

# Os comités de ética en intervención social

Virginia Alonso Paz

---

Tese de doutoramento UDC / 2015

Director: Prof. Dr. José Antonio Seoane

Programa de Doutoramento en Saúde, Discapacidade e Dependencia



UNIVERSIDADE DA CORUÑA





José Antonio Seoane Rodríguez, Profesor Titular de Filosofía do Dereito e membro do Departamento de Dereito público especial da Universidade da Coruña, como director da tese de doutoramento da estudante Dona Virginia Alonso Paz titulada *Os comités de ética en intervención social*,

INFORMA de que

A devandita tese de doutoramento está rematada e reúne as condicións esixidas para a súa presentación e defensa pública.

E para que conste aos efectos oportunos, en particular para o referido ao procedemento de defensa da tese de doutoramento, asina a presente na Coruña, a un de setembro de dous mil quince.

Asdo.: José Antonio Seoane



Hai persoas coas que vou compartindo a vida,  
os proxectos por un mundo mellor, as conversas e as risas, as viaxes, os soños,...  
Eu son o que teño vivido xunto a vós. Grazas!

Grazas, infinitas, ás persoas da AMIPA (Asociación de persoas con discapacidade intelectual da Comarca do Sar), por facerme partícipe das vosas vidas. E grazas por ser compañeiras e compañeiros de tantas experiencias emocionantes.

Grazas ás persoas da Cooperativa de comercio xusto e consumo responsable, Panxea,  
coas que vivo a afouteza da loita.

Grazas ao alumnado, de tantas aulas,  
que me regala enerxía e esixe que continúe estudando.

Grazas, José Antonio Seoane, por guiar dende a reflexión e o coñecemento académico,  
con tanto respecto e competencia, este proceso de mellora e aprendizaxe profesional a través  
da investigación bioética.

Grazas á miña familia, polo alento e agarimo. Sempre.  
Miña nai, meu pai, miña irmá e meu irmán, os meus cuñados e sobriños.  
Ás avoas, que xa marcharon, que nunca deixarán de estar.  
E a Gonzalo, meu compañeiro.



## **RESUMO / RESUMEN / ABSTRACT**

---





## **Resumo**

Os comités de bioética sanitarios teñen mellorado a calidade da asistencia e a protección dos dereitos das persoas usuarias e profesionais, e por iso cobra sentido reflexionar sobre a súa función na práctica e no coidado sociosanitarios dende os servizos sociais, onde se fan presentes a vulnerabilidade e a exclusión e agroman problemas éticos que dificultan a toma de decisións axeitadas e prudentes.

Esta investigación revisa as orixes dos comités de ética partindo dunha aproximación aos aspectos máis significativos da intervención social e da ética aplicada á intervención social, identificando e avaliando criticamente os problemas éticos, as estruturas de apoio á reflexión ética e os diferentes modelos de resolución propios do ámbito social.

A existencia de comités de ética en intervención social implica mudar o xeito de afrontar a toma de decisións, empregando metodoloxías deliberativas respectuosas coa dignidade, a autonomía e os dereitos de cada persoa, co obxecto de mellorar a calidade da asistencia e promover o benestar. Este é o obxectivo das oito normas reguladoras existentes no Estado español, que son obxecto dun exame detallado que serve, ao fin, para concluír coa proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

## Resumen

Los comités de bioética sanitarios han mejorado la calidad de la asistencia y la protección de los derechos de las personas usuarias y profesionales, y por eso cobra sentido reflexionar sobre su función en la práctica y en el cuidado sociosanitarios desde los servicios sociales, donde se hacen presentes la vulnerabilidad y la exclusión y surgen problemas éticos que dificultan la toma de decisiones apropiadas y prudentes.

Esta investigación revisa los orígenes de los comités de ética partiendo de una aproximación a los aspectos más significativos de la intervención social y de la ética aplicada a la intervención social, identificando y evaluando críticamente los problemas éticos, las estructuras de apoyo a la reflexión ética y los diferentes modelos de resolución propios del ámbito social.

La existencia de comités de ética en intervención social implica cambiar la manera de afrontar la toma de decisiones, empleando metodologías deliberativas respetuosas con la dignidad, la autonomía y los derechos de cada persona, con el objeto de mejorar la calidad de la asistencia y promover el bienestar. Éste es el objetivo de las ocho normas reguladoras existentes en el Estado español, que son objeto de un examen detallado que sirve, finalmente, para concluir con la propuesta de creación de un Consejo de ética en intervención social en Galicia.

## **Abstract**

The bioethics committees have improved the quality of health care and the protection of users and professionals' rights. Therefore, it makes sense to think about their function in the social and health care offered by social services, where vulnerability and exclusion exist and ethical problems make even more difficult to reach sound and informed decisions.

This research carries out a review of the origin of the ethics committees, approaching the most relevant aspects of social intervention and social applied ethics, identifying and critically assessing the ethical issues, the structures supporting ethical reflection and the different resolution methods and procedures in the social realm.

The existence of social intervention ethics committees prompts a shift in the way of approaching the decision-making process: the use of deliberative methodologies amounts to respect human dignity, autonomy and individual rights in order to improve the quality of care and to promote wellbeing. This is the purpose of the eight enacted Spanish legal norms, which have been thoroughly examined and finally lead to a proposal for setting up a Social Intervention Ethical Council of Galicia.



# PRÓLOGO

---



## I

O xeito de nomear a realidade transmite encadres e significados diversos. E como detrás das palabras están os pensamentos, os valores e as diferentes visións do mundo, as palabras elixidas nesta tese de doutoramento pretenden compartir reflexión e respecto polos dereitos humanos, dende o compromiso coas persoas e a súa inclusión.

Os aspectos valorativos forman parte do coidado sociosanitario das persoas. Por iso os profesionais e as institucións encargadas da atención non poden desatender ou abordar de maneira intuitiva as cuestións éticas. A experiencia profesional, o sentido común ou a toma de decisións en conciencia tampouco son suficientes para resolver as cuestións de valor. A correcta resolución ética destes problemas esixe unha metodoloxía e un procedemento de identificación, análise e deliberación sobre os valores e os aspectos éticos implicados na práctica asistencial. Esta é unha das contribucións da bioética, entendida como proceso de deliberación sobre os fins individuais e colectivos da vida humana e sobre os valores presentes na saúde e na enfermidade, na vida e na morte dos seres humanos.

A conciencia da dificultade de adoptar decisións correctas eticamente en situacións clínicas incertas ou conflitivas e a necesidade de tomar en consideración as perspectivas de todas as persoas implicadas, fixeron xermolar no ámbito sanitario os comités de ética asistencial, xurdidos a partir dos anos sesenta do século pasado, xunto cos comités de ética da investigación. Máis recentemente xorden os comités de ética en intervención social (CEIS), que trasladan ao ámbito social a experiencia dos anteriores.

Na praxe social da asistencia agroman problemas éticos relacionados coa interculturalidade, a enfermidade, a confidencialidade, a intimidade da persoa; e cuestións relacionadas cos profesionais, coa imposición de criterios persoais en base ás propias crenzas, a emisión de xuízos de valor apriorísticos en base á experiencia; ou conflitos na relación das persoas profesionais e a organización, como poden ser as liñas de actuación institucional contrarias aos criterios do/da profesional; ou as políticas sociais e de distribución de orzamentos que non respectan o principio de xustiza.

O compoñente ético nas decisións sociais acompaña aos factores técnicos e científicos porque a preocupación central da ética é que a intervención social sexa

coherente co respecto á dignidade humana. O problema deriva da sinxeleza de sinalar no plano teórico o fin da bioética e da complexidade de levalo á praxe da realidade social, en especial dende que non existe consenso sobre os valores esenciais da vida en sociedade ou, cando menos, sobre o seu significado. Por este motivo é posible que, en moitas ocasións, tanto as persoas usuarias como as profesionais ou familiares teñan sensación de soidade na toma de decisións difíciles. O desenvolvemento da ética no ámbito social pretende mellorar os procedementos de atención e garantir unha xusta distribución das prestacións. Parte do recoñecemento da dignidade das persoas e oriéntase cara a consecución do seu benestar, a súa participación social e a autonomía, considerándoas axentes activos e protagonistas do seu proxecto vital. Xa que logo, nestas situacións a existencia dun comité de ética en intervención social pode resultar fundamental.

Se a experiencia dos comités de ética no ámbito sanitario ten mostrado o seu valor na protección dos dereitos humanos e na integración dos principios e valores éticos na toma de decisións, cómpre polo tanto avaliar o seu papel no ámbito social. Un comité de ética en intervención social é un órgano asesor e multidisciplinar de carácter consultivo, con competencia en bioética, que reflexiona, delibera e contribúe á toma de decisións sobre as cuestións valorativas da intervención social, e que está ao servizo das persoas usuarias e profesionais. As súas características combinan a pluralidade de perspectivas profesionais, sociais, persoais, valorativas e ideolóxicas, e representan así con maior fidelidade a diversidade de situacións analizadas.

Dende finais dos anos 80, foron xurdindo enfoques novidosos sobre a mellora da planificación práctica de apoios de maneira individualizada, facilitando que cada persoa, coa axuda de persoas significativas na súa vida, formule os seus propios plans e metas de futuro, así como as estratexias, medios e accións para ir acadando avances e logros en cumprimento do seu plan de vida. Favorécese así unha planificación centrada en cada persoa. Esta metodoloxía fundaméntase en que ningunha persoa é igual a outra, que cada quen ten diferentes intereses, necesidades e soños, e que, polo tanto, a individualización debe ser un criterio central dos servizos que prestan apoio ás persoas. Nesta metodoloxía repousa tamén o recoñecemento da facultade de autodeterminación de cada individuo.

En coherencia con este enfoque, os CEIS pretenden ser un recurso que facilite asesoramento ético ás persoas mediante a análise dos problemas en toda a súa complexidade e axude na toma de decisións difíciles. Nacen no clima de pluralismo ético



no que viven as sociedades occidentais e na velocidade dos progresos sociais e científicos, creando ámbitos de reflexión interdisciplinar ao servizo das persoas que participan na intervención social. Teñen por finalidade analizar e asesorar na resolución dos posibles conflitos éticos que se producen na práctica de dita intervención, co obxectivo final de incrementar a calidade da mesma e de que tamén mellore, de xeito integral, o benestar das persoas usuarias.

Os CEIS desempeñan un papel importante na comprensión e mellora dos procesos de toma de decisións, na calidade da intervención profesional e na protección dos dereitos da cidadanía. As súas funcións principais desenvólvense fundamentalmente a través de tres ámbitos específicos de actuación.

O primeiro está relacionado coa atención das consultas sobre problemas bioéticos. Os CEIS asesoran ás persoas usuarias, familiares e profesionais, ás institucións e demais axentes sociais na toma de decisións éticas, analizando e elaborando propostas concretas. A natureza consultiva do CEIS determina que as súas decisións non sexan vinculantes e que estean dotadas unicamente de autoridade moral. O CEIS brinda a mellor resposta nunhas circunstancias concretas. Esta resposta é só unha orientación ou recomendación froito dunha deliberación prudente, sendo a decisión final responsabilidade de quen formula o conflito ou afronta o problema.

Os CEIS tamén elaboran guías, documentos, protocolos ou recomendacións sobre problemas bioéticos. Mediante esta segunda actividade desempeñan unha función normativa e preventiva. Resolven con alcance xeral os problemas máis frecuentes de profesionais e institucións, e ofrecen pautas de actuación coherentes e razoables. Do mesmo xeito, contribúen a unificar e homoxeneizar hábitos de traballo e asistencia con base en criterios técnicos, éticos e de calidade asistencial, aclarando conceptos e posibles conflitos éticos da intervención social.

E por último, os CEIS desenvolven a formación e educación en bioética. Actúan como instrumentos para a formación bioética dos propios membros do comité, pero tamén do conxunto de profesionais do ámbito social, estendendo así a preocupación e a sensibilización ética, e proporcionando modelos ou propostas éticas tanto para as persoas usuarias como para as profesionais.

Na actualidade apenas existe literatura especializada e son escasos os procedementos para abordar a toma de decisións e a resolución de problemas éticos na intervención social, ademais, para a maioría das situacións case non existen guías

ou protocolos de actuación. Neste senso, os CEIS fornecen a necesaria conexión entre a reflexión teórica e a aplicación práctica, e a súa presenza enlaza con coherencia a intervención individualizada e a prestación de apoios e servizos, a través dun proceso de toma de decisións prudente, plural e integral onde cada persoa conta cos apoios necesarios para favorecer a súa autonomía.

## II

A pluridisciplinidade que está presente no estudo dos comités de bioética reflicte a existencia de moitas linguaxes á hora de realizar un achegamento aos CEIS. Fun consciente disto cando decidín mellorar a miña formación académica para o desenvolvemento desta investigación cursando o Mestrado en Bioética das Universidades da Coruña e Santiago de Compostela, entre os anos 2011 e 2013. E así, ao longo da tese aparecen linguaxes filosóficas, éticas, sociolóxicas, xurídicas e clínicas, pois son precisas para abordar o tema de investigación. E emprégase tamén unha linguaxe inclusiva, que vén constituír unha ferramenta de transformación social, dende e para as institucións e os servizos sociais, tan próximos á cidadanía, o que fai inescusable contemplar a perspectiva de xénero ao longo de toda a investigación.

A tese de doutoramento, que xorde dunhas inquedanzas persoais orixinadas na docencia e na práctica asistencial, ten como finalidade dar a coñecer unha realidade valiosa: os comités de ética en intervención social. Para iso revísanse as orixes e os trazos desta figura no Estado español, realizando previamente unha aproximación aos aspectos máis significativos da intervención social en xeral e da ética aplicada á intervención social en particular. E a partir destas achegas culmínase coa proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

Cinco son os obxectivos principais desta tese de doutoramento. En primeiro lugar, describir o contexto no que se desenvolve a intervención social no Estado español, a través da evolución legislativa da práctica asistencial e o desenvolvemento do Sistema de Servizos Sociais. En segundo termo, coñecer os problemas éticos presentes na intervención social, así como as estruturas de apoio e os procedementos para a resolución de problemas éticos mediante a súa descrición, exposición e avaliación crítica. O terceiro obxectivo implica estudar as características dos comités de bioética aprofundando, de maneira especial, nos comités de ética asistencial, polas importantes similitudes cos comités de ética en intervención social. En cuarto lugar,

revisar a presenza e desenvolvemento dos comités de ética na intervención social en España, expoñendo o estado da cuestión e realizando unha avaliación crítica. E por último, realizar un achegamento á normativa galega e elaborar unha proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia, efectuando unha análise do estado da cuestión dende o punto de vista teórico e normativo.

A metodoloxía empregada na investigación desenvólvese de maneira procesual arredor de varias fases que se van retroalimentando conforme se afonda no seu estudo. Unha primeira fase consistiu na revisión de fontes bibliográficas e documentais. A seguinte fase implicou o estudo da normativa vixente en materia de comités de ética en intervención social no Estado español. E a última fase incluíu a análise dos resultados obtidos e a reflexión sobre a pertinencia dos comités de ética nos servizos sociais.

Os comités de ética en intervención social supoñen iniciar un cambio na maneira de afrontar a toma de decisións éticas no ámbito social. E tal e como se organizan os contidos nesta tese, o desenvolvemento teórico inicial debe ser a base para orientar posteriormente a praxe asistencial, presentando unha serie de aspectos que van tomando forma conforme avanza a investigación, estando a cerna ao final, na ampla análise da normativa dos CEIS existentes en España e na proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

Deste xeito, os diferentes contidos están distribuídos en tres capítulos. O primeiro, titulado *A intervención social*, describe con fondura a práctica asistencial na intervención social por medio da aproximación aos conceptos máis relevantes e da descrición da evolución lexislativa. E así, partindo do estudo do desenvolvemento dos servizos sociais, sinalanse conexións coas implicacións éticas na praxe social, identificando a presenza dos comités de ética na lexislación dos servizos sociais. Algúns aspectos deste capítulo, como non podía ser doutra maneira, están moi condicionados pola situación socioeconómica actual e a súas repercusións na política social.

No segundo capítulo, titulado *A ética na intervención social*, establécense as condicións e criterios éticos da intervención social, desenvolvendo polo tanto o que representa a dignidade humana e a vulnerabilidade, os determinantes sociais da saúde e os enfoques que sitúan ao benestar da persoa como finalidade da intervención social, con especial atención ao enfoque das capacidades. Analízanse despois as manifestacións da ética no ámbito social, dende unha dobre perspectiva normativa e teórica. Tamén se realiza un achegamento aos problemas éticos máis comúns na

práctica diaria tendo como base diferentes estudos e investigacións, o que traslada unha visión significativa das achegas doutrinais máis relevantes neste eido. Dedícase ademais un espazo amplo a analizar as estruturas existentes para apoiar a reflexión ética no ámbito social, desenvolvendo un percorrido dende os colexios profesionais e a deontoloxía, pasando pola ética das organizacións, os comités de ética en intervención social, a consultaría ou os espazos de reflexión ética. Finaliza o capítulo coa exposición de modelos de resolución de problemas éticos na intervención social, optándose especificamente por un método deliberativo.

No terceiro e último capítulo, titulado *Os comités de ética en intervención social*, estúdanse os diferentes comités de bioética, concretamente os comités nacionais e autonómicos, os comités de ética de investigación e, con maior detalle, os comités de ética asistencial, dada a súa influencia e similitude cos comités de ética en intervención social. Préstase unha especial atención ao estudo das normas que regulan os oito CEIS existentes no Estado español, analizando polo miúdo a súa estrutura, características e funcionamento. O capítulo remata coa proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

### III

É significativo subliñar xa dende este prólogo que unha das maiores trabas á hora de desenvolver a investigación é a falta de datos e rexistros estatísticos públicos e unificados do Sistema Público de Servizos Sociais no Estado español. Este feito implica ter que apoiar a análise do contexto actual e do desenvolvendo do Sistema de Servizos Sociais, en informes, índices e bases de datos de diferentes entidades como Cáritas, Cruz Vermella, *Save the Children* ou a Asociación Española de Directores e Xerentes de Servizos Sociais.

Dende o punto de vista do deseño da investigación non se perseguía o desenvolvemento dun estudo internacional ou unha análise comparada dos CEIS. De igual forma, un traballo de campo podería ter sentido máis adiante, dado que son precisas investigacións empíricas para avaliar e facer propostas de mellora ao funcionamento dos comités de ética existentes en intervención social. Queda pois camiño por percorrer en futuras investigacións.

Son consciente da sensibilidade do tema elixido e das súas importantes repercusións na vida das persoas. Dunha ou doutra forma, os problemas abordados pola bioética afectan a todas as persoas e tamén ás xeracións futuras. Porén, os interrogantes que formula a vida de cada persoa e as decisións que se adoiten para darlles resposta, poderán condicionar tanto o futuro das investigacións, como o da práctica sociosanitaria.

A ética da intervención social é, en definitiva, un proxecto no que todas as persoas estamos convidadas a participar, e brinda a oportunidade de achegarse ao mundo dos valores dende os dereitos humanos e a xustiza, apoiando a autonomía de cada persoa dende os servizos sociais.

\* \* \*

Esta tese de doutoramento foi elaborada no marco do proxecto de investigación *El discurso de los bioderechos. Bases filosóficas y jurídicas para su fundamentación, caracterización y aplicación* (DER2014-52811-P), financiado polo Ministerio de Economía y Competitividad.



# ÍNDICE

---





## PRÓLOGO

<b>ÍNDICE DE CADROS</b> .....	31
<b>ABREVIACIÓNS</b> .....	35
<b>CAPÍTULO 1. A INTERVENCIÓN SOCIAL</b> .....	39
1. Aproximación ao concepto de intervención social .....	41
1.1. Benestar e saúde .....	42
1.2. Finalidade .....	44
1.3. Concepcións .....	45
1.4. Valores .....	47
2. A intervención social dende os servizos sociais .....	48
3. O modelo español .....	55
4. A lexislación de servizos sociais .....	61
4.1. Evolución das leis de servizos sociais .....	62
4.1.1. Leis de primeira xeración .....	62
4.1.2. Leis de segunda xeración .....	64
4.1.3. Leis de terceira xeración .....	65
4.2. Os servizos sociais en Galicia .....	70
4.3. A Lei 39/2006, de promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia .....	75
4.3.1. Xustificación .....	75
4.3.2. Características .....	77
4.3.3. Plan individual de atención .....	79
4.3.4. Relación co Sistema de Servizos Sociais .....	80
4.3.5. Recapitulación .....	82
4.4. Implicacións éticas na intervención social .....	84
4.5. Os comités de ética en intervención social na lexislación de servizos sociais .....	86
5. Desenvolvemento dos servizos sociais no Estado español .....	91
5.1. O Informe FOESSA 2014 .....	95
5.1.1. Obxecto do estudo .....	96
5.1.2. Fractura social .....	96
5.1.3. Conclusións .....	97

5.2.	Índice de desenvolvemento dos servizos sociais no Estado	
	Español no ano 2014 .....	98
5.2.1.	Obxecto do estudo .....	99
5.2.2.	Conclusións .....	100
5.2.3.	Recomendacións .....	101
6.	A coordinación sociosanitaria .....	102
6.1.	Alén do Estado español .....	102
6.2.	O enfoque dende España .....	104
7.	O fin do social .....	106
7.1.	Significado .....	106
7.2.	Outras propostas .....	107
7.3.	Conclusión .....	109
<b>CAPÍTULO 2. A ÉTICA NA INTERVENCIÓN SOCIAL .....</b>		<b>111</b>
1.	Condicións e criterios éticos da intervención social .....	113
1.1.	Universalidade e diversidade .....	113
1.2.	A dignidade da persoa .....	116
1.3.	Vulnerabilidade e exclusión .....	119
1.4.	Os determinantes sociais da saúde .....	126
1.5.	A profesionalidade .....	129
1.6.	O benestar da persoa como finalidade da intervención social .....	134
	1.6.1. O enfoque das capacidades .....	136
	1.6.2. O modelo ecolóxico: a calidade de vida .....	141
	1.6.3. Recapitulación .....	143
2.	Manifestacións da ética na intervención social .....	145
2.1.	A perspectiva normativa .....	146
	2.1.1. Declaración universal dos dereitos humanos (1948) .....	146
	2.1.2. Formación para o Servizo Social (1958) .....	148
	2.1.3. Pactos internacionais de Nacións Unidas (1966) .....	150
	2.1.3.1. PIDCP e PIDESC .....	150
	2.1.3.2. Cumprimento dos Pactos .....	152
2.2.	Perspectiva teórica: do traballo de casos á protección dos dereitos ....	155
	2.2.1. O traballo social de casos .....	155
	2.2.2. A protección dos dereitos de benestar .....	156
	2.2.3. Recapitulación .....	157

3.	Problemas éticos na intervención social .....	159
3.1.	Contextos onde se producen os problemas éticos .....	159
3.2.	Identificación de problemas éticos no ámbito social .....	162
3.2.1.	A proposta de Loewenberg e Dolgoff .....	162
3.2.2.	A clasificación de Reamer .....	162
3.2.3.	Problemas éticos sinalados por Banks .....	163
3.2.4.	O estudo de Úriz .....	164
3.2.5.	A enquisa do CEIS de Biscaia .....	165
3.2.6.	As conclusións do estudo de Ballester, Úriz e Viscarret .....	167
3.2.7.	As fontes xeradoras de conflitos éticos segundo Vilar .....	168
3.2.8.	Problemas da confrontación entre principios de Canimas .....	170
3.2.9.	Recapitulación .....	171
4.	Estruturas de apoio á reflexión ética na intervención social .....	173
4.1.	A deontoloxía e a ética profesional .....	174
4.2.	A ética das organizacións .....	177
4.3.	Os comités de ética de intervención social .....	181
4.4.	Os Espazos de reflexión ética en servizos de intervención social .....	183
4.5.	A consultaría .....	184
4.6.	O Observatorio de ética aplicada á acción social, psicoeducativa e socio sanitaria .....	190
4.7.	Recapitulación .....	191
5.	Modelos de resolución de problemas éticos na intervención social .....	194
5.1.	Modelo de Congress .....	196
5.2.	Modelo da Federación Internacional de Traballadores Sociais .....	196
5.3.	Modelo de Levy .....	197
5.4.	Modelo de Loewenberg e Dolgoff .....	198
5.5.	Modelo de Reamer .....	199
5.6.	Modelo de Lei Social .....	202
5.7.	Modelo de Vilar .....	203
5.8.	Adaptacións do principialismo á intervención social .....	204
5.8.1.	Os principios da bioética .....	204
5.8.2.	Modelo de Aranguren .....	210
5.8.3.	Modelo de Bermejo .....	211
5.8.4.	Modelo de Bermejo e Belda .....	213
5.9.	Recapitulación .....	213

6.	O método deliberativo como procedemento para a toma de decisións éticas na intervención social .....	215
7.	Recapitulación .....	223
<b>CAPÍTULO 3. OS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL .....</b>		<b>225</b>
1.	Os comités de bioética .....	227
1.1.	Procedemento de creación dun comité de bioética .....	231
1.2.	Tipoloxía .....	233
1.2.1.	Comités nacionais e autonómicos de bioética .....	234
1.2.2.	Comités de ética de investigación .....	236
1.2.3.	Comités de ética asistencial .....	240
1.2.3.1.	Definición .....	240
1.2.3.2.	Finalidade .....	241
1.2.3.3.	Funciós .....	241
1.2.3.4.	Carácter consultivo .....	243
1.2.3.5.	Composición .....	244
1.2.3.6.	Acreditación .....	245
1.2.3.7.	Regulación (Galicia) .....	248
1.2.3.8.	Recapitulación .....	250
2.	Os comités de ética en intervención social en España .....	253
2.1.	Contextualización .....	253
2.2.	O nacemento dos CEIS .....	255
2.3.	Análise da normativa dos CEIS do Estado español .....	259
2.3.1.	Estrutura normativa .....	260
2.3.2.	Ámbito territorial e denominación .....	261
2.3.3.	Exposición de motivos e preámbulos .....	262
2.3.4.	Natureza e acreditación .....	266
2.3.4.1.	Definición .....	266
2.3.4.2.	Características da creación .....	266
2.3.4.3.	Ámbito .....	266
2.3.4.4.	Adscrición .....	267
2.3.4.5.	Acreditación .....	267
2.3.5.	Funciós do CEIS .....	267

2.3.6. Estrutura organizativa .....	270
2.3.6.1. Nomeamento das persoas do comité .....	272
2.3.6.2. Órganos unipersoais .....	273
2.3.6.3. Órganos colexiados .....	274
2.3.6.4. Formación .....	277
2.3.6.5. Participación .....	278
2.3.7. Funcionamento dos CEIS .....	278
2.3.7.1. Convocatoria das reunións .....	280
2.3.7.2. Acceso .....	280
2.3.7.3. A toma de decisións .....	281
2.3.8. Peculiaridades dalgúns CEIS .....	282
2.3.8.1. Comité de ética de saúde e benestar social de Castela-A Mancha .....	283
2.3.8.2. Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña .....	285
2.3.8.3. Comité de ética sectorial ou de centro de Navarra .....	286
2.4. Recapitulación .....	288
3. Proposta de creación do Consello de ética en intervención social en Galicia .....	290
<b>CONCLUSIÓNS</b> .....	295
<b>REFERENCIAS</b> .....	307
1. Bibliografía .....	309
2. Normativa .....	326
<b>ANEXO. ANÁLISE COMPARATIVA DOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EXISTENTES NO ESTADO ESPAÑOL</b> .....	331



## ÍNDICE DE CADROS

---





- **Cadro 1:** Proceso de aprobación dos estatutos de autonomía e das leis de servizos sociais no Estado español.
- **Cadro 2:** Estrutura dos Servizos Sociais en Galicia (adaptación da proposta de Casado, 2010, 130).
- **Cadro 3:** Perfil das persoas en situación de vulnerabilidades social atendidas por Cruz Vermella do Estado español no ano 2012 (Malgesini, coord., 2014, 28).
- **Cadro 4:** Identificación de posibles situación de marxinação, vulnerabilidade e inclusión na vida das persoas (adaptación do elaborado por De la Red e Conde, 2008, 126).
- **Cadro 5:** Principios éticos establecidos por Biestek (1961) e por Banks (1997) para a intervención social.
- **Cadro 6:** Materiais normativos: guías de referencia (Vilar, 2013, 161).
- **Cadro 7:** Análise comparativa entre a consultaría e os comités de ética.
- **Cadro 8:** Norma reguladora e data de creación dos CEIS existentes no Estado español.
- **Cadro 9:** Territorio, denominación, antecedentes, ámbito de actuación e referencia na Lei de Servizos Sociais.
- **Cadro 10:** Estrutura organizativa e dependencia orgánica dos CEIS.
- **Cadro 11:** Funcionamento dos CEIS.



## **ABREVIACIONES**

---



- AEDGSS. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.
- Apdo. Apartado.
- BOE. Boletín Oficial do Estado.
- Cap. Capítulo.
- CCAA. Comunidades Autónomas.
- CDSS. Comisión sobre Determinantes Sociais da Saúde.
- CEA. Comité de ética asistencial.
- CEI. Comité de ética de investigación.
- CEIC. Comité de ética de investigación clínica.
- CEIS. Comités de ética en intervención social.
- CEISG. Consello de ética en intervención social de Galicia.
- Cfr. Confróntese.
- CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CIF. Clasificación Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde.
- Comp. Compiladores.
- Coord. Coodinador/coordinadora.
- Dir. Director/directora.
- DOG. Diario Oficial de Galicia.
- Ed. Editor/editora.
- EEUU. Estados Unidos.
- EPS. *Ethical Principles Screen*.
- ERESS. Espazos de reflexión ética en servizos de intervención social.
- ERS. *Ethical Rules Screen*.
- FCI. Familia de Clasificacións Internacionais.
- IFSW. Federación Internacional de Traballadores Sociais.
- INE. Instituto Nacional de Estadística.
- JCAH. *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.
- JCAHO. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.
- JCI. *Joint Commission International Accreditation*.
- LAPAD. Lei 39/2006, do 14 de decembro, de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás Persoas en situación de Dependencia.
- LISMI. Lei 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social dos Minusválidos.

- LO. Lei Orgánica.
- LSSG. Lei de Servizos Sociais de Galicia.
- OCDE. Organización de Cooperación e Desenvolvemento Económicos.
- OMS. Organización Mundial da Saúde.
- ONU. Organización de Nacións Unidas.
- PCP. Planificación Centrada na Persoas.
- PIA. Programa Individual de Atención.
- PIB. Produto Interior Bruto.
- PIDCP Pacto Internacional de Dereitos Civís e Políticos.
- PIDESC Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais.
- SAAD. Sistema para a Autonomía Persoal e a Atención á Dependencia.
- UE. Unión Europea.
- VVAA. Varios autores.

## Capítulo 1

---

# **A INTERVENCIÓN SOCIAL**





“...o recién nacido está simplemente allí; é a súa simple presenza a que reclama os nosos cuidados; no seu rostro descóbrese a ollada de todo home necesitado de axuda; o seu valor non reside naquilo que achega á sociedade ou na perfección do seu estado de saúde. É polo simple feito de existir que merece un respecto incondicional, ...”

Andorno,R., (1998, 166)

## **1. APROXIMACIÓN AO CONCEPTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL**

Se algo caracteriza á intervención social é o contacto permanente con persoas en situación de vulnerabilidade ou en proceso de exclusión social. Por este motivo, situar ás persoas nun plano preferente e de igualdade, dende o respecto e promoción da súa autonomía e dignidade, comprendendo a mesma vulnerabilidade como parte da vida humana é fundamental na configuración dunha visión da persoa que está presente nos procesos de intervención social. O presente capítulo aproxímase á intervención social afondando na realidade dos servizos sociais e nas súas principais características, coa finalidade de describir o amplo marco de referencia dos comités de ética en intervención social.

A intervención social é unha acción intencional, sistemática e dirixida a resolver algún problema social no que están implicados distintos axentes sociais: administracións públicas, entidades privadas, unidades de convivencia, persoas concretas,... (Reboloso, Fernández-Ramírez e Cantón, 2008, 49-53). Para comprender a complexidade do concepto de intervención social é preciso debullar algunhas cuestións integradas no mesmo (Zamanillo, 2012, 103-112). Por un lado, a intervención social ten un significado moi xenérico e describe todas aquelas actuacións realizadas por axentes profesionais, entidades públicas ou privadas (administración pública, asociacións, fundacións, etc.) nos distintos ámbitos (social, educativo, xurídico, etc.) no que é preciso actuar. Por outro lado, a intervención social non é neutral, dado que nela ten un peso fundamental o contido ideolóxico que achega o contexto concreto, o momento histórico, os axentes que interveñen, a formación e cultura dos e das profesionais implicados,... E ademais, a intervención social persegue a integración social de cidadás e cidadáns que viven os danos da pobreza económica, a desigualdade social, a desafiliación, a falta de participación sociopolítica ou a carencia de recoñecemento sociocultural.

As diferentes concepcións da intervención social fan pendular a súa definición dende unha ferramenta da política social, subordinada a un deseño que se elabora nunha esfera xerárquica superior, que podería denominarse tecno-política, até a intervención como xestión técnica da relación de axuda (cun tratamento diferente do político e social). No medio destas posturas identifícanse aproximacións que conciben a intervención social como unha relación simbiótica entre o político e o técnico. Esta concepción implica que a intervención social conforma un ecosistema no que se atopan un conxunto de interaccións que desenvolven distintos axentes e que se orientan ao benestar social (Jaráiz, 2012, 27-28). Dende esta derradeira perspectiva desenvólvese a presente investigación.

O proceso de intervención social supón o estudo e a análise para a comprensión dun problema coas persoas implicadas, e pode desenvolverse dende moi diferentes prismas, é dicir, vai depender da cosmovisión de quen participa, do seu pensar, sentir e facer: "...non é o mesmo unha intervención social de corte asistencial, que a preventiva, a educativa, a de control, a de mediación,..."; "(...) pero si é preciso adiantar que todas estas perspectivas non son excluíntes entre si, ao contrario, ás veces danse dúas ou tres á vez, como por exemplo, un contexto de control que é preciso conxugar mesmo coa mediación e a vertente educativa" (Zamanillo, 2012, 106).

### **1.1. Benestar e saúde**

No ano 1946 a Organización Mundial da Saúde (OMS) amplía o concepto de saúde a través da seguinte definición: "A saúde é o estado de completo benestar físico, mental e social e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades" (Preámbulo da Constitución da OMS, 1946, en vigor dende o 7 de abril de 1948). Dende esta perspectiva, tanto na saúde como na enfermidade, compréndese a existencia de diversos graos de afectación sen caer nunha variable exclusivamente dicotómica, e influíndo ademais no propio estado de saúde a capacidade de funcionamento.

A OMS conta coa Familia de Clasificacións Internacionais (FCI) que inclúe un conxunto de propostas integradas de clasificación que poden usarse de forma singular ou conxunta, recoñecidas como estándares internacionais e que teñen a finalidade de mellorar a saúde mediante o subministro de información para apoiar a toma de decisións en todos os niveis. A Clasificación Internacional de Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde (CIF) é a ordenación de referencia, e xunto coa Clasificación Internacional

de Enfermidades (CIE) constitúen as catalogacións máis importantes da Rede da FCI, sendo complementarias no seu uso. A CIF aprobouse polos Estados membros da OMS no ano 2001, e amplía o ámbito da FCI resaltando a necesidade de contar coa información de funcionamento e discapacidade a nivel individual e da poboación para xerar evidencias de cara ao desenvolvemento de investigacións, a planificación dos servizos, a avaliación das intervencións, os programas e as políticas sociais, educativas e de saúde pública nos distintos países.

A CIF é unha clasificación universal que establece un marco e unha linguaxe estandarizados para describir a saúde e as dimensións relacionadas con ela. Formula dende o seu título a amplitude do ámbito de uso a través de catro compoñentes: funcións e estruturas corporais, actividade e participación, factores ambientais e factores persoais. De tal maneira que as funcións corporais son as accións fisiolóxicas e psicolóxicas dos sistemas corporais, e as estruturas son as partes anatómicas do corpo: órganos, extremidades e compoñentes. A actividade defínese como a realización dunha acción por unha persoa e a participación como o acto de implicarse nunha situación vital. E así, os factores ambientais constitúen o contorno inmediato e social e os factores persoais inclúen as características da persoa e os estilos de vida (OMS, 2001).

A CIF, como unha das clasificacións sociais das Nacións Unidas, incorpora á perspectiva sanitaria conceptos como benestar, estado de saúde ou calidade de vida relacionada coa saúde, superando a ollada biomédica ao incorporar unha perspectiva biopsicosocial á problemática do funcionamento e a discapacidade humana. Engade ademais a igualdade de oportunidades das persoas con discapacidade, e ofrece un instrumento para desenvolver as normas internacionais sobre os dereitos humanos e mais as lexislacións nacionais. Esta achega teórica e práctica é significativa para tratar o funcionamento e a discapacidade incorporando o contexto na súa avaliación, pero tamén é interesante para abordar os cambios epidemiolóxicos e demográficos que se están a experimentar, principalmente para enfermidades crónicas e o envellecemento da poboación.

Nesta mesma liña existe un enfoque comprometido coa autodeterminación de cada persoa, tendo en conta o seu benestar e as oportunidades das que dispón cada ser humano no seu contexto de liberdade. Trátase do enfoque das capacidades e dos funcionamentos seguros, dende o que as políticas públicas non deberían limitarse a proporcionar unha capacidade á persoa, senón facilitala de maneira que a persoas poida contar con ela cara ao futuro. Identificar as capacidades e as desigualdades na vida real

podería contribuír á redución de desvantaxes sociais e axudar a determinar prioridades na política social (cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.6.1).

