión de no tratamiento del recién nacido con malformaciones, etc.

Comentarios finales sobre Ética y Trabajo Social en Salud

Si entendemos la ética como una confrontación entre sistemas de valores compitiendo, es fácil advertir su significación funcional sobre los agentes sanitarios. En general, se habla de ética médica, porque es el médico quien tiene indudablemente un papel fundamental en las acciones en salud. Pero en el término se involucra a otros profesionales, tal vez con una relevancia menor pero no exigua, porque se parte de la premisa que ningún acto en salud responde omnipotentemente a una sola disciplina. En efecto, los nuevos enfoques hacen énfasis en la articulación de saberes de modo de fortalecer una trama como soporte que comprenda las distintas dimensiones de la existencia. .

El área salud significa un permanente desafío de razonamiento dialéctico, retórico y ético de sus agentes, por el ejercicio de procesos cognitivos en diagnóstico, en pronóstico y en el diseño de los diferentes abordajes posibles, ya sea de tratamiento preventivo, curativo, paliativo o de rehabilitación. Este papel tan relevante en la relación asistencial, obliga a que los miembros del equipo de salud sepan discriminar entre las actividades intelectuales, las prácticas y los sentimientos, por que su función es tomar decisiones correctas acerca de los pacientes. Este movimiento afecta e interpela la escala de valores de cada

uno, (del mismo paciente, de su familia, de la sociedad y de los profesionales intervinientes) abriendo con frecuencia un espacio de tensión y conflicto que muchas veces se logra destrabar por mediación de la axiología de la salud y el fin de los equipos que es la “intención terapéutica”.

El acto asistencial se fundamenta en reconocer que las personas son capaces de enfrentar sus problemas de salud y las necesidades consecuentes. La intervención en consecuencia debe apostar a mantener o alcanzar la autonomía personal y autodeterminación, que sólo se habilita en una relación recíproca de respeto, comprensión y autenticidad. No obstante, la irrupción de la enfermedad deja al ser humano sumido en un estado de vulnerabilidad, al comprometer su libertad y la posibilidad de autodeterminación. Por esto es que necesita apoyarse en otros. La relación que se establece con el equipo de la salud es necesariamente vertical, entre uno que pide ayuda y otro que ofrece ayuda.

Sea cual fuere la naturaleza e identidad de sus protagonistas, los profesionales frente a la vulnerabilidad del paciente, apelan a sus conocimientos y destrezas y toman decisiones para hacer lo mejor por el paciente, muchas veces presumiendo cuál ha de ser su interés. Es inevitable que el vínculo que se establece sea de inequidad y eso mismo puede provocar en los profesionales una confusión entre autoridad técnica y autoridad moral. Por esto es tan importante que los técnicos se comprometan con sus obligaciones de decir la verdad, cumplir las promesas, no producir daño y ser competentes, porque transitoriamente deberán asumir ser el agente moral del paciente. Por eso se vuelve tan importante esta relación, porque el paciente deposita una confianza extrema en el profesional y éste debe corresponderle brindándole todo el soporte disponible.

La decisión del paciente puede ser autónoma, si se basa en un pleno conocimiento y entendimiento de los factores causales, los procesos involucrados, y las posibles consecuencias. Presupone cierta coherencia entre valores y creencias, no sujeta a coerción externa ni interna. Es por ello que el equipo asistencial

es el responsable de respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones que debe asumir respecto de su salud y de su existencia.

La información que se le brinde debe ser procesada y decodificada de tal forma que el paciente la pueda entender. El estado de vulnerabilidad en que él se encuentra a consecuencia de la enfermedad, afecta invariablemente su estado orgánico, emocional, el desempeño de roles y la red afectiva. En el caso de tratarse de una persona con sus capacidades plenas, el impacto de la enfermedad compromete a tal punto todos los aspectos de su persona que hacen operar complejos mecanismos psicológicos que dificultan la comprensión. Si se trata de personas psíquica o socialmente disminuidas, esta dificultad de la comunicación puede constituirse en una barrera. Este esfuerzo para que pueda comprender lo que le pasa, debe estar orientado a esclarecerle respecto de su situación actual y advertirle sobre las condiciones futuras previsibles, a efectos de disminuir la desigualdad de la relación y obtener el consentimiento moralmente válido.

La historia clínica juega un papel de destacado desempeño. Son conocidas sus virtudes como instrumento de comunicación y testimonio de la historicidad y evolución del paciente, del proceso de la enfermedad y de las intervenciones realizadas. Pero es a su vez medio de prueba. Es el principal documento en casos de responsabilidad civil (o sea la obligación de reparar daños producidos por un acto profesional en la salud), dado que es un documento elaborado con un fin asistencial con anticipación de la intervención judicial y a sus registros, legalmente se los considera ‘confesión anticipada y por escrito’.

Todo debe ser consignado en la historia de modo de dar cuenta de las intervenciones, especialmente de aquellas atinentes a la competencia profesional como garantía de su calidad en tanto agente moral del paciente para brindar la información disponible y atender a su consentimiento.

La calidad en la atención sanitaria exige responsabilidad hacia las personas, mediados por el cuidado y la ayuda desde una actitud socio-educativa. Pero también exige responsabilidad

hacia la sociedad intentando alcanzar niveles de equidad mínimos en la distribución de los beneficios, con optimización y racionalización en la gestión.

Existen innumerables definiciones de la profesión Trabajo Social. No es el propósito de esta comunicación profundizar conceptualmente la disciplina en cuanto a su marco teórico-metodológico, procedimientos y prácticas, cometidos y contenidos. Si interesa partir de una aproximación conceptual que facilite el diálogo desde la perspectiva ética, y para ello he elegido la definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS)¹ por que reúne el consenso de instituciones de relevancia indiscutible. La misma concibe el trabajo social como:

...una profesión dedicada y comprometida a efectuar cambios sociales en la sociedad en general y en las formas individuales de desarrollo dentro de ésta. [...] Los trabajadores sociales se consagran a fomentar el bienestar del ser humano y a potenciar su realización, además de desarrollar y aplicar con disciplina tanto los conocimientos relativos a las actividades humano-sociales como los recursos destinados a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de individuos, familias, grupos y comunidades en procura de la justicia social" (ONU, 1995, P. 59):1982).

¹ La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), se creó en 1956 para suceder a la Secretaría Permanente Internacional de Trabajadores Sociales, fundada en 1928. Es una organización no gubernamental, con el status de "entidad consultiva" (categoría II), reconocida por el Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas (1957), carácter también reconocido oficialmente por la UNICEF, la UNESCO, el Consejo de Europa y la Comisión de la Comunidad Europea. Integra la Lista Especial de ONG de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con nexos con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Está integrada por 55 asociaciones u organismos nacionales (que reúnen a dos o más asociaciones). Tomado de: Naciones Unidas/Centro de Derechos Humanos. "Derechos Humanos y Trabajo Social". Serie de capacitación profesional #1. Documento HR/P/PT/1. New York y Ginebra, 1995, pp. 59.

Así concebida, resulta una disciplina con un fuerte compromiso ético, cuyo sustento teórico metodológico yace en la noción de Derechos Humanos, de Justicia y Equidad. Los propósitos del Trabajo Social se concentran en la transformación social por medio del desarrollo y aplicación de ciencia y técnica en la resolución de problemas sociales y en el logro de objetivos sociales.

Son *principios* de la profesión: la aceptación y el respeto por el otro, la individualización, la globalidad, la integridad, la confidencialidad, la privacidad, la veracidad, el derecho a la autodeterminación y a la participación de los sujetos.