## 1.2. Finalidade

Unha das conclusións do documento sobre os fins da medicina do Hastings Center (2004, 32) sinala que a medicina debería definir o seu propio rumbo mediante un diálogo permanente cunha sociedade na que cada persoa busca unha esfera, uns deberes e uns dereitos propios. Indica tamén que o punto de partida debe ser a propia historia da medicina e as súas tradicións. De igual maneira, tamén a intervención social, na súa práctica cotiá promovendo a saúde integral das persoas dende os servizos sociais, precisa definir o seu propio curso mediante un diálogo aberto e continuo coa sociedade, partindo duns valores e dunha traxectoria propias. E de feito, a acción social axústase á evolución dos problemas sociais e ás condicións económicas, culturais, sociais e políticas que configuran o propio contexto (Reboloso et al., 2008, 49-53).

A complexidade da realidade xa avanza que as intervencións sociais non poden ser simples. A acción social é multifactorial e multidimensional; implica á comunidade, e contempla a participación das persoas protagonistas, e en moitas ocasións vincúlase a traxectorias vitais moi específicas e non a dinámicas indiferenciadas (Blasco e Subirats, 2009, 39-58). E aínda que cada intervención non pode abarcar a totalidade, si debe formularse contemplando o conxunto da realidade. Non sería real pretender unha intervención social cuxos efectos sexan mecánicos, crendo que a aplicación de recursos concretos xera resultados determinados, porque a intervención social ocúpase de procesos persoais, sociais e estruturais, e non dunha conta de resultados. Con estas premisas a finalidade da intervención social sería a inserción, a integración, a inclusión, en definitiva, o benestar de cada persoa (Renes, 2004, 11-34). Mais para que a intervención social sexa inclusiva haberá que equilibrar dúas dimensións, tentando recompoñer mecanismos de acceso á actividade económica e social, e tamén reconstruír a existencia de vínculos sociais, sen esquecer que o protagonista, o suxeito do proceso, soamente pode ser a persoa, quen percorre o camiño en todas as súas etapas, dende o comezo até o final.

O máxín do benestar está construído dende uns marcos valorativos que priman o concepto de cooperación como beneficio mutuo. E así, a máxima lexitimidade dos sistemas de benestar non se argumenta dende a solidariedade, senón na súa

capacidade de beneficiar a toda a cidadanía e desa maneira posibilitar a xustiza social (Mora, 2008, 65-81). Nesta liña, a referencia principal do benestar nas sociedades occidentais contemporáneas son principios e valores como a liberdade, a xustiza, a solidariedade, a dignidade das persoas, a democracia, a igualdade e os dereitos en favor da felicidade das persoas (Casado, dir., 2005, 17). Considera ademais que as dimensións básicas da calidade de vida son un conxunto de factores que constitúen o benestar persoal (Schalock, 2003, 31-39), e que veñen definindo o ben a protexer e promover por parte da política social (Fantova, 2014, 54-58).

O predominio dos valores individualistas e economicistas, e mais a preponderancia do mercado sobre a persoa ou a insolidariedade están tamén presentes na realidade actual. A mesma sociedade na que as persoas participan e desenvolven os seus itinerarios de inclusión xera os mecanismos e procesos de exclusión. E de feito, os procesos de inserción social non poderán ser alleos á necesidade e aos procesos de cambio social. A exclusión social nace en determinadas relacións de dominio e de explotación, e por esta razón é un fenómeno que pode ser interpretado e modificado dende a práctica social e dende os modelos de intervención. Pensar a exclusión implica analizar á vez a natureza humana e o sistema social, xa que nela móstranse as condicións do humano como límite da sociedade e se evidencian a ruptura da orde e da cohesión social (Roca, 2009, 23-39).

Os síntomas dun problema social habitualmente constitúen o punto de partida da toma de conciencia e do debate sobre a necesidade dunha política pública. Porén, as políticas públicas representan a resposta do sistema político-administrativo a unha situación da realidade xulgada como inaceptable (Subirats, Knoepfel, Larrue e Varone, 2012, 35-50). A política social como área da intervención pública podería ser considerada como “a acción de goberno que incide no benestar das persoas, xa sexa cambiando, mantendo ou soamente posibilitando as súas condicións de vida” (Montagut, 2009, 15).

### **1.3. Concepcións**

A través do tempo superpóñense formas e lóxicas diferentes de concibir a intervención social. E así, a política social iniciada a finais do século XIX tratou de mellorar o benestar humano a través da cobertura das necesidades da cidadanía en aspectos como a educación, a saúde, a vivenda, o traballo e a protección social dende

a lóxica da beneficencia. Dende esta perspectiva, as intervencións sociais estaban baseadas en criterios de mínima actuación pública, crecente institucionalización, escasa participación, separación dos niveis público e privado, resposta centrada nos problemas concretos e focalización nas persoas afectadas. Sobre esta base, nos primeiros momentos da etapa franquista, continuábase coa dinámica asistencialista, e nos anos 60 iníciase un proceso de orientación na intervención social tendo como referencia as lóxicas de Estado de benestar que se estaban a desenvolver en Europa. Posteriormente, coa chegada da democracia apóstase polo desenvolvemento de modelos de intervención centrados no benestar para todas as persoas e na vía dos dereitos e da responsabilidade pública, o que marca tendencia cara unha intervención social que fortalece criterios de proximidade, crecente presenza pública na intervención, colaboración do terceiro sector, desenvolvemento normativo, tentando regular e catalogar as prestacións e contidos da intervención para orientar o acceso aos dereitos e o aumento de mecanismos formais de participación (Renes, Fuentes, Ruiz e Jaráiz, 2007, 11-35).

Unha visión economicista da política social resulta insuficiente para comprender o alcance da súa repercusión e complicación. O seu estudo non pode separarse da sociedade como un todo, como un conxunto de variados aspectos culturais, económicos e políticos que se entrelazan e que configuran unha determinada estrutura social. No seu deseño deben estar presentes criterios económicos pero tamén outros aspectos básicos como a transformación das institucións elementais, a familia e o traballo; a posición social das mulleres e a forma de prover os coidados; os cambios na desigualdade e as divisións de clase e de status; as cuestións demográficas, a mobilidade social,... por citar algúns dos máis significativos. De forma xeral, os obxectivos da política social son a cobertura das necesidades e a súa contribución á redución das tensións sociais; estas políticas ou servizos son un sistema de protección con diversos obxectivos, uns en harmonía e outros en conflito entre si, mais en ningún caso de carácter neutral en termos de valoración (Montagut, 2009, 13-23).

O modo de entender a intervención social implica o desenvolvemento de enfoques diferentes. Pode ter carácter asistencial, cando a pretensión da intervención se entende como protección ou compensación do desaxuste entre autonomía persoal e integración relacional, pero sen orientarse de maneira específica a mudar a capacidade de autonomía da persoa ou os seus vínculos relacionais co contorno. Tamén pode ter un carácter promocional, cando pretende provocar a aprendizaxe das persoas,

incrementando a súa autonomía. E finalmente, a intervención tamén podería ter carácter transformador de situacións, estruturas, redes e sistemas, tanto informais como formais (Fantova, 2008, 49-54). A transformación social implica optimizar o potencial das persoas e o benestar da cidadanía con accións que favorezan a creación de contextos, estruturas e relacións máis inclusivas, para mellorar as condicións de vida e as relacións sociais das persoas e dos grupos dunha comunidade.

#### **1.4. Valores**

A intervención social no seu conxunto fai referencia á actividade que se realiza nos servizos sociais, aínda que tamén se desenvolve intervención social fóra dos servizos sociais; encádrase no marco da política social como unha acción favorecedora do benestar e haberá que entendela como actividade orientada a incidir na interacción positiva das persoas (Fantova, 2008, 49-54). Un enfoque integral da intervención social precisa situar no centro os procesos de empoderamento das persoas e das súas comunidades, promovendo a participación e a vinculación (Vidal, 2009, 63-66).

No Estado español, ao denominado cuarto pilar do Estado de benestar corresponde o mantemento dos servizos sociais e, en especial, daqueles servizos relativos aos coidados persoais de atención á cidadanía, todos de grande importancia para manter a cohesión social (Moreno, 2012, 107-110). Esta cohesión pode entenderse como a capacidade dun sistema social, económico e político de lograr tres obxectivos complementarios (Rodríguez Cabrero, 2011, 9-10): promover a autonomía e participación social da cidadanía; crear redes sociais e institucionais que xeren capital social e favorezan a inclusión social; e contribuír á materialización dos dereitos sociais no seu máis amplo sentido. Neste contexto, os servizos sociais constitúen un sistema de intervención social e institucional destinado á procura do benestar individual e social a través de actuacións preventivas, prestacións técnicas e monetarias, e de programas de rehabilitación (Moreno, 2012, 107-110). E a súa provisión está baseada na acción organizada pública e social, e tamén na participación voluntaria.

A intervención social, polo tanto, non é soamente unha ciencia social aplicada ou un repertorio normativo lexislativo, senón a activación de maneiras de relacionarse coas persoas, coas institucións, con un/unha mesmo/a e cos relatos de sentido que nos constitúen. Se non se toman en consideración os valores, a intervención social perde sentido e as persoas profesionais limitaríanse a ser “reparadoras funcionalistas” dende

unha perspectiva orientada ao problema, é dicir, existe unha preparación para aplicar o coñecemento á recuperación do equilibrio do sistema, a previr a desintegración (Howe, 1999, 93-103). Neste momento histórico estanse a producir dinámicas de cambio valorativo na acción social, e de feito, a intervención está na encrucillada de tres escenarios fundamentais (Mora, 2012, 146). O primeiro é o epistemolóxico, en relación coa natureza e o obxecto de coñecemento na intervención social. O segundo mostra a necesidade de que as persoas sexan o centro de toda a actuación social. E por último, o terceiro escenario sinala a necesidade de reinventar a vida política dende a súa matriz máis profunda de vida en común, de vida compartida e cohesionada, de vida xusta e valiosa. O problema radical da intervención social, ademais doutros moitos, é de índole axiolóxica; é dicir, móvese no marco dos valores. Cales son os valores que se constrúen, polos que se combate, dende os que se actúa, os que se descubren e se comparten?, cales son os valores de cada persoa? Será pois esencial a deliberación valorativa, porque o que está en xogo é a dignidade da persoa e os dereitos que emerxen da mesma. Por todo isto, é coherente priorizar a intervención social como proxecto comunitario enraizado en valores humanizadores (Gracia, 2011b, 12).

## **2. A INTERVENCIÓN SOCIAL DENDE OS SERVIZOS SOCIAIS**

Parte importante da intervención social no Estado español desenvólvese a través dos servizos sociais, que veñen sendo medios de intervención social e tamén ferramentas da política social (Casado e Guillén, 2002, 63-66). Nestes últimos anos os servizos sociais teñen crecido de maneira notable, modificando incluso as súas características ideolóxicas e profesionais. A intervención social moderna, entendida como mediación na dinámica natural da sociedade, emerxe como instrumento para xestionar o destino social da cidadanía e das colectividades. Esta concepción individual-colectiva conforma o substrato polo que se defende o predominio de responsabilidade da esfera pública (en sentido amplo) por riba de calquera outra, aínda que co coñecemento de que o peso do público está en profunda revisión no momento actual. Por outro lado, dende unha perspectiva administrativa sinálase aos servizos sociais coma un conxunto de estruturas organizativas da Administración Pública destinadas a dar resposta ás necesidades persoais e sociais máis próximas á cidadanía, co fin de



favorecer a interrelación da persoa co medio social, e de elevar a calidade de vida promovendo o benestar individual e colectivo (Roldán e García, 2006, 20-23).

Antes da aprobación da Lei 39/2006, de promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia (LAPAD), a asistencia social recoñecía-se como dereito xenérico para toda a poboación, mais dito dereito quedaba condicionado á dispoñibilidade orzamentaria (Aguado, coord., 2009, 177). Por iso cualificábase de “asistencialista”, xa que dada a insuficiencia de recursos a cidadanía soamente podía acceder ás prestacións cando demostraba a falta de medios económicos suficientes, de maneira que o sistema deixaba fóra a moitas persoas. Os servizos sociais teñen superado ao longo dos últimos anos esta natureza “asistencialista”, baseada no control institucional dos grupos de risco ou excluídos, dando paso á sistematización dos seus obxectivos e técnicas, materializando unha atención universal que tenta satisfacer as necesidades das persoas e dos membros das súas unidades de convivencia nun contexto comunitario e dende a participación social (Rodríguez Cabrero, 2011, 9-10). Non obstante, a orientación universalista dos servizos sociais artéllase con dificultade, dado que a actividade continúa orientada aos colectivos en situación de maior dificultade. Este descoñecemento e distancia de boa parte da poboación podería estar limitando o impulso da súa universalización e garantía.

Con independencia de cuestións legais, administrativas e orzamentarias, na base persisten dúas concepcións dos servizos sociais que alumean diferentes enfoques institucionais e modelos de intervención social. Dunha beira están os que opinan que hai que buscar un espazo específico de servizos sociais no marco xeral do Estado de benestar, como un sistema específico diferenciado da sanidade, da educación ou da seguridade social, o que dá lugar a unha intervención que opta pola vía da especialización crecente nas súas estruturas e modelos de actuación. Doutro lado, aqueles discursos que avogan por unha visión máis comprensiva da intervención, entendendo que se é necesario un sistema, este ten que ser máis sistémico, facilitador de formas interventoras integradas e integrais. Nesta segunda proposta primaría a idea de rede sobre a de sistema (Jaráiz, 2012, 90).

Os servizos sociais continúan tendo o desafío de avanzar no proceso de facer converxer un modelo de servizos sociais que integre a lóxica do dereito subxectivo e que á vez forme parte da proposta xeral de servizos esenciais para a comunidade (Rodríguez Cabrero, 2011, 10-14). Para isto cóntase cun modelo de responsabilidades compartidas e confluentes entre múltiples administracións, especialmente as de

carácter autonómico e local (Rodríguez Cabrero, 2011, 84-88). Sendo a coordinación na intervención social por parte dos servizos sociais unha necesidade para acadar a súa propia eficacia (Rodríguez Cabrero, 2011, 154-155). E así, unha actuación coordinada xunto a unha metodoloxía de traballo en rede veñen substituír ao sistema tradicional de derivación da persoa usuaria ao lugar ou servizo onde puidera satisfacer as súas necesidades. Trátase, en definitiva, de aplicar un enfoque transversal no que participa a propia persoa usuaria para dar resposta ás súas propias demandas ou necesidades.

Tentando acoutar o concepto de servizos sociais, cómpre estudar dúas acepcións distintas (Roldán, García e Nogués, 2013, 22-25). Unha primeira perspectiva dos servizos sociais fai referencia á política social que se desenvolve no Estado de benestar contemporáneo, coa finalidade de protexer e mellorar as condicións de vida de toda a cidadanía. Os servizos sociais son un conxunto de actividades e prestacións que comprende a sanidade, educación, vivenda, urbanismo, emprego, seguros de renda, subsidios, servizos sociais persoais... Baixo este enfoque existen definicións a nivel internacional referidas aos servizos sociais, como é a recollida no artigo 25.1 da Declaración Universal de Dereitos Humanos das Nacións Unidas do ano 1948 (cfr. *infra*, cap.1, apdo.3). Co paso do tempo asúmese unha segunda perspectiva dos servizos sociais, na que dito concepto vaise restrinxido a un ámbito específico da protección social diferenciado da sanidade, a cultura e a educación, tal e como reconece por exemplo o artigo 148.1.20 da Constitución Española (cfr. *infra*, cap.1, apdo.3). E así, no ámbito lexislativo e institucional, os servizos sociais considéranse un sistema público de servizos que garante prestacións sociais a favor do pleno e libre desenvolvemento da persoa dentro da sociedade, cara a participación na vida cidadá e para acadar a prevención, tratamento e eliminación das causas que levan á marxinação e á exclusión social. Operativamente, o concepto de exclusión social pódese describir como “a acumulación de límites á participación social” (Renes, 2009, 28-30), asumindo así tamén a necesidade de abordar a análise dos problemas sociais dende outros indicadores que non queden reducidos e condicionados aos recursos económicos.

A dobre comprensión dos servizos sociais fai referencia a unha visión ampla que os identifica co conxunto de sistemas de protección social (ensino, sanidade, vivenda, pensións e asistencia social), namentres que a acepción restrinxida reserva o concepto “servizos sociais” para un dos sistemas de protección: a asistencia social. Ao longo deste texto farase referencia aos servizos sociais entendidos como un ámbito específico da protección social da cidadanía. Considerados, polo tanto, como un conxunto de

programas, prestacións e actuacións de asistencia social, que engloban servizos, prestacións económicas, actividades e establecementos sociais de prevención, promoción e desenvolvemento a nivel individual, familiar, de grupo e comunitario, dirixidos ao conxunto da poboación (de maneira especial ás persoas, familias ou colectivos con dificultades no desenvolvemento e na integración na sociedade, con falta de autonomía persoal, discapacidades físicas, psíquicas ou sensoriais, problemas familiares ou marxinación social) en coherencia cos principios de universalización e de normalización (Gómez, 2004, 30-32).

O abano de actividades que se desenvolven dende os servizos sociais teñen como denominador común a axuda persoal que se presta ás persoas e colectivos. A maneira de concretar esta axuda é moi diferente: vai dende o máis inmaterial, como pode ser o apoio afectivo, até o máis tanxible, como podería ser un albergue ou prato de comida (Casado e Guillén, 2002, 39-43). Posteriormente sublíñase que os servizos sociais consisten en actividades organizadas para satisfacer ou aliviar determinadas necesidades humanas (Casado e Guillén, 2007, 59-74).

Tanto para os servizos sociais como para a intervención social en xeral, o ben a protexer e a finalidade específica á que dan resposta é o benestar das persoas, entendido como interacción (Fantova, 2008, 45-48). Neste contexto, a interacción é concibida como o axuste entre a capacidade de desenvolvemento autónomo da persoa nos seus ámbitos vitais e o apoio dispoñible a través dos vínculos familiares, na súa unidade de convivencia, comunitarios ou sociais, sendo o relevante o axuste entre a autonomía persoal e a integración relacional en cada contexto e en cada momento do ciclo e o proxecto vital de cada persoa. Os servizos sociais están destinados a apoiar a calquera persoa nas súas relacións, tanto referidas á súa autonomía como á integración relacional. E como xa teñen feito no seu momento os servizos educativos ou os sanitarios, abandonan unha visión residual e reactiva e eríxense como servizos universais para a promoción e protección dun ben, formulado en positivo, que necesita e aprecia toda a poboación (Fantova, 2014, 65-88).

Cómpre facer un apuntamento en relación á autonomía das persoas usuarias na medida en que esta ten transformado a relación asistencial. E así, pódense distinguir tres dimensións diferentes da autonomía, que se entenden como partes dun todo e que teñen gran relevancia na intervención social: a autonomía decisoria, a autonomía informativa e a autonomía funcional (Seoane, 2010, 61-75). Na práctica da intervención social tradicionalmente case todas as actuacións estiveron orientadas á autonomía

decisoria, centrada na liberdade de elección da persoa usuaria en diferentes situacións, como podía ser a decisión durante a capacidade para o momento presente, por medio do consentimento informado; a decisión durante a capacidade para o momento futuro de incapacidade, a través de instrucións previas e a planificación anticipada da atención; e a decisión durante a incapacidade, mediante as decisións de representación.

Pero tamén existe unha autonomía informativa, que consiste no poder da propia persoa usuaria para dispoñer e controlar a súa información de carácter persoal, de maneira que poida decidir cando e en que condicións procede revelar os datos referentes á súa vida e saúde. Neste eido cómpre ademais ter en conta o segredo profesional, a intimidade da persoa usuaria e o dereito á protección de datos persoais.

E por último é preciso considerar a autonomía funcional, referida á liberdade de acción e á capacidade de realizar por un mesmo/mesma as decisións adoptadas, ou tamén absterse de actuar. Significa facer o que a persoa quere realizar, de acordo coas propias forzas e as condicións sociais e políticas. Nesta liña, os conceptos de discapacidade e dependencia teñen orixinado o desenvolvemento da noción de autonomía mediante a distinción da autonomía decisoria e da autonomía funcional.

Mais, as tres dimensións da autonomía, decisoria, informativa e funcional, están presentes na praxe diaria dos servizos sociais, converténdose estes en apoio, tanto para o seu respecto como para o seu desenvolvemento. Dende unha ética social baseada na xustiza e na solidariedade, vaise máis aló do dereito á asistencia, procurando a participación e o respecto á dignidade de cada persoa. Porén, é de especial importancia coñecer cal é a participación das persoas usuarias no seo dos centros e programas de servizos sociais; cal é a capacidade que teñen as persoas usuarias dos servizos sociais (e outros axentes participantes) de influír no que neles ocorre? (Fantova, 2008, 95-99). A cuestión central vai ser afondar na autonomía das persoas usuarias e humanizar a intervención social e os servizos sociais.

Resaltar a acción socioeducativa dos servizos sociais pon de relevo algúns procesos con importantes consecuencias teóricas e prácticas, o que implica que "... dun lado, a acción educativa-social é a faceta pedagóxica do traballo social; doutro, que todo traballo social comporta unha tarefa educativa, a través da que se concretan aspiracións básicas da cidadanía a unha vida máis plena. (...) insistamos na importancia dunha educación que axude aos servizos sociais a reforzar o seu perfil preventivo, a potenciar a autonomía dos suxeitos e dos grupos, a reducir o carácter estigmatizante de

determinados comportamentos e conductas, a facilitar a inclusión social, ou a adoptar enfoques máis integrais do desenvolvemento das persoas e das comunidades” (Caride, 2008).

Dende este enfoque, os servizos sociais requiren de proxectos de intervención integral (De la Red e Conde, 2008, 107-144) que teñan en conta o carácter dinámico, interactivo e circular entre a persoa, o medio e a sociedade. Os proxectos están sempre vinculados a contextos locais específicos, ás comunidades. Téntase polo tanto recoñecer o protagonismo dos axentes que interveñen nun determinado contexto dende unha aproximación global e integrada, como requisito imprescindible nos procesos de promoción e desenvolvemento, así como nas situacións nas que a superación da problemática precisa de transformacións estruturais. E atende tamén á intencionalidade no avance do proceso ao ritmo que permitan as circunstancias, sen excluír a ningún colectivo, grupo ou persoa. Trátase, en definitiva, de acadar unha mellora cuantitativa e cualitativa das condicións de vida e as relacións sociais das persoas, dos grupos e dos colectivos que conforman unha comunidade.

Cando menos, os servizos sociais poderán optar por vincular as súas iniciativas en dúas direccións: ben incrementando a autonomía das persoas usuarias, mediante programas que poñan énfase en aprender a organizar un fogar, a desenvolver as potencialidades persoais, a adquirir e/ou mellorar as habilidades sociais, etc.; ou ben xerando ou acrecentando a dependencia do “sistema”, vinculando as prestacións ou procesos de adaptación a unha cultura maioritaria e ás normas sociais que as sustentan, tipificando aos suxeitos e reducíndoos, en expresión de Bauman, á categoría de “residuos humanos”. “A produción de residuos humanos ou, para ser máis exactos, seres humanos residuais (os excedentes e superfluos, é dicir, a poboación de aqueles que ben non queiran ser recoñecidos, ou ben non se desexaba que o fosen ou que se lles permitira a pertenza), é unha consecuencia inevitable da modernización e unha compañeira inseparable da modernidade” (Bauman, 2005, 16). “A globalización (...) é actualmente a máis prolífera e menos controlada, cadea de montaxe de seres humanos ou seres humanos residuais” (Bauman, 2005, 17).

A acción socioeducativa baséase na optimización do potencial e do benestar da cidadanía, e tendo en conta os seus coñecementos, capacidades e habilidades, orientándose cara a transformación social. Dende esta visión sitúase o significado dos servizos sociais como recurso de marcado carácter educativo, que ten por finalidade educar para a autonomía, e que soamente poderá desenvolverse se se achegan as

medidas necesarias para que todas as persoas que conforman a cidadanía teñan acceso ás institucións (educativas ou produtivas) da sociedade (Montagut, 2014, 58-66).

Poden distinguirse catro obxectivos técnicos permanentes nos servizos sociais modernos que, segundo os casos, xestionaranse por separado ou de xeito combinado (adaptado de Casado, 2011, 255-261):

- a) Favorecer a accesibilidade funcional e social aos distintos contornos, dando ou recibindo apoio a outros ámbitos da intervención para facilitar a integración das persoas.
- b) Habilitar e rehabilitar con vistas á integración social. En servizos sociais a mellora das capacidades e da autoxestión persoal aplícase principalmente ao desenvolvemento persoal e ás relacións sociais: familia, amizades, ambientes de estudo e traballo,...
- c) Asistir de maneira supletoria ás carencias e limitacións persoais; é dicir, axudar de maneira inmediata en situacións nas que os individuos carecen de coñecemento e/ou capacidade para realizar por si mesmos e/ou con apoios familiares ou outros apoios formais, as súas actividades básicas, xa sexa por minoría de idade, por discapacidade grave, por situación de emerxencia ou simplemente, por carencia de información.
- d) Previr o malestar individual e social; é dicir, evitar a incidencia e o agravamento das carencias e outras problemáticas.

A orde destes catro obxectivos técnicos dos servizos sociais non corresponde coa proposta inicial do autor; neste apartado téñense ordenado de forma diferente partindo da pedra angular desta investigación: a autonomía da persoa. Por este motivo, a promoción da accesibilidade funcional e social aos distintos contornos ten unha relevancia especial na intervención social, co fin de facilitar a inclusión das persoas na comunidade. Posteriormente enténdese fundamental a capacitación das persoas e a súa preparación para o desenvolvemento da autonomía, e soamente tralo desenvolvemento deste proceso, a prestación de apoios e a asistencia (salvo en ocasións concretas de emerxencia social nas que a asistencia resulta prioritaria).

Nos distintos niveis dos servizos sociais do Estado español existen acusadas desigualdades que fan referencia, por exemplo, aos servizos dispoñibles nas distintas Comunidades Autónomas (CCAA), ou aos desequilibrios entre os contornos rurais e os

urbanos. Atópanse tamén diferenzas notables no grao de atención, investimentos e recursos dispoñibles nos distintos sectores aos que se dirixen os servizos sociais, e na atención que reciben algúns sectores da poboación (Alemán, coord., 2010, 303-307). Haxa ou non debate público sobre os recursos dispoñibles para a cidadanía, esta realidade parece estar a reclamar unha análise por parte dos profesionais e das persoas con responsabilidades políticas.

Haberá ademais que ter en conta que unha análise dos servizos sociais desenvolvida exclusivamente en función da demanda recibida sería incompleta, xa que podería estar máis inducida pola oferta de servizos existentes que polas preferencias das persoas usuarias, reais e potenciais (Muñoz, 2009, 503-542). A necesidade social virá tamén determinada polas características do territorio e polas particularidades dos servizos de benestar social que se atopan, de tal xeito que, unha mesma problemática social, adquire diferentes graos de intensidade se se manifesta nun contorno rural ou nun urbano.

Cómpre engadir que existen outras cuestións aínda abertas, é dicir, debates pendentes de resolver para seguir mellorando e elevando os niveis de calidade nos servizos sociais. Entre os temas máis urxentes está a contribución das persoas usuarias ao coste e mantemento das prestacións, a privatización dos servizos sociais, a dificultade para o crecemento dos servizos sociais públicos, ou as estratexias de prevención e reinserción no contexto caracterizado por unha importante crise nun sector chave para facilitar a integración das persoas na sociedade: o emprego (Alemán, coord., 2010, 303-307).

### **3. O MODELO ESPAÑOL**

Realizar un breve percorrido histórico axudará a comprender o sistema de servizos sociais do Estado español na actualidade, así como as súas principais eivas e fortalezas. Situando o punto de partida na Declaración Universal dos Dereitos Humanos, adoptada e proclamada pola Asemblea Xeral de Nacións Unidas no ano 1948, habería que revisar o seu artigo 25.1, que establece o dereito a un nivel de vida axeitado para todas as persoas, contemplando para elo o apoio dos servizos sociais.

Artigo 25.1. Toda persoa ten dereito a un nivel de vida adecuado que lle asegure, así como á súa familia, a saúde e o benestar, e en especial a alimentación, o vestido, a vivenda, a asistencia médica e os servizos sociais necesarios; ten tamén dereito aos seguros en caso de desemprego, enfermidade, invalidez, viuvez, vellez ou outros casos de perda dos seus medios de subsistencia por circunstancias independentes da súa vontade.

Tamén cómpre subliñar que a Carta Social Europea, aprobada polo Consello de Europa en 1961 e ratificada en 1980 por España, afirma no artigo 14 que “Toda persoa ten dereito a beneficiarse de servizos de benestar social”, aos que define como prestacións técnicas que procuran o benestar da cidadanía, a súa integración no contorno social e a participación comunitaria.

Situándonos en España, a acción caritativa e filantrópica de comezo do tempo franquista respondía ao modelo asistencial tradicional, e o seu obxecto case exclusivo eran as necesidades de tipo material. Con escasa marxe para a rehabilitación e a prevención, a finalidade primordial era a asistencia básica, e a relación coas persoas beneficiarias baseábase na disciplina severa, a ideoloxía e o paternalismo (Casado e Guillén, 2002, 173-193). Os servizos sociais foron os últimos en integrarse no sistema público de protección social, a partir da Lei 193/1963, de 28 de decembro, de Bases da Seguridade Social e do Decreto 2065/1074, de 30 de maio, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, mais neste momento non se integran como sistema independente de protección social, senón como prestacións complementarias do sistema unitario da Seguridade Social.

Unha vez promulgada a Constitución Española no ano 1978, apróbanse os estatutos de autonomía das diferentes CCAA e as distintas leis autonómicas de servizos sociais. E así os servizos sociais irán tomando corpo como prestacións e como sistemas xurídicos diferenciados do sistema de sanidade e de seguridade social (Alemán, Alonso e García, 2011, 53-54). Os servizos sociais modernos nacen como estrutura incluída na arquitectura do proxecto de benestar que trata de forxarse no primeiro momento do desenvolvemento do Estado das Autonomías no Estado español (Jaráiz, 2012, 167). Tralas primeiras eleccións municipais de 1979, xeneralízase nas administracións locais a aparición de delegacións e institutos dedicados aos servizos sociais, ao tempo que algunhas cidades do Estado promoven un debate sobre a responsabilidade do municipalismo emerxente ante o benestar.

Pola súa parte, o artigo 148.1.20 da Constitución Española recolle que as Comunidades Autónomas poderá asumir competencias en materia de asistencia social.



Mais a Constitución soamente fai referencia explícita ao sistema de servizos sociais para aludir á política social para a terceira idade, e contempla unha noción incompleta dos servizos sociais, tanto dende o punto de vista das persoas destinatarias como da acción protectora obxectiva (Alemán, Alonso e García, 2011, 40-45):

Artigo 50. Os poderes públicos garantirán, mediante pensións adecuadas e periodicamente actualizadas, a suficiencia económica aos cidadáns durante a terceira idade. Así mesmo, e con independencia das obrigas familiares, promoverán o seu benestar mediante un sistema de servizos sociais que atenderán os seus problemas específicos de saúde, vivenda, cultura e ocio.

Na Constitución Española alúdese aos servizos sociais de maneira indirecta en numerosas ocasións facendo referencia aos distintos ámbitos e sectores sociais. E deste xeito, na seguinte escolma de artigos faise mención explícita ás penas privativas de liberdade, á familia e á protección dos nenos e nenas, ao emprego, ao ocio, á xuventude e ás persoas con discapacidade:

Artigo 25.2. As penas privativas de liberdade e as medidas de seguridade estarán orientadas cara a reeducación e reinserción social e non poderán consistir en traballos forzados. O condenado a pena de cadea que estivera cumprindo a mesma gozará dos dereitos fundamentais deste Capítulo, a excepción dos que se vexan expresamente limitados polo contido do fallo condenatorio, o sentido da pena e a lei penitenciaria. En todo caso, terá dereito a un traballo remunerado e aos beneficios correspondentes da Seguridade Social, así como ao acceso á cultura e ao desenvolvemento integral da súa personalidade.

Artigo 39.

1. Os poderes públicos aseguran a protección social, económica e xurídica da familia.
2. Os poderes públicos aseguran, así mesmo, a protección integral dos fillos, iguais estes ante a lei con independencia da súa filiación, e das nais, calquera que sexa o seu estado civil. A lei posibilitará a investigación da paternidade.
3. Os pais deben prestar asistencia de toda orde aos fillos nados dentro ou fóra do matrimonio, durante a súa minoría de idade e nos demais casos en que legalmente proceda.
4. Os nenos gozarán da protección prevista nos acordos internacionais que velan polos seus dereitos.

Artigo 40.

1. Os poderes públicos promoverán as condicións favorables para o progreso social e económico e para unha distribución da renda rexional e persoal máis equitativa, no marco dunha política de estabilidade económica. De maneira especial realizarán unha política orientada ao pleno emprego.
2. Así mesmo, os poderes públicos fomentarán unha política que garanta a formación e readaptación profesionais; velarán pola seguridade e hixiene no traballo e garantirán o descanso necesario, mediante a limitación da xornada laboral, as vacacións periódicas retribuídas e a promoción de centros adecuados.

Artigo 43.3. Os poderes públicos fomentarán a educación sanitaria, a educación física e o deporte. Así mesmo facilitarán a adecuada utilización do ocio.

Artigo 48. Os poderes públicos promoverán as condicións para a participación libre e eficaz da xuventude no desenvolvemento político, social, económico e cultural.

Artigo 49. Os poderes públicos realizarán unha política de previsión, tratamento, rehabilitación e integración dos diminuídos físicos, sensoriais e psíquicos aos que prestarán a atención especializada que requiran e os ampararán especialmente para o desfrute dos dereitos que este Título outorga a todos os cidadáns.

Os servizos e programas sociais contextualízanse como parte do conxunto de mecanismos e sistemas de protección social dentro do marco sociopolítico, configurado actualmente por un modelo de Estado social, democrático e de Dereito. Este modelo de Estado denomínase “Estado de benestar” e xa ao comezo da Constitución Española consta definido da seguinte maneira:

Artigo 1.1. España constitúese nun Estado social e democrático de Dereito, que propugna como valores superiores do seu ordenamento xurídico a liberdade, a xustiza, a igualdade e o pluralismo político.

Dende a perspectiva da intervención social, existen dúas grandes acepcións do Estado de benestar. Unha visión ampla entende que este constitúe un xeito de organización do Estado, sinónimo de Estado Social; o Estado de benestar engloba así tres grandes parámetros: o marco político democrático, o regulamento público da actividade económica e a política de benestar social. E unha visión restrinxida, que identifica o Estado de benestar cos mecanismos e as institucións de benestar social, e que consiste en garantir os servizos básicos nos eidos da sanidade, o ensino, a vivenda, asistencia social, traballo e a transferencia de rendas (subsídios e pensións, basicamente) (Gómez, 2004, 17-18).

O modelo de Estado do benestar no que estarían incluídos o Estado español e outros países europeos da área mediterránea (Moreno e Bruquetas, 2011, 26-30) correspóndese con casos do réxime de benestar conservador, caracterizados por un baixo nivel de protección social que non acada os niveis de desenvolvemento dos países centroeuropeos. As bases do Estado do benestar español actual aséntanse sobre o pobre sistema de provisión social de corte corporativista desenvolvido pola administración da ditadura franquista, a cal constitúe unha variante do corporativismo conservador instaurado na Europa continental, dado que as políticas sociais dos gobernos democráticos non reestruturaron os programas de protección social preexistentes, senón que se limitaron a tratar de lograr un maior grao de universalización e cobertura dos mesmos (Moreno et al., 2011, 26-30).

O gasto social en España tamén ofrece pautas particulares. En relación cos países da Europa desenvolvida, o sistema do benestar español caracterízase por un tardío e incompleto desenvolvemento e polo seu baixo nivel de gasto social. A porcentaxe do Produto Interior Bruto (PIB) dedicada a gasto social en España atópase entre as máis baixas dos países europeos, e por sistema, por debaixo da media da Unión Europea. Os últimos datos que facilita o Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre o gasto en protección social corresponden ao ano 2009 e indican que a porcentaxe de PIB dedicada a gasto social en España é do 25,04%, namentres que a media da Unión Europea (UE) no mesmo ano é de 29,51%. Mais o gasto social en España ten medrado de maneira relevante entre os anos 2007 e 2013, en medio dos fortes axustes do gasto público. Isto é debido ao aumento orzamentario destinado á cobertura por desemprego e en relación co envellecemento da poboación (OCDE, 2014), acadando o gasto social un 26,8% do PIB, dos que un 10,5% do PIB corresponde ás pensións.

O modelo español de sistema de benestar ten algunhas características salientables: un sistema de seguridade social responsable do mantemento de rendas notablemente fragmentado e de natureza “corporativista”; programas de protección-chave baseados en principios universalistas (sanidade, educación); a descentralización do desenvolvemento das políticas sociais, un papel central reservado á familia e a combinación de axentes públicos e privados na esfera da provisión de servizos de benestar.

Concretamente o artigo 148 da Constitución Española recolle as materias nas que as CCAA poden asumir competencias, e salvo no sistema de pensións e na protección por desemprego que permanecen en mans do goberno central, o resto das políticas de protección social están baixo as administracións autonómicas e municipais. Deste xeito as CCAA se configuran como eixes políticos centrais no ámbito do benestar a través do desenvolvemento de sistemas sanitarios, educativos e de servizos sociais. Isto implica, por un lado, que as reformas que recoñecen dereitos sociais acaban tendo distintos contidos dependendo de cada Comunidade Autónoma, en función das súas prioridades políticas e dos recursos dispoñibles e, polo outro, que dentro do territorio do Estado español existan importantes diferenzas de acceso ás prestacións sociais por parte da cidadanía en función da Comunidade Autónoma de residencia, debido ao modelo xurídico-político e ao reparto de competencias.

Con todo, o principal distintivo do sistema de benestar español (igual que noutros Estados do sur de Europa) é o lugar reservado á familia en todas as áreas de actuación das políticas de protección social. As administracións públicas consideran a autosuficiencia dos fogares no relativo a coidados persoais e ao apoio material aos seus membros, de tal forma que a familiarización da provisión de coidado trasladouse tradicionalmente ás políticas sociais (Flaquer, 2000, 36-39). Esta característica do modelo español leva á sobreexplotación dos recursos familiares e, en particular, a un tratamento discriminatorio das mulleres polo papel que desenvolven no coidado, o cal formula importantes dificultades nun contexto como o actual, de crecente incorporación da muller ao mundo laboral e de gradual diminución das expectativas de solidariedade intrafamiliar, desembocando nunha crise do modelo familiar de coidado tradicional e aparecendo unha nova política sobre o coidado e un mercado de coidados no que a poboación inmigrante feminina ten moita relevancia. De tal xeito que o coidado das persoas en situación de dependencia está estreitamente vinculado á xustiza de xénero, pois a maioría das veces as persoas coidadoras son mulleres (Nussbaum, 2012b, 106-114).

Finalmente, cómpre engadir que arredor da participación de axentes públicos e privados na provisión de servizos de benestar, identifícanse catro sectores provedores de servizos sociais: o sector estatal ou público (consistente na provisión directa de servizos por parte das diversas administracións públicas que integran o Estado: administración local, autonómica e central); o sector mercantil (a iniciativa privada con afán de lucro); o sector social (ás veces denominado “voluntario”; comprende todas as entidades privadas de iniciativa social) e, o sector informal, integrado polas redes de axuda mutua e de asistencia que teñen carácter espontáneo, non estruturado; voluntario e comunitario: as unidades de convivencia (familias,...), as redes de relación de amizade e veciñanza, e a comunidade (Gómez, 2004, 44-49).

A configuración dun sistema mixto de provisión non soamente forma parte dunha tradición sólida no ámbito dos servizos sociais, senón que se ten consolidado nos últimos anos como filosofía orientadora da súa organización e provisión. As organizacións relixiosas primeiro, posteriormente as organizacións civís sen fin de lucro (asociacións e fundacións) ou do ámbito da economía social (empresas de inserción, cooperativas, obras sociais), e nas últimas décadas o sector mercantil forman parte dunha rede pública para a prestación de servizos e xestión de programas dirixidos a diferentes colectivos obxecto de atencións por parte das políticas públicas. Trátase dun

sistema mixto de provisión social regulado e financiado polo sector público (non de maneira exclusiva) no que se integran ou se coordinan a rede pública en sentido estrito ou de xestión directa, os mercados sociais e os mercados lucrativos (Rodríguez Cabrero, 2011, 39). Un modelo tan complexo require de accións de coordinación e seguimento, na medida en que os cidadáns e as cidadás, destinatarios finais dos servizos sociais, son na súa maioría persoas en situación de exclusión e vulnerabilidade.

#### **4. A LEXISLACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS**

A evolución dos servizos sociais no Estado español nas últimas décadas estivo carente dun plano conxunto de actuación ou dunha política de organización por áreas. A través dos estatutos de autonomía as CCAA asumen competencia exclusiva en materia de asistencia social, o que vén supoñer a descentralización política dos servizos sociais, coas súas vantaxes e inconvenientes. Entre os beneficios cómpre salientar o achegamento das decisións ás necesidades das persoas; entre os problemas do modelo, o máis negativo é a imposibilidade de facer efectivo o principio de igualdade no eido social que proclama a Constitución nos artigos 1.1 e 9.2 (Casado e Guillén, 2002, 207-227).

Nas leis de servizos sociais goza de grande acollida dito principio de descentralización. Toman así especial importancia os municipios, encargados de regular as súas propias responsabilidades e competencias nos servizos sociais de base, xerais, comunitarios ou de atención primaria. Pero ante a pasividade dos municipios no desenvolvemento dos servizos sociais, o Estado promove no ano 1988 o Plan Concertado de Prestacións Básicas de Servizos Sociais en Corporacións Locais, orientado a estender unha oferta das denominadas “prestacións básicas” nos municipios, e para impulsar o financiamento das unidades municipais xestoras das prestacións que serán sostidas pola propia Administración en colaboración coas CCAA, (Casado e Guillén, 2002, 207-227). Os concellos son a administración máis preta á cidadanía e o seu papel no desenvolvemento dos servizos sociais é fundamental. O Plan Concertado constitúe un instrumento principal co que contan os servizos sociais comunitarios de titularidade municipal para o seu financiamento, permitindo así garantir as prestacións básicas á cidadanía. Por este motivo é importante que poidan contar cun

financiamento estable, co fin de achegarse a todas as persoas con axilidade, eficacia e calidade.

No caso de Galicia, a competencia exclusiva en materia de asistencia social recóllese no artigo 27.23 da Lei Orgánica 1/1981, de 6 de abril, reguladora do Estatuto de Autonomía. Ademais, a Lei 7/1985, de 2 de abril, regula as Bases de Réxime Local en Galicia. E sucede deste xeito en todas as Comunidades Autónomas coa excepción de Euskadi, que transfire as competencias en servizos sociais ás deputacións provinciais.

Nos seguintes apartados analizarase a evolución das leis de servizos sociais en España e as especificidades da lexislación galega en materia de servizos sociais, desenvolvendo ademais un primeiro achegamento aos comités de ética en intervención social. Pero a investigación deterase previamente na lei máis sobranceira en materia de asuntos sociais nos últimos anos, a Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

#### **4.1. Evolución das leis de servizos sociais**

No ano 1983 fracasa a tentativa de promulgar unha lei xeral de servizos sociais para dar uniformidade aos servizos sociais en todo o Estado español (Alemán et al., 2011, 48). Tería sido semellante á Lei Xeral de Seguridade Social, regulada a través do Decreto 2065/1974, do 30 de maio, ou á Lei Xeral de Sanidade, regulada a través da Lei 14/1986, do 25 de abril, mais naquela ocasión soamente foi posible que cada Comunidade Autónoma elaborase a súa propia norma.

##### **4.1.1. Leis de primeira xeración**

En todas as Comunidades Autónomas do territorio español aprobáronse leis de servizos sociais, iniciándose o proceso coa Lei 6/1982, de 20 de maio, de Servizos Sociais de Euskadi, e rematándose coa Lei 5/1992, de 27 de maio, de Servizos Sociais de Cantabria. As normas foron as seguintes:

- Lei 6/1982, de 20 de maio, de Servizos Sociais de Euskadi (Boletín Oficial de Euskadi do 02/06/1982).

- Lei Foral 14/1983, de 30 de marzo, de servizos sociais de Navarra (Boletín Oficial de Navarra do 08/04/1983).
- Lei 11/1984, de 6 de xuño, de servizos sociais de Madrid (Boletín Oficial da Comunidade de Madrid do 23/06/1984).
- Lei 8/1985, de 9 de decembro, de servizos sociais da Rexión de Murcia (Boletín Oficial da Rexión de Murcia do 19/12/1985).
- Lei 26/1985, de 27 de decembro, de servizos sociais de Cataluña (Diario Oficial de Cataluña de 11/01/1986).
- Lei 3/1986, de 16 de abril, de servizos sociais de Castela-A Mancha (Diario Oficial de Castela-A Mancha do 20/06/1986).
- Lei 9/1987, de 11 de febreiro, de acción social de Baleares (Boletín Oficial das Illas Baleares do 28/04/1987).
- Lei 4/1987, de 25 de marzo, de servizos sociais de Aragón (Boletín Oficial de Aragón do 30/03/1987).
- Lei 5/1987, de 6 de abril, de servizos sociais de Estremadura (Diario Oficial de Estremadura do 12/05/1987).
- Lei 5/1987, de 11 de abril, de servizos sociais de Asturias (Boletín Oficial do Principado de Asturias 05/05/1987).
- Lei 9/1987, de 28 de abril, de servizos sociais de Canarias (Boletín Oficial de Canarias do 04/05/1987).
- Lei 3/1987, de 27 de maio, de servizos sociais de Galicia (Diario Oficial de Galicia do 02/06/1987).
- Lei 2/1988, de 4 abril, de servizos sociais de Andalucía (Boletín Oficial da Xunta de Andalucía do 12/04/1988).
- Lei 18/1988, de 28 de decembro, de acción social e servizos sociais de Castela e León (Boletín Oficial de Castela e León do 09/01/1988).
- Lei 5/1989, de 6 de xullo, de servizos sociais da Comunidade Valenciana (Diario Oficial do Goberno Valenciano do 12/07/1989)
- Lei 2/1990, de 10 de maio, de servizos sociais de A Ríoxa (Boletín Oficial de A Ríoxa do 26/05/1990).
- Lei 5/1992, de 27 de maio, de acción social de Cantabria (Boletín Oficial de Cantabria do 05/06/1992).

Estas foron denominadas leis de primeira xeración. Eran leis autonómicas de servizos sociais que impulsaban un modelo público de asistencia social, ocupando o sector privado sen fin de lucro un papel subsidiario. As leis xustificaban unha

intervención social apoiada nos seguintes principios inspiradores: o principio de responsabilidade pública, que implicaba á Administración como órgano xestor; os principios de igualdade e universalidade, o que viña significar que os servizos sociais estaban destinados a toda a cidadanía (aínda que carecían de medidas concretas para que a igualdade fora substancial); e os principios de descentralización, participación, prevención, planificación e coordinación.

Estas leis regularon as prestacións que se outorgaban en dous niveis complementarios. Un de competencia municipal, chamado nivel básico ou de servizos sociais de base, xerais ou comunitarios; e outro de competencia autonómica, chamado nivel especializado, porque nel se situaban os servizos sociais especializados destinados á infancia, familia, ás persoas con discapacidade, as persoas maiores, mulleres, persoas en situación de exclusión e outros colectivos vulnerables.

Entre as características máis salientables comúns ás leis de servizos sociais de primeira xeración pódese mencionar o seu carácter programático e as deficiencias nos aspectos executivos, así como a imprecisión conceptual e a imprevisión de medios, constantes que complican o establecemento do servizo social correspondente (Roldán, García e Nogués, 2013, 101-106).

#### **4.1.2. Leis de segunda xeración**

Outra remesa de leis, de segunda xeración e renovación lexislativa dos servizos sociais, preocupouse de enunciar o dereito da cidadanía aos servizos sociais, co obxecto de acomodar os dereitos sociais ás diferentes realidades e problemas sociais xurdidos dende principios dos anos 80. Deste dereito da cidadanía derívanse unhas prestacións específicas, mais eran aínda dereitos con contidos moi pouco concretos. Soamente houbo oito textos legais:

- Lei 4/1993, de 14 de abril, de Servizos Sociais de Galicia (Diario Oficial de Galicia do 23/04/1993).
- Lei 4/1994, de 20 de abril, de administración institucional, descentralización, desconcentración e coordinación do sistema de catalán de Servizos Sociais (Diario Oficial de Cataluña do 29/04/1994).
- Lei 5/1996, de 18 de outubro, de Servizos Sociais de Euskadi (Diario Oficial de Euskadi do 12/11/1996).



- Lei 5/1997, de 25 de xuño, de Servizos Sociais da Comunidade Valencíá (Diario Oficial da Comunidade Valencíá do 04/07/1997).
- Lei 1/2002, de 1 marzo, de Servizos Sociais de A Ríoxa (Boletín Oficial de A Ríoxa do 07/03/2002).
- Lei 1/2003, de 24 de febreiro, de Servizos Sociais de Asturias (Boletín Oficial do Principado de Asturias do 08/03/2003).
- Lei 11/2003, de 27 de marzo, de Servizos Sociais de Madrid (Diario Oficial da Comunidade de Madrid do 14/04/2003).
- Lei 3/2003, de 10 de abril, do Sistema de Servizos Sociais da Rexión de Murcia (Diario Oficial da Rexión de Murcia do 02/05/2003).

En todas as normas, a estrutura das prestacións e servizos organízase nos dous niveis xa mencionados (básico e especializado), e nalgúñas CCAA xa se opta pola relación integrada entre o público e o privado no sistema de servizos sociais. Este é o caso de Galicia, A Ríoxa, Madrid e Euskadi (Roldán et al., 2013, 106-112). Na conxuntura de Galicia recoñécese ademais expresamente a iniciativa privada lucrativa, namentres que por exemplo en Cataluña, sinálase a preferencia de establecer concertos con entidades privadas de iniciativa social. Tanto en Galicia como en Valencia sinálase como prioritaria a figura do concerto na contratación administrativa (cfr. *infra*, cap.1, apdo.4.2).

#### **4.1.3. Leis de terceira xeración**

A terceira xeración de leis de servizos sociais experimenta un xiro importante debido ao efecto da Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal de atención ás persoas en situación de dependencia, na que se establecen prestacións e servizos de dereito subxectivo pleno, esixibles ante as administracións públicas correspondentes e que se conceden a través das redes autonómicas de servizos sociais. Estas prestacións denomínanse “prestacións garantidas” e son as únicas esixibles como dereito subxectivo. E deste maneira figura no artigo 1.1 da Lei 39/2006:

Artigo 1.1. A presente Lei ten por obxecto regular as condicións básicas que garanten a igualdade no exercicio do dereito subxectivo de cidadanía á promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, nos termos establecidos nas leis, mediante a creación dun Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia, coa colaboración e participación de todas as Administracións Públicas e a garantía pola Administración Xeral do Estado dun contido mínimo común de dereitos para todos os cidadáns en calquera parte do territorio do Estado español.

As novas leis de servizos sociais incorporan estes preceptos e dan singular importancia aos dereitos subxectivos dalgunhas prestacións de servizos sociais, diferenciándoas doutras prestacións non garantidas. Na carteira de servizos sociais establécese a forma de acceso de acordo cos criterios orzamentarios e conforme aos principios de prelación e concorrencia. Os servizos sociais acadan así a natureza de sistemas xurídicos de protección social, con carácter autónomo, xunto á sanidade, a educación e á seguridade social.

Até o día de hoxe, as últimas leis de servizos sociais no Estado español son as seguintes:

- Lei Foral 15/2006, de 14 de decembro, de Servizos Sociais de Navarra (Boletín Oficial de Navarra do 20/12/2006).
- Lei 2/2007, de 27 de marzo, de Dereitos e Servizos Sociais de Cantabria (Boletín Oficial de Cantabria do 03/04/2007).
- Lei 12/2007, 11 de outubro, de Servizos Sociais de Cataluña (Diario Oficial de Cataluña do 18/10/2007).
- Lei 13/2008, de 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia (Diario Oficial de Galicia do 18/12/2008).
- Lei 12/2008, de 5 de decembre, de Servizos Sociais de Euskadi (Boletín Oficial do Euskadi do 24/12/2008).
- Lei 5/2009, de 30 de xuño, de Servizos Sociais de Aragón (Boletín Oficial de Aragón do 10/07/2009).
- Lei 4/2009, de 11 de xuño, de Servizos Sociais de Baleares (Boletín Oficial das Illas Baleares do 18/06/2009).
- Lei 7/2009, de 22 de decembro, de Servizos Sociais de A Rioxa (Boletín Oficial de A Rioxa do 28/12/2009).
- Lei 14/2010, de 16 de decembro, de Servizos Sociais de Castela-A Mancha (Diario Oficial de Castela-A Mancha do 31/12/2010).

- Lei 16/2010, de 20 de decembro, de Servizos Sociais de Castela e León (Boletín Oficial de Castela e León do 21/12/2010).

As normas legislativas responden a un modelo similar e dedican un espazo ao tratamento dos dereitos en relación cos servizos sociais. Todas as leis de servizos sociais posteriores ao 2006 agrupan o establecemento de dereitos e deberes das persoas usuarias e o recoñecemento do dereito subxectivo ás prestacións consideradas como garantidas. Afirmán tamén o principio de acceso universal aos servizos sociais, de xeito que, dito acceso sexa independente do nivel de ingresos das persoas.

As leis continúan presentando unha estrutura dividida en servizos sociais de atención primaria (comunitarios, de base,...) e servizos sociais especializados. É significativo subliñar que aparecen ademais dous mecanismos correctores: o primeiro fai referencia a que o acceso universal non exclúe a esixencia da contraprestación económica (copago); e o segundo remite á carteira de servizos, co establecemento de criterios específicos para cada un deles.

As novas leis de servizos sociais incorporan varios elementos que mostran que as persoas que legislan son conscientes da multiplicidade de axentes presentes no eido social (varios niveis da administración pública, terceiro sector, empresas mercantís,...) e da problemática de ordenación e integración que se deriva. E todos contemplan por exemplo, un dispositivo de autorización, rexistro, inspección e sanción das infraccións, ou mecanismos de coordinación interadministrativa como instrumento de mellora da práctica asistencial no ámbito social (Rodríguez Cabrero, 2011, 90-99).

Seguindo as leis de servizos sociais aprobadas nas distintas CCAA, os principios do sistema público de servizos sociais están baseados na responsabilidade dos poderes públicos e na promoción das persoas mediante a achega de medios financeiros, técnicos e humanos, no fomento da solidariedade dentro de cada territorio, e tamén na organización do sistema e a distribución de competencias respondendo ao principio de descentralización. A administración autonómica realiza a planificación xeral do sistema público de servizos sociais en coordinación coa administración central e local, e a destas entre si e coas demais entidades prestadoras de servizos sociais. Tanto no ámbito local como no comarcal existe a intención de propiciar a participación da cidadanía e dos distintos colectivos no asesoramento, xestión e goberno dos servizos sociais. Por outro lado, as actuacións dos servizos sociais terán a prevención como obxectivo prioritario, dirixíndose a toda a cidadanía e á atención integral das súas necesidades, en resposta

aos principios de universalización e globalidade; e tenderán ao mantemento das persoas no seu ambiente familiar e social, para favorecer a inclusión na comunidade e respectando, en todo caso, o dereito á diferenza (Fernández, 2012, 404-405).

De seguido recóllese nun cadro o proceso de aprobación dos estatutos de autonomía nos diferentes territorios do Estado español, facendo referencia á lei orgánica (L.O.) que os regula en cada Comunidade Autónoma. Sinálase ademais o percorrido histórico desenvolvido en cada Comunidade Autónoma na lexislación en servizos sociais dende das tres xeracións de leis existentes no Estado español.

Cadro 1: Proceso de aprobación dos estatutos de autonomía e das leis de servizos sociais no Estado español (elaboración propia).

Comunidade Autónoma	Estatuto de Autonomía	Leis de Servizos Sociais de primeira xeración	Leis de Servizos Sociais de segunda xeración	Leis de Servizos Sociais de terceira xeración
<b>ANDALUCÍA</b>	L.O. 6/1981, de 30 de decembro	Lei 2/1988, de 4 abril		
<b>ARAGÓN</b>	L.O. 8/1982, de 10 de agosto	Lei 4/1987, de 25 de marzo		Lei 5/2009, de 30 de xuño
<b>A RIOXA</b>	L.O. 3/1982, de 9 de xuño	Lei 2/1990, de 10 de maio	Lei 1/2002, de 1 de marzo	Lei 7/2009, de 22 de decembro
<b>ASTURIAS</b>	L.O. 7/1981, de 30 de decembro	Lei 5/1987, de 11 de abril	Lei 1/2003, de 24 de febreiro	
<b>BALEARES</b>	L.O. 2/1983, de 25 de febreiro	Lei 9/1987, de 11 de febreiro		Lei 4/2009, de 11 de xuño
<b>CANARIAS</b>	L.O. 10/1982, de 10 de agosto	Lei 9/1987, de 28 de abril		
<b>CANTABRIA</b>	L.O. 8/1981, De 30 de decembro	Lei 5/1992, de 27 de maio		Lei 2/2007, de 27 de marzo
<b>CASTELA-A MANCHA</b>	L.O. 9/1982, de 10 de agosto	Lei 3/1986, de 16 de abril		Lei 14/2010, de 16 de decembro
<b>CASTELA E LEÓN</b>	L.O. 4/1983, de 25 de febreiro	Lei 18/1988, de 28 de decembro		Lei 16/2010, de 20 de decembro
<b>CATALUÑA</b>	L.O. 4/1979, de 18 de decembro	Lei 26/1985, de 27 de decembro	Lei 4/1994, de 20 de abril	Lei 12/2007, 11 de outubro
<b>CEUTA</b>	L.O. 1/1995, de 13 de marzo			
<b>ESTREMADURA</b>	L.O. 1/1983, de 25 de febreiro	Lei 5/1987, de 6 de abril		
<b>EUSKADI</b>	L.O. 3/1979, de 18 de decembro	Lei 6/1982, de 20 de maio	Lei 5/1996, de 18 de outubro	Lei 12/2008, de 5 de decembre
<b>GALICIA</b>	L.O. 1/1981, de 6 de abril	Lei 3/1987, de 27 de maio	Lei 4/1993, de 14 de abril	Lei 13/2008, de 3 de decembro
<b>MADRID</b>	L.O. 3/1983, de 25 de febreiro	Lei 11/1984, de 6 de xuño	Lei 11/2003, de 27 de marzo	
<b>MELILLA</b>	L.O. 2/1995, de 13 de marzo			
<b>MURCIA</b>	L.O. 4/1982, de 9 de xuño	Lei 8/1985, de 9 de decembro	Lei 3/2003, de 10 de abril	
<b>NAVARRA</b>	L.O. 13/1982, de 10 de agosto	Lei Foral 14/1983, de 30 de marzo		Lei Foral 15/2006, de 14 de decembro
<b>VALENCIA</b>	L.O. 5/1982, de 1 de xullo	Lei 5/1989, de 6 de xullo	Lei 5/1997, de 25 de xullo	

#### 4.2. Os servizos sociais en Galicia

A primeira regulación lexislativa dos servizos sociais en Galicia foi a través da Lei 3/1987, do 27 de maio. Segundo o artigo 3 da mesma, os servizos sociais réxense por principios que xustifican a intervención social dende a responsabilidade dos poderes públicos, a planificación, a coordinación, a prevención, a normalización e a integración; e comprendéndose ademais dende a solidariedade, a descentralización e a participación.

Tal e como consta no artigo 8 desta Lei, óptase por un modelo público de xestión de servizos sociais:

Artigo 8. Dentro do marco lexislativo e regulamentario fixado respectivamente polo Parlamento e a Xunta de Galicia, a xestión en materia de servizos sociais corresponderalle á Xunta de Galicia e, no seu caso, ás Deputacións Provinciais, Concellos, entidades supramunicipais e demais entidades previstas no Estatuto de Autonomía ou referidas nesta Lei.

Coa aprobación da Lei 4/1993, do 14 de abril, de Servizos Sociais de Galicia, iníciase a renovación lexislativa. Neste texto sinálase o protagonismo do sector privado, tanto das organizacións non lucrativas como do sector empresarial. E así, no artigo 3, dedicado ao establecemento dos principios inspiradores dos sistema de servizos sociais, establécese o seguinte:

Artigo 3.2. Recoñecemento e apoio da iniciativa social.  
Recoñécese e apóiase a iniciativa social, entendéndose por tal a iniciativa privada sen ánimo de lucro, que poderá colaborar na prestación dos servizos sociais dentro do marco definido na presente lei.

Artigo 3.3. Recoñecemento da iniciativa privada con ánimo de lucro.  
Recoñécese a iniciativa privada con ánimo de lucro, que poderá concorrer á prestación dos servizos sociais nas condicións e cos requisitos que se establecen nesta lei.

A figura do concerto establécese en Galicia como preferente na contratación administrativa, instaurándose así a opción por un sistema integrado ou global de acción social (Roldán et al, 2006, 63-64). Concretamente, os artigos 27.1 e 27.2 dispoñen o seguinte:

Artigo 27

1. Os servizos sociais prestaranse polas administracións públicas directamente ou a través das diversas modalidades de xestión de servizos públicos regulados na normativa vixente sobre contratación administrativa e preferentemente pola de concerto.
2. Así mesmo, a iniciativa privada poderá prestar servizos sociais de conformidade co establecido nos artigos seguintes.

No ámbito da intervención e as políticas sociais, a palabra “asistencia” ten principalmente dúas acepcións. Pode significar axuda persoal e material complementaria das capacidades e recursos das persoas, ou facer referencia á protección selectiva marxinalista para persoas carentes de recursos económicos (Casado, 2010, 129-146). Concretamente a Lei 13/2008, de 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia (LSSG), na exposición de motivos recolle o propósito de “...deixar atrás unha mera visión asistencial dos servizos sociais que, pola contra, deben quedar deseñados como un instrumento de materialización efectiva de benestar social, de prevención da discriminación e da exclusión, e en xeral, como medio de realización dos dereitos sociais básicos do pobo galego”.

A LSSG define da seguinte maneira o que son os servizos sociais:

Artigo 2.1. Para os efectos desta lei, enténdese por servizos sociais o conxunto coordinado de prestacións, programas e equipamentos destinados a garantir a igualdade de oportunidades no acceso á calidade de vida e á participación social de toda a poboación galega, mediante intervencións que permitan o logro dos obxectivos.

A Lei 13/2008 dálle o nome de prestacións esenciais ás prestacións garantidas, e introduce un matiz: o requisito de valoración profesional previa e dunha proba obxectiva que acredite a necesidade (Alemán et al., 2011, 48). Concretamente:

Artigo 1.2. Mediante esta lei os poderes públicos galegos garanten como dereito recoñecible e esixible o dereito das persoas aos servizos sociais que lles correspondan en función da valoración obxectiva das súas necesidades, co fin de posibilitar que a súa liberdade e igualdade sexan reais e efectivas, removendo os atrancos que impiden ou dificultan a súa plenitude e facilitando a participación de todas e todos na vida política, económica, cultural e social.

A LSSG 13/2008, propón un modelo de servizos sociais que integra a LAPAD, facendo efectivos os novos dereitos subxectivos en función de situacións de dependencia e asumindo o Sistema galego de Servizos Sociais o seu desenvolvemento e aplicación, de tal maneira que o segundo obxectivo da Lei é o seguinte:

Artigo 3.b). Garantir a vida independente e a autonomía persoal das persoas en situación de dependencia integrando, para estes efectos, o catálogo de prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia.

A organización do Sistema de Servizos Sociais en Galicia establécese entre os artigos 8 e 15 da Lei 13/2008. Os servizos sociais estrutúranse en dous niveis diferentes, os comunitarios (artigo 9.1) e os especializados (artigo 14.1), presentándose ademais no nivel comunitario, dúas modalidades de servizos sociais: básicos (artigo 10.1) e

específicos (artigo 12). E así, a rede territorial de servizos sociais ten carácter dual, a imaxe da rede sanitaria, e organízase en dous niveis: os Centros de Servizos Sociais de atención primaria ou Centros de Servizos Sociais comunitarios, de carácter xeral e de responsabilidade municipal, e os Servizos Sociais especializados, particularistas, e dependendo da dimensión do territorio, de responsabilidade autonómica ou local. (Roldán, García e Nogués, 2013, 82-86).

Os servizos sociais comunitarios conforman o primeiro nivel de atención do sistema. Tamén se denominan servizos sociais de atención primaria, xerais ou básicos. Son servizos descentralizados, próximos á cidadanía e ás súas necesidades, posúen carácter universal e ofrecen unha atención integral e polivalente nun ámbito concreto. Ademais promoven a coordinación entre os profesionais, impulsan o asociacionismo e son a canle para a derivación cara outros servizos de carácter especializado. Este nivel de intervención conta cun equipamento específico, o centro de servizos sociais comunitarios, dende o que se desenvolven tarefas de información, orientación, asesoramento e apoio; valoración e diagnóstico; promoción e desenvolvemento comunitario; atención domiciliaria; integración social e familiar; e convivencia e participación.

Por outra banda, os servizos sociais especializados (Mira-Perceval, 2012, 467-468) constitúen o nivel superior na estrutura de organización funcional dos servizos sociais. Diríxense a un sector da poboación que require unha atención concreta no plano técnico e profesional. Entre as persoas destinatarias destes servizos salientan aos nenos e nenas, as unidades de convivencia (entre as que están as familias), persoas maiores, persoas con discapacidade, persoas inmigrantes, minorías étnicas, persoas en situación de emerxencia ou exclusión social, persoas afectadas por adiccións, persoas gravemente enfermas, mulleres e calquera outra persoa ou colectivo en situación de exclusión. Os servizos sociais especializados organízanse en forma de rede atendendo ao principio de descentralización e de equilibrio entre os territorios, tendo en conta as características dos núcleos de poboación, a incidencia das necesidades detectadas e a accesibilidade aos recursos.



Cadro 2: Estrutura dos servizos sociais en Galicia segundo a LSSG 13/2008 (adaptación de Casado, 2010, 130).

Niveis	Modalidades	Funcións
<p><b>COMUNITARIOS</b> (Artigo 9.1)</p> <p>Especialmente locais Destinados ao territorio e a poboacións determinadas Son o acceso ao sistema É o primeiro nivel de intervención</p>	<p><b>Básicos</b> (Artigo 10.1) Carácter local, aberto e polivalente Vía normal de acceso ao sistema</p>	<p>Artigo 11.1. Estudo e diagnóstico social da comunidade Plan de acción Identificación de grupos vulnerables Atención a situacións individuais Participación na xestión de axudas económicas e seguimento de proxectos personalizados Servizo de axuda a domicilio Información, orientación, asesoramento e facilidade de acceso a recursos Fomento da participación</p>
	<p><b>Específicos</b> (Artigo12) Orientados a colectivos problemáticos específicos Espazos de tránsito Posible carácter comarcal</p>	<p>Artigo 13. Previr a exclusión Atención de día ou residencial temporal Xestión de equipamentos comunitarios</p>
<p><b>ESPECIALIZADOS</b> (Artigo14.1)</p> <p>Referenciados a sectores de poboación ou necesidades determinadas Ofrecen especialización, intensidade especial e supramunicipalidade.</p>		<p>Artigo 15. Valorar, diagnosticar e intervir Xestionar centros e programas Promover medidas de reinserción e desenvolver medidas de rehabilitación social Apoiar e conectar cos servizos sociais comunitarios</p>

Cando as persoas usuarias utilizan tanto os servizos sociais de atención primaria como os especializados cómpre dar continuidade aos cuidados e ao carácter integral dos apoios que precisan mediante estratexias de coordinación entre os dous niveis, para facilitar así a racionalización dos recursos e promover a complementariedade das actividades, prestacións, programas, servizos ou recursos, facéndoos máis eficientes e evitando contradicións ou duplicidades (Giménez, 2012, 124-125).

Por outro lado, a participación das persoas usuarias no financiamento xa se anticipa pola propia Lei no regulamento do catálogo de prestacións e servizos, especificando o seguinte:

18. 4. Con independencia da clasificación das intervencións, dos programas, dos servizos e das prestacións, garantírase o acceso ao sistema galego de servizos sociais, con carácter gratuíto, das persoas con insuficiencia de recursos económicos, sen prexuízo do establecemento, con carácter xeral, dun sistema progresivo de participación no financiamento de acordo co establecido no artigo 56º. En calquera caso, deberá asegurarse a dispoñibilidade dun mínimo vital de libre disposición para as persoas usuarias.

O artigo 19.1 da LSSG sinala que terán a consideración de intervencións ou servizos de carácter técnico-profesional os actos profesionais realizados para:

- a) A información, a orientación, o asesoramento e o acompañamento ás persoas, ás familias ou aos grupos.
- b) A valoración e o diagnóstico social das demandas da cidadanía.
- c) A intervención social, biopsicosocial, sociolóxica ou socioeducativa que favoreza a adquisición ou recuperación de funcións e habilidades persoais e sociais de cara á mellora da autonomía, da convivencia social e familiar e á inclusión social.

O artigo 20 recolle, entre os servizos e actuacións de natureza material ou tecnolóxica, os seguintes:

- a) A protección social das persoas, con capacidade de obrar limitada, que se atopen en situación de conflito ou desamparo.
- b) A atención residencial, que comporta aloxamento, continuado ou temporal, substitutivo do fogar.
- c) A atención diúrna, que ofrece coidados persoais e actividades de promoción e prevención que non requiran o ingreso nun centro residencial.
- d) A axuda no fogar, consistente en ofrecerlles un conxunto de atencións a persoas ou familias no seu propio domicilio, para facilitar o seu desenvolvemento e a permanencia no seu contorno habitual.
- e) A teleasistencia social e outros servizos de carácter tecnolóxico, que procuren a permanencia das persoas usuarias no seu medio habitual.
- f) O apoio á mobilidade persoal, nos termos previstos na normativa reguladora do servizo galego de apoio á mobilidade persoal para persoas con discapacidade e/ou dependentes.
- g) A manutención, xa sexa en locais de atención colectiva ou no propio domicilio da persoa usuaria.
- h) As axudas técnicas e instrumentais, que permitan manter a autonomía da persoa para desenvolverse no seu medio.
- i) O servizo de asistente persoal.
- j) Calquera outro servizo ou actuación non previsto nesta lei que se considere necesario para garantir unha adecuada atención social.

E finalmente, no artigo 21.2 establécense entre as prestacións económicas do sistema galego de servizos sociais as seguintes:

- a) As rendas de inclusión social.
- b) As axudas de emerxencia e necesidade social.
- c) As axudas económicas a particulares para o fomento do acollemento familiar de menores de idade, de maiores e de persoas con discapacidade.
- d) Os cheques-servizo.

- e) A libranza vinculada á adquisición de servizos de atención a persoas en situación de dependencia.
- f) A libranza para coidados no contorno familiar de persoas en situación de dependencia.
- g) As prestacións para coidados no contorno familiar de menores de tres anos con grave discapacidade.
- h) A libranza para a asistencia persoal das persoas afectadas por unha situación de gran dependencia.
- i) As prestacións económicas dirixidas ás mulleres vítimas de violencia de xénero.
- j) As axudas económicas de análoga ou similar natureza e finalidade ca as anteriores.

### **4.3. A Lei 39/2006, de promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia**

Na medida en que a Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (LAPAD) opta polo coidado social, é dicir, decántase pola atención social da cidadanía, é de seu facilitarlle un espazo no estudo do marco legislativo dos servizos sociais na presente investigación.

A LAPAD desenvolve por primeira vez no Estado español a ordenación integral e a escala nacional das prestacións en beneficio das persoas en situación de dependencia. Os antecedentes destas prestacións sitúanse nos apoios informais da asistencia familiar, e no apoio institucional proporcionado pola seguridade social, da asistencia sanitaria e dos servizos sociais, en especial autonómicos. Trátase pois dunha nova modalidade de atención que amplía e complementa a acción protectora da Seguridade Social, da que se distingue, supoñendo un importante desenvolvemento dos servizos sociais, o que non impide que o novo enfoque da protección social conte ademais coa cooperación institucional dos servizos sociais e sanitarios xa existentes (Montoya, dir., 2007, 41-48).

#### **4.3.1. Xustificación**

A intervención dos servizos sociais desenvólvese en diversos ámbitos e con moitas persoas diferentes. Algunhas actuacións céntranse na loita contra a pobreza e a exclusión social, e en ocasión vincúlase á busca de sistemas de garantía de ingresos mínimos; outras accións incorporan estratexias para combater as desigualdades de xénero; algunhas actuacións céntranse nas necesidades que presentan distintos grupos

de idade, nenos e nenas, mozos e mozas, persoas adultas, persoas maiores, á vez que tamén promoven a mellora do benestar das diferentes familias ou unidades de convivencia; e tamén os servizos sociais desenvolven as súas actividades con persoas que pertencen a minorías étnicas ou persoas estranxeiras.

Paralelamente ao desenvolvemento das leis de servizos sociais, o Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de xuño, polo que se aproba o Texto Refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, contempla e atende ás persoas en situación de dependencia de maneira indirecta, ao fío doutras situacións, como a calidade de pensionista, a existencia dun fillo ou filla a cargo maior de 18 anos con minusvalía, ou a dependencia económica respecto da persoa falecida. A protección da Seguridade Social á grande invalidez está vinculada cun traballo previo, na medida en que as situacións de incapacidade inhabilitan á persoa para traballar (un aspecto no que a LAPAD non cumpre ningunha función). Polo tanto, as prestacións da Seguridade Social non permiten cubrir todas as situacións de dependencia de todas as persoas (Sempere (dir.) e Charro (coord.), 2008, 77-94).

De maneira particular, a especial consideración ás persoas en situación de dependencia segundo a LAPAD, polo que implican os cuidados de longa duración ás persoas maiores ou ás persoas con discapacidade, e as repercusións do dereito da cidadanía a contar cos apoios necesarios, facilitados pola Administración Pública, para o desenvolvemento das actividades da vida diaria. Concretamente o primeiro dos parágrafos da Exposición de Motivos da LAPAD indica que un Estado avanzado debe respectar tanto a dignidade das persoas en situación de especial vulnerabilidade, como o exercicio dos dereitos que outorga o artigo 10.1 da Constitución Española a todas as persoas:

Exposición de Motivos da LAPAD. 1. A atención ás persoas en situación de dependencia e a promoción da súa autonomía persoal constitúe un dos principais retos da política social dos países desenvolvidos. O reto non é outro que atender as necesidades de aquelas persoas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidade, requiren apoios para desenvolver as actividades esenciais da vida diaria, acadar unha maior autonomía persoal e poder exercer plenamente os seus dereitos de cidadanía.

Tal e como consta no quinto parágrafo do segundo punto da Exposición de Motivos da LAPAD, existe a necesidade de garantir á cidadanía un marco estable de recursos e de servizos para a atención á dependencia:

Exposición de Motivos da LAPAD. 2. A necesidade de garantir aos cidadáns un marco estable de recursos e servizos para a atención á dependencia e a súa progresiva importancia, leva agora ao Estado a intervir neste ámbito co regulamento contido nesta Lei, que a configura como unha nova modalidade de protección social que amplía e complementa a acción protectora do Estado e do Sistema da Seguridade Social.