El *fin* de la disciplina, es la promoción social como proceso creativo que incluye el aprendizaje y el cambio de representaciones, prácticas y estructuras micro y macrocontextuales, haciendo énfasis en los Derechos Humanos como referente global de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, sobre la base de sistemas democráticos como criterio de fortalecimiento de instituciones sociales.

En tanto relación de personas es relación intersubjetiva, por lo cual compromete valores, normas, juicios, que sus actores ponen en juego. Este quehacer contiene en sí, cuestionamientos respecto del sentido y responsabilidad concernientes al concepto de autonomía de individuos, grupos, comunidades e instituciones. Considera las relaciones y los vínculos entre las personas, su entorno y su cotidianeidad, en procura de que el sujeto individual o colectivo, alcance la máxima calidad de vida, según su concepción de Hombre, su posición en la cultura y los sistemas de valores en que vive, en función de sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

El impacto que produce la irrupción de una enfermedad en la vida de una persona y en la estructura de la familia y en el resto de la red social de sostén, es de tal magnitud que se hace impensable brindar una atención acotada a la crisis y pensar que superada ésta es posible recomponer un pasado.

La experiencia de crisis producida por la irrupción de una enfermedad, puede ser concebida desde el Trabajo Social en

base a los conceptos de Renée Kaes (1979), como ruptura asociada a la idea de perturbación, impotencia y conflicto muchas veces vivido como amenaza en tanto produce un desequilibrio, un trastorno en la regulación de un individuo o un grupo. Sin embargo, esta misma situación dramática de inestabilidad producida por la situación de crisis, desde esta perspectiva, conlleva en sí misma la posibilidad de reconstrucción, de elaboración, de sutura.

Quizás sea éste uno de los objetivos del Trabajo Social en el área problemática de la salud: posibilitar la transición desde la vivencia de peligro que subyace a la enfermedad, hacia una vivencia de oportunidad de cambio. Esto implica un trabajo importante y un largo proceso de esclarecimiento con las personas, con la familia y con su entorno para que sean protagonistas de las transformaciones que impone la propia crisis.

A mi entender, la intervención del Trabajo Social en el área de la salud, consiste en el manejo a largo plazo de los síntomas de la enfermedad y de la totalidad de sus secuelas, (individuales, familiares, comunitarias); abarcando un amplio rango de factores microcontextuales y macrocontextuales, que son abordados con herramientas y procedimientos específicos tanto para maximizar el funcionamiento de la persona enferma como para reducir sus desventajas frente a los demás, acciones que también atenuarán el impacto.

En este sentido es útil incorporar al diseño metodológico, el concepto de Resiliencia, a efectos de atender las distintas respuestas ante la adversidad frente a las cuales algunos se reponen al proceso de reproducción social mientras que otros no logran resolverlo. Esta capacidad de respuesta para enfrentar los problemas de riesgo está muy determinada por la capacidad de respuesta individual o colectiva y por los recursos disponibles donde apoyarse en las circunstancias vitales en que se encuentra.

Las estrategias de intervención consisten en fortalecer los factores protectores y prevenir los factores de riesgo de forma sistemática mediante:

- la reducción del impacto de riesgo
- la interrupción de la cadena de fenómenos desfavorables
- el desarrollo y preservación de la vida, autoestima, a través de nuevas experiencias y relaciones interpersonales o comunitarias.
- la creación de nuevas oportunidades que faciliten el acceso a nuevos recursos o soporte social.

Los factores de resiliencia son los que permitirán sobrellevar los efectos y superarlos en la conformación de un proyecto de vida sobre la base de los recursos propios, (individuales y familiares) como así también los sociales y comunitarios a través de la integración a redes.