Analizando cifras galegas, o Informe sobre “Discapacidade e Dependencia en Galicia” (Esparza, 2011), baseado na Enquisa sobre Discapacidade, Autonomía e situacións de Dependencia (EDAD) do ano 2008, desvela que o 10,9% da poboación galega (295.598 persoas) declara algunha discapacidade ou limitación para actividades da vida diaria. Deles 173.647 son persoas en situación de dependencia (53,7%), é dicir, precisan a axuda dunha terceira persoa. Ademais hai 12.709 persoas que viven en centros residenciais, hospitais psiquiátricos, xerontolóxico e outros centros para persoas con discapacidade e 10.156 persoas son dependentes. Cómpre ter en conta á hora de interpretar estes datos, que os nenos e nenas entre 0 e 5 anos tamén se consideran dependentes.

#### **4.3.2. Características**

Fenómenos como o envellecemento da poboación e os cambios no modelo tradicional de coidados familiares constitúen unha fractura no modelo de calidade de vida das persoas, facendo que a dependencia emerxa como un dos principais retos dos sistemas de protección social. Na protección da dependencia conflúen numerosos aspectos que configuran a LAPAD, entre eles, por exemplo, o papel do público e do privado, do Estado e das distintas administracións, das persoas e das súas familias, dos homes e das mulleres, das cotizacións á Seguridade Social, dos servizos sociais, das empresas do terceiro sector, das persoas coidadoras informais, etc.

A LAPAD aposta pola configuración de novos dereitos subxectivos de cidadanía (artigo 1) e implica a necesidade de que se faga efectivo dende a perspectiva social e nos diferentes niveis das administracións públicas. Coa súa entrada en vigor as prestacións e servizos sociais pasan a configurar unha armazón de protección ou benestar social (artigo 4.1), en boa medida de responsabilidade pública, sendo ademais expoñente da importancia adquirida polas políticas sociais e do compromiso dos gobernos con elas. Mais a LAPAD non pode considerarse unha norma directamente aplicable porque precisa dun importante complemento regulamentario para o seu desenvolvemento (Sempere e Cavas, 2007, 13-20).

A dereito subxectivo que configura a LAPAD fundaméntase nos principios de universalidade, equidade e accesibilidade, e desenvolve un modelo de atención integral á cidadanía, á que recoñece como persoas beneficiarias. Entre as melloras que introduce pódense salientar as seguintes (Roldán, García e Nogués, 2013, 211-212): delimitar os servizos e prestacións a través dun catálogo, homoxeneizar os requisitos de acceso, ofrecer un financiamento seguro e suficiente, e garantir o cumprimento dos dereitos nos tribunais.

As persoas beneficiarias dos servizos de promoción da autonomía persoal e de atención á dependencia participarán no financiamento dos mesmos (artigo 33.1 da LAPAD). A universalidade do sistema non supón, polo tanto, a gratuidade dos servizos. Para fixar a participación das persoas usuarias terase en conta o tipo e custo do servizo e a súa capacidade económica persoal (artigo 33.1 da LAPAD). Deste modo, a participación das persoas non será uniforme, senón en función da súa capacidade económica, o que resulta coherente co feito de que o financiamento do sistema sexa vía impostos, en tanto que unha parte dos mesmos non son progresivos; ademais, o seu desenvolvemento non pode realizarse polos convenios entre a Administración Xeral do Estado e as Administracións das CCAA, senón polo titular/titulares da potestade regulamentaria. De todas maneiras, ao tratarse dunha prestación patrimonial de carácter público, a LAPAD debería establecer de maneira máis precisa os criterios para a cuantificación da participación das persoas usuarias no custo dos servizos (Roqueta, coord., 2007, 503-519). En calquera caso, establécese que ningún cidadán quedará fóra da cobertura do sistema por carecer de recursos económicos (artigo 33.4 da LAPAD).

Neste contexto, a problemática social maniféstase cada día máis complexa e con maior influencia do conxunto de situacións que caracterizan as nosas sociedades de cambio acelerado debido á globalización, os avances tecnolóxicos, a sociedade dixital, os medios de comunicación e a creación de opinión pública, os discursos cara a un desenvolvemento sostible xunto ao preocupante incremento de desigualdade,... Mais a LAPAD fórmulase en clave de Estado de benestar para un sistema ideal e perfecto de funcionamento dos servizos sociais que fose similar en todo o territorio español. A Lei anuncia novos paradoxos ao ámbito dos servizos sociais e situacións que poden decantar ou incrementar o xa fragmentado e difuso perfil do sistema. Algúns discursos esquecen que os servizos sociais xa eran o nomeado “cuarto pilar” do Estado de benestar, e sinalan que este posto na clasificación de sistema-pilar corresponde hoxe á dependencia (Jaráiz, 2012, 89).

### **4.3.3. Plan individual de atención**

O paso dunha sociedade que ignora e marxina a outra preocupada e comprometida está dado, mais os avances producidos non son uniformes para todas as persoas e en todos os ámbitos da vida. A autonomía defínese no artigo 2.1 da LAPAP como a “capacidade de controlar, afrontar e tomar, por propia iniciativa, decisións persoais acerca de como vivir de acordo coas normas e preferencias propias así como de desenvolver as actividades básicas da vida diaria”. E no artigo 26 clasifícase a dependencia en tres graos diferentes. O grao I, ao que denomina “dependencia moderada”, o refire á situación da persoa que necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, ao menos unha vez ao día, ou ten necesidade de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía persoal. O grao II, “dependencia severa”, é a situación da persoa que ten necesidade de apoio extenso para a súa autonomía persoal, ou que necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dous ou tres veces ao día, sen precisar o apoio permanente dun coidador/a. E por último, o grao III, ou “gran dependencia”, refírese á persoa que necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, o apoio indispensable e continuo doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal.

No artigo 29.1 da LAPAD dáse resposta á necesidade da atención ás persoas en situacións de dependencia, á promoción da súa autonomía persoal, calidade de vida e igualdade de oportunidades. A proposta consiste nun procedemento que pretende respectar o principio de autonomía das persoas e que se denomina Programa individual de atención (PIA):

Artigo 29. Programa Individual de Atención.

1. No marco do procedemento de recoñecemento da situación de dependencia e as prestacións correspondentes, os servizos sociais correspondentes do sistema público establecerán un Programa Individual de Atención no que se determinarán as modalidades de intervención máis axeitadas as súas necesidades de entre os servizos e prestacións económicas previstos na resolución para o seu grao e nivel, coa participación previa consulta e, no seu caso, elección entre as alternativas propostas do beneficiario e, no seu caso, da súa familia ou entidades tutelares que lle represente.

O PIA ten unha formulación xenérica na LAPAD e na práctica conta con dúas fases ben diferenciadas; unha primeira na que se recoñece o dereito á situación de dependencia indicando os servizos que poden corresponder á persoa usuaria segundo

a valoración recoñecida en dependencia, e unha segunda fase na que se elabora o PIA en colaboración coa persoa usuaria de maneira individualizada, e se concreta a modalidade de intervención máis axeitada segundo as necesidades da persoa, determinándose o servizo ou prestación específica.

O catálogo de servizos que recolle a LAPAD no artigo 15.1 para aquelas persoas ás que se lles recoñece a situación de dependencia, e sempre que se contemple no seu PIA, son as seguintes: prevención das situacións de dependencia e promoción da autonomía persoal; teleasistencia; atención a domicilio; atención en centro de día ou centro de noite, e atención residencial de carácter temporal ou permanente. E as prestacións económicas da LAPAD, segundo o calendario de aplicación, para aquelas persoas ás que se lles recoñece a situación de dependencia, e sempre que tamén se contemple no seu PIA, son as seguintes: prestación económica vinculada ao servizo (artigo 17), prestación económica para coidados no contorno familiar e apoio a coidadores/as non profesionais (artigo 18), e prestación económica de asistencia persoal (artigo 19).

#### **4.3.4. Relación co Sistema de Servizos Sociais**

A creación dun sistema de atención á dependencia partindo da LAPAD está conectado cos sistemas autonómicos de servizos sociais, de tal xeito que, aínda mantendo a autonomía do novo sistema, intégrase nos servizos sociais existentes. A peculiaridade reside en que o Sistema para a Autonomía Persoal e Atención á Dependencia (SAAD) está incluído dentro do Sistema de Servizos Sociais, e que ten maior forza xurídica que o Sistema no que se inclúe (dado que a LAPAD é lexislación do Estado e regula condicións básicas). O SAAD configúrase como unha rede de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros e servizos, públicos e privados (artigo 6.2 da LAPAD), e estes centros e servizos intégranse na Rede de Servizos Sociais de cada Comunidade Autónoma (artigo 16.1 da LAPAD).

A conexión do SAAD cos servizos sociais queda recollida ao longo de toda a LAPAD e ao mesmo tempo orixina un cambio nas leis autonómicas de servizos sociais incorporando ao seu contido as disposicións establecidas. O artigo 11.1 da LAPAD, sobre a participación das CCAA no Sistema, afirma o seguinte:



Artigo 11.1. No marco do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia, corresponden ás Comunidades Autónomas, sen prexuízo das competencias que lles son propias segundo a Constitución Española, os Estatutos de Autonomía e a lexislación vixente, as seguintes funcións:

- a) Planificar, ordenar, coordinar e dirixir, no ámbito do seu territorio, os servizos de promoción da autonomía persoal e de atención á persoas en situación de dependencia.
- b) Xestionar, no seu ámbito territorial, os servizos e recursos necesarios para a valoración e atención da dependencia.
- c) Establecer os procedementos de coordinación sociosanitaria, creando, no seu caso, os órganos de coordinación que procedan para garantir unha efectiva atención.
- d) Crear e actualizar o Rexistro de Centros e Servizos, facilitando a debida acreditación que garanta o cumprimento dos requisitos e os estándares de calidade.
- e) Asegurar a elaboración dos correspondentes Programas Individuais de Atención.
- f) Inspeccionar e, no seu caso, sancionar os incumprimentos sobre requisitos e estándares de calidade dos centros e servizos e respecto dos dereitos dos beneficiarios.
- g) Avaliar periodicamente o funcionamento do Sistema no seu territorio respectivo.
- h) Achegar á Administración Xeral do Estado a información necesaria para a aplicación dos criterios de financiamento previstos no artigo 32.

En definitiva, as leis autonómicas de terceira xeración de servizos sociais promulgadas trala LAPAD inclúen a atención á dependencia, antes dispensada polas CCAA no ámbito dos servizos sociais, dándolles un pulo importante e formulando un reto difícil: afrontar a dependencia mediante prestacións esixibles, de dereito subxectivo das administracións públicas e garantidas por estas (Alemán e al 2011, 75-77).

No proxecto de construción da lexislación de servizos sociais interveñen actualmente, ademais das leis de servizos sociais e a LAPAD, outras normas que achegan elementos substantivos e organizativos, como por exemplo a Lei 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social dos Minusválidos (LISMI), que é un dos textos pioneiros e de referencia no regulamento dos servizos sociais; a Lei 7/1985, de 2 de abril, reguladora das Bases de Réxime Local que establece os principios e criterios para o reparto competencial no ámbito local; o Real Decreto Lexislativo 1/1994, de 20 de xuño, polo que se aproba o Texto Refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en relación aos servizos sociais do sistema; ou a Lei Orgánica 1/1996, de 15 de xaneiro, de Protección Xurídica do Menor, de modificación do Código Civil e da Lei de Axuizamento Civil. Nesta configuración do contexto lexislativo dos servizos sociais do Estado español habería tamén que sinalar a Lei Orgánica 5/2000, de 12 de xaneiro, reguladora da Responsabilidade Penal dos Menores, que remite a súa execución ás CCAA; a Lei Orgánica 2/2009, de 11 de decembro, de reforma da Lei Orgánica 4/2000, de 11 de

xaneiro, sobre Dereitos e Liberdades dos Estranxeiros en España e a súa Integración Social; a Lei 16/2003, de 28 de maio, de Cohesión e Calidade do Sistema Nacional de Saúde, que establece a prestación de atención sociosanitaria; e a Lei Orgánica 1/2004, de 28 de decembro, de Medidas de Protección Integral contra a violencia de xénero, que garante o dereito de todas as vítimas á asistencia social integral.

Concretamente en Galicia, o desenvolvemento normativo da LAPAD, en especial no que respecta aos requisitos e condicións para cada tipo de servizo e/ou libranza, as intensidades de protección dos servizos, o réxime de compatibilidades entre os servizos e libranzas e os criterios para a xestión das prestacións do SAAD, abórdase a través da Orde de 2 de xaneiro de 2012, de desenvolvemento do Decreto 15/2010, de 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do SAAD, o procedemento para a elaboración do PIA e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. A norma inclúe diversas novidades orientadas a optimizar os recursos, mellorar a calidade do servizo, axilizar todo o proceso de tramitación e, en definitiva, a dar unha mellor resposta ás persoas en situación de dependencia (González, dir., 2013, 284-285).

#### **4.3.5. Recapitulación**

A LAPAD tería un triplo valor engadido (Moreno, 2012, 107-110). Por un lado, ofrecer a cobertura dunha lagoa de protección asumida até o de agora polas mulleres; por outro, reforzar o desenvolvemento do Estado de benestar e dos dereitos sociais; e por último, favorecer unha maior igualdade territorial entre as distintas comunidades do Estado. Ademais a LAPAD ten contribucións relevantes para os servizos sociais, algunhas de carácter substantivo xa subliñadas, como o establecemento do dereito subxectivo ás prestacións sociais e servizos; outras de carácter organizativo, como é a opción pola administración cooperativa, o que marca un punto de inflexión e o nacemento de novas tendencias nos servizos sociais (Casado, 2010, 21-22).

A existencia dunha lei que trata de dar resposta a necesidades sociais de tal magnitude é moi positiva, mais dende o principio son varios os autores e entidades que anunciaron as grandes dificultades económicas, prácticas e temporais, no baremo de valoración, nas necesidades de diálogo entre administracións, ou no calendario de implantación para desenvolver os contidos da LAPAD (Amor, 2010, 83-87; Casado, 2011, 232-235;...). O importante e duradeiro non é tanto a promulgación de leis ou

normas como a súa execución. Tampouco será suficiente con ter boa vontade e o desenvolvemento de iniciativas, senón que cómpre supervisar a execución das mesmas e avaliar os resultados, pois haberá que ponderar os custos e beneficios das intervencións sociais e garantir o dereito ao apoio social (Verdugo, 2009, 5-21).

A LAPAD trata de facer compatible a intervención financeira e reguladora da Administración Xeral do Estado cos sistemas de servizos sociais, competencia exclusiva das CCAA. Mais a previsión da achega económica do Estado é insuficiente para ter un impacto crítico en clave de universalización, equidade e garantía de dereitos duns servizos sociais de cobertura e intensidade suficiente para as persoas en situación de dependencia (Casado, 2011, 232-235). O desenvolvemento e a xestión da LAPAD é variable en cada territorio, mais o informe sobre os costes do SAAD (Barriga, 2010) pon de manifesto que o SAAD atende a 758.000 persoas, e que aínda ten pendente de atender a un 27% do total de persoas con dereito esixible (275.000 persoas). E así, a falta de cobertura da LAPAD dende o ano 2012, concrétase na redución do número de prestacións do goberno central, no incremento das achegas económicas das persoas usuarias no sistema de copago, na redución da intensidade do servizo de axuda a domicilio, na falta de incorporación ao sistema das persoas con menor grao de dependencia e na finalización da cotización social para as persoas coidadoras dos seus familiares (Fundación FOESSA, 2013, 14).

A pesar das sucesivas reformas adoptadas nos últimos anos en relación ao calendario de aplicación da LAPAD, xa se contemplan dous anos e medio de demora en relación ás previsións iniciais para a inclusión das persoas xa valoradas cunha dependencia moderada no SAAD. Bloquéanse ademais os procesos de recoñecemento, con excepción das persoas con dependencia severa e grandes dependentes que poden continuar solicitando a valoración en dependencia e o recoñecemento do dereito (González, dir., 2013, 24-28). Confírmase desta maneira unha tendencia a limitar a tutela do SAAD á dependencia significativa que se concentra nos graos de severa e gran dependencia, atribuíndo menor urxencia á protección de persoas con dependencia moderada.

Malia que os servizos sociais vinculan dende o nacemento a súa propia historia, actividades e compromiso ás persoas en situación de vulnerabilidade (dependencia, discapacidade, exclusión, desprotección), é no momento actual cando cómpre estudar o notable incremento na poboación de persoas en situación de dependencia e, de xeito

directamente proporcional o importante aumento dos conflitos axiolóxicos na intervención social.

#### **4.4. Implicacións éticas na intervención social**

A acción social historicamente afronta problemas e necesidades sociais caracterizadas por unha gran complexidade, temendo invadir coas súas actuacións os terreos da política ou da ética social, especialmente en cuestións que toman como referencia as desigualdades sociais e culturais, a exclusión e a marxinação, as drogodependencias, a inmigración ou mesmo o desemprego.

As implicacións éticas afectan aos diferentes niveis da intervención social e en numerosas ocasións xorden ao abeiro da evolución lexislativa. Convén agora identificar a presenza de problemas éticos no desenvolvemento cotiá da intervención social sinalando varias cuestións puntuais, concretamente as controversias detectadas entre os avances tecnolóxicos e o respecto á autonomía e á intimidade de cada persoa, e as diferenzas territoriais na atención ás persoas usuarias dos servizos sociais.

A Asociación Estatal de Directores e Xerentes de Servizos Sociais (AEDGSS) e o Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Madrid, elaboran un Manifesto no ano 2005 co título “Ideas, argumentos e propostas sobre os servizos sociais, a autonomía persoal e a protección ás persoas en situación de dependencia”, sinalando vinte e sete propostas sobre os servizos sociais e a atención ás persoas en situación de dependencia. A primeira achega que fai referencia aos dereitos das persoas usuarias, a número dezanove, recolle que a aplicación de novas tecnoloxías ofrece un gran potencial prestacional na protección ás persoas en situación de dependencia e que implican tamén a necesidade de non pasar polo alto algúns riscos ou efectos negativos. Por este motivo exprésase a necesidade de establecer códigos de vixilancia ética para valorar as consecuencias das novas tecnoloxías na vida das persoas en situación de dependencia e das persoas cuidadoras.

Recoñécese, por suposto, a utilidade das novas tecnoloxías na autonomía persoal, na realización de tarefas da vida diaria, na prevención de discapacidades, ou na asistencia a persoas con diversidade funcional, apostando decididamente pola súa inclusión na Carteira de servizos de atención ás persoas en situación de dependencia. Pero sublíñase tamén a necesidade de contemplar algúns perigos que poderían

implicar, particularmente nun contorno tan sensible como é a vida privada, que ten a súa expresión máis xenuína no domicilio persoal-familiar. Por este motivo advírtese tamén do risco de que determinadas tecnoloxías para o coidado ou control de persoas en situación de dependencia no seu fogar substitúan a presenza directa de persoas coidadoras, aumentando os problemas de illamento e soidade. E non menor ameaza trae consigo a intromisión na intimidade e o control, máis alá do necesario ou desexable, que pode supoñer o desenvolvemento destas tecnoloxías.

Para afrontar estes riscos fórmulanse códigos de vixilancia ética e a súa permanente revisión e posta ao día, así como a configuración de comités de ética nos centros e servizos responsables de prescribir, xestionar ou realizar o seguimento destas tecnoloxías. Insístese pois na necesidade de unir a tecnoloxía a unha visión ética e unha perspectiva humana e relacional, coa finalidade de paliar o perigo de deteriorar algúns dos dereitos, capacidades e expectativas máis humanas.

Actualmente o modelo de servizos sociais de cada Comunidade Autónoma integra as propostas da LAPAD. Mais, un dos problemas derivados da competencia exclusiva das CCAA en materia de asistencia social é a desigualdade territorial que se produce en función do lugar de residencia das persoas, o que repercute no seu benestar. E así, as persoas ou as unidades de convivencia gozan de diferentes graos de protección social por parte dos servizos sociais segundo a Comunidade Autónoma na que residan. Por este motivo, nos casos de traslado de lugar de residencia, existe unha ruptura na continuidade de coidados e apoios ás persoas. Soamente Euskadi, Cataluña, Baleares e Valencia contemplan a colaboración entre CCAA como parte da súa intervención.

Por outro lado, as diferenzas nos modelos organizativos nas distintas CCAA, tanto na dotación de persoal especializado como na relevancia de que se dota a cada sector, soen responder máis á sensibilidade política ou ás capacidades de presión que a estudos rigorosos das necesidades da poboación (Casado, 2011, 232-252). Esta realidade afecta a cada cidadán e a cada cidadá, porque non conta coa posibilidade de elixir entre diferentes servizos. As persoas usuarias deben adaptarse aos servizos do seu contorno, non ao que realmente precisan. Existen tamén diferenzas nos criterios de acceso aos mesmos: baremos, listaxes de agarda, emerxencias... Dándoselle máis importancia aos aspectos organizativos que ás necesidades, cun exceso de procesos burocratizados que fan primar a xestión sobre as cuestións de fondo da propia realidade.

A natureza sitúa aos individuos en contornos e condicións moi diferentes, fai ás persoas diversas en capacidades, vivencias e no acceso ás oportunidades, e orixina que as necesidades humanas varíen enormemente duns lugares a outros. Todas as cuestións mencionadas até o momento teñen alto contido bioético e apuntan á revisión de criterios de dignidade e de respecto ás persoas, así como da súa autonomía, e incluso de xustiza social.

#### **4.5. Os comités de ética en intervención social na lexislación de servizos sociais**

Desenvolver un percorrido pola lexislación do Estado español na procura da presenza dos comités de ética en intervención social (CEIS) implica deterse previamente na Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (LAPAD) para logo continuar o percorrido pola análise das leis de servizos sociais das distintas CCAA.

E así, determinar o procedemento para desenvolver o Programa individual de atención (PIA), recollido no artigo 29.1 da LAPAD, é dicir, establecer as responsabilidades, o período de revisión, a participación das persoas usuarias para expresar as súas preferencias, ou documentar a avaliación das necesidades e avances cara as metas establecidas, pode achegar aos servizos sociais un proceso de actuación coherente coa presenza de comités de ética en intervención social. Persoas distintas, con diferentes niveis de vulnerabilidade, con distintos proxectos de vida, nunha sociedade plural, poden acadar maiores niveis de autonomía se se lles considera axentes activos na participación e na xestión dos distintos programas e/ou servizos.

Algunhas leis de servizos sociais de diferentes CCAA tamén incorporan a creación dun instrumento que velará para que a praxe asistencial non vulnere os dereitos inherentes á condición humana. Trátase dos comités de ética en intervención social.

Polo tanto a dimensión ética xa está presente nalgunhas das leis de servizos sociais do territorio español, e os regulamentos dos CEIS recollen este feito. A referencia ás leis de servizos sociais fai coherente a relación entre as distintas normas que afectan á intervención social dun territorio, e os propios CEIS refórzanse na medida en que a lei de servizos sociais incide na necesidade de mellorar a calidade e promover os valores e as boas prácticas relativas á ética no ámbito dos servizos sociais.

É o caso de Euskadi, onde o título VI da Lei 12/2008, de Servizos Sociais, está dedicado á mellora e desenvolvemento do Sistema de Servizos Sociais, indicando que a dimensión ética ten que estar presente na práctica profesional, así como a inclusión das recomendacións e pautas de actuación derivadas dos comités de ética da Comunidade Autónoma.

Artigo 77.3.c) Sensibilizar ás persoas profesionais dos servizos sociais, e en particular ás profesionais e aos profesionais que desenvolven a súa actividade nos servizos e centros, respecto á dimensión ética e bioética presente na súa práctica profesional, podendo promover ao efecto programas de formación, iniciativas de investigación e canles de difusión e divulgación das recomendacións e pautas de actuación derivadas da actuación dos comités de ética que actúan na Comunidade Autónoma de Euskadi no ámbito dos servizos sociais e sociosanitarios.

Ou a Lei 4/2009, de Servizos Sociais de Baleares, onde se alberga a creación do CEIS como órgano consultivo, interdisciplinar e independente, establecendo ademais as súas finalidades e mesmo a composición.

Artigo 46. O Comité de ética de servizos sociais.

1. O Comité de ética de servizos sociais das Illas Baleares é un órgano colexiado, consultivo, interdisciplinario e independente. As súas finalidades son sensibilizar ao persoal dos servizos e centros respecto da dimensión ética na práctica que desenvolvan, garantir o dereito as persoas ao respecto da súa personalidade, dignidade humana e intimidade, sen ningunha discriminación, así como identificar, analizar e avaliar os aspectos éticos da práctica social.

2. Regularase regulamentariamente a súa composición con criterios de pluralidade. Está integrado por profesionais de prestixio recoñecido no ámbito dos servizos sociais, propostos polos respectivos colexios profesionais, a Universidade das Illas Baleares e o Consello Económico e Social.

3. As entidades que o integran designarán ás persoas que son os seus representantes de acordo coas súas normas competenciais e de procedemento.

No caso da Lei Foral 15/2006, de Servizos Sociais de Navarra créase, no artigo 46, o Comité de ética na atención social.

Artigo 46. Comité de ética a atención social de Navarra.

1. O Comité de ética na atención social de Navarra é un órgano colexiado consultivo, interdisciplinar e independente que ten por finalidade sensibilizar ao persoal dos servizos e centros respecto da dimensión ética presente na práctica que desenvolven e garantir o dereito das persoas ao respecto da súa personalidade, dignidade humana e intimidade, sen discriminación algunha, así como identificar, analizar e avaliar os aspectos éticos da práctica social.

2. Regulamentariamente regularase a composición do Comité de ética con criterios de pluralidade, que estará integrado por profesionais de recoñecido prestixio no ámbito dos servizos sociais e doutros sistemas de protección social, a proposta das organizacións profesionais respectivas.

3. Regulamentariamente determinaranse as funcións específicas do Comité de ética, que en todo caso comprenderán as seguintes:
  - a) Funcións de docencia sobre cuestións de ética en relación coa atención social.
  - b) Funcións de investigación sobre cuestións de ética en relación coa atención social.
  - c) Funcións de consulta e ditame sobre cuestións de ética en relación coa atención social.
4. Regulamentariamente regularase o establecemento de Comités de ética de carácter sectorial ou de centro, con análogas funcións ás do comité regulado neste artigo.

Na Lei 12/2007, de Servizos Sociais de Cataluña, no artigo 82.1 establécese o principio de calidade como reitor do sistema dos servizos sociais e dos dereitos das persoas usuarias e, dedica ademais o artigo 86 á deontoloxía profesional, incidindo en que o departamento competente en asuntos sociais, promoverá os valores e boas prácticas relativas á ética no ámbito dos servizos sociais.

Artigo 82.1. A calidade dos servizos sociais é un principio reitor do sistema de servizos sociais e un dereito dos usuarios. Esta calidade debe basearse nas novas modalidades e técnicas prestacionais dispoñibles para permitir que os servizos sociais melloren e se adapten de forma continuada.

Artigo 86.3. Corresponde ao departamento competente en materia de servizos sociais promover os valores e as boas prácticas relativas á ética no ámbito dos servizos sociais.

E finalmente en Asturias, a Lei 1/2003, de Servizos Sociais, enuncia que as administracións públicas promoverán a constitución de consellos asesores e consultivos que desenvolvan as súas funcións nos distintos ámbitos dos servizos sociais, establecendo así o marco óptimo para o nacemento do CEIS en Asturias.

Artigo 38. Consellos asesores de carácter sectorial.  
As administracións públicas promoverán a constitución de consellos asesores e consultivos, que realizarán ditas funcións nos distintos ámbitos de actuación dos servizos sociais.

Realizando unha análise bioética da Lei 13/2008, do 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia (LSSG), aínda que non consta ningunha alusión expresa, o contido recollido nalgúns artigos podería favorecer a creación dun Comité de ética en intervención social en Galicia.

No artigo 3, dedicado aos obxectivos do Sistema galego de Servizos Sociais, a LSSG incide en garantir a vida independente e a autonomía das persoas usuarias (artigo 3.b), así como en facilitar a aplicación efectiva nos servizos e programas de políticas



transversais que repercutan na eliminación de todo tipo de discriminación selectiva e de exclusión social (artigo 3.h).

Artigo 3. Obxectivos do sistema galego de servizos sociais.

b) Garantir a vida independente e a autonomía persoal das persoas en situación de dependencia integrando, para estes efectos, o catálogo de prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia.

h) Facilitar a aplicación efectiva nos seus servizos e programas de políticas transversais que incidan na eliminación de todo tipo de discriminación selectiva e exclusión social

No artigo 6, no que se fan explícitos os dereitos das persoas en relación aos servizos sociais, son numerosas as cuestións bioéticas presentes, ben porque se alude a aspectos valorativos da intervención social, ou ben porque se contempla o desenvolvemento de novos procedementos na atención ás persoas usuarias. E entre estas cuestións cómpre salientar as seguintes: o respecto á dignidade da persoa, da súa autonomía, intimidade e benestar (artigo 6.1); a igualdade na utilización do sistema de servizos sociais (artigo 6.3.a); o trato coherente coa dignidade da persoa e co respecto dos dereitos e das liberdades fundamentais (artigo 6.3.b); a intervención individualizada (artigo 6.3.c); a confidencialidade (artigo 6.3.f); a elección libre do tipo de medidas ou de recursos (artigo 6.3.h); a posibilidade de rexeitar a participación en servizos ou programas, ou, se é o caso, a que o seu consentimento, libre e expreso, sexa requirido para o ingreso nun centro ou a participación nun programa (artigo 6.3.i); a posibilidade de facer achegas de cara á mellora da calidade dos servizos e prestacións recibidas (artigo 6.3.k); e ademais, en previsión de futuras situacións contéplase a posibilidade de facer instrucións previas (6.3.l).

Artigo 6. Dereitos das persoas en relación cos servizos sociais.

1. O respecto da dignidade da persoa, da súa autonomía e intimidade e do seu benestar orientará a actuación pública e a actividade das persoas profesionais e entidades xestoras de servizos sociais.

3. Así mesmo, todas as persoas, en tanto que usuarias ou usuarios dos servizos sociais, terán os seguintes dereitos en relación co sistema galego de servizos sociais:

a) A utilizar o sistema de servizos sociais en condicións de igualdade e sen discriminación por razón de nacemento, raza, sexo, orientación sexual, estado civil, idade, situación familiar, discapacidade, ideoloxía, crenza, opinión ou calquera outra circunstancia persoal, económica ou social.

b) A recibir un trato acorde coa dignidade da persoa e co respecto dos dereitos e das liberdades fundamentais, tanto por parte do persoal coma das persoas implicadas no centro, programa ou servizo.

c) A unha intervención individualizada acorde coas súas necesidades específicas, así como a que se lles asista nos trámites necesarios de cara ao seu acceso á atención social, sanitaria, educativa, cultural e, en xeral, a todas as necesidades persoais que sexan precisas para conseguir o seu desenvolvemento integral.

f) Á confidencialidade, ao sigilo e ao respecto en relación cos seus datos persoais e coa súa información que sexa coñecida polos servizos sociais en razón da intervención profesional, sen prexuízo do posible acceso a aqueles no exercicio dunha acción inspectora, de conformidade coa lexislación vixente en materia de protección de datos de carácter persoal.

h) A elixir libremente, dentro da capacidade de oferta do sistema e logo da valoración técnica, o tipo de medidas ou de recursos adecuados para o seu caso.

i) A rexeitar a oferta de participación en servizos ou programas que lles oferte o sistema, ou, se é o caso, a que o seu consentimento, libre e expreso, sexa requirido para o ingreso nun centro ou a participación nun programa, sen prexuízo do cumprimento debido das resolucións xudiciais cando estea limitada a súa capacidade de obrar.

k) Á calidade dos servizos e prestacións recibidas, para o que poden presentar suxestións e reclamacións.

l) A dar instrucións previas respecto da asistencia ou dos coidados que se lles poidan administrar, co obxecto de facer fronte a situacións futuras en cuxas circunstancias non sexan capaces de expresalas persoalmente.

No artigo 7.e) da LSSG recóllese un aspecto interesante en canto aos deberes das persoas usuarias dos servizos sociais de Galicia, no que se subliña a necesidade de que a persoa participe activamente no seu proceso de mellora, autonomía persoal e inserción social.

Artigo 7. Deberes das persoas en relación cos servizos sociais.

e) Participar de xeito activo no seu proceso de mellora, autonomía persoal e inserción social.

A mesma LSSG recolle no artigo 49.1 que a calidade do Sistema galego de Servizos Sociais constitúe un principio xeral do Sistema e un dereito das persoas usuarias.

Artigo 49. Disposicións xerais

1. A calidade do sistema galego de servizos sociais constitúe un principio xeral del, así como un dereito das persoas usuarias.

2. As exixencias de calidade afectarán por igual a todo o sistema, tanto de iniciativa pública coma privada concertada.

3. O sistema de calidade terá sempre como referente o nivel de satisfacción das necesidades das persoas en relación cos servizos sociais.

Posteriormente, entre os criterios de calidade do Sistema galego de Servizos Sociais, a LSSG sinala o seguimento e a avaliación permanente como estratexias para procurar a mellora continuada da calidade (artigo 50.c).

Artigo 50. c) O seguimento e a avaliación permanente, orientando o sistema de calidade á súa mellora continuada.

A LSSG tamén contempla que o Plan de calidade ten que incluír instrumentos de mellora globais e sectoriais (artigo 51.3.b), ademais dos resultados dos

procedementos de participación das persoas usuarias e das súas familias ao longo do proceso de intervención (artigo 51.3.c). Esta tamén pode ser unha vía para a creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

Artigo 51.3. O Plan de calidade debe incluír, en todo caso, as seguintes previsións:

- b) Os instrumentos e sistemas de mellora globais ou sectoriais.
- c) Os estudos de opinión e os resultados dos procedementos de participación das persoas usuarias e das súas familias.

Arredor dos diferentes artigos da LSSG aquí mencionados e, por suposto, na práctica diaria da intervención social, xurdirán infinidade de cuestións axiolóxicas, tanto en relación coas persoas usuarias como coas profesionais, dado que os valores forman parte da propia toma de decisións. Xa que logo, co fin de favorecer a protección dos dereitos humanos, a mellora da práctica asistencial e o benestar integral das persoas usuarias dos servizos sociais, sería moi valiosa a creación do Consello de ética en intervención social en Galicia.

## **5. DESENVOLVEMENTO DOS SERVIZOS SOCIAIS NO ESTADO ESPAÑOL**

Un elemento característico dos servizos sociais modernos é fuxir da beneficencia pública e da concepción de servizo para as persoas con menos recursos económicos, procurándose así uns servizos sociais universais. Pero en realidade, tendo en conta os datos dos informes que se van analizar de seguido, a universalidade ten escasos efectos reais porque a disposición de medios non é suficiente e dáse prioridade sempre ás persoas con renda máis baixa, opción lexítima pero contraria á universalidade (Aguilar, Llobet e Pérez, 2010, 410-414).

Semella que estes síntomas aluden a un problema do sistema de servizos sociais que ten máis fondura que a que vén derivada dun incremento puntual da demanda por asumir nun breve período de tempo o SAAD (maior volume de poboación atendida e dificultades pola introdución da lóxica do dereito subxectivo). Parte do problema está relacionado co encaixe insatisfactorio dos servizos sociais no Estado de benestar español, debido a que se están solapando dúas concepcións da acción social pública que son incoherentes entre si: “Por unha parte, a concepción que herdamos do réxime da asistencia liberal (fundado na beneficencia pública) e que tentou

modernizarse nos anos 60 e 70 en forma de asistencia social. Esta concepción prevía un dispositivo de atención global á pobreza (en varios ámbitos, como o económico, o sanitario, o educativo, etc.), separado da protección social (previsión social ou seguridade social) do groso da poboación traballadora. É dicir, prevía a existencia dun dispositivo institucional encargado de facerse cargo dos pobres. A súa consistencia provén de ter como obxecto o conxunto das necesidades dunha parte da poboación. A outra concepción, froito do desenvolvemento dun Estado de benestar moderno e complexo, diferencia dispositivos institucionais encargados de atender diferentes partes das necesidades da poboación. Así, este modelo de Estado de benestar artículase en torno a sectores da acción social pública e non de grupos de poboación. A súa coherencia técnica, condición da súa eficacia e eficiencia, deriva de atender unha parte definida das necesidades do conxunto da poboación” (Aguilar et al., 2010, 414).

Estas posicións contrapostas coexisten nas concepcións e estruturas procedentes da antiga beneficencia pública e tamén da seguridade social, que son os actuais servizos sociais, e nunha delimitación insatisfactoria das funcións específicas dos servizos sociais como sector cun novo modelo. De aí que o tránsito dun modelo de atención de todas as necesidades dunha parte da poboación ao modelo de atención dunha parte das necesidades da poboación (toda ou parte, segundo se opte ou non por un modelo universalista) tense desenvolvido soamente a medias. E neste momento histórico vai estar especialmente condicionado polo contexto socioeconómico actual, no que teñen aumentado de forma alarmante as situacións de vulnerabilidade social, como consecuencia, entre outros aspectos, do paro de longa duración, das condicións laborais precarias, da complexidade das situacións das familias en canto ao acceso á vivenda, do envellecemento da poboación e do aumento das persoas en situación de dependencia.

O Estado de benestar contribúe á eficiencia económica ofrecendo seguridade e protección social como garante de cohesión social, e por iso o benestar insuficiente soamente pode conducir a unha economía menos dinámica, máis ineficaz e máis inxusta (Navarro, Torres e Garzón, 2011, 103-105). Pero paralelamente, tamén os axustes económicos realizados por parte das administracións competentes provocan a desaparición e/ou diminución de servizos e programas que estaban a dar resposta a estas situacións. E dada a debilidade das redes de protección social, o crecemento do desemprego podería traducirse no empeoramento da situación dos fogares con

menores rendas e nunha distribución desigual dos efectos da crise na sociedade española (Ayala, Cantó e Martínez, 2010, 55-57).

Na análise das actitudes dos españoles e españolas cara o Estado de benestar (Arriba, Calzada e Del Pino, 2006, 46-47), unha cuestión moi significativa é o escaso apoio que reciben as fórmulas nas que se lle pregunta á cidadanía por algún grao de intervención privada nos servizos sociais, na educación ou na sanidade. É máis, arredor dun 70% da cidadanía mostra a súa preferencia por un modelo no que o Estado teña o papel principal. As preferencias respecto a un modelo público para a provisión do benestar ten variado moi pouco nos últimos vinte anos, e se o fixo foi probablemente para consolidarse, debido a que a cidadanía considera aínda modesto o grao de desenvolvemento do Estado de benestar (Arriba et al., 2006, 101-104). En relación ás actuais reformas do Estado de benestar, en xeral, a sanidade é a política na que a cidadanía está menos disposta a aceptar unha diminución do gasto.

As causas do grao de insatisfacción respecto do sistema de servizos sociais está estreitamente relacionado co nivel de exclusión social e económica da poboación, de feito, das persoas en situación de exclusión severa, máis do 63% móstrase pouco ou nada satisfeitas co sistema de servizos sociais, mentres que o grao de satisfacción do resto das persoas é moito máis elevado. As causas desta insatisfacción, a xuízo das persoas enquisadas, son a lentitude e a burocracia para resolver os trámites, a falta de respostas adecuadas á situación, a ausencia de información e as listaxes de agarda (Aguilar et al., coord., 2010, 410-414).

Pode ser evocador a seguinte fragmento sobre a repercusión da crise e da fractura social no Estado español: "A interpelación do Estado de benestar en Europa e a situación de contención do gasto social existían xa antes da crise. Non obstante, a presión actual pola redución do déficit ten situado o gasto social no punto de mira dos gobernos europeos intensificando e acelerando a transformación das políticas sociais. Deste modo, as propostas de asistencialización da protección social ou unha crecente presenza da provisión privada de servizos de benestar en detrimento dos servizos públicos están atopando viabilidade nun contexto de escasa capacidade de contestación social por parte da sociedade en xeral dos axentes sindicais en particular. Este sería o caso de España, con reformas da lexislación laboral tendentes a abaratar os costes de despido ou medidas dirixidas a reducir a protección pública nos sistemas de pensións, sanitarios ou educativos. Certamente a presente crise destaca polo seu

impacto nos dereitos colectivos e a ameaza que elo supón á condición cidadá” (Laparra e Pérez, coord., 2012, 27).

Os datos concretos detectan esta mesma tendencia. O VIII Informe do Observatorio da Realidade Social de Cáritas constata o empobrecemento da sociedade e o risco de fractura social que, máis aló da conxuntura da crise, “implican a consolidación dunha nova estrutura social onde crece a espiral da escaseza e o espazo da vulnerabilidade” (Cáritas, 2013, 3). Existe ademais un conxunto de fenómenos que poden medirse como consecuencia de dita crise (Montagut, 2014, 222-227), como son, por exemplo, a desprotección no mercado laboral, a redución da salarios, a destrución de ocupación por parte do sector, a aparición de nova pobreza e a perda do emprego e/ou da vivenda en moitos casos. Todos estes aspectos implican o incremento da desigualdade e afectando de maneira diferente a uns e outros colectivos, a unhas e outras persoas, e con distinta dureza dependendo da estrutura produtiva e do sistema de protección de cada territorio do Estado español. Estas cuestións teñen derivado no incremento da pobreza e da desigualdade social, afectando ás partes máis vulnerables da sociedade.

Mais a crise socializou o sentimento de vulnerabilidade, facendo incluso que a poboación do Estado español manifeste unhas das opinións máis pesimistas de Europa sobre o seu futuro inmediato (Laparra e García, 2010, 81-83). Este sentimento de vulnerabilidade non é exactamente o mesmo que a súa vulnerabilidade obxectiva, entendida como a exposición ao risco, pero si vén expresando un modelo de integración social baseado de forma excesiva na dinámica do mercado (do traballo, da vivenda, do crédito,...), ofrecendo escasos elementos sólidos aos que agarrarse en tempos de dificultade.

Por outro lado, o informe publicado por *Save the Children España* (Sastre, coord., 2015, 49-122) critica que o investimento en políticas de educación da Administración Xeral do Estado e das CCAA diminuíra nun 10,94% entre 2007 e 2013, mentres que o gasto medio por fogar en educación das familias incrementouse un 30,3% dende 2006 até 2013, cando os fogares teñen perdido máis do 10% da súa renda dende 2009. Canarias, Murcia, Extremadura, Andalucía e Castela-A Mancha son as cinco CCAA, xunto con Ceuta, con maior pobreza infantil, e tamén as que rexistran niveis máis baixos de equidade educativa. Tan só Euskadi presenta valores "moi altos" de equidade educativa; Madrid, Cataluña, Navarra e Aragón, valores "altos"; Baleares, Comunidade Valenciana, Galicia, Castela-León, Asturias, Cantabria, A Rioxa, "medio baixos"; Ceuta,

Castela-A Mancha, Andalucía, Extremadura e Murcia, valores "baixos", e Canarias e Melilla valores "moi baixos". O informe destaca tamén que soamente 3 de cada 10 familias gastan máis de un euro ao ano en actividades culturais e que o 30% dos fogares dos nenos e nenas dispoñen de menos de cincuenta libros.

Mais, unha educación de calidade, inclusiva e equitativa é a clave para loitar contra a pobreza e a desigualdade: "A educación é clave para romper a transmisión interxeneracional da pobreza e acadar a cohesión social" (Sastre, 2015, 126).

Para coñecer con maior fondura a singularidade da realidade social actual, son dous os informes seleccionados para analizar con maior detemento. Trátase do Informe FOESSA 2014 e do Índice de Desenvolvemento dos Servizos Sociais no Estado español do ano 2014. As achegas de ambos os dous informes poden contribuír á reflexión e ao coñecemento da difícil realidade que se está a vivir neste momento no eido social.

### **5.1. O Informe FOESSA 2014**

A Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada) constituíuse en 1965, co impulso de Cáritas Española, pola necesidade de coñecer, ante as iniciadas políticas de desenvolvemento, a situación social de España do modo máis obxectivo e continuado posible. Dende a súa orixe, os Informes sobre a situación e o cambio social de Estado español (1967, 1970, 1975, 1980-83, 1994 e 2008) teñen sinalado a importancia de coñecer a situación social mediante a análise dos procesos nos que se manifesta a evolución social, así como as estruturas e tendencias que se corresponden con eses procesos.

O VII Informe FOESSA do ano 2014, sobre exclusión e desenvolvemento social en España, analiza e diagnostica, de maneira global, a complexidade do proceso actual, incidindo na necesidade de tomar conciencia das bases que se están poñendo para o futuro como sociedade, e por tanto para o proceso de desenvolvemento humano. A busca de novos indicadores de evolución social e benestar poderían abrir novas perspectivas para outro modelo de desenvolvemento social. Este informe achégase á actual crise dende a convicción de que esta é froito dun modelo social, cultural, económico, político, antropolóxico..., ao que a propia crise retroalimenta e fortalece.

### **5.1.1. Obxecto do estudo**

O VII Informe FOESSA (Lorenzo, 2014) establece catro categorías de análise: a integración plena, a integración precaria, a exclusión moderada e a exclusión severa. Con estas categorías estúdanse aspectos como a distribución e características dos fogares, a análise do perfil da exclusión en xeral e de colectivos ou ámbitos específicos en particular, así como a erosión experimentada polo papel amortecedor das políticas sociais. O obxectivo da enquisa é cuantificar e analizar as condicións de vida e a exclusión social no Estado, e obter datos representativos a nivel nacional e a nivel de trece CCAA. O universo de estudo, a poboación de referencia, son as persoas dos fogares que se atopan en Estado español, agás Ceuta e Melilla.

### **5.1.2. Fractura social**

O Informe resalta que os factores que máis están a condicionar o aumento da fractura social son tres: o emprego (84,7% da poboación padece exclusión por desemprego ou precariedade no traballo), a vivenda (soporta exclusión por este motivo o 84,8% da poboación) e a saúde (un 60,3% da poboación pasa fame, ten dificultade para pagar medicamentos ou de seguir tratamentos).

As transformacións que a sociedade española está a experimentar en canto ao seu nivel de integración e de cohesión social no período dos seis últimos anos son graves. A creba social ten incrementado, basicamente como consecuencia de tres fenómenos: 1) a redución da actividade económica e do emprego, 2) a diminución dos salarios e 3) a menor papel compensador das políticas sociais. Algúns datos concretos poden ser relevantes para completar a descrición do contexto actual.

- 1) Por exemplo, a taxa de paro xuvenil. En España é de 55,1%, dato que dobra o dos países da Unión Europea, que, de media, era a finais do ano 2013 do 22,9%. A lectura deste dato agrávase ao ter en conta que tanto polo desalento, como polo fenómeno migratorio, téñense perdido máis de un millón e medio de mozos e mozas activos dende o comezo da crise (Fundación FOESSA, 2013, 7). Ademais, a modalidade de contratación en formación e/ou en prácticas experimentou unha subida interanual do 37% (Fundación FOESSA, 2013, 16).
- 2) O incremento dos salarios estivo por debaixo do 1% en 2013, e mantívose inferior ao crecemento dos prezos dende 2011. A caída da renda estivo vinculada á



baixada dos salarios. E ademais, a distancia entre a renda que acumula o 20% máis rico da poboación e o 20% máis empobrecido, medrou máis do 30% dende o ano 2007 (Fundación FOESSA, 2013, 16).

- 3) O número de persoas beneficiarias dunha renda de inserción duplicouse nos últimos cinco anos; pasou polo tanto de 103.000 familias en 2007 a 217.000 familias en 2012. Neste senso, as CCAA xa comezan a ter dificultades para dar resposta a estas necesidades sociais, o que leva ao estancamento de ditas rendas. Ademais, no ano 2012 produciuse un 17% máis de execucións hipotecarias que no ano anterior. E é un feito tamén a falta de cobertura da LAPAD dende o ano 2012 (cfr. *supra*, cap.1, apdo.4.3.5), que se concreta na redución do número de prestacións do goberno central, no incremento das achegas das persoas usuarias no sistema de copago, na falta de incorporación no sistema das persoas cun grao de dependencia menor até o ano 2015, e a finalización da cotización social para as persoas cuidadoras dos seus familiares (Fundación FOESSA, 2013, 14).

Deste xeito, a fractura social ensánchase un 45% no Estado español, de maneira que a categoría “integración plena” define a unha estrita minoría da sociedade española. A poboación excluída no Estado español representa xa o 25% (máis de 11,7 millóns de persoas). E o que é aínda máis grave, delas, 5 millóns atópanse en exclusión severa.

### **5.1.3. Conclusións**

Á luz destas cifras, algunhas das conclusións máis significativas que sinala o Informe FOESSA 2014 son graves e con importante relevancia na realidade social.

O Informe recolle que a solidariedade familiar e as redes de axuda resisten, pero que están comezando a debilitarse. Neste momento aínda se estaría a tempo dunha reacción colectiva que inverta as tendencias na medida en que existe un marco solidario presente na sociedade española.

O efecto amortecedor das políticas sociais no Estado español está erosionándose, tendo en conta, ademais, que dous terzos da exclusión proveñen de antes da crise. E faise preciso priorizar a atención aos fenómenos de exclusión e pobreza severa dende as políticas públicas de protección social.

Estase producindo ademais un cambio significativo de paradigma, pasando dun modelo de integración precaria da poboación a un modelo de privatización do vivir social, con todo o que implica de maneira explícita e tamén de forma implícita. Aínda que esta sería unha cuestión ben distinta, dado que o crecemento económico non resolve a pobreza, porque as causas estruturais son os elementos definitorios (estrutura produtiva, educación...) e son as que deberían variar.

A análise da falta de equidade e da pobreza confirma a debilidade deste modelo distributivo, no que hai unha alta desigualdade nas rendas primarias, unha capacidade decrecente de redistribución do sistema de impostos e un modelo de prestación pequeno (ligado ao contributivo en exceso), pouco protector e escasamente adecuado ás necesidades dos fogares en función das súas características.

Por outro lado, as reformas no sistema de benestar social en España están supoñendo unha regresión nas políticas sociais, onde o apoio dos maiores ao resto da súa familia converteuse en fonte de seguridade, pola pensión, a vivenda en propiedade e a conservación das relacións familiares. Onde a reforma da sanidade está desprazando o gasto sanitario aos fogares e ás organizacións sociais e penalizando a colectivos moi vulnerables. E onde as reducións da oferta, tanto na xestión como nas leis de servizos sociais e a desigualdade da acción do sector público nas diferentes partes do territorio español, son unha mostra máis da debilidade do sistema de protección social.

En definitiva, o Informe FOESSA 2014 incide en que a única posibilidade de consolidar un Estado de benestar redistributivo consiste no fortalecemento dos valores cívicos e o reforzamento das institucións reguladoras.

## **5.2. Índice de desenvolvemento dos servizos sociais no Estado español no ano 2014**

O exercicio da acción social implica o desenvolvemento de coñecementos, actitudes e hábitos favorecedores da comprensión e a valoración crítica dos feitos sociais e tamén dos escenarios onde estes teñen lugar. De maneira permanente lévanse a cabo análises e diagnósticos de situacións, dende os que se toman decisións contextualizadas dentro dunhas variables específicas. Isto require equipos multidisciplinares para a reflexión compartida e para o desenvolvemento de programas

de intervención. Por este motivo, os profesionais da intervención social teñen experiencia analizando feitos sociais en situacións de colaboración con outros compañeiros e compañeiras.

### **5.2.1. Obxecto do estudo**

Existen estudos que miden e valoran a pobreza e a desigualdade, ou determinados aspectos relacionados coas necesidades sociais da poboación, mais o Informe sobre o Índice de Desenvolvemento dos Servizos Sociais do ano 2014, elaborado pola Asociación Estatal de Directores e Xerentes de Servizos Sociais (AEDGSS), trata tamén de medir e avaliar o desenvolvemento das estruturas e orzamentos dun Sistema, os Servizos Sociais, que atenden as necesidades de máis de 8 millóns de persoas no Estado español.

A AEDGSS sinala que o éxito no desenvolvemento dos servizos sociais non soamente ten que ver co maior ou menor esforzo económico que realizan as administracións, polo que un maior gasto non sempre implica maior oferta de prestacións e servizos. Está demostrado que o protagonismo das entidades locais e a cooperación entre administracións ofrece unha maior cobertura e, polo tanto, unha maior eficiencia nos resultados.

O Índice valora tres aspectos esenciais no desenvolvemento de calquera sistema de protección social: 1) os dereitos e decisións políticas, 2) a relevancia económica e 3) a cobertura de servizos á cidadanía. Cada un destes aspectos valórase a partir de indicadores concretos.

- 1) Nos dereitos e decisións tense en conta se o territorio ten lei de servizos sociais de nova xeración, incluíndo por suposto o desenvolvemento da mesma a través da publicación do catálogo ou carteira de servizos, integración do Sistema de Atención á Dependencia no Sistema de Servizos Sociais, vixencia do plano estratéxico ou mapa de cobertura, inclusión do sistema de servizos sociais no estatuto de autonomía, e denominación da consellería ou departamento de servizos sociais.
- 2) A relevancia económica valórase a partir do gasto consolidado en materia de servizos sociais por habitante e ano, a porcentaxe de gasto en servizos sociais

con respecto ao PIB do territorio e a porcentaxe de gasto en materia de servizos sociais en proporción do gasto total executado pola Comunidade Autónoma.

- 3) E finalmente, a cobertura de servizos á cidadanía ten en conta a estrutura básica (traballadores/as en equipo nos centros de servizos sociais, albergues e centros de acollida, en *ratios* por habitante); a atención á dependencia (porcentaxe de persoas beneficiarias do Sistemas de Atención á Dependencia -SAAD- sobre o total da poboación, porcentaxe de persoas con ditames con dereito a prestación do SAAD e pendentes de PIA sobre o total das persoas avaliadas con dereito); as rendas mínimas de inserción (*ratio* de persoas perceptoras por habitante e valoración da contía en relación á unidade de convivencia); as prazas residenciais para persoas maiores (número de prazas por habitantes de máis de 65 anos e responsabilidade pública en número de prazas públicas); a axuda a domicilio (tendo en conta a cobertura para persoas maiores de 65 anos e a intensidade do servizo, en base ás horas para desenvolver as tarefas e cuidados); a atención ás persoas con discapacidade (porcentaxe de prazas residenciais, centros ocupacionais e centros de día); as respostas ás necesidades específicas da muller (*ratio* de prazas en centros de acollida para mulleres vítimas de violencia de xénero); e ás persoas sen fogar (tendo en conta a *ratio* de prazas de aloxamento).

### **5.2.2. Conclusións**

A conclusión máis destacable deste Índice é que os servizos sociais no Estado español están nun acentuado proceso de deterioro, nun contexto social no que son moitas as persoas e unidades de convivencia que viven unha situación crítica e que están en risco de iniciar procesos de exclusión social. Mentres os gobernos autónomos recurtaron, como media, un 10,5% os seus gastos en servizos sociais en 2013 respecto ao ano 2011, esta redución é case o dobre (un 20,8%) nas entidades locais. E a desigualdade de acceso ás prestacións nos diversos territorios do Estado é moi notable.

Concretamente, en 2014 soamente Euskadi acada un nivel de desenvolvemento medio-alto dos seus servizos sociais, e Castela e León un nivel medio. Navarra, A Rioxa, Asturias, Cataluña, Cantabria e Castela-A Mancha logran un nivel medio-baixo. E Aragón, Estremadura e Baleares obteñen unha cualificación de feble. O

desenvolvemento dos servizos sociais de Andalucía, Madrid, Galicia, Murcia, Canarias e Valencia considérase como irrelevante.

Os resultados do Índice de Desenvolvemento dos Servizos Sociais en 2014 reflicten un paradoxo importante entre o que as leis do sector proclaman e a práctica institucional en servizos sociais. É máis, o informe sinala como contradictorio que a erosión dos servizos sociais sexa paralela á promulgación de leis de nova xeración nalgúns territorios do Estado, xa que estas leis son garante dos dereitos subxectivos.

### **5.2.3. Recomendacións**

E así, trala análise dos datos expostos no Índice de Desenvolvemento dos Servizos Sociais non Estado español, a Asociación Estatal de Directores e Xerentes de Servizos Sociais (2014, 15-20) sinala varias recomendacións para tentar cambiar o rumbo actual do devir social.

Por un lado apuntan a necesidade de acordos que sumen os esforzos e posibilidades dos distintos niveis das administracións públicas. Alúdese polo tanto ao establecemento de pactos institucionais entre os gobernos autonómicos e as entidades locais para manter o nivel de competencia en servizos sociais; á procura dun compromiso por recuperar o gasto das administracións públicas en servizos sociais, polo menos aos niveis do ano 2009; á busca dun acordo da Administración Xeral do Estado e das CCAA para manter a taxa de reposición no Sistema de Atención á Dependencia, namentres haxa persoas co dereito recoñecido ás que non se lle estea ofrecendo de maneira efectiva a prestación ou servizo que lles corresponda; e o mantemento, por parte da Administración Xeral do Estado, do Plan Concertado de Prestacións Básicas de Servizos Sociais de Corporacións Locais.

Por outro lado, sinálase a necesidade da regulación por parte do Estado das condicións básicas que garantan a igualdade de todas as persoas do Estado español no exercicio do dereito ao nivel básico de protección social, incluíndo a revisión das políticas en materia de rendas mínimas de inserción para artellar prestacións que, con carácter de dereito subxectivo, poidan garantir uns ingresos mínimos para cubrir as necesidades básicas, tratando o acompañamento para a inserción social e laboral como un dereito e non como unha obriga, salvo en determinadas situacións crónicas ben identificadas.

E finalmente, sublíñase a urxencia da articulación dun sistema de información de servizos sociais por parte do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade, coa intención de que este ofrezca información de alcance público, fiable e actualizado.

## **6. A COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

Na raíz do coidado sociosanitario como método de atención en rede está o concepto de saúde definido pola OMS (1946), do que se desprende a necesidade de entendemento e de traballo coordinado entre os sistemas que atenden á persoa de maneira complementaria, e tamén a CIF (2001), como clasificación universal que incorpora unha perspectiva biopsicosocial ao funcionamento e á discapacidade humana (cfr.*supra*, cap.1, apdo.1.1). Mais o termo sociosanitario non fai referencia ás circunstancias de atención sanitaria de marcado carácter social, como por exemplo a violencia de xénero ou a atención sanitaria á poboación inmigrante. As situacións ás que se fai referencia requiren atención simultánea pero puntual dos sistemas social e sanitario (Jiménez-Martín et al., 2011, 337-342). De feito, unha das situacións paradigmáticas de atención sociosanitaria é a que combina na persoa usuaria a enfermidade crónica, o tratamento de longa duración e grao de dependencia.

### **6.1. Alén do Estado español**

Dende o ano 2005, por iniciativa da OMS, está en funcionamento a Comisión sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), en favor da equidade sanitaria e a promoción dun movemento internacional dende a perspectiva da xustiza social. Tanto a OMS como a CDSS indican que as desigualdades sociais en saúde xorden debido ás diferenzas nas condicións de vida diaria das persoas e aos factores que as orixinan (cfr.*infra*, cap.2, apdo.1.4).

No actual contexto social, económico e cultural, revélase un aumento no número de persoas con necesidade de atención social, de moi diferentes idades, e localízanse tamén cambios nos patróns da enfermidade, con aumento de algunhas, como é o caso da demencia, ou descóbrense novas tecnoloxías que cada vez fan máis borrosa a liña entre a saúde e a asistencia social (Barker, 2014, X-XII).

O espazo que separa o mundo das intervencións curativas do mundo das intervencións crónicas cuestiona mesmo a organización do sistema sanitario (Marcoux, 2005, 210-215). Estudando o caso de Quebec (Canadá), obsérvase unha tendencia a desligar da rede hospitalaria os centros de coidados de longa duración, para os asociar á rede de organización asistencial comunitaria, e aínda que é favorable unha visión global da persoa doente, suscita unha serie de interrogantes que son da orde da xustiza, entre eles se a persoa vulnerable e cidadá de pleno, cos mesmos dereitos en termos de asistencia sanitaria.

No Reino Unido, por exemplo, o número de persoas coidadoras informais que prestan 50 horas ou máis de coidado por semana ten aumentado un 26% ao longo da última década. Unha proporción significativamente maior que a de moitos outros países (superados en máis do 15%) a terceira maior proporción entre os 16 países estudados, e superado só marxinalmente por España e Italia, segundo a Organización de Cooperación e Desenvolvemento Económicos (Enquisa OCDE, 2011). E así, un número crecente de persoas está agora neste país a lidar co traballo e o coidado, actuando como “*sandwich carers*” (Barker, 2014, 20), coidando dos seus propios fillos e fillas, e coidando das persoas maiores ou persoas con discapacidade da familia.

Esta realidade describe un panorama que haberá que repensar en termos de xustiza social. O aumento da esperanza de vida ten alterado ademais a carga das enfermidades, tanto entre as persoas de idade como nas persoas adultas máis novas, ampliando notablemente o número de persoas que requiren atención sanitaria e social. Todos os cambios sociais esixen unha resposta integrada, pero así e todo a saúde e a asistencia social son diverxentes en lugar de converxer. A modo de exemplo, pódese mencionar unha evidencia que sorprende no caso de Inglaterra: a demencia percíbese como un problema de atención social (Barker, 2014, 7-21). E de igual maneira, é moi difícil establecer unha distinción entre o que é a saúde e o que é a intervención social arredor do final da vida.

O avellentamento da poboación en si non xera automaticamente un aumento nos costes da asistencia sanitaria (The Hastings Center, 2004, 23-24). O que cambia verdadeiramente as cousas é a combinación de dito envellecemento coa intensificación de apoios tecnolóxicos e humanos dende os servizos médicos, sociais e asistenciais. A maioría dos sistemas de benestar do mundo son incapaces de integrar os servizos médicos e os sociais, unha necesidade de particular importancia para as persoas anciáns e enfermas crónicas. “Esta integración terá un aspecto económico, que incluírá

a provisión de formación e programas sociais para os anciáns; un proceso sociocultural, no que se traballe para fomentar o tipo de relacións familiares que facilitan a atención aos maiores e aos enfermos crónicos; un aspecto sanitario, mediante o desenvolvemento de modelos asistenciais e paquetes de cobertura sólidos; e un aspecto psicolóxico, no que se traballe para mellorar as condicións anímicas e psicolóxicas dos anciáns e dos enfermos crónicos, axudándolles, no posible, a dotar as súas vidas de significado. Os servizos de rehabilitación requiren dunha boa relación entre as familias e os sistemas de saúde. Isto é igualmente certo na asistencia dos que sofren demencias, para os anciáns máis fráxiles e para os nenos que reciben atención domiciliaria” (The Hastings Center, 2004, 62).

## 6.2. O enfoque dende España

Nesta mesma liña, no Estado español, a Lei 16/2003, de 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde, en relación á prestación de atención sociosanitaria, recolle as seguintes cuestións:

Artigo 14.

1. A atención sociosanitaria comprende o conxunto de cuidados destinados a aqueles enfermos, xeralmente crónicos, que polas súas especiais características poden beneficiarse da actuación simultánea e sinérxica dos servizos sanitarios e sociais para aumentar a súa autonomía, paliar as súas limitacións ou sufrimentos e facilitar a súa reinserción social.
2. No ámbito sanitario, a atención sociosanitaria levarase a cabo nos niveis de atención que cada Comunidade Autónoma determine e en calquera caso comprenderá:
  - a) Os cuidados sanitarios de longa duración.
  - b) A atención sanitaria á convalecencia.
  - c) A rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
3. A continuidade do servizo será garantida polos servizos sanitarios e sociais a través da adecuada coordinación entre as Administracións públicas correspondentes.

O Libro Branco da Coordinación Sociosanitaria en España (IMSERSO, 2011, 244-254) sinala que o obxectivo principal da atención sociosanitaria é proporcionar un cuidado integral á persoa con problemas sociais e de saúde, tentando ofrecer unha atención de calidade, sostible, multidisciplinar e adaptada ás necesidades particulares, dende unha visión global e sinérxica, garantindo a coordinación e a optimización de todos os recursos existentes. Deste xeito, a persoa usuaria convértese no eixe da organización e do funcionamento dos servizos, permitindo que a atención sanitaria e social sexa flexible e personalizada. Este novo enfoque require recoñecer as



motivacións e necesidades das persoas usuarias, orientando os servizos á demanda das mesmas. Así mesmo, identifícanse os seguintes perfís de persoas usuarias dos servizos sociosanitarios (IMSERSO, 2011, 251-252): persoas anciás con pluripatoloxías ou enfermidades crónicas con unha incapacidade funcional temporal ou definitiva; persoas adultas con diminución das capacidades funcionais e que precisan tratamento de rehabilitación ou convalecencia para acadar a estabilidade clínica; persoas con enfermidades terminais e necesidade de coidados paliativos; e persoas con trastornos cognitivos que precisan atención para a recuperación ou para atrasar o deterioro.

Tendo como referencia a innovación e a visión conxunta e compartida, o Libro Branco da Coordinación Sociosanitaria (IMSERSO, 2011, 270-321) propón 63 medidas coas que se pretende reforzar a coordinación sociosanitaria en España. Unhas son recomendacións básicas para a construción do modelo, e outras son propostas de acción, de carácter executivo, agrupadas en función da tipoloxía das mesmas: organizativas, asistenciais e tecnolóxicas. Na actualidade xa se está a desenvolver algunha boa práctica en distintas CCAA, en coherencia con este modelo de coordinación social e sanitario. Pero para poder facer efectiva esta coordinación deben existir documentos técnicos de consenso, normas reguladoras e estruturas de goberno que a favorezan, así como programas asistenciais e recursos que ofrezan a provisión de servizos que se demandan dende ambos sectores (Jiménez-Martín, Oliva e Vilaplana, 2011, 337-342).

Cómpre engadir finalmente que na definición do seu obxecto, a Lei 13/2008, de 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia, sinala o seguinte con respecto á coordinación entre os ámbitos de benestar social:

Artigo 1.3. Así mesmo, constitúe o obxecto desta lei posibilitar a coordinación do sistema galego de servizos sociais cos demais elementos do sistema galego de benestar e coas políticas públicas sectoriais que incidan sectorial ou transversalmente na mellora do benestar da cidadanía galega.

## **7. O FIN DO SOCIAL**

### **7.1. Significado**

Son moitas as transformacións sociais contemporáneas. Entre elas, a situación social de crise económica e a diminución da protección social, que ameazan con xustificar calquera medida co razoamento do mercado. Unha intervención social xenuína ten que partir da análise da situación económica actual e das súas consecuencias devastadoras no ámbito social, con serias repercusións no benestar das persoas e con graves consecuencias para o funcionamento do Sistema de Servizos Sociais nos distintos territorios do Estado. Neste momento, as persoas xa non están motivadas polos seus intereses sociais e económicos, senón pola vontade de defender os seus dereitos, de basear o seu desexo de liberdade e de xustiza na conciencia de seren suxeitos humanos. Porén, nesta época da economía global e do individualismo exacerbado, rómpese co modelo de integración, como recollía o VII Informe FOESSA (Lorenzo, 2014), e desaparece o sistema no que os comportamentos de todas as persoas valorábase en función das necesidades da sociedade.

Para referirse á sociedade actual, Touraine emprega a metáfora dunha cidade bombardeada que, aínda vulnerada, segue a existir. Os vínculos entre a economía e a sociedade están rotos debido á crise da globalización económica (Touraine, 2011, 122-123). A separación entre o sistema económico, sobre o que non se pode exercer un control real, e a vida cultural e política pon en xogo os principios de liberdade e xustiza e vén significando o fin do social. E unha das principais consecuencias desta separación é a exclusión crecente dos axentes sociais. Para representar o cambio que está sucedendo neste momento histórico o autor utiliza a expresión “fin do social”, avanzando unha denominación, tal e como se fixo por exemplo no século XVIII ao falarse de sociedade industrial, cando a produción agrícola aínda desenvolvía unha función importante.

E deste xeito, a imaxe do universo das relacións sociais para representar á sociedade substitúese pola oposición entre o poder dominante da economía e a referencia aos dereitos da persoa. O espazo de vida colectiva está á vez condicionado pola afirmación dos dereitos dos individuos e polos efectos destrutores do sistema económico globalizado. Mais curiosamente, a mesma sociedade destruída polas especulacións monetarias e os intereses individuais concede un maior espazo á expresión dos dereitos persoais e colectivos. Neste tempo de crise, o que volve

humanos ás persoas defínese, cada vez menos na sociedade actual, en termos sociais (Touraine, 2011, 128-131). Porén, o mundo de ausencias, rexeitamentos e soidade, de non participación no mundo económico e de insubmisión das obrigas sociais conduce frecuentemente á desocialización. O fin do social provoca a transformación de todos os aspectos da vida colectiva e persoal, e toma gran relevancia a idea de desenvolvemento sostible, porque emana da toma de conciencia da necesidade de reconstruír as institucións capaces de controlar a vida económica en nome dos dereitos de orixe ético.

O problema fundamental consiste en reinventar unha vida social onde tome relevancia a persoa e os seus dereitos (Touraine, 2011, 133-137). E soamente a través de leis e regulamentos que defendan os dereitos humanos, a xustiza e a liberdade, sen caer na neutralidade axiolóxica, poderá frearse o desenvolvemento do egoísmo económico. A proposta de Touraine (2012, 137-140) consiste en identificar as condicións para alumear unha orde económica e institucional que respecte, por riba de todo, os dereitos universais. Concretamente sinala a necesidade de formular valores comúns, crear unha nova vida social baseada na consolidación dos dereitos universais das persoas, reconstruír todas as institucións sociais e poñelas ao servizo do salvamento da Terra. Sería en definitiva, destacar a importancia duns principios máis éticos que sociais, en oposición ao dominio económico.

## 7.2. Outras propostas

As políticas de austeridade que vén desenvolvendo a UE, coas súas reducións en servizos sociais e benestar, son incompatibles cos propósitos da Estratexia Europea 2020, que se centra en cinco obxectivos vinculados ás áreas de emprego, innovación, educación, cambio climático/enerxía e redución da pobreza, sendo o obxectivo cinco: “Loitar contra a pobreza e a exclusión social, reducindo ao menos en 20 millóns o número de persoas en situación ou risco de pobreza e exclusión social” ([http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_es.htm)). Para garantir a realización da Estratexia Europea 2020 créase un sistema de gobernanza económica que coordina as medidas políticas entre a UE e as administracións nacionais. Até o momento, as políticas de inclusión social da UE teñen demostrado a debilidade estrutural e a subordinación ás políticas de austeridade, e a súa eficacia limitada transmite incerteza sobre o futuro. Descoñécense os resultados que se poderán acadar coa Estratexia Europea 2020.

O que verdadeiramente identifica ás situacións máis intensas de exclusión é a acumulación de problemáticas sociais vinculadas con distintos ámbitos, como son o mundo laboral, a saúde física e mental, a educación, as cargas familiares non compartidas, os problemas relacionados coa vivenda ou a conflitividade das relacións sociais. Este factor acumulativo que caracteriza á exclusión lexítima a existencia de respostas sinérxicas que inclúan recursos que dependan de distintos niveis das administracións públicas (Pérez, 2010, 106-110).

A incorporación da lóxica da mercantilización e da deslocalización aos servizos sociais converte en mercadoría os dereitos das persoas e as prestacións públicas (Roldán, García e Nogués, 2013, 91-95). É preciso realizar un proceso de reflexión que permita elaborar unha estratexia de reorientación do Sistema Público de Servizos Sociais, o que suporía fuxir da improvisación e formular algunhas cuestións chave do Sistema en relación coa sustentabilidade, a suficiencia, a calidade e a equidade (Roldán et al., 2013, 73-74).

A mellora da coordinación e mesmo a reorganización dun Sistema Integrado de atención sanitaria e social repercutirían positivamente non só na eficacia da xestión e planificación, senón tamén na atención ás necesidades de cada unha das persoas usuarias de ambos os dous sistemas, o sanitario e o social. E nos dous casos, os esforzos deberían estar dirixidos cara a promoción da autonomía persoal e non soamente ao coidado da enfermidade e a atención á dependencia (Jiménez-Martín et al., 2011, 393-403). Se a coordinación do sistema sanitario e o social é froito do envellecemento da poboación, "...igualmente a inserción laboral das persoas sen recursos está a requirir a coordinación entre os servizos sociais e os de emprego, tal e como poñen de manifesto os programas de rendas mínimas das Comunidades Autónomas" (Rodríguez Cabrero, 2011, 155).

Nesta mesma liña, unha iniciativa innovadora apunta á consideración dos determinantes sociais da saúde. Así, unha das claves de progreso en políticas sociais podería ter que ver con pensar conxuntamente elementos da política sanitaria, da política de servizos sociais e da política de vivenda, co fin de buscar sinerxías entre elas (Fantova, 2014, 411-414). De maneira específica, a reorientación da política de vivenda consistiría en deseñar, experimentar e promover diferentes alternativas para dar resposta ás necesidades de aloxamento combinables con diferentes servizos sanitarios e sociais domiciliarios, comunitarios e virtuais. Estase a falar de rehabilitación, aluguer, sustentabilidade ecolóxica, accesibilidade e bens comúns.

Hai propostas que suxiren anticiparse á saída da crise construíndo modelos de integración social con base máis sólida (Laparra e García, 2010, 81-83). Isto significa, por un lado, dotar ás persoas de máis capacidades e instrumentos para previr posibles procesos de deterioro, e polo outro, ampliar os itinerarios positivos de integración social e laboral, incluso en contextos nos que o mercado de traballo se presenta pouco dinámico.

Non se trata entón de integrar completamente os sistemas ou as redes institucionais, pero si os procesos de atención, sen fragmentar ás persoas. Cómpre ofrecer un servizo integral e de calidade, dende diferentes unidades e profesionais, que se coordinan de forma cooperativa (Jiménez-Martín et al., 2011, 337-342).

### **7.3. Conclusión**

Todo o exposto até o momento cobra sentido ao ser analizado dende a perspectiva dunha intervención social que, creando sinerxías entre as diferentes institucións e axentes implicados, promove a autonomía das persoas e facilita os apoios necesarios para que cada quen poida acadar o seu benestar.

A reconstrución do social implica deter a espiral actual de inxustiza e tentar que a mesma economía estea ao servizo das persoas e do ben común. Isto esixe a creación de nova argamasa que facilite o vínculo entre a economía e a sociedade. É dicir, o desenvolvemento sostible dunha sociedade máis xusta e respectuosa coa liberdade das persoas vencella ás institucións encargadas do benestar coa ética e tamén coa economía, a partir do recoñecemento dos dereitos da cidadanía.

A necesidade de transformación social baseada en novos parámetros vén sendo, polo tanto, a ligazón entre a ética social e a realidade do contexto socioeconómico actual. En definitiva trátase de recuperar o social dende os dereitos humanos e dende a ética. Por todo isto cómpre xerar un humanismo respectuoso coas esixencias de todos os seres humanos, crear institucións con novos valores e transformar a idea xeral de respecto polos dereitos humanos en novas formas, vivas e non soamente xurídicas, de relacións sociais.



## Capítulo 2

---

# **A ÉTICA NA INTERVENCIÓN SOCIAL**





“Todos soltamos un fío, como os vermes da seda. Roemos e disputamos as follas da moreira, pero ese fío, de se cruzar con outros, de se entrelazar, pode facer un fermoso tecido, un pano inesquecible”.