Es central el concepto de Hombre que conlleva la responsabilidad de cualquier profesión en el ámbito de la salud, en especial la de Trabajo Social. Los valores contenidos en las intervenciones en el área guardan estrecha relación con la práctica social en su conjunto, y en particular con todas las acciones en salud. Además de la calidad técnica, las destrezas teórico-prácticas, la habilidad para el diagnóstico y diseños de planes terapéuticos, debe poseerse aquella calidad humana de crítica y autocrítica que reconozca en el paciente a una persona con un proyecto y un propósito de vida personal que alude a una identidad con una historia que le es propia e inalienable. Este respeto por el otro, lleva intrínseco el reconocimiento que es él, quien tiene el derecho a definir su destino.

Afortunadamente en el 2001 el colectivo uruguayo logra aprobar el Código de Ética de Servicio Social. Este código es el resultado de un largo proceso de análisis, reflexión e intercambio, que comprometió a el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, el Instituto de Servicio Social de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación de la Universidad Católica y a la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (Adasu). Asimismo se discutió en profundidad en congresos y eventos de la disciplina, se realizaron entrevistas con informantes calificados

del Trabajo Social, se revisaron experiencias de asociaciones de otros países y un exhaustivo relevamiento bibliográfico.

En él, se elaboran criterios éticos del Servicio Social como disciplina y actividad científica, en tanto intervención profesional, práctica institucionalizada, comunicacional y relacional, de relevante importancia para los Trabajadores Sociales del área salud ya que oficia como marco referencial consensuado que en la diversidad, permite una profesionalización éticamente responsable de la disciplina.

Abstract: This paper presents a historical review of the concept of Justice in an attempt to prevent the common confusion between legal terms and concepts regulating social interaction. Complex terms such as morality and moral values and ethics and bioethics are precisely defined from a social and philosophical analytical perspective. This introduction brings into discussion some pivotal questions of the discipline of ethics in Social Service, in the area of healthcare policies and practices.

Key words: Justice; bioethics; social service; healthcare policies.

Bibliografía de Referência

ADASU. *Código de Ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay*, Ediciones Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (2001).

OPS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Número especial sobre Bioética, vol 108 N°5 y N°6.

CAMPS, Victoria. Introducción de: *John Rawls - Sobre las libertades*. IC.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona – Buenos Aires – México: Ed. Paidós, 1990.

KAËS, René. *Crisis, ruptura y superación*, Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1979.

KISNERMAN, Natalio, *Ética para el Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1982.

LIPOVETSKY, Gilles. *La era del vacío*. Barcelona: Ed. Anagrama., 1986.

MALIANDI, R. *Ética: conceptos y problemas*, Buenos Aires: Editorial Biblos, 1991.

MOREIRA, Constanza; *Democracia Estado y equidad: la visión de las élites*, Dtro. De Ciencia Política, FCS, Doc. De Trabajo N° 4, agosto 1996.

Naciones Unidas/Centro de Derechos Humanos. *Derechos Humanos y Trabajo Social*, Serie de Capacitación Profesional #1. Documento HR/P/PT/1. New York y Ginebra, 1995.

Naciones Unidas/Centro de Derechos Humanos. *Derechos Humanos*. Disponible em: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>. Acceso em 2006.

REBELLATO, José Luis, *Horizonte éticos en la práctica social del educador* Ficha Centro de Formación y Estudios de INAME, Montevideo, 1997.

_____. *Ética de la Autonomía*, Montevideo: Editorial Roca Viva, 1997.

_____. *La encrucijada de ka Ética*, Montevideo: Editorial Nordan, 1995.

SÁNCHEZ, Daniela. *Derechos Humanos y Exclusión. Una mirada desde el Trabajo Social*, Buenos Aires: Editorial Espacio, 2002.

Seminario Nacional *Ética y Trabajo Social: Prof. José Luis Rebellato*. Hacia el primer Código de Ética para profesionales en Servicio Social del Uruguay, mayo de 2000, Montevideo.

TERRA, Carmen. *La práctica como fuente de elaboración ética: Discusión de algunos riesgos en el Trabajo Social*, Documento de Apoyo Docente Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, 2000.