Rivas,M. (1998, 13): *O lápiz do carpinteiro*.

## **1. CONDICIÓNS E CRITERIOS ÉTICOS DA INTERVENCIÓN SOCIAL**

Existen algunhas cuestións de carácter introdutorio que fundamentan a ética aplicada á intervención social. Unhas fan referencia ás persoas usuarias e ás profesionais, outras describen os modelos elixidos para achegarse á intervención social, e fundamentalmente son os dereitos humanos, os determinantes sociais da saúde e o enfoque das capacidades.

### **1.1. Universalidade e diversidade**

A diversidade cultural é unha realidade consubstancial a todos os seres humanos (á vez, individual e colectiva), que agrupa unha multiplicidade de singularidades e que ademais pode variar ao longo do tempo. A diversidade cultural fai alusión a atributos universais da humanidade que se reflexan nas súas configuracións colectivas, feitos sociais e significacións culturais (Zambrano, 2014, 162-168). Trátase, por un lado, da abundancia de suxeitos distintos, sexan mulleres ou homes, persoas ou comunidades, individuos ou grupos. Por outro lado, da variedade de modos de vivir, estilos de vida ou configuracións culturais posibles. E finalmente, da constante interacción dos suxeitos, cuxas capacidades de cambio e configuración xera unha permanente e conflitiva dinámica de construción-destrución de relacións sociais. De tal xeito que as manifestacións éticas da pluralidade fanse presentes tanto a nivel político e social (macrosistema), como no ámbito das organizacións (mesosistema) e tamén nos contextos privados (microsistema).

Dende unha perspectiva política, o modelo democrático ten dificultades para acadar, en ámbitos socialmente controvertidos, decisións normativas que sexan percibidas como xustas por todas as persoas dun mesmo Estado, porque a opción democrática non necesariamente é a mellor dende o punto de vista moral. Existe unha

clara presenza de valores na fundamentación das normas, decisiva para artellar dita convivencia democrática, e especialmente en temas polémicos vinculados a valores, como poden ser o aborto, a eutanasia, ou mesmo a educación en valores. Onde queda a presuposición democrática como valor engadido na toma de decisións normativas?; como buscar entre as distintas argumentacións a proba da barreira para fundamentar normas?

Esta corrente moderna é a canle pola que transcorren os valores e as políticas do contorno de cultura occidental. Trátase dunha tendencia moi dinámica que recibe constantemente fluxos transformadores como é, por exemplo, o fenómeno da globalización (con intercambio de saberes, tecnoloxía, migracións, produtos culturais, etc.), e que conduce á nosa sociedade a un pluralismo sen precedente. Este marco de referencia conduce a un escenario de pluralismo moral (Revilla, 2013, 47-59), e incorpora a importancia da conciencia individual das persoas chamadas a ser cidadás e cidadáns. E desta maneira, os códigos morais chocarían entre si ao verse na obriga de compartir un mesmo territorio (Rodríguez Fouz, 2014, 121-131). O gran desafío non será polo tanto unificar mentalidades baixo uns valores universais, senón tentar conseguir que as diferenzas na interpretación moral do mundo non se expresen como conflito (Rodríguez Fouz, 2014, 145-150). Fálase de feito do “pluralismo razoable como un pluralismo de doutrinas comprensivas, tanto relixiosas como non relixiosas. Non considerar este pluralismo un desastre, senón o resultado natural das actividades da razón humana en contextos institucionais perdurablemente libres. Considerar un desastre o pluralismo razoable é considerar un desastre o exercicio mesmo da razón en condicións de liberdade” (Rawls, 1996, 20).

Pero coa modernidade xorde tamén o universalismo moral, que contempla a posibilidade de enunciar normas morais válidas para todas as persoas, para os axentes morais ou para as culturas. As éticas de inspiración kantíá son as que expoñen estas formulacións. E de aí que, por exemplo, actuar ben sexa facelo por deber e respecto á lei moral e á universalidade das normas que se poden deducir do imperativo categórico que reza deste xeito: “Obra segundo unha máxima tal que poidas querer ao mesmo tempo que se torne en lei universal” (Kant, 2002, 71-72). Ou que o respecto e a dignidade sexan condicións do imperativo categórico e estean presentes nesta segunda formulación: “Obra sempre de tal forma que tomes á humanidade na túa persoa, e na de calquera outro, sempre coma fin, nunca como medio” (Kant, 2002, 82-84). E ademais, que teña como fonte de lexislación á propia vontade (o que sería a regra de autonomía):

“Obra segundo unha máxima de vontade tal que poida terse a si mesma ao mesmo tempo como universalmente lexisladora respecto do obxecto” (Kant, 2002, 90).

Para vertebración e desenvolvemento dos contextos moralmente plurais, estes serían os mínimos normativos cos que cada ser humano podería contar nas súas actuacións morais. Kant chama autónomos aos axentes que se autogobernan deste modo; de feito, a teoría de Kant non fala de individuos que viven a súa vida de acordo coas súas preferencias e desexos, senón sobre a capacidade que teñen estes para obedecer preceptos morais universais. Kant describe as condicións de posibilidade para a autonomía dun axente racional ideal que pouco ten que ver coas persoas reais. Desta maneira, a autonomía de Kant pon énfase na lexislación, non na pluralidade da sociedade (Arrieta, 2014, 79-83). Por iso as formulacións de Kant ou inspiradas nas súas propostas presentan problemas para as persoas con discapacidade ou en situación de dependencia, porque a ética de Kant ten validez para persoas autónomas. As persoas con necesidades especiais de atención social, por razóns de produtividade e coste social, quedan tamén afastadas como cidadáns no sentido máis profundo, xa que non se axustan á imaxe idealizada da racionalidade moral que define á cidadanía na sociedade ben ordenada (Nussbaum, 2012b, 138-149). É dicir, no ámbito da xustiza, a proposta de Kant resulta problemática porque xustifica o respecto na presenza dun elevado grao de racionalidade moral, o que implica a incapacidade para outorgar unha plena igualdade de respecto ás persoas con discapacidade cognitiva (Nussbaum, 2012a, 107-112).

En numerosas ocasións, as referencias ao contexto resultan borrosas. Os modelos clásicos xa non son únicos e suficientes para comprender os fenómenos antropolóxicos, políticos, sociais e culturais, que cada vez son máis cosmopolitas, complexos e globalizados. Estamos nun tempo de pluralismo, un tempo diferente no que é fundamental facer procuras compartidas para construír perspectivas humanizadoras. O suxeito da modernidade introduce unha subxectividade entendida como conciencia, razón, liberdade, emotividade ou diálogo que vén compoñer unha nova individualidade, onde categorías como autonomía, dignidade e igualdade convértense en universalizables para todos os seres humanos (Revilla, 2013, 47-59).

E así, o instrumento empregado para actualizar a dignidade das persoas e contribuír á promoción e ao desenvolvemento do ser humano de maneira universal son os dereitos humanos. Aínda que no contexto de pluralidade cultural e axiolóxica das

sociedades contemporáneas, a propia universalidade dos dereitos humanos será unha cuestión amplamente debatida.

## **1.2. A dignidade da persoa**

A dignidade humana identifícase coa propia noción dos dereitos humanos, sendo ao longo da historia, e tamén na actualidade, o punto de referencia de todas as facultades que se dirixen ao recoñecemento e afirmación da dimensión moral dos seres humanos (Pérez Luño, 2010, 581-595). En cada momento histórico a condición axiolóxica dos dereitos humanos non se esgota na súa dependencia do concepto xeral de xustiza, senón que se prolonga na determinación do seu contido ligado aos valores da dignidade, a liberdade e a igualdade humanas, sendo tamén preciso o seu recoñecemento positivo nos ordenamentos xurídicos a nivel nacional e internacional (Pérez Luño, 2010, 20-53). De tal xeito que a dignidade da persoa, como ser eticamente libre, é o lévedo que inspira o sistema de dereitos humanos. A liberdade constitúe o principio aglutinador da loita polos dereitos humanos, e a igualdade representa o postulado fundamental da construción teórica e xurídica-positiva dos dereitos sociais. Mais a dignidade humana non pode ser allea á liberdade, en canto que se concreta no desenvolvemento autónomo da personalidade; e a liberdade á súa vez non soamente está vinculada á dignidade, senón que as súas dimensións positiva e comunitaria implican á igualdade; e ao mesmo tempo a igualdade oriéntase cara a dignidade e a liberdade.

Unha fundamentación ética ou axiolóxica dos dereitos humanos os considera como esixencias éticas e dereitos que os seres humanos teñen polo feito de ser persoas, e polo tanto cun dereito igual ao seu recoñecemento, protección e garantía por parte do poder político e o dereito. Os dereitos humanos están a cabalo entre as esixencias éticas e os dereitos positivos. E polo seu significado axiolóxico fan obrigada remisión á dignidade humana, namentres que pola súa dimensión xurídica tales dereitos encarnan a pretensión de incorporarse ao ordenamento xurídico positivo para acadar a auténtica realización (Pérez Luño, 2010, 178-182).

A dignidade humana representa un dos núcleos fundamentais da Declaración universal dos dereitos humanos do ano 1948. O Preámbulo da Declaración proclama que “a liberdade, a xustiza e a paz no mundo teñen por base o recoñecemento da dignidade intrínseca e dos dereitos iguais e inalienables de todos os membro da familia

humana”. E o artigo 1 establece que “[t]odos os homes nacen libres e iguais en dignidade e dereitos”. Dende este momento, a alusión á dignidade humana é constante nos instrumentos internacionais da ONU en materia de dereitos humanos (cfr. *infra*, cap.2, apdo.2.1).

A Constitución Española de 1978 proclama o seguinte en relación aos dereitos e deberes fundamentais:

Artigo 10.1. A dignidade da persoa, os dereitos inviolables que lle son inherentes, o libre desenvolvemento da personalidade, o respecto á lei e aos dereitos dos demais son fundamento da orde política e da paz social.

Deste xeito, a Constitución reconece no principio de dignidade da persoa un dos piares do sistema axiolóxico que positiviza (Serna, 1999, 139-196).

De igual maneira, o Tratado da Unión Europea, asinado na cidade de Maastricht (Bélxica) o 7 de febreiro de 1992, en vigor dende o 1 de novembro de 1993, nunha versión consolidada do ano 2010, sinala o seguinte:

Artigo 2. A Unión fundaméntase nos valores de respecto da dignidade humana, liberdade, democracia, igualdade, Estado de Dereito e respecto dos dereitos humanos, incluídos os dereitos das persoas pertencentes a minorías. Estes valores son comúns aos Estados membros nunha sociedade caracterizada polo pluralismo, a non discriminación, a tolerancia, a xustiza, a solidariedade e a igualdade entre mulleres e homes.

O texto do Tratado foi obxecto de debate e discutiuse incluso a orde da enumeración dos valores, de maneira que a referencia á dignidade en primeiro lugar é deliberada (Serna, 2005, 13-77).

Posteriormente na Carta dos dereitos fundamentais da Unión Europea, proclamada en Niza o 11 de decembro de 2000, o capítulo I versa tamén sobre a dignidade e componse dos seguintes artigos: dignidade humana, dereito á vida, dereito á integridade da persoa, prohibición da tortura e das penas ou os tratos violentos ou degradantes e pena de morte; así como a prohibición da escravitude, euxeñese, clonación humana e do traballo forzado. Concretamente, o primeiro dos artigos recolle o seguinte:

Artigo 1. Dignidade humana  
A dignidade humana é inviolable. Será respectada e protexida.

Na intervención social cada persoa é única. A persoa non é un número ou un expediente. A persoa, dende a súa integridade, é valiosa, singular e irrepetible. Abonda

con ser home ou ser muller para ser recoñecido como persoa (Andorno, 1998, 61). E todas as persoas son igualmente dignas, en razón da súa natureza común. A dignidade da persoa eríxese así en principio absoluto que non admite excepción nin substitución, e en canto potencial humano universal fundamenta os dereitos humanos como condición universalmente compartida polos seres humanos. A dignidade de calquera persoa institúe, polo tanto, unha obriga universal de respecto incondicional.

Unha realidade digna implica recoñecela como superior, implicando polo tanto, un trato de respecto (De la Torre, 2008, 13-19). E así, respecto e dignidade son conceptos en estreita relación. O ser humano é digno de maneira innata, pero a dignidade inherente require tamén de recoñecemento social, porque a dignidade ten un elemento relacional ou intersubxectivo. “E o seu respecto reclámase e esíxese ante outras persoas e ante a sociedade. É algo que o suxeito pode demandar. Non é que se requira este recoñecemento social para que exista dignidade, senón que busca recoñecerse para que se respecte e garanta. A dignidade existe aínda que sexa atacada e violada. Ninguén deixa de ser digno” (De la Torre, 2008, 17-18).

Nesta mesma liña, cómpre engadir dúas claves que explican o significado da dignidade humana: “Autonomía e respecto son, pois, as dúas notas que nos axudan a entender en que consiste a dignidade humana. O desenvolvemento de ambas podemos dicir que ten nutrido o conxunto dos dereitos humanos, pois efectivamente todos eles poden ser entendidos como formas de expresar a autonomía da persoa e o respecto que merece” (Camps, 2010, 71).

O devir da historia foi mudando unhas políticas sociais centradas na beneficencia para situar, hoxe en día, ás persoas como portadoras de dereitos sociais. E a filosofía moral moderna pon énfase na autonomía dos individuos, na súa capacidade para formular eleccións independentes. Pero ao fío desta realidade, “(...) que tipo de relación social e que concepción do ben común se require para que dentro dun grupo social se conserven as virtudes da independencia racional e do recoñecemento da dependencia? (...) nin o Estado-nación moderno nin tampouco a familia actual poden proporcionar a clase de asociación social e política que sería necesaria” (MacIntyre, 2001, 23-24). O enfoque das capacidades tamén busca un acordo a efectos políticos prácticos, fuxindo de temas que dividen ás persoas en función das súas doutrinas. Concibindo ademais como labor do goberno garantir que cada cidadán e cidadá se sitúe por riba do mínimo nunha serie de capacidades, respectando a liberdade de cada persoa (cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.6.1). Deste xeito, a comprensión das capacidades como obxectivos políticos

constitúe en si mesma unha expresión de respecto pola diversidade e o pluralismo (Nussbaum, 2012a, 125-137).

### 1.3. Vulnerabilidade e exclusión

Todo ser humano é vulnerable por natureza. O cansazo, a debilidade, a enfermidade e a morte son fenómenos comúns a todos os seres humanos. Pero esa vulnerabilidade consubstancial e universal é maior cando concorren algunhas circunstancias que poden ser conxénitas, froito do azar, do estilo de vida, dunha decisión máis ou menos libre, ou das condicións do contexto (Bellver, 2005, 94-99). Inicialmente, as reflexións sobre xustiza e vulnerabilidade apuntan a situacións, transitorias ou permanentes, nas que se poden atopar persoas ou grupos, en tanto que xeran ou son debidas a inxustizas sociais e/ou estruturais (Agra, 2013, 49-52). A vulnerabilidade fai referencia a situacións de desvantaxe social, de pobreza, de desigualdades sociais, de precariedade, e apunta á inestabilidade ou á carencia de recursos, situacións ou circunstancias que ben se perciben como transitorias ou ben como parte dunha estrutura económica e social inxusta cunha evidente deriva cara a exclusión social.

Pero vulnerabilidade e dependencia son trazos propios da natureza humana, esenciais ao ser humano en calquera momento do ciclo vital, e a súa negación manifesta "...unha incapacidade de recoñecer a importancia da dimensión corporal da existencia, ou de rexeitar dita dimensión" (MacIntyre, 2001, 19). Por iso tamén o nacemento, infancia, enfermidade, discapacidade, vellez, morte,... remiten á vulnerabilidade humana e esixen prestar atención á súa relación coa(s) estrutura(s) da xustiza e dos coidados. "A vulnerabilidade física e psíquica das persoas, mulleres e homes de todas as idades e condicións fainos absolutamente interdependentes e nos obriga a establecer relacións mutuas de coidados" (Carrasco, 2014/15, 52).

Dende o punto de vista ético, coidar é recoñecer na outra persoa a súa dignidade e a súa diferenza (Barbero, 1999, 125-159), pero tamén a súa semellanza, é dicir, as súas necesidades. A tarefa de coidar pode ter moitas definicións e matices: potenciar a autonomía funcional, sociocultural e moral do ser humano, acompañar, humanizar a relación profesional,... A ética do coidado fundaméntase na capacidade de dar resposta á vulnerabilidade da outra persoa, ás súas necesidades.

Coidar implica distintas responsabilidades (Barbero, 1999, 125-159). Aos profesionais esíxelles revisar coñecementos, adestrar e supervisar as distintas habilidades e destrezas, e analizar actitudes de fondo que están a influír nos procesos de intervención coa persoa usuaria. De cara ás persoas usuarias, o coidado contemporáneo supón o recoñecemento da dignidade que lles pertence e unha relación baseada na liberdade e na participación activa da persoa (aínda que non sucedía deste xeito nun modelo de coidado tradicional-paternalista).

Estas implicacións son coherentes co enfoque das capacidades e dos funcionamentos seguros, que veñen enriquecendo a ética da xustiza coa linguaxe da ética do coidado, subliñando de maneira especial a dimensión activa da persoa e a súa dimensión comunitaria. Incidindo ademais no coidado por xustiza, e non por solidariedade, tal e como se recolle nunha das capacidades que Wolff e De Shalit (2007, 187-191) achegan á listaxe inicial de Nussbaum: facer o ben aos demais, ser quen de coidar aos demais como parte da humanidade, e ser quen de mostrar gratitude (cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.6.1).

A solidariedade implica axuda e xenerosidade. É un comportamento que non pode ser imposto mediante institucións ou normas xurídicas porque é un movemento enfocado ás demais persoas que dá máis do esixido, chegando a transcender o mínimo xusto para acadar o máximo humano (Seoane, 2012, 11-45). A solidariedade é un apoio ante os defectos e os erros das nosas sociedades coas persoas que están en situacións de desvantaxe social e indica a sensibilidade moral da sociedade. Mais o decisivo é transformar os deberes de solidariedade en deberes de xustiza, é dicir, escindir a solidariedade como axente das respostas xurídicas e sociais dando ás persoas o que lles corresponde, que é o recoñecemento e o respecto da súa dignidade e liberdade, ao igual que o resto da cidadanía, porque o xusto é unha vida digna e de calidade.

A preocupación pola vulnerabilidade está no núcleo central da bioética, e de feito, dende a perspectiva dos principios europeos da bioética, desenvólvese no ano 1998 unha proposta no marco da Unión Europea, liderado polo Centro de Ética e Dereitos de Copenhague. Os resultados do traballo publícanse baixo o título *Basic Ethical Principles in european Bioethics and Biolaw*, no ano 2000, no que se desenvolven de modo incipiente catro principios fundamentais que poden resultar contrapunto interesante aos famosos principios da bioética fundamental de corte norteamericano, desenvolvidos por primeira vez por Beauchamp e Childress. Os principios propostos son os seguintes: vulnerabilidade, dignidade, autonomía e integridade, sendo a vulnerabilidade a



característica fundamental da intervención, e os seres vulnerables aqueles nos que os principios de autonomía, dignidade ou integridade corren o risco de seren ameazados ou violados (Kemp e Rendtorff, 2005, 921-929).

Existen principalmente dous enfoques para comprender a vulnerabilidade (Rogers, Mackenzie e Dols, 2014, 3149-3153): unha visión universal na que a fragilidade humana xorde da corporalidade e á vez estaría ligada á natureza das persoas; trataríase dunha vulnerabilidade común a toda a humanidade. En contraste, un segundo enfoque argumenta que a vulnerabilidade é esencialmente relacional, e a pesar de que todo o mundo está potencialmente exposto ás ameazas, algunhas persoas ou grupos non teñen capacidade para protexerse a si mesmos; dende este punto de vista, as persoas vulnerables son soamente as que posúen menor capacidade para salvagardar os seus intereses respecto das outras persoas.

Ambos enfoques, o universal e o específico, son obxecto de valoración. As críticas do enfoque universal afirman que ao ampliar a categoría de vulnerabilidade para case todo o mundo escurécese o contexto das necesidades específicas de determinados grupos ou individuos. As críticas do enfoque das poboacións vulnerables formulan dúas obxeccións principais: unha fai referencia aos riscos de etiquetar e estigmatizar ás persoas e grupos, excluíndoos de maneira inxustificable da toma de decisións; e a outra, alude á comprensión da vulnerabilidade en termos da capacidade para dar consentimento informado, tendo soamente en conta a autonomía decisoria da persoa. Sería polo tanto un enfoque demasiado estreito para a bioética e non tería en conta a totalidade das cuestións éticas formuladas pola vulnerabilidade.

Poden sinalarse tres fontes de vulnerabilidade entrelazadas entre si e que fundamentan unha análise que combina a universalidade e os contextos específicos (Rogers, Mackenzie e Dols, 2014, 3149-3153). Trátase das fontes inherentes, das fontes situacionais e das fontes patóxicas. En moitas ocasións, a fonte de vulnerabilidade intrínseca orixina que a persoa sexa máis susceptible de vulnerabilidade situacional; é o caso, por exemplo, dunha persoa con discapacidade cognitiva que pode estar en situación vulnerable debido ás limitadas oportunidades de emprego. E por outro lado, algunhas situacións de vulnerabilidade están causadas por disfuncións nas relacións ou por estruturas sociais caracterizadas por inxustizas como a dominación, a opresión ou o abuso.

O Informe sobre a Vulnerabilidade Social 2013, editado por Cruz Vermella (Malgesini, coord., 2014, 15-19), realiza unha análise descritiva das persoas en situación de vulnerabilidade, persoas que acoden aos servizos de Cruz Vermella en busca de apoio ante diversas dificultades sociais, económicas, persoais, familiares e/ou de vivenda. O Informe toma como base ás persoas que participan nos diversos programas de intervención social: nenos e nenas, mulleres en situación de dificultade social, inmigrantes, persoas maiores, persoas que participan en programas de loita contra a pobreza, ou de atencións ás drogodependencias, etc.

Velaquí o perfil xeral das persoas en situación de vulnerabilidade social atendidas por Cruz Vermella no Estado español ao longo do ano 2012 (a información xeral procede do rexistro persoal da base de datos de Cruz Vermella) é o seguinte (Malgesini, coord., 2014, 28):

Cadro 3: Perfil das persoas en situación de vulnerabilidade social atendidas por Cruz Vermella no Estado español no ano 2012 (Malgesini, coord., 2014, 28).

<b>Sexo</b>	O 59,5% son mulleres.
<b>Idade</b>	Algo máis da metade das persoas (58,1%) está en idade activa (entre 18 e 65 anos). Hai unha elevada porcentaxe de persoas maiores de 65 anos (41,9%). A media de idade é de 57,2 anos.
<b>Fillos e fillas</b>	A maioría ten 1 ou 2 fillos/as, pero un 25% son familias numerosas (3 ou máis fillos/as).
<b>Orixe</b>	O 65,5% das persoas teñen nacionalidade española. As áreas de orixe das persoas estranxeiras son, por peso porcentual: Magreb, América Latina, África Subsahariana e Europa do leste. O país de orixe predominante é Marrocos (27,3% do total das persoas estranxeiras).
<b>Estado civil</b>	O 49% son persoas casadas ou viven en parella. O 28% son persoas solteiras.
<b>Situación ocupacional</b>	A gran maioría das persoas están en situación de desemprego (67,2%). O segundo grupo, en número, son as persoas xubiladas (21%).
<b>Estudos</b>	A maioría das persoas teñen estudos secundarios (43,5% do total) e o 7,8% universitarios. O nivel educativo das mulleres é algo superior ao dos homes.

É moi importante que as persoas profesionais que proporcionan a atención e apoio social sexan coñecedoras das posibles fontes de vulnerabilidade de cada persoa usuaria, considerando á persoa na súa globalidade. A resposta á vulnerabilidade evitará ademais a utilización de estereotipos, de discriminación e paternalismo inxustificado, debendo estar guiada pola obriga xeral de promover a autonomía, sempre que sexa posible (Rogers, Mackenzie e Dols, 2014, 3149-3153). É moi relevante valorar a calidade das decisións á hora de promover a autonomía e de superar as dificultades que xorden nun contexto no que a capacidade de decisión das persoas está diminuída. Tomarse en serio a autonomía das persoas usuarias é facer todo o necesario para acompañar ás persoas usuarias, contribuíndo a que as súas decisións sexan o máis meditadas, prudentes e razoables que sexa posible (Arrieta, 2012, 27-32). E este será o camiño na intervención social, fomentar o empoderamento das persoas e o sentido de ser suxeitos axentes (cfr. *supra*, cap.1, apdo.1).

Continuando na mesma liña, a exclusión social non pode reducirse unicamente como pobreza económica. Un achegamento poliédrico á exclusión social implica que: “A exclusión social é unha acumulación de barreiras e límites que deixan fóra da participación na vida social maioritariamente a quen as padecen. Deste xeito a pobreza converteuse nun termo máis restritivo, referido especificamente aos aspectos económicos, mentres que o concepto de exclusión é máis amplo e toma en consideración outras situacións, como son a pobreza económica extrema (...), as grandes dificultades de acceso ao emprego (...), o acceso moi limitado á educación (...), as dificultades para facer efectivo o dereito á saúde (...), a falta de acceso a unha vivenda digna (...), e as grandes dificultades no ámbito das relacións familiares e sociais (...)” (Roldán, García e Nogués, 2013, 123).

A exclusión social é produto de distintas causas e manifestacións, e susténtase en varios factores que conflúen entre si (García Roca, 1995, 9-15). O primeiro factor é o sistema, a insuficiencia de recursos, a dimensión estrutural da exclusión (factores laborais, económicos, dinamismos estruturais e de protección social,... en relación ao momento histórico concreto); o segundo factor é o contexto (cultural, de relacións, é dicir, vínculos familiares, fragilidade ou fortaleza das redes sociais,...); e o terceiro factor é o propio suxeito (factores biosociais, dinamismos vitais, como por exemplo enfermidades, frustracións, discapacidades, confianza, identidade, motivacións,...). Calquera destes tres vectores pode ser a vía de acceso a unha situación de exclusión, pero ademais, habitualmente, os tres xustapóñense, retroaliméntanse. Esta ordenación

de causas e manifestacións de factores de exclusión responden aos tres niveis de análise que se teñen en conta ao longo de todo o texto: macrosistema, mesosistema e microsistema.

Unha proposta de análise dos procesos de exclusión social (Sarasa e Sales, 2009, 543-568), ten en consideración o ciclo vital da persoa xunto a unha metodoloxía de estudo da exclusión social dinámica e multidimensional. Nunha primeira fase, identificaríase en cada etapa do ciclo vital da persoa cales son os grupos sociais que soportan algunha privación da que carece a maioría dos cidadáns e cidadás situados no mesmo momento vital. Desta maneira recoñécense situacións de privación referidas a recursos e bens básicos, pero non se identifican procesos de exclusión social. Unha segunda fase de análise permitiría establecer as interaccións e as secuencias temporais de cada dimensión estrutural/institucional que conducen á privación xa identificada. De aquí a importancia da análise lonxitudinal do curso vital das persoas, dado que a maneira en que cada quen se enfrenta a situacións críticas ao longo da vida está condicionado polas experiencias previas, o desenvolvemento das súas capacidades e a solidez das súas redes sociais e familiares.

Existen, polo tanto, unhas causas xenéricas da exclusión que están en relación con factores estruturais e institucionais, e tamén se dan circunstancias excluíntes nas situacións específicas de cada persoa. Unha análise da exclusión social terá que integrar os factores causais individuais, os ambientais e os sociais, e concretamente o enfoque da metodoloxía do ciclo vital axuda a ter en conta todos estes factores. “Este enfoque non soamente permite integrar coñecementos de diferentes disciplinas, senón que nos permite analizar o carácter dinámico que é intrínseco ao concepto de exclusión social, partindo sempre do suposto de que as características individuais interaccionan coas contextuais, formando secuencias de acontecementos e transicións que poden levar a diferentes estadios da exclusión social” (Sarasa e Sales, 2009, 564).

As desigualdades sociais e económicas determinan a propia saúde e o benestar (cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.4), e deste xeito as necesidades e os procesos de exclusión nos que interveñen os servizos sociais van máis aló da precariedade económica e abranguen as áreas da saúde e hixiene, o traballo, a vivenda, a educación, a formación, as relacións sociais, etc. (De la Red e Conde, 2008, 107-144). Por este motivo non son acaídas as intervencións illadas dende os subsistemas de saúde, educación ou cultura, porque na maioría das ocasións os problemas afectan de xeito interrelacionado.

Satisfacer as necesidades básicas supón polo tanto atender ás fisiolóxicas e biolóxicas, tales como comida, roupa, acubillo, auga, atención sanitaria, é dicir, cousas que son necesarias para previr a mala saúde ou a desnutrición nos contextos concretos, pero ademais cómpre satisfacelas de maneira que quede protexida a autoestima, e incluír tamén algunhas necesidades que non son puramente fisiolóxicas, como a autodeterminación, a confianza en si mesmo e a seguridade, a participación de traballadores/as e cidadás/cidadáns nas cuestións que lles afectan, a identidade nacional e cultural, a necesidade de sentido e de propósito na vida e no traballo (Cortina, 2002, 172-176).

A noción de vulnerabilidade no ámbito social decotío vai vinculada ao termo de exclusión social, non como sinónimo, senón coma un continuo dimensional no que nun dos extremos se sitúa a exclusión e/ou a marxinação, e no outro, a inclusión. Isto implica que coñecer as situacións de desvantaxe social e os factores que a poden estar causando, favorecerá o desenvolvemento de alternativas razoables e seguras de intervención social, evitando sacrificar outras capacidades, co fin de proporcionar unha vida acorde coa dignidade dende a perspectiva da xustiza (cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.6.1).

No seguinte cadro recóllense algunhas mostras de posibles situacións da vida das persoas que as sitúan en momentos moi diferentes da súa existencia e con maiores probabilidades de experimentar situacións de sufrimento persoal e social. Estas circunstancias requiren polo tanto, unha intervención específica, individualizada e contextualizada dende os servizos sociais, co fin de garantir os medios para que a persoa sexa quen de desenvolver o seu proxecto vital, de elixir e actuar ao longo do tempo, asegurando ademais o mantemento das capacidades coa intención de que a persoa disfrute dunha vida acorde coa dignidade (Wolff e De-Shalit, 2007, 63-73; cfr. *infra*, cap.2, apdo.1.6.1).

Cadro 4: Identificación de posibles situacións de exclusión, vulnerabilidade e inclusión na vida das persoas (adaptación do elaborado por De la Red e Conde, 2008, 126).

Situación de exclusión	Situación de vulnerabilidade	Situación de inclusión
Desemprego Escasas posibilidades laborais	Emprego temporal Emprego con risco de perda Dificultade para atopar emprego	Emprego estable Oportunidade para atopar emprego
Dificultade na satisfacción das necesidades básicas	Ingresos inestables Ingresos escasos	Condicións económicas suficientes e constantes
Illamento social	Relacións limitadas Relacións inestables	Relacións sociais amplas e integradas
Dificultade para buscar o sentido da vida	Inseguridade social	Participación social activa
Problemas de autonomía	Carencia de apoios	Situación de benestar

#### 1.4. Os determinantes sociais da saúde

As políticas sociais e económicas inflúen nas posibilidades de que un neno/a creza e desenvolva todo o seu potencial, teña unha vida próspera ou de que esta se malogre. Cada vez hai unha maior converxencia entre os países pobres e os ricos con respecto ao tipo de problemas de saúde que hai que resolver. Para a Organización Mundial da Saúde (OMS) “a saúde é o estado de completo benestar físico, mental e social e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades” (OMS, 1946). Dende esta perspectiva, o desenvolvemento dunha sociedade, xa sexa rica ou pobre, pode valorarse pola calidade do estado de saúde da poboación, por como se distribúen os problemas de saúde ao longo do espectro social e polo grao de protección do que gozan as persoas afectadas por enfermidades.

No ano 2005 a Organización Mundial da Saúde (OMS) pon en marcha a Comisión sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), co fin de recoller datos científicos sobre posibles medidas e intervencións en favor da equidade sanitaria e a promoción dun movemento internacional para acadar ese obxectivo dende a xustiza social. E posteriormente a OMS e a CDSS conclúen que as desigualdades sociais en saúde xorden debido ás diferenzas nas condicións da vida diaria e aos factores fundamentais que as orixinan: as desigualdades no poder, nos cartos e nos recursos. Engaden ademais que as desigualdades sociais e económicas sustentan os

determinantes da saúde, que son o conxunto de factores que interactúan entre si e que conforman a saúde e o benestar: circunstancias materiais, contorno social, factores psicosociais, comportamentos e factores biolóxicos. Estes factores están afectados pola posición social, que á súa vez está conformada pola educación, ocupación, ingresos, xénero, etnia e raza. E ademais todas estas influencias vense afectadas pola situación socio-política e o contexto cultural e social no que están inmersas (Marmot, 2013, 80-135).

Mais, os factores socioeconómicos varían en todos os países da UE, aspectos como a distribución dos ingresos ou os niveis de desemprego, axudan a explicar as desigualdades entre os Estados membros. De particular preocupación para a saúde é o desemprego de longa duración, a proporción dos niveis de educación das persoas por debaixo da educación secundaria e a privación material que sofren as persoas. As diferenzas son importantes entre as desigualdades en saúde dende os determinantes sociais da saúde en todos os Estados membros da Unión Europea (UE) e das desigualdades en saúde entre grupos sociais en base ao estilo de vida. Téñense estudado os efectos sobre as desigualdades na mortalidade de catro tipos diferentes de factores de risco. O primeiro grupo é un conxunto de factores de risco en relación co estilo de vida: o tabaquismo, o sobrepeso, a inactividade física e a diabetes *mellitus*. O segundo grupo consta dun factor de risco psicosocial: a falta de participación social (participación en organizacións voluntarias). O terceiro tipo de factor de risco son os baixos ingresos, e o cuarto é a actividade económica e a categoría profesional (manual *versus* non manual). O estudo identifica o feito de que o potencial de redución da desigualdade non é o mesmo en todos os países, debido a que a magnitude das desigualdades nos factores de risco varía substancialmente entre uns países e outros, e porque a distribución dos determinantes socioeconómicos tamén é moi diferente (OMS e CDSS, 2009, 109-198).

Deste xeito, as propostas de actuación da CDSS en relación ás condicións da vida das persoas, os factores estruturais dos que dependen as condicións de vida, e o seguimento das desigualdades sanitarias e dos determinantes sociais da saúde, son os seguintes (OMS e CDSS, 2009, 25-40):

- 1) Mellorar as condicións de vida, é dicir, as circunstancias nas que a poboación nace, crece, vive, traballa e envellece. Incrementar o benestar das nenas e as mulleres, e as condicións en que nacen as crianzas; favorecer o desenvolvemento da primeira infancia e a educación, aumentar as condicións de vida e de traballo formulando

políticas de protección social dirixidas a toda a poboación; e crear as condicións que permitan envellecer ben. As políticas encamiñadas a alcanzar estes obxectivos teñen que contar coa participación da sociedade civil, os poderes públicos e as institucións internacionais.

- 2) Loitar contra a distribución desigual do poder, os cartos e os recursos, isto é, os factores estruturais dos que dependen as condicións de vida, a nivel mundial, nacional e local. Para combater a inequidade sanitaria e as disparidades nas condicións de vida hai que atallar as desigualdades no modo en que está organizada a sociedade. Require un sólido sector público comprometido, capaz e dotado de suficiente financiación, para o que hai que fortalecer as instancias gobernamentais e tamén a gobernanza: dar lexitimidade, cabida e apoio á sociedade civil, a un sector privado responsable e aos membros de toda a sociedade, co fin de definir o interese común e inverter na acción colectiva. Nun mundo globalizado, imponse aplicar un estilo de gobernanza que promova a equidade dende o nivel comunitario até as institucións internacionais.
- 3) Medir a magnitude do problema, avaliar as intervencións, ampliar a base de coñecementos, dotarse de persoal capacitado en materia de determinantes sociais da saúde e sensibilizar á opinión pública. É dicir, recoñecer que existe un problema e conseguir que se avalíe a magnitude da inequidade sanitaria a nivel nacional e mundial. Os gobernos nacionais e as organizacións internacionais deben poñer en marcha, co apoio da OMS, sistemas de vixilancia da equidade sanitaria, nacionais e internacionais, que permitan un seguimento sistemático das desigualdades sanitarias e dos determinantes sociais da saúde, así como avaliar os efectos das políticas e intervencións na propia equidade sanitaria. Para crear o espazo e a capacidade institucionais cómpre investir na formación das persoas responsables de formular as políticas e dos profesionais da saúde. Tamén é preciso dar maior cabida aos determinantes sociais da saúde na investigación en materia de saúde pública.

A situación histórica e política dun país, as súas políticas e prácticas, as normas culturais e sociais da sociedade e o seu goberno, a todos os niveis, establecen o contexto no que os determinantes sociais son, potencialmente, susceptibles de cambiar. As actuacións sobre os determinantes sociais da saúde teñen que contar coa participación de todos os poderes públicos, a sociedade civil, as comunidades locais e o sector empresarial, así como de foros e organismos internacionais (Marmot, 2013,



149-153). As políticas e os programas deben englobar todos os sectores clave da sociedade, non unicamente o sector sanitario. E así, os cambios de políticas, prácticas e normas poden levar á redución das desigualdades e á mellora en saúde, así como a unha maior cohesión da comunidade e ao benestar. Ou tamén ao contrario, ao aumento das desigualdades ou a un peor estado de saúde e benestar.

### **1.5. A profesionalidade**

As profundas repercusións psicolóxicas e sociais dos procesos de masificación, individualismo, desintegración social, alienación, tensión persoal, diversidade cultural, desemprego, illamento,... da nosa sociedade fan xermolar estratexias coas que as técnicas sociais, educativas e psicolóxicas tratan de paliar o malestar da poboación e de restablecer o equilibrio existencial e social de diferentes maneiras: relación e encontro grupal, axuda ás unidades de convivencia, reconstrución social, empoderamento ou reparación de desigualdades e inxustizas.

Precisamente, o maior problema nunha sociedade aberta e democrática é conseguir chegar a acordos despois dos correspondentes procesos de deliberación, debates e desconformidades, a fin de determinar a orde entre distintos valores, tales como a liberdade, a igualdade, a seguridade, a verdade, etc., onde a prelación pode ser diferente para as distintas correntes ideolóxicas e incluso para cada persoa (Blázquez-Ruiz, 2009, 161-184).

As profesións sociais son especialmente sensibles ás cuestións valorativas porque adoitan ter un enfoque político da súa acción ante as desigualdades ás que se enfrontan. Existe a opción de vencellar a política e o poder co fin de rexer ou cambiar un sistema social (Sánchez, 1999, 43-47), e é desta maneira porque a ética da intervención social é necesariamente política, ademais de máis plural e complexa que a ética individual, e trata continuamente con realidades de poder e de estatus social. Isto sucede entre as persoas profesionais e políticas, e tamén no propio proceso de intervención, que frecuentemente está vinculado ás desigualdades e conflitos entre distintos grupos sociais e está destinado á promoción das persoas e grupos sociais en situación ou risco de exclusión. Dende esta óptica, a ética da intervención social é inevitablemente ética política.

Neste contexto, a liberdade de cada profesional do eido social para elixir un curso de acción ou un método de intervención determinado é grande, e tamén é ampla a responsabilidade que asume polos resultados que se poidan obter (positivos ou negativos). Polo xeral, as ciencias humanas e sociais descoidan as súas implicacións valorativas e as das súas aplicacións técnicas (éticas, políticas, sociais, culturais, relacionais,...), e a propia práctica profesional tende a fuxir do tema ético a pesar de que os aspectos valorativos e as cuestións éticas e políticas son unha parte inevitable. Esta realidade deixa ao/á profesional da intervención social nunha situación delicada, pois a profesión non o prové das axeitadas guías valorativas e de conduta para o desenvolvemento da práctica asistencial.

En certa maneira, as persoas valoran a vida que levan en función do valor que dan ao xeito de vivirla que poden acadar (benestar) e polo valor que outorgan á liberdade para elixilo (autonomía) (Salcedo, 2010, 16-19). Por este motivo aparecen os valores das persoas usuarias como criterios que deben orientar o xuízo profesional cando xorde unha cuestión fundamental: que debo facer para mellorar a calidade de vida desta persoa? Non se poderá axudar á persoa usuaria a mellorar a súa calidade de vida sen comprender que para que a súa propia vida teña sentido é preciso que a persoa sinta que as condicións da mesma están baixo o seu control, e polo tanto, teá a oportunidade de elixilas. Ou en todo caso, ter en consideración que a toma de decisións de cuestións que afecten á súa vida debe contemplar a súa historia de valores, a súa personalidade, a súa rede social, as súas crenzas e desexos,... (Marcoux, 2005, 210-215). Por estes motivos, a práctica asistencial na intervención social non debería estar configurada soamente por feitos, senón tamén por elementos normativos e axiolóxicos dinámicos.

Mais, que ocorre cando a vontade dunha persoa non pode, por diversas razóns, ser realizada? (Marcoux, 2005, 210-215). É o caso dunha persoa que ten unha percepción da calidade de vida que demanda coidados que economicamente non lle poden ser ofrecidos (como a persoa maior nun cuarto de dúas camas e que desexa estar soa); ou institucións sociais que se converten no medio vital da persoa; como conciliar as necesidades da organización coas da persoa usuaria que tenta recrear un medio vital á súa imaxe?; o simple exemplo de alimentación ou da organización das hixiene ilustran esta cuestión (o horario de comidas que impide o sono pola mañá, ou o horario dos coidados hixiénicos que exclúe a posibilidade de tomar un baño pola tarde). En todas e cada unha destas situacións maniféstanse conflitos éticos nos que as persoas implicadas poden precisar consello e/ou apoios. Mais, quen ten que adaptarse

a quen? Cal é a capacidade das institucións de facer excepcións á norma? Que esforzos se están facendo para adaptar as entidades e os recursos ás persoas?

MacIntyre (1984, 226-251) toma de Aristóteles o concepto de “práctica”. Este autor entende que a práctica é unha forma coherente e complexa de actividade humana cooperativa, establecida socialmente, na que traballan distintos axentes sociais que tratan de acadar unha meta, o ben interno que lle dá sentido e lexitimidade social á profesión: “(...) unha práctica non é un mero conxunto de habilidades técnicas, aínda que estean encamiñadas a un propósito unificado e incluso aínda que o exercicio destas habilidades poda en ocasións valorarse ou desfrutarse por si mesmo. O que distingue a unha práctica, en parte, é a maneira en que os conceptos dos bens e fins relevantes aos que serve a habilidade técnica (e toda práctica esixe o exercicio de habilidades técnicas) transfórmanse e enriquecéanse por esa ampliación de facultades humanas e en consideración a eses bens internos que parcialmente definen cada práctica concreta ou tipo de práctica” (MacIntyre, 1984, 240).

Este é un concepto de práctica válido para calquera actividade profesional porque en todas é imprescindible traballar xunto a outras persoas, cooperativamente. O primeiro, pois, son as metas: cada actividade ten uns fins internos que son as metas que lle dan sentido. Con todas as metas acádanse finalmente os bens internos (e tamén externos) que procura a profesión. Desenvolveranse ademais unhas capacidades, que son aquelas inclinacións a actuar en pro da felicidade e da xustiza. A estas predisposicións denomínaselle virtudes. A persoa profesional é alguén que trata de ser excelente no seu, precisamente porque quere poñelo ao servizo das persoas, porque quere acadar a súa meta. E se unha persoa non é extraordinaria no seu debe preocuparse, porque hai xentes que van sufrir, precisamente, porque non está a desenvolver a súa excelencia. É oportuno resaltar neste sentido que a excelencia non é a comparación dunhas persoas con outras, senón procurar facelo mellor. No desenvolvemento da actividade profesional encarnáranse ademais uns valores, que son os que condicionan a nosa vida para facela humana.

Aplicando estes aspectos ao eido da intervención social xorden cuestións específicas. En primeiro lugar, a intervención social é unha actividade profesional, o traballo do social é ademais unha práctica cooperativa onde hai diferentes persoas profesionais, entre elas, psicólogas, educadoras sociais, traballadoras sociais, pedagogas, xuízas, avogadas, psiquiatras, sociólogas,... nun territorio que ten que ver co “descenso á periferia” (Aliena, 2005, 17-33). E é que, dalgunha maneira, os comezos

da acción social teñen que ver con descender, achegarse ao mundo da exclusión e á atención das persoas máis vulnerables. No contraste centro/periferia, os servizos sociais foron periferia en sentido estrito ao longo de moitos anos. O espazo da intervención social tamén foi representado coa imaxe construída sobre o vector arriba/abaixo (en alusión a unha sociedade estratificada) e, con referencia ao sistema social, dentro/fóra, incorporando a expulsión do sistema como elemento decisivo (García Roca, 1995, 5-6).

Mais os cambios sociais, económicos, culturais e políticos contribuíron á creación dun novo paradigma no que tomaron protagonismo os dereitos, as novas necesidades e valores, a participación da cidadanía, os recursos sociais, a profesionalización, a globalización,... ampliándose de maneira notable o número e o perfil das persoas usuarias dos servizos sociais. Isto fai que, hoxe en día, falar de inclusión social teña máis que ver coa imaxe dunha “orquestra sinfónica”, onde participa un grupo de persoas, con variedade de instrumentos, cada persoa toca o seu instrumento e en conxunto, faise sonar unha fermosa peza.

As profesións sociais nacen para xestionar problemas sociais e contribuír á cohesión social, reducir as súas disfuncións e amortecer o sufrimento humano (García Roca, 2000, 313-325). De tal xeito que os problemas sociais non se identifican soamente con patoloxías ou disfuncións, senón con fenómenos relacionais. O escenario actual obriga á innovación na intervención social, a recuperar espazos, a acompañar ás persoas, a procurar o cambio social mediante o traballo coas persoas e coas institucións. O proceso de intervención social coa persoa, coa familia, grupo ou comunidade, debe ser, en definitiva, un proceso de responsabilidades compartidas.

Son moitas as profesións e disciplinas que interveñen no ámbito social, o que esixe a construción compartida de prácticas rigorosas e coñecemento interdisciplinar entre as diferentes profesións e saberes, nunha dinámica de xestión do coñecemento que se produce nun contexto de complexidade (Fantova, 2008, 49-54). As profesións sociais aluden a un campo multiprofesional que se organiza arredor da acción social e que ten en común o servizo ás persoas e que se desprega en diferentes perfís (educación social, traballo social, psicoloxía, socioloxía,...). Os potenciais das profesións sociais son as propias persoas, a súa capacidade de innovar e cooperar (García Roca, 2000, 313-320). E por iso a excelencia non recae tanto na profesión en si mesma como nos profesionais, sobre as súas motivacións, a identificación coa tarefa, sobre o talante cooperativo e a confianza, sobre o apoio mutuo e a facultade de tomar decisións conxuntas. A preparación das persoas profesionais dos servizos sociais require de

formación xeral e específica ao mesmo tempo, preparación en función das persoas e colectivos de atención e aprendizaxe tamén para formar parte de equipos multidisciplinares. Neste momento requírense persoas profesionais ben preparadas para a coordinación e o traballo en equipo (Rodríguez Cabrero, 2011, 177-183).

Constátase tamén que no ámbito dos servizos sociais hai unha tendencia á reacción, é dicir, á tentativa de buscar unha resposta inmediata aos problemas sen recorrer a formulacións estratéxicas (Segura, 2005, 51-53). A intervención social a nivel técnico está rexida por principios científicos e polos resultados das accións realizadas, mais as urxencias cotiás atrasan a elaboración de plans a máis longo prazo mediante consideracións máis globais. Nesta conxuntura é importante resaltar que a intervención social cada vez é máis complicada debido, por un lado á expansión de dereitos da cidadanía e dos avances nas disciplinas profesionais, e por outro, á consideración das prestacións sociais como dereito universal, os recursos humanos limitados, a diversidade cultural e as dificultades para a financiamento.

Existe ademais unha cuestión de radical importancia á hora de valorar a calidade asistencial dos servizos sociais, e é que non basta con formarse en acreditacións e na cultura da calidade, dado que para acadala verdadeiramente será preciso promover a intervención social transversal, é dicir, a participación dos cidadáns e das cidadás. Mais os pasos que se están a dar por profesionais da intervención social no eido da ética en torno ás necesidades das persoas e dos grupos no ámbito social anuncian que poderán contribuír ao recoñecemento dos dereitos das persoas e a mellorar a calidade das prestacións e servizos que lles corresponden. Porque nunha sociedade na que cada vez son máis as persoas usuarias dos servizos sociais parece necesario fomentar unha ética social que en base á xustiza recoñeza non soamente o dereito á asistencia, senón o dereito á participación e ao respecto á dignidade das persoas usuarias, orientándose cara á consecución da súa autonomía.

Dende os servizos sociais establécese unha relación profesional de apoio e coidado na vida de persoas e grupos que se atopan en situación de vulnerabilidade; entendendo por coidado as distintas actividades persoais e sociais que se realizan para garantir o benestar das persoas ao longo de diferentes momentos do seu ciclo vital (Munuera e García-Longoria, 2013, 61-77). A posibilidade de inclusión presupón ademais a preparación de persoas que desenvolvendo a súa autonomía poidan valerse por si mesmas para satisfacer as súas necesidades e aspiracións, asumindo a súa responsabilidade persoal e social.

A necesaria capacitación esixe extremar o respecto ás persoas e aos seus valores, e estendelo ás persoas que proveñen doutros ámbitos xeográficos e sexan portadoras de cosmovisións e valores distintos aos da nosa sociedade. Tamén é cometido dos servizos sociais protexer a aquelas persoas usuarias incapaces de xestionar os seus dereitos e de vivir autonomamente. E así, un dos estándares de calidade asistencial en clave de excelencia é a competencia cultural de profesionais, das institucións e da sociedade en xeral (Guillaumet; 2012, 41-65). A competencia cultural enténdese como o conxunto de condutas, de actitudes e de políticas que permiten ao sistema e/ou ás persoas funcionar de maneira eficaz coas persoas usuarias e coas comunidades de diferente orixe cultural. O compromiso coa competencia cultural concrétase en dous niveis diferentes: a nivel individual cada profesional é responsable de adquirir os coñecementos, actitudes e habilidades necesarias para desenvolver unha intervención culturalmente coherente e respectuosa; e nun segundo nivel as institucións son as que aseguran unha atención e servizos adaptados a unha poboación plural.

Por todo isto serán precisas ferramentas éticas para abordar as realidades complexas que xurdan arredor de persoas en toda a súa globalidade, ben sexan persoas inmigrantes, persoas maiores, nenos e nenas, persoas con discapacidade ou mulleres que sofren violencia, porque de maneira permanente os problemas éticos están presentes na toma de decisións asistenciais. Isto implica que a reflexión sobre a profesionalidade na intervención social abrangue o nivel político (macrosistema), o ámbito das organizacións (mesosistema) e os contextos privados da relacións entre as persoas usuarias e profesionais (microsistema). E nestas circunstancias, a conciencia ética das institucións sociais fará máis doado o cumprimento de criterios éticos e a óptima profesionalidade.

Está en mans dos profesionais e das institucións establecer os xeitos de garantir os dereitos de todas e cada unha das persoas usuarias dos servizos sociais, así como a súa autonomía como persoas e axentes morais para acadar o benestar, recoñecendo que a condición humana é unha síntese de autonomía e dependencia.

#### **1.6. O benestar da persoa como finalidade da intervención social**

A procura do ben interno da intervención social esixe traballar polos dereitos e as necesidades das persoas máis vulnerables e máis desprotexidas. Polo tanto, o ben interno é a atención ás necesidades insatisfeitas de todas as persoas e colectivos,

tratando de previr carencias, de empoderar a quen ten esas fallas, e de acompañar neses sectores que son fundamentalmente marxinais (Cortina, 1997b, 46-52).

Mais, poñendo en relación este concepto coa historia da intervención social en xeral, e do contexto coa teoría da xustiza social, soamente é aceptable o contido deste verbo facéndoo reflexivo: "empoderarse". Este non é un detalle filolóxico senón ético. Calquera relación de axuda debe establecerse sempre dende o respecto á autonomía da persoa que a vai recibir, e partindo de que o obxecto de atención é que as persoas, grupos ou comunidades collan a vida nas súas propias mans e, neste caso, o seu poder. Faríao a mesma persoa usuaria, ou a persoa co apoio dunha terceira persoa no caso de precisalo.

Desta maneira, dar un bo servizo profesional de promoción da calidade de vida das persoas usuarias para favorecer a seu benestar soamente é posible tras a indagación, a comprensión e a valoración conxunta das opcións vitais para cada persoa. Isto implica que parte do compromiso da intervención social co ben público ten que consistir nun firme acordo de respecto aos valores das persoas usuarias.

Nos variados modelos da práctica profesional do social atópanse, tanto de maneira oculta como explícita, dous tipos de enfoques éticos (Salcedo, 1999, 15-19). A ética profesional centrada nas persoas usuarias ou antipaternalista, que considera que o principio ético que regula a actividade profesional é o respecto á autonomía das persoas usuarias. E a ética profesional centrada nas persoas profesionais ou paternalista, que sitúa a súa actividade no principio de eficiencia que lles autoriza a definir os obxectivos e actuacións profesionais, con independencia das decisións das persoas usuarias.

Para acadar o ben interno e exercer correctamente a intervención social é preciso favorecer a participación das persoas usuarias ao longo do proceso de toma de decisións, dado que os acordos tomados sobre os problemas das persoas usuarias determinan as solucións que se lles ofrecen. Polo tanto, se as persoas participan na toma de decisións, tamén deberán facelo na identificación dos problemas, porque a cuestión sobre quen define as necesidades das persoas usuarias é fundamental para a participación na toma de decisións (Biehal, 1999, 43-63). E así, o dereito das persoas usuarias dos servizos sociais a ser tratadas como cidadás iguais, en lugar de receptoras pasivas das decisións dos profesionais, debe fundamentar o dereito a participar plenamente nas decisións sobre o servizo que reciben. A verdadeira participación

soamente é posible se os profesionais desenvolven os distintos procesos de avaliación en colaboración coas persoas usuarias. De feito, se a participación é auténtica, as decisións arredor dos problemas a tratar ou do servizo a prestar xurdirán dun proceso de negociación entre o profesional e a persoa usuaria, no que o profesional será moi explícito. Tendo así a persoa dereito a aceptar ou rexeitar un servizo, aumentando a complicación do proceso de toma de decisións no caso de que a persoa usuaria estivera en situación de risco ou de desprotección. Para poder crear as condicións nas que a participación na toma de decisións sexa posible precísase “...unha práctica comprometida coa negociación aberta de problemas e finalidades, o intercambio de información, así como a honestidade e claridade sobre as suposicións nas que se basea dita información (...). Isto, non obstante, non garante dita participación” (Biehal, 1999, 54).

Formar e informar ás persoas usuarias ten moita importancia. De feito, en numerosas situacións o máis doado podería ser que o profesional actúe en función das súas conviccións persoais, e non das da persoa usuaria, porque é o que considera mellor para a propia persoa. Mais, fronte a este procedemento, a relación asistencial pode ser un proceso deliberativo no que se intercambie información coa persoa usuaria arredor das situacións e dos procedementos e tamén sobre os valores, coa finalidade de buscar as solucións que promovan a súa autonomía para acadar o benestar e a mellor realización dos seus propios valores.

### **1.6.1. O enfoque das capacidades**

O enfoque das capacidades fai referencia ás habilidades internas e ás oportunidades do contorno social, político e económico, das que dispón cada persoa para poder converter os seus dereitos en liberdades reais. Martha Nussbaum e Amartya Sen son os máis sobranceiros defensores do enfoque. Existe unha estreita relación entre os tres conceptos deste enfoque, o que implica que o modelo dos dereitos subliña a importancia das capacidades e os funcionamentos seguros, o valor da facultade de autodeterminación (capacidades internas e recursos internos) e a necesidade dun contexto de igualdade e liberdade para o exercicio das capacidades e dos funcionamentos (condicións externas e recursos externos nun marco social), en orde a un proxecto de vida propio (Seoane, 2008, 1-28).



A desvantaxe é plural, mais, cales son as súas dimensións? Este enfoque amosa a súa idoneidade para a intervención social, dado que as vantaxes e as desvantaxes non son cuestión da posesión de recursos ou de preferencia de satisfacción, senón que están máis ben en relación co que unha persoa é quen de facer e de ser, en termos de “actividades valiosas e estados do ser”, non de recursos ou de preferencia (Wolff e De-Shalit, 2007, 36-37).

Nos últimos anos introdúcense dúas nocións fundamentais no terreo da xustiza distributiva: os funcionamentos e as capacidades, como variables que achegan información relevante na avaliación do benestar da persoa. Os funcionamentos son accións e estados da persoa e entre eles pode sinalarse estar ben alimentado, ter dignidade, poder participar na vida da comunidade. E as capacidades da persoa reflexan a súa liberdade para elixir entre posibles modelos de vida (Sen, 1995, 54).

As sociedades aspiran á xustiza social. Mais, cal é o mínimo de vida digna? Existen certas condicións de vida que facilitan ás persoas unha vida que é merecente da dignidade humana que posúen, namentres que outras condicións non o fan (Nussbaum, 2012a, 50-51). A noción de dignidade é igual en todas as persoas e está estreitamente relacionada cos anhelos, esforzos, motivacións e desexos da persoa. Está pois en íntima relación coa noción de capacidade básica, é dicir, “algo inherente á persoas e que esixe ser desenvolvido” (Nussbaum, 2012a, 51).

O enfoque das capacidades constitúe unha aproximación particular á avaliación da calidade de vida e á teorización sobre a xustiza social básica, xa que non se pregunta soamente polo benestar total da persoa, senón tamén polas oportunidades dispoñibles para cada ser humano (Nussbaum, 2012a, 37-39). Trátase dun enfoque comprometido con respecto ás facultades de autodeterminación das persoas, dado que defende que o ben que as sociedades deberían promover é un conxunto de oportunidades, que logo as persoas poderían levar ou non á práctica, porque cada individuo goza de liberdade de elección.

As capacidades (ou capacidades combinadas) son un conxunto de oportunidades, habitualmente interrelacionadas, para elixir e actuar. Non son soamente habilidades que residen no interior da persoa, senón que tamén inclúen as liberdades e as oportunidades que se crean pola combinación entre as facultades persoais e o contorno político, social e económico. Ademais cómpre diferenciar as capacidades básicas da persoa, referida ás facultades innatas da persoa que fan posible o seu

posterior desenvolvemento e formación, das súas capacidades internas, é dicir, os estados fluídos e dinámicos, aptitudes adestradas e desenvolvidas (os trazos de personalidade, as capacidades intelectuais e emocionais, habilidades de percepción e movemento,...). As capacidades combinadas polo tanto, serán a suma das capacidades internas e das condicións do contorno nas que realmente pode elixirse o funcionamento das capacidades; aínda que a distinción entre as capacidades internas e as combinadas non é diáfana e se manteñen en relación constante (Nussbaum, 2012a, 40-44).

Por outro lado, un funcionamento é a realización activa dunha ou máis capacidades. Os funcionamentos son faceres que veñen a materializar as capacidades (Nussbaum, 2012a, 44-48). Se lograr funcionamentos constitúe o benestar da persoa, a capacidade para lograr funcionamentos, é dicir, todas as combinacións alternativas de funcionamentos que unha persoa pode optar por ter, constituirá a liberdade da persoa e as posibilidades reais de benestar (Sen, 1995, 53-56).

Dende esta perspectiva a pobreza non soamente é a falta de medios. A pobreza é ante todo a falta de liberdade para levar adiante os plans de vida que unha persoa ten razóns para valorar: é pobre a persoa que non pode desenvolver os proxectos vitais que podería desexar razoablemente (esta sería a liberdade de axencia). De tal xeito que o suxeito axente sería quen realiza as accións que decide levar a cabo, e o suxeito paciente é o que sofre as accións. Erradicar a pobreza esixiría o empoderamento das persoas para que sexan suxeitos axentes das súas vidas, para vivir a vida que poden desexar razoablemente.

O enfoque das capacidades está estreitamente ligado ao enfoque dos dereitos humanos e á dignidade humana, existindo unha importante semellanza entre a listaxe de capacidades e a dos dereitos humanos. Ocúpase das fallas ou omisións de capacidades (marxinación, discriminación,...), e fala de promover áreas de liberdade e capacidades partindo da base social, dos relatos das persoas, de individualizar,... En relación ao contido, este enfoque rexeita a distinción entre os dereitos de primeira xeración (os civís e os políticos) e os dereitos de segunda xeración (os económicos e os sociais), dado que esta distinción dá a entender que o dereitos civís e políticos non teñen unhas condicións económicas e sociais, e o enfoque das capacidades pon de manifesto que si as teñen. De feito, todos os dereitos requiren dunha acción positiva dos gobernos (Nussbaum, 2012a, 85-89).

Considerando as distintas áreas da vida humana o enfoque das capacidades pregunta: que se precisa para que unha vida estea á altura da dignidade humana? A resposta que dá é unha listaxe de dez capacidades centrais que unha orde política aceptable estaría obrigada a procurar (Nussbaum, 2012a, 53-55):

1. Vida. Poder vivir unha vida de duración normal.
2. Saúde física. Poder manter unha boa saúde. Contar con alimentación e un lugar apropiado para vivir.
3. Integridade física. Desprazarse libremente, estar protexidos de violencia, ter oportunidades para a satisfacción sexual e elección en cuestións reprodutivas.
4. Sentidos, imaxinación e pensamento. Dende unha educación que inclúa a alfabetización, a formación matemática e científica básica. Poder usar a imaxinación e o pensamento para a experimentación, produción de obras e actos literarios, relixiosos, políticos, musicais,... segundo a propia elección.
5. Emocións. Sentir apego. Amar. Sentir dolo, gratitude, indignación,...
6. Razón práctica. Reflexión crítica sobre a propia vida.
7. Afiliación. Participar en diversas formas de interacción social. Trato digno e respectuoso para todas as persoas.
8. Outras especies. Relación próxima e respectuosa cos animais, plantas e o mundo natural.
9. Xogo. Poder rir e desfrutar de actividades recreativas.
10. Control sobre o propio contorno. Participación política. Dereito de propiedade. Dereito á busca e desenvolvemento dun traballo.

O enfoque obriga a que cada persoa se sitúe por riba dun mínimo de capacidade en todas e cada unha das dez áreas. A listaxe é explícita, e conta cunha especificación abstracta e xenérica dos seus compoñentes con cabida a deliberacións adicionais, de feito, algunha das distintas áreas podería chegar a discutirse con distintos argumentos. Os elementos centrais da lista son as principais liberdades que se protexen dende o pluralismo social.

Mais, as políticas públicas non deben limitarse soamente a proporcionar unha capacidade á persoa, senón que deben facilitala de tal maneira que a persoa poida contar con ela de cara ao futuro, asegurar as expectativas. A seguridade é pois un elemento de vital importancia en canto á posibilidade real que as persoas teñen de usar e desfrutar de todas as capacidades da lista (Wolff e De-Shalit, 2007, 63-73). Cómpre tamén identificar posibles funcionamentos fértiles (aqueles que tenden a favorecer

tamén a outras capacidades relacionadas) e tamén funcionamentos corrosivos (aqueles nos que a ausencia ou privación de capacidade repercute na falla de outras capacidades en diferentes ámbitos), porque axuda a detectar a importancia de cada capacidade por separado, así como os agrupamentos entre elas, como conduce unha á outra. Esta é unha cuestión significativa a ter en conta dende as políticas sociais. Mais tamén, a fertilidade ou a corrosividade dunha determinada capacidade pode variar segundo o momento e lugar. De feito, identificar as capacidades fértiles e as corrosivas pode contribuír á redución de desvantaxes sociais e axudar a determinar prioridades na política social (Wolff e De-Shalit, 2007, 181-183).

A importancia radical do estudo das capacidades radica no cambio de enfoque da persoa como receptora dende unha actitude pasiva, centrada en si mesma como reclamante, como receptora e beneficiaria, a un enfoque máis amplo e diverso onde a persoa é sensible ás demais, ten liberdade de elección e tamén é dadora, aludindo a unha ética do coidado na que a persoa tamén contribúe á sociedade e ten consideración política (Wolff e De-Shalit, 2007, 45-46).

As categorías de funcionamentos que se consideraron máis importantes son: vida, saúde corporal, integridade física, afiliación (pertenza), control sobre o medio ambiente, e sentido, imaxinación e pensamento (Wolff e De-Shalit, 2007, 103-107). Ademais engaden catro novas capacidades á listaxe inicial de Nussbaum (Wolff e De-Shalit, 2007, 187-191):

11. Independencia. A posibilidade de facer exactamente o desexado sen ter que depender dos demais.
12. Facer o ben aos demais. Ser quen de coidar aos demais como parte da humanidade. Ser quen de mostrar gratitude.
13. Respecto á lei. Poder vivir dentro da lei, non ser obrigado a romper a lei, facer trampa ou engano a outras persoas ou institucións.
14. Comprender a lei. Comprensión xeral da lei, das súas demandas e as oportunidades que ofrece para os individuos.

No desenvolvemento deste método de investigación tómanse en conta as voces das persoas menos favorecidas, así como das persoas expertas que traballan con elas, como os traballadores/as sociais, enfermeiras, profesionais das residencias e albergues, e así sucesivamente. As persoas menos favorecidas, as persoas excluídas serían as que teñen un agrupamento dos seis máis importantes funcionamentos, o que

viría definir unha situación de desvantaxe en termos de funcionamento baixo ou inseguro (Wolff e De-Shalit, 2007, 183-185). Identificar as desigualdades na vida real pode ter efecto nas políticas sociais, mais, co fin de saber que política é óptima cómpre desenvolver máis investigacións para afondar nos funcionamentos máis fértiles e tamén nos funcionamentos corrosivos que repercuten na sociedade.

### **1.6.2. O modelo ecolóxico: a calidade de vida**

A calidade de vida é unha medida composta de benestar físico, mental e social, tal e como a percibe cada persoa e grupo; ten un carácter dinámico e está suxeita a continxencias históricas, culturais, ambientais e económicas que se relacionan co nivel de satisfacción que sinte a persoa. Dende un enfoque ecolóxico, as persoas viven en varios sistemas simultáneos que condicionan o desenvolvemento dos seus valores, comportamentos, crenzas e actitudes (Schalock, 2003, 31-39).

Estase facendo referencia a un triplo sistema ou nivel de relación asistencial con especial influencia na intervención social. Por un lado o macrosistema ou nivel político, que corresponde aos patróns culturais máis amplos, as tendencias sociopolíticas e os sistemas económicos. A intervención social neste nivel, ten por obxectivo a aceptación e a inclusión social das persoas usuarias dos servizos sociais en coordinación co ben común de toda a cidadanía. Neste sistema, a valoración dos indicadores de calidade de vida fan referencia ás condicións externas, ambientais, como a saúde, os niveis de vida, a educación, a seguridade pública, o benestar social, a vivenda, o ocio,...

No mesosistema ou nivel organizativo, sitúanse a comunidade, a veciñanza, as organizacións e servizos. Neste nivel danse as relacións entre as persoas con necesidades de apoio e coidado e as persoas responsables de xestionar os recursos. Os obxectivos da intervención social a este nivel establécense en relación ao conxunto das persoas destinatarias da organización ou servizo. Este nivel de valoración reflexa a interacción da persoa coa súa comunidade, veciñanza ou organización.

E finalmente existe un microsistema ou nivel privado, referido ao contexto social inmediato, como a familia, o grupo de iguais, o lugar de traballo,... Neste nivel da intervención encádrase a relación entre a persoa usuaria dos servizos sociais, os seus familiares e persoas achegadas, e as persoas profesionais do ámbito social. Os obxectivos establécense en función de cada caso particular. Neste nivel, a valoración

da calidade de vida é de natureza subxectiva, segundo a satisfacción da propia persoa (Schalock, 2003, 47-53).

O enfoque ecolóxico defende a necesidade de incluír as dimensións e os indicadores clave de calidade de vida que reflexen todos os sistemas dos que forman parte todas as persoas, é dicir, os niveis micro, meso e macro (Schalock, 2003, 36-37).

Definir a calidade de vida é un proceso complexo que presenta importantes problemas técnicos e filosóficos. Schalock (2003, 34) opta por sinalar as dimensións e indicadores centrais dunha vida de calidade, considerando que as dimensións básicas da calidade de vida son un conxunto de factores que constitúen o benestar persoal. Os indicadores centrais da calidade de vida defínense como: "...percepcións, condutas ou condicións específicas das dimensións de calidade de vida que reflexan o benestar dunha persoa" (Schalock, 2003, 34-38). Reflicten as condicións de vida desexadas por unha persoa en relación ás seguintes oito necesidades fundamentais: benestar emocional, relacións interpersoais, benestar material, desenvolvemento persoal, benestar físico, autodeterminación, inclusión social e dereitos. Cada unha das interaccións do nivel de análise coa dimensión da calidade de vida establece varios indicadores prototípicos, con alto valor orientativo para o desenvolvemento da intervención social e que virían indicando o benestar dunha persoa:

1. Benestar emocional. Seguridade, experiencias positivas. Satisfacción, ledicia. Autoestima, predicibilidade, ausencia de estrés.
2. Relacións interpersoais. Redes sociais, familia, amizades, actividades sociais.
3. Benestar material. Situación económica, situación laboral, vivenda, propiedades.
4. Desenvolvemento persoal. Situación educativa, competencia persoal.
5. Benestar físico. Estado de saúde, estado nutricional, exercicio físico.
6. Autodeterminación. Eleccións, toma de decisións, control persoal, metas persoais.
7. Inclusión social. Participación na comunidade, roles comunitarios, voluntariado.
8. Dereitos. Dereitos humanos e legais.

Dende esta perspectiva relacional, o concepto de calidade de vida non pode separarse do contexto onde as persoas viven e interactúan. É máis, un modelo ecolóxico como o de Schalock implica unha gran sensibilidade cara os factores que afectan aos diferentes ámbitos da vida e aos diversos niveis de proximidade con respecto á persoa,

así como ás súas propias percepcións. En definitiva, a importancia do concepto de calidade de vida “...é tanto persoal como social” (Schalock, 2003, 43).

E deste xeito, o compromiso da intervención social co ben público consiste en dar un servizo profesional competente rexido polo respecto á autonomía da persoa usuaria e a promoción da súa calidade de vida, co fin de favorecer o seu benestar integral. Neste sentido, é moita a contribución dos servizos sociais á construción dun sistema coherente e accesible de prestacións sociais que respondan ás necesidades sociais da poboación en xeral, e de maneira particular, ás necesidades dos grupos en situación de vulnerabilidade e exclusión social (Rodríguez Cabrero, 2011, 9-10).

### **1.6.3. *Recapitulación***

Arredor do benestar social existe un problema de medida e de avaliación que se enfronta dende diferentes ámbitos do coñecemento (a economía, a filosofía, a política, as ciencias sociais,...). Tradicionalmente o benestar de cada individuo era avaliado por outras persoas en base a indicadores económicos, sociais e persoais. Pero en realidade, precísase saber non soamente os cartos que teñen ou dos que carecen as persoas, senón tamén cal é a capacidade das persoas de conducir as súas vidas; precísase saber da súa saúde e dos servizos médicos; a natureza e calidade da súa educación; a satisfacción no traballo; os privilexios sociais e políticos da cidadanía, a estrutura das relacións familiares e as relacións entre os xéneros (Nussbaum e Sen, comp., 1996, 15-17).

Na busca de criterios para valorar a calidade de vida, Sen presenta o enfoque das capacidades, que inclúe mudar os criterios de análise: do estado real á oportunidade, e dos bens e o benestar aos funcionamentos. Desta maneira, Sen dirixe a súa atención ao que unha persoa obtén no espazo entre o benestar e os bens, e tamén incide no que a persoa pode obter, a diferenza do que xa fai (Cohen, 1996, 27-29). Pola súa parte, Nussbaum ofrece unha importante explicación da calidade de vida en termos dunha listaxe aristotélica das funcións humanas básicas que pretende ser válida para todos os seres humanos (Nussbaum e Sen, comp., 1996, 17-20).

Unha revisión conxunta do enfoque das capacidades (Nussbaum, 2012a, 53-55) e do modelo ecolóxico de calidade de vida (Schalock, 2003, 38) indica que ambos os dous representan unha aproximación particular á avaliación do benestar das persoas,

coincidindo en dar o protagonismo á propia persoa, aos seus valores, sendo a persoa a encargada de definir as súas necesidades dende as súas aspiracións e desexos. O benestar implica que a propia persoa é parte activa do proceso de análise, e non soamente se ten en conta a satisfacción das necesidades sociais actuais ou futuras. O benestar implica a liberdade humana dende a perspectiva da participación democrática e o exercicio das liberdades persoais xunto coas oportunidades sociais.

Ambos enfoques identifican ademais aspectos relacionados co respecto e a dignidade da vida humana e teñen en conta á persoa na súa globalidade, dentro do seu contexto. Por iso a análise varía en función do momento vital ou da evolución do propio contorno. Poden ir acompañados de parámetros técnicos e, na medida en que representan o benestar como unha tarefa permanente e inacabada que muda e que sempre pode mellorar, achegan claves en relación coa vida da persoa e para o deseño da políticas sociais.

O modelo ecolóxico de calidade de vida achega un sistema triplo de análise e intervención, tres niveis de relación asistencial, macrosistema, mesosistema e microsistema, con especial influencia na intervención social e que, como se verá máis adiante, tamén está presente na bioética.

Mais o enfoque das capacidades ten unha maior similitude coa estrutura dos dereitos humanos, e semella máis axeitado para a análise de contextos sociais, debido á amplitude e xeneralidade das capacidades centrais que establece. Paralelamente tamén sinala entre as capacidades centrais un límite de seis capacidades en situación de desvantaxe, en termos de funcionamento baixo ou inseguro, para identificar que a persoa pode estar en situación ou risco de exclusión (Wolff e De-Shalit, 2007, 183-185). Porén o enfoque sobre as capacidades é particularmente acaído para a avaliación do benestar, na forma de logro e liberdade, así como para os problemas relacionados co auizamento dos estándares de vida (Nussbaum e Sen, comp., 1996, 78-79).



## 2. MANIFESTACIÓNS DA ÉTICA NA INTERVENCIÓN SOCIAL

Na vida moral existen regras, valores, normas,... Neste punto entra o papel do saber práctico da ética: axudar ás persoas a tomar decisións correctas. Para isto estúdanse os problemas existentes na intervención social, establécense principios de actuación, elabóranse códigos éticos, catálogos de virtudes, cartas de dereitos das persoas,... Pero a realidade é sempre moito máis rica do que se poida contemplar nun principio ou nun código. Por este motivo, antes de coñecer algunhas estruturas de reflexión ética existentes na intervención social, realizarase un percorrido polos valores que están presentes na ética da acción social e posteriormente un achegamento aos principais problemas éticos, é dicir, aos valores e aos deberes que entran en conflito no desenvolvemento da práctica da intervención social.

A ética desempeña un papel central na teoría e na práctica das profesións sociais que se ocupan da atención, do coidado, da educación e da defensa das persoas e grupos máis vulnerables da nosa sociedade. E é nestes contextos onde xorden os problemas éticos, cando e onde as persoas se ocupan da vida humana, da súa supervivencia e do seu benestar.

A intervención social fundamenta a súa actividade nalgúns valores básicos que permanecen ao longo da historia. Aínda que as denominacións teñan mudado, o núcleo conceptual esencial sempre estivo vinculado a acadar o benestar das persoas e ao valor da autonomía. Pero ao longo dos anos, os valores que a intervención social recoñece que debe protexer ou promover, van mudando, e son froito do debate, da reflexión e da influencia de moitos factores, uns de carácter interno, derivados das dificultades da práctica profesional, e outros de carácter externo, tendo a súa orixe na transformación das políticas sociais e na evolución das ciencias humanas (Salcedo, 2010, 19-23).

Á hora de tomar decisións ante un problema ético é necesario considerar os feitos acontecidos, as normas, os principios e valores que entran en xogo e identificar un rango amplo de alternativas posibles, é dicir, de posibles cursos de acción. Pero, no día a día, como se resollen os problemas éticos en intervención social? Tendo en conta que as decisións deben ser áxiles, como afrontan os/as profesionais estas cuestións?

## 2.1. A perspectiva normativa

### 2.1.1. *Declaración Universal dos Dereitos Humanos (1948)*

Os dereitos humanos subliñan o valor dun novo criterio de lexitimación política, poñendo freo á autoridade arbitraria e dogmática e, en suma, á omnipotencia do poder. E así, os dereitos humanos debuxan fronteiras que non se traspasarán (López de la Vieja, 2008, 305-308). Pouco despois da Segunda Guerra Mundial, a Asemblea Xeral das Nacións Unidas proclama a Declaración Universal dos Dereitos Humanos, no ano 1948, cun alcance inmediatamente universal garantido por ter sido redactada e adoptada polos representantes das nacións independentes existentes na época (Hottois, 2005, 333-339). Corenta e cinco Estados comprometíanse a respectar uns dereitos das persoas, distribuídos en cinco áreas: civís, políticos, económicos, sociais e culturais (cfr. *infra*, cap.2, apdo.2.1.3).

Dende a premisa de ser compartida, a noción de dignidade da persoa é a que aglutina e sustenta a universalidade dos dereitos humanos. De feito, o artigo 1 da Declaración Universal de Dereitos Humanos establece que todos os seres humanos nacen iguais en dignidade, establecendo así a dignidade humana como atributo de valor de todos os seres humanos, merecente de respecto e protección (Kilner, 2014, 1612-1618).

Como afirmación e desenvolvemento da dignidade xorden tamén a liberdade e a igualdade. Con base na liberdade, todas as persoas poderían elixir aquilo que queren ser, sendo cada quen protagonista da súa propia vida. Dunha parte a liberdade significa libre autodeterminación, isto é a facultade de elección e de decisión sobre as accións e os medios para levalas a cabo; e doutro lado, implica a autodeterminación responsable, é dicir, facerse cargo, responder das consecuencias das accións escollidas libremente. A liberdade da persoa ten ademais unha limitación infranqueable que é a dignidade propia e allea. En base á igualdade de todas as persoas apóiase a máis elemental esixencia da xustiza: tratar da mesma maneira o igual e de maneira distinta o desigual, o que vén implicando o recoñecemento da diferenza (Seoane, 2012, 11-45).

Os dereitos humanos "...aparecen como un conxunto de facultades e institucións que, en cada momento histórico, concretan as esixencias da dignidade, a liberdade e a igualdade humanas, as cales deben ser recoñecidas positivamente polos ordenamentos xurídicos a nivel nacional e internacional" (Pérez Luño, 2010, 50). E así, os dereitos humanos constitúen a concreción inmediata duns valores, dos que resulta necesario

recalcar o sentido económico, cultural e social. O valor da dignidade, a liberdade e a igualdade poden considerarse os tres eixes fundamentais, presentando, segundo o momento histórico, un contido diverso nas facultades e institucións destinadas a facelos explícitos (Pérez Luño, 2010, 581-595):

- a) A dignidade humana representa o núcleo axiolóxico dos dereitos da personalidade humana dirixidos a tutelar a súa integridade moral (dereito á honra, á propia imaxe, intimidade, abolición de trato degradante ou inhumano,...), así como a súa integridade física (dereito á vida, garantías fronte á tortura,...).
- b) A liberdade ofrece o marco de imputación axiolóxica das liberdades persoais (en materia relixiosa, ideolóxica, de circulación e residencia, de expresión, reunión, ensino, asociación,...), civís (garantías procesais e penais...) e políticas (participación política, dereito ao sufraxio,...).
- c) E a igualdade faise explícita a través do conxunto dos dereitos económicos, sociais e culturais que conforman os dereitos humanos.

En relación co fundamento dos dereitos humanos soen aducirse tamén outros valores, que ben son presupostos para o exercicio dos dereitos, como sería o caso da paz, ou ben son aspectos conformadores dos tres valores xa mencionados, como o pluralismo, a seguridade ou a solidariedade. Así mesmo, o recoñecemento dos dereitos humanos non soamente implica instrumentos normativos de positivación, senón tamén técnicas de protección e de garantía, conxugando desta forma a fundamentación e o exercicio dos mesmos (Pérez Luño, 2010, 50-53).

A Declaración Universal de Dereitos Humanos recolle un ideal común para a humanidade e un progreso ético ao mundo enteiro que na actualidade continúa alentando a aspiración da humanidade de recoñecerse partícipe dun mesmo proxecto de civilización, "(...) dando forma a un xeito de ser e estar no mundo, de liberarse do temor e da miseria, de desfrutar da liberdade da palabra e das crenzas, de combater a tiranía e calquera forma de opresión, tal e como se reflexa no preámbulo que antecede os 30 artigos que proclaman o dereito de cada persoa e de todas as persoas a nacer libres e iguais, poñendo en valor as múltiples percepción que existen en relación coa realidade e dos modos de reivindicarse na dignidade de ser humanos" (Caride, 2009, 17).

Coa aprobación dun sistema de valores universais reafírmase a oportunidade de poder compartir un mesmo punto de partida e unha meta a acadar de cara a agrandar as marxes da liberdade, a igualdade, a xustiza e a paz na vida cotiá de todos os homes e mulleres (Caride, 2009, 17-25). Os dereitos humanos recoñécense como un referente para a convivencia democrática, e polo tanto, un soporte ético sensible ás necesidades e expectativas das nosas sociedades. O dereito a ter dereitos supón admitir que tanto na súa declaración coma nas súas derivacións prácticas, as persoas e as sociedades xóganse a súa razón de ser. Mais, na base do cumprimento dos dereitos e liberdades que se proclaman na Declaración Universal está a necesidade de educar nos valores de cidadanía, con contidos plurais, en distintos contextos e coa participación dos diferentes axentes sociais. E do mesmo xeito, a construción sociocultural dos dereitos humanos esixe orientar a praxe social segundo as esixencias, os valores e os ideais que garantan a dignidade das persoas, respectando as culturas en toda a súa diversidade contextual e social. Os dereitos humanos, ademais, terán que quedar plasmados nas políticas sociais, saíndo ao encontro da interculturalidade, da participación social e da formación en dereitos, integrando os valores e normas que axuden a combater todas as formas de exclusión.

Hoxe en día, os dereitos humanos seguen a ser unha promesa incumprida para un número importante das persoas do planeta e, aínda que se consolida como linguaxe común, é evidente a dificultade que supón pasar das palabras aos feitos (pasar da declaración aos dereitos), tal e como se manifesta nos abusos, violacións, discriminacións e inxustizas que se repiten día tras día no mundo enteiro: “Os nosos países teñen a obriga de respectar, protexer e facer realidade os nosos dereitos. E son moitos os que non o fixeron ou, no mellor dos casos, fixérono a medias. A pesar de todos os éxitos logrados polo movemento de dereitos humanos durante os últimos decenios –dende a liberación de presos de conciencia até a prohibición global da tortura e a creación da Corte Penal Internacional–, esta distorsión da soberanía supón que miles de millóns de persoas seguen esquecidas” (Amnistía Internacional, 2013, 15).

### **2.1.2. Formación para o Servizo Social (1958)**

Unha das declaracións máis antigas en relación cos servizos sociais é a realizada por Nacións Unidas no ano 1958. Emerxe así, de maneira formal, a formación para o servizo social, que tiña por finalidade “(...) a formación metódica, teórica e práctica para

quen desexa dedicarse a certas labores importantes no eido do servizo social” (ONU, 1958, 26).

As directrices adoptadas por Nacións Unidas, que teñen como base os traballos de Biestek a finais da década dos 50, son as seguintes:

- a) Recoñecer o valor do ser humano como individuo, calquera que sexa a súa circunstancia, raza, relixión, opinión pública ou conduta, e facer o posible por fomentar no individuo un sentimento de dignidade e respecto propio.
- b) Respetar as diferenzas entre os individuos, grupos e comunidades, tratando ao mesmo tempo de concilialas co benestar común.
- c) Fomentar o propio esforzo como medio de desenvolver no individuo o sentimento de confianza en si mesmo e a súa capacidade para afrontar responsabilidades.
- d) Promover oportunidades para unha vida máis satisfactoria nas circunstancias particulares na que se atopan os individuos, os grupos ou as comunidades.
- e) Aceptar o deber profesional de traballar en pro da aplicación de medidas sociais compatibles cos principios e os coñecementos do servizo social, arredor dos anhelos e as necesidades humanas, co obxecto de brindar a toda persoa a posibilidade de facer o mellor uso posible do seu medio e das súas propias aptitudes.
- f) Respetar a índole confidencial da relación profesional.
- g) Utilizar esta relación para axudar aos clientes (individuos, grupos ou comunidades) a acadar un maior grao de liberdade e de confianza en si mesmos, e non tratar de manexalos para que se adapten a un sistema preconcebido.
- h) Facer un uso responsable da relación profesional con miras a promover, o máis obxectivamente posible, o maior ben para o individuo e os mellores intereses da sociedade.

Estas directrices constitúen un fito histórico e establecen un punto de inflexión, unha referencia fundamental para o desenvolvemento da práctica da intervención social.

### **2.1.3. Pactos internacionais de Nacións Unidas (1966)**

O proceso de formulación positiva dos dereitos fundamentais vaise desenvolvendo ao longo dos anos e formúlase como esixencia do dereito internacional. A Declaración Universal dos Dereitos Humanos debe entenderse como parte dun proceso máis amplo no que as Nacións Unidas trasladan a defensa dos principios xerais consagrados na Declaración Universal ao dereito internacional convencional, a través de Convenios e Pactos recoñecidos e ratificados polos Estados membros da ONU. Por este motivo a Declaración Universal, os Convenios e Pactos das Nacións Unidas deben entenderse de forma unitaria (Pérez Luño, 2010, 127-132). De feito, o Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos, o Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais, a Declaración Universal dos Dereitos Humanos e os dous Protocolos Facultativos ao Pacto de Dereitos Cívís e políticos, configuran a denominada Carta Internacional dos Dereitos Humanos (Fernández de Casadevante, dir., 2011, 115-184).

#### **2.1.3.1. PIDCP e PIDESC**

A Asemblea Xeral de Nacións Unidas adopta dous Pactos o 16 de decembro do ano 1966, transformando así os dereitos humanos en obrigas para os Estados Partes. Trátase do Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos (PIDCP) e do Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), entrando ambos os dous en vigor dez anos despois de ser aprobados, o que vén mostrar a culminación parcial dunha tarefa que cómpre valorar no seu conxunto. O PIDCP atribúe directamente ao individuo os dereitos que nel se recoñecen, e o PIDESC non parece conferir os dereitos enunciados directamente, senón que os fai depender do cumprimento das obrigas positivas asumidas por cada un dos Estados Partes (Bou e Castillo, 2008, 49-96).

O ámbito de aplicación do Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos (PIDCP) dedúcese do disposto no parágrafo I do seu artigo 2:

“Cada un dos Estados Partes no presente Pacto comprométese a respectar e a garantir a todos os individuos que se encontren no seu territorio e estean suxeitos á súa xurisdición, os dereitos recoñecidos no presente Pacto sen distinción algunha de raza, cor, sexo, idioma, relixión, opinión política ou de outra índole, orixe nacional ou social, posición económica, nacemento ou calquera outra condición social”.

O catálogo de dereitos civís e políticos que enuncia o Pacto é amplo e preciso, e contempla os seguintes: dereito á vida (artigo 6), prohibición da tortura ou outros tratos ou penas desapiadadas, inhumanas ou degradantes (artigo 7), prohibición da escravitude e da servidume (artigo 8), dereito á liberdade e á seguridade persoais (artigo 9), trato humano ás persoas privadas de liberdade (artigo 10), prohibición da prisión por débedas (artigo 11), liberdade de circulación (artigo 12), no artigo 13 regúlase o procedemento de expulsión das persoas estranxeiras, outorgando a cada persoa estranxeira o dereito a que se adopte unha decisión no seu propio caso, prohibindo así as expulsións colectivas; principio de legalidade en materia penal (artigo 15), recoñecemento da personalidade xurídica (artigo 16), dereito á intimidade (artigo 17), liberdade de pensamento, de conciencia e de relixión (artigo 18), liberdade de opinión (artigo 19), dereito de reunión pacífica (artigo 21), liberdade de asociación (artigo 22), protección da familia (artigo 23), dereitos do neno e da nena (artigo 24), participación nos asuntos públicos e dereito de voto (artigo 25), igualdade ante a lei (artigo 26) e dereito das minorías (artigo 27).

Os mecanismos de control do cumprimento das obrigas asumidas en virtude do PIDCP por parte dos Estados son tres: a presentación dun informe obrigatorio (artigo 40), a presentación de comunicacións de carácter voluntario por parte dos Estados (artigo 41), e a recepción e consideración de comunicacións individuais polo Comité de Dereitos Humanos. Este Comité é o órgano de persoas expertas independentes que supervisa a aplicación do Pacto Internacional de Dereitos Civís e Políticos polos Estados Partes (artigos 28-34 e 38).

Os dereitos que recolle o Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) son os seguintes: dereito a traballar (artigo 6), dereito a gozar de condicións de traballo equitativas e satisfactorias (artigo 7), dereitos sindicais e dereito de folga (artigo 8), dereito á seguridade social (artigo 9), protección e asistencia á familia (artigo 10), dereito ao nivel de vida adecuado para si e a súa familia, incluso alimentación, vestido e vivenda, e unha mellora continua das condicións de existencia (artigo 11), dereito ao desfrute do nivel máis alto posible de saúde (artigo 12), dereito á educación (artigos 13 e 14), e dereito a participar na vida cultural e a gozar dos beneficios do progreso científico (dereito 15).

### 2.1.3.2. Cumprimento dos Pactos

Co fin de asegurar o cumprimento das obrigas asumidas polos Estados Partes e o respecto dos dereitos recoñecidos no PIDESC, existe a obriga de presentar informes sobre a medidas adoptadas e os progresos realizados (artigo 16.1). Cada Estado debe remitir o seu informe por primeira vez aos dous anos da entrada no Pacto, e con posterioridade, cada cinco anos. Para mellorar os mecanismo de control, no ano 1985 créase o Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais, composto por persoas expertas independentes, que non soamente vixían, senón que tamén emiten observacións e recomendacións para os Estados Partes.

Concretamente, no quinto e último informe presentado por España no ano 2012, o Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais acolle con agrado as seguintes cuestións desenvolvidas no Estado español:

- A adopción da Lei 12/2009, do 30 de outubro de 2009, reguladora do dereito de asilo e da protección subsidiaria, que inclúe as directivas europeas e a protección dos dereitos consagrados pola Convención sobre o Estatuto dos Refuxiados;
- A adopción do Plan de Acción para o Desenvolvemento da Poboación Xitana 2010-2012 e da Estratexia Nacional para a Inclusión Social da Poboación Xitana 2012-2020;
- A Lei Orgánica 3/2007, do 22 de marzo de 2007, para a igualdade efectiva de mulleres e homes;
- A Lei 30/2006, de 14 de decembro de 2006, de promoción da autonomía persoal e atención a persoas en situación de dependencia;
- A Lei Orgánica 1/2004, de 28 de decembro de 2004, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, e
- As medidas adoptadas en materia de tráfico de persoas, entre elas a posta en marcha do I Plan Integral de Loita contra a Trata de Seres Humanos con fins de Explotación Sexual 2009-2012 e do III Plan contra a Explotación Sexual da Infancia e a Adolescencia 2010-2013.

Mais o Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (2012) identifica numerosas cuestións que son motivo de preocupación con referencia á aplicación do



Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais en España. E de feito, o Comité formula, entre outras, as seguintes recomendacións de carácter xeral:

- Estender a competencia da Defensoría do Pobo á promoción dos dereitos humanos e á educación en la materia, así como á facultade de presentar casos ante os tribunais.
- Elevar a asistencia oficial de cooperación ao desenvolvemento a un nivel non menor do 0,7% do PIB de acordo cos obxectivos adquiridos a nivel internacional.
- Incremento das medidas para erradicar a discriminación da poboación inmigrante e xitana, así como para sancionar todo tipo de práctica discriminatoria.
- Desenvolver programas e accións eficientes para reducir as taxas de desemprego, sen retroceder en materia de protección dos dereitos laborais.
- Combater os estereotipos de xénero na familia e na sociedade. Concretamente, o Comité solicita ao Estado español que promova maior participación dos homes nas labores de atención ás crianzas, ás persoas con discapacidade, maiores e enfermas.
- Facer efectiva a normativa que mellora as condicións de vida nos centros de retención para as persoas estranxeiras pendentes de expulsión.
- Avaliar os efectos da aplicación dos plans e medidas en contra da violencia doméstica e outras formas de violencia de xénero, en especial en contra da muller.
- Adoptar un novo programa nacional de loita integral contra a pobreza.
- Establecer unha definición oficial de “persoa sen fogar”.
- Garantir un acceso equitativo á interrupción voluntaria do embarazo, prestando atención especial á situación das adolescentes e mulleres inmigrantes.
- Elaborar propostas ante aumento do consumo de drogas e o abuso de alcohol.
- Redución da taxa de abandono escolar temperá, en consonancia coa Estratexia Europa 2020.

O Comité tamén recomenda ao Estado español que revise as reformas adoptadas no contexto da actual crise económica e financeira para garantir que todas as medidas de austeridade manteñan a protección dos dereitos económicos, sociais e culturais, e especialmente, incide nas seguintes cuestións:

- Garantir que as medidas de austeridade adoptadas respecten o contido mínimo de todos os dereitos do Pacto, tomando medidas para protexer especialmente ás persoas e grupos desfavorecidos e marxinados.
- Velar por que as disparidades entre CCAA, en termos de investimento social e dos recortes realizados nos servizos públicos de benestar social, non resulten discriminatorios dos dereitos económicos, sociais e culturais.
- Revisar os dereitos de acceso das persoas inmigrantes en situación irregular aos servizos públicos de saúde, así como a proposta de redución no acceso de persoas desfavorecidas aos servizos de saúde.
- Revisar o salario mínimo interprofesional (conxelado dende o ano 2011).
- Revisión das pensións inferiores ao nivel de subsistencia mínimo, o que sitúa a persoas beneficiarias en risco de pobreza.
- Estudar as débedas hipotecarias, de modo que as alternativas non dependan unicamente da discrecionalidade das entidades bancarias.
- Incentivar alternativas de arrendamento para acceder á vivenda.
- Revisar o incremento das taxas universitarias.

O Estado español presentará o próximo informe sobre a aplicación do Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais en maio de 2017, e ademais de revisar os mecanismos adoptados para desenvolver as recomendacións do Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (2012), requíreselle a presentación dos seguintes datos:

- Estatística desagregada respecto das medidas de austeridade adoptadas, co obxecto de identificar ás persoas e grupos afectados e aumentar a eficacia dos esforzos para a protección dos seus dereitos económicos, sociais e culturais.

- Estatísticas anuais da situación xeral do emprego, desagregadas por sexo, idade, nacionalidade e discapacidade.
- Datos estatísticos sobre as cantidades e proporcións dos fondos públicos dedicados á educación.

Á vista destes datos, o balance do cumprimento global de España respecto dos dereitos recoñecidos no PIDESC é moi deficitario, resultando incluso preocupante a detección de numerosas medidas que limitan a protección dos dereitos económicos, sociais e culturais da cidadanía. Por este motivo, as recomendacións do Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais implican a necesidade de cambios profundos nas políticas que se están a desenvolver en todo o Estado.

## **2.2. Perspectiva teórica: do traballo de casos á protección dos dereitos**

Os principios de actuación no terreo da acción social foron mudando e adaptándose ás características e necesidades da sociedade. Este feito orixina a existencia de diferentes propostas teóricas no eido social en relación ás actuacións éticas dos profesionais dos servizos sociais, e concretamente dos traballadores e traballadoras sociais, ante a autodeterminación das persoas máis vulnerables e as súas familias (Fernández, 2012, 44-60).

### **2.2.1. O traballo social de casos**

A proposta que ten acadado maior consenso ao longo da historia é a elaborada por Biestek (1961, 13-17). Nela establécense sete principios éticos moi significativos dende o traballo social, e que aínda no momento actual teñen total actualidade. Os principios son os seguintes:

1. A individualización, en canto ao recoñecemento das características únicas de cada persoa usuaria.
2. A expresión de sentimentos sen censura, en canto á aceptación da necesidade da persoa usuaria de expresar o que sente libremente.

3. A implicación emocional controlada, en canto á sensibilidade da persoa profesional cara os sentimentos das persoas usuarias, comprendendo o seu significado e dando unha resposta explícita e axeitada aos mesmos.
4. A aceptación da persoa usuaria por parte dos profesionais dos servizos sociais.
5. A non emisión de xuízos, a actitude non axuizadora dos profesionais da intervención social. Non xulgar á persoa usuaria senón a súa conduta.
6. A autodeterminación da persoa usuaria, recoñecendo os dereitos e necesidades das persoas usuarias e a súa liberdade para exercer as súas propias eleccións e decisións no proceso de axuda. O dereito á autodeterminación estaría limitado pola capacidade da persoa usuaria para tomar decisións positivas e construtivas pola lei civil e moral.
7. A confidencialidade como preservación da información secreta relativa á persoa usuaria derivada da relación profesional.

Biestek non os entende como principios éticos en si, senón coma principios para a práctica efectiva-instrumental no propósito dos traballadores e traballadoras sociais de axudar ás persoas usuarias a acadar mellor axuste entre a propia persoa e o seu contorno.

### **2.2.2. A protección dos dereitos de benestar**

Nos anos 90, ademais de cambios nas estruturas da sociedade e da heteroxeneidade de valores, nace unha nova maneira de entender o Estado de benestar, con diversidade de esixencias e metodoloxías, fragmentación dos ámbitos profesionais e múltiples formas de comprender a acción social. E así, Banks (1997, 56-60), atendendo á literatura e á práctica real da intervención social, determina o compromiso das persoas profesionais cuns principios éticos básicos, ou de primeira orde, que son relevantes para o traballo social. Trátase de principios con significados e implicacións diversas para a práctica:

- Respecto e promoción dos dereitos dos individuos á autodeterminación;
- Promoción do benestar;

- Igualdade (de trato, de oportunidades e de resultados, esixindo cambios estruturais na sociedade), e
- Xustiza distributiva.

### **2.2.3. *Recapitulación***

Os principios establecidos por Biestek foron moi influentes, chegando a acadar un amplo consenso ao longo da historia. Representan, de maneira clara e respectable, o compromiso profesional co ben público ante a sociedade, e están pensados para unha corrente que dominou nos anos 70 o ámbito profesional: o traballo social de casos. Neste maneira de entender a profesión, a relación que se establece é o medio esencial que as persoas profesionais dos servizos sociais dispoñen para axudar ás persoas usuarias, obrigando a que cada profesional sexa sensible á relación de confianza coa persoa usuaria, e entenda e responda ás súas esixencias.

O modelo entrou en crise co recoñecemento da natureza social das persoas e das súas dificultades. En consecuencia, a relación entre a persoa profesional e a persoa usuaria deixaba de ser típica do proceso de axuda, creándose unha diferenza de autoridade entre elas, facendo difícil o cumprimento das esixencias dos principios establecidos por Biestek. Isto implica un xiro de enfoque: non soamente había que atender á persoa usuaria e os seus problemas, senón tamén ao contexto social no que xurdían as súas dificultades. As organizacións profesionais dos servizos sociais comezaron ademais a aceptar que as formas de desenvolver o traballo social (grupal, residencial e comunitaria) tamén eran profesionais, e así foi perdendo hexemonía o traballo social de casos (Salcedo, 2010, 19-23). E namentres os principios relativos ao modo de establecer unha relación emocional significativa ían deixando de ter interese (Salcedo, 2010, 19-23), o principio de respecto cara á persoa individual coma ser autodeterminante entendeuse como fundamental (Banks, 1997, 39-53).

Cadro 5: Principios éticos establecidos por Biestek (1961) e por Banks (1997) para a intervención social.

<b>Principios éticos da intervención social</b>	
<b>BIESTEK (1961)</b>	<b>BANKS (1997)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualización</li> <li>- Expresión de sentimentos sen censura</li> <li>- Implicación emocional controlada</li> <li>- Aceptación da persoa</li> <li>- Non xulgar á persoa</li> <li>- Autodeterminación</li> <li>- Confidencialidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autodeterminación</li> <li>- Promoción do benestar</li> <li>- Igualdade</li> <li>- Xustiza distributiva</li> </ul>

Unha análise pormenorizada da listaxe de principios de Biestek descobre que hai que tomalos como eixe dunha nova actitude das persoas profesionais da intervención social, tentando ir máis aló do que enuncian para facerse cargo das esixencias de comprensión e xustiza do contexto social (Salcedo, 1998, 105-117).

A listaxe de Banks explica como tutelar e supervisar os dereitos de benestar que recoñecen os Estados ás persoas. En definitiva, é unha maneira de promocionar e respectar os dereitos da cidadanía dende o traballo social público, onde a relación entre as persoas usuarias e as profesionais é de colaboración, partindo das premisas da comprensión do mundo que rodea ao individuo e dos seus puntos de vista (Zamanillo, dir., 2011, 59).

Unha interpretación posterior dos principios establecidos por Banks afirma que o que realmente se está a soste como deberes básicos do traballo social son as seguintes cuestións (Salcedo, 2010, 19-23):

- Respecto e promoción da autonomía de individuos, grupos e comunidades, e respecto tamén dos seus dereitos.
- Promoción da igualdade, tanto na relación profesional, como na relación entre as persoas usuarias e as institucións ou a sociedade.
- Xustiza social: o deber de defender ás persoas usuarias da inxustiza social e de aplicar con equidade as normas de distribución dos beneficios da cooperación social cara formas máis xustas.

Entre a listaxe dos principios éticos proposta por Biestek (1961) e a selección elaborada por Banks (1997) hai unha diferenza temporal de trinta anos que se pode traducir en diversos cambios vinculados non soamente ao contexto da intervención, senón tamén aos xeitos de comprender as profesións sociais, á diversidade nos problemas sociais e ás funcións que asume o propio Estado con respecto ao benestar social. E de feito, o desenvolvemento dos procesos de apoio na intervención social tamén se foron facendo máis diversos e complexos (Salcedo, 2010, 19-23). Por este motivo, soamente unha listaxe como a proposta por Banks pode considerarse punto de encontro para os profesionais da acción social.

### **3. PROBLEMAS ÉTICOS NA INTERVENCIÓN SOCIAL**

Os problemas éticos soen agruparse arredor de diferentes situacións individuais ou colectivas. Mais, a maneira de ordenar e establecer o discurso e a reflexión ética pasa por identificar os principais problemas éticos que están presentes na intervención social e relacionalos cos diferentes niveis de análise do contexto.

#### **3.1. Contextos onde se produce o conflito ético**

Os distintos contextos onde se produce discurso ético poden representarse nunha estrutura organizada arredor da intervención social, do xeral ao particular e viceversa, combinando os contextos onde se producen os discursos cos argumentos que se van construíndo (Vilar, 2013, 154-162). De cada nivel discursivo nacen diferentes materiais estruturados que van dende unha perspectiva ampla até outra moito máis concreta e específica, como é a propia experiencia persoal, pasando ademais polas peculiaridades dos ámbitos de intervención ou dos lugares de traballo.

O primeiro nivel de análise é o macrosistema, o marco máis amplo do conxunto das profesións sociais, no que o discurso ético se ocupa da definición de grandes principios e cuestións éticas que están na base da intervención social e lle dan sentido e orientación; é o caso das declaracións universais. Dende o punto de vista xurídico, neste nivel de análise atópanse os Pactos internacionais, a Constitución Española e as referencias legais de carácter xeral.

Un segundo nivel de análise sitúase no exosistema, e se concreta en cada unha das especialidades da intervención, favorecendo a creación de identidade profesional e a conciencia colectiva respecto ás responsabilidades éticas da profesión fronte a sociedade da que forma parte. Neste caso, a linguaxe técnica facilita os criterios para reinterpretar os grandes principios morais, xerar criterios orientadores e desenvolver tamén corpos normativos vinculantes. En clave xurídica, a contextualización dos principios de intervención social desenvólvese a través dun marco legal específico.

O terceiro nivel de análise é o mesosocial; fai referencia á vida institucional, aos recursos ou á entidade específica onde se constrúen as respostas e os proxectos en función das necesidades reais do territorio e das persoas. A experiencia elaborada por un equipo terá un significado importante, e as referencias normativas serán os protocolos, os regulamentos de réxime interior, etc.

Finalmente no nivel de análise microsocia, establécese o espazo de relación interprofesional ou entre os/as profesionais e as persoas usuarias. Trátase dun espazo onde conflúe a vivencia da relación interpersonal co sistema de valores propio de cada profesional. En definitiva, é a incorporación da propia conciencia individual como persoa única; é a narración subxectiva desa práctica profesional.

Nos distintos niveis de análise existen materiais e/ou guías que achegan contido moral á toma de decisións. Uns son de carácter xurídico e aluden a cuestións normativas; e outros teñen un carácter orientativo e fan referencia a aspectos éticos. Graficamente, estes aspectos recóllense nun cadro que presenta os ámbitos do discurso ético e os documentos de referencia dende a intervención social (Vilar, 2013, 161). Nun primeiro nivel xéranse materiais globais de carácter xeral. No segundo nivel sitúanse as recomendacións técnicas para o exercicio responsable da actividade profesional e as normas específicas. Nun terceiro nivel estaría a experiencia elaborada por un equipo e as recomendacións e criterios para a toma de decisións, e a nivel xurídico contaríase cos regulamentos e protocolos de actuación. No cuarto nivel recóllese exclusivamente a conciencia persoal e a experiencia elaborada na práctica profesional. E finalmente engádese a constitución de órganos consultivos externos e de carácter orientador para afrontar a toma de decisións ante un conflito de valores; nomeándose os comités de ética, as comisións de reflexión e a supervisión (Vilar, 2013, 160-162).



Cadro 6: Materiais normativos: guías de referencia (Vilar, 2013, 161).

	ORIENTATIVAS	XURÍDICAS, LEGAIS		ÓRGANOS CONSULTIVOS
1º nivel de análise	Código deontolóxico Declaracións universais	Constitución Marco legal xeral		Comités de ética Comisións de reflexión Supervisión
2º nivel de análise	Guías de Boas Prácticas Códigos éticos	Marco legal específico Regulamentos Decretos	Códigos de conduta	
3º nivel de análise	Experiencia elaborada por un equipo	Regulamentos de réxime interior Protocolos		
4º nivel de análise	Experiencia elaborada por unha persoa, conciencia individual			

Globalmente esta proposta é comprensible, pero formula algúns problemas, especialmente a confusión entre as referencias éticas e xurídicas, e polo tanto na clasificación dos documentos e recursos éticos. Porén, aínda que o deontolóxico alude aos deberes éticos e polo tanto implica obrigatoriedade, Vilar sitúa os documentos éticos como guías orientativas, entendendo que o seu cumprimento depende dunha decisión libre da persoa que en moitas ocasións non ten consecuencias ao non se cumprir; namentres que a falta de cumprimento das normas xurídicas iría acompañada dunha sanción.

Cómpre partir dunha categorización diferente dos propios discursos éticos, dende un modelo ecolóxico no que as persoas participan de tres sistemas de maneira simultánea (cfr. *supra*, cap.2, apdo.1.6.2): o macrosistema, o mesosistema e o microsistema. Isto implica a modificación dos corpos normativos vinculantes, entre os que se poderían incluír os dereitos humanos no macrosistema, e os códigos éticos e deontolóxicos no mesosistema, debido a que están situados a medio camiño entre as orientacións éticas e os dereitos positivos. Os códigos deontolóxicos deixarían o primeiro nivel de análise (macrosistema) para pasar a formar parte do mesosistema.

### **3.2. Identificación de problemas éticos no ámbito social**

Non hai unha única forma de agrupar os conflitos éticos. Este feito orixina que a construción deste epígrafe estea baseada en diferentes propostas que se van sucedendo ao longo dos anos e que teñen como base distintos estudos ou criterios que os autores/autoras establecen como referencia. Resérvase para o final unha análise crítica dos mesmos a modo de recapitulación.

#### **3.2.1. A proposta de Loewenberg e Dolgoff**

Segundo establecen Loewenberg e Dolgoff (1996, 43-44), os trece problemas éticos que máis frecuentemente se formulan os traballadores e traballadoras sociais son os seguintes:

1. O coñecemento profesional fronte os dereitos das persoas usuarias.
2. As obrigas e expectativas en conflito.
3. O consentimento informado.
4. A ambigüidade e incerteza nas situacións complexas que se presentan na práctica profesional.
5. Dicotir a verdade.
6. A confidencialidade.
7. A distribución de recursos limitados.
8. A prioridade dos intereses da persoa usuaria fronte aos intereses da profesional.
9. A suspensión dos xuízos persoais de valor.
10. A natureza limitada da relación profesional.
11. A escolla do modo máis eficaz para afrontar o problema.
12. As relacións con colegas.
13. A adhesión ás regulacións e programas.

#### **3.2.2. A clasificación de Reamer**

A clasificación elaborada por Reamer (1990, 44-46) sobre os principais grupos de problemas éticos na intervención social contempla tres grandes categorías:

- a) Os dilemas éticos relacionados coas persoas usuarias, é dicir, a intervención coas persoas, os grupos e as familias. Os problemas están relacionados coa confidencialidade, a autodeterminación, o paternalismo ou a veracidade.

- b) Dilemas derivados do deseño e a administración de programas e políticas de benestar. Fan referencia aos problemas éticos xerados pola non coincidencia da ética profesional coas leis e normas que rexen as administracións pública ou as institucións nas que desenvolven o seu labor os/as profesionais.
- c) Os dilemas derivados das relacións con outros profesionais ou colegas. Os problemas soen residir na incompetencia, a mentira, a ocultación de datos, etc.

A estes tres grupos, sumaríanselle os problemas éticos do/da profesional consigo mesmo, cos seus valores e cos da profesión.

### **3.2.3. Problemas éticos sinalados por Banks**

Algunhas das preocupacións máis significativas sobre os problemas éticos na práctica da intervención social están baseados, entre outros aspectos, na falta de formación e coñecemento ante unha nova situación, na falta de claridade sobre o papel do/da profesional e as normas da súa función, como por exemplo a confidencialidade, ou a desconfianza fronte a outros/as profesionais, e nos enfoques restrinxidos ás necesidades ou aos dereitos dunha persoa ou cuestión que non captan a complexidade da realidade, ou no caso de ser percibida, compréndese como algo sobredeterminante (Banks (1997, 151-177).

Aínda que calquera categoría é artificial e non engloba a complexidade da realidade, segundo Banks (1997, 27-28), os principais problemas morais na intervención social están en relación cos seguintes aspectos:

- Cuestións sobre os dereitos individuais e o benestar, en relación ao dereito das persoas usuarias a tomar as súas propias decisións, e dos/as profesionais dos servizos sociais a procurar o benestar da persoa usuaria.
- Cuestións sobre o benestar público. Cómpre ter en conta os dereitos e os intereses de cada unha das persoas usuarias. Ademais, os/as profesionais da intervención social teñen unha responsabilidade cara a institución que os contrata e cara a sociedade; trátase polo tanto de fomentar o maior ben para o maior número de persoas.

- Cuestións sobre a desigualdade e a opresión estrutural. Os/as profesionais dos servizos sociais teñen a responsabilidade de desafiar a opresión e traballar polo cambio, tanto nas instancias políticas como na mesma sociedade.

Na intervención social xorden problemas nas tres categorías sinaladas, e incluso algúns dos problemas están relacionados co equilibrio entre diferentes principios éticos, dereitos, intereses e valores (Banks, 1997, 29).

#### **3.2.4. O estudo de Úriz**

O primeiro estudo que se coñece no Estado español en materia de principios, valores e dilemas éticos na intervención social é o publicado por Úriz no ano 2007, cunha mostra que coincide co universo de traballadores e traballadoras sociais que exercen a súa profesión nos servizos sociais de atención primaria na Comunidade Foral de Navarra.

As maiores porcentaxes de resposta á pregunta sobre as cuestións éticas máis importantes coas que o/a profesional ten que enfrontarse no seu traballo diario sinalan os seguintes tres aspectos (Úriz, 2007, 49-95): o respecto á opinión da persoa usuaria, a axuda a colegas e o consentimento informado. Pero segundo os datos expostos, como cuestión máis problemática sublíñase a entrega de informes a terceiras persoas, nos que se inclúe información escrita sobre as persoas usuarias sen que exista certeza do tratamento que vai recibir dita información. En definitiva, a meirande parte dos dilemas éticos xiran en torno á confidencialidade e ao tratamento da información relativa ás persoas usuarias.

Aínda que nas entrevistas realizadas neste estudo as persoas profesionais afirman desexar un lugar de encontro no que intercambiar opinións, experiencias e realizar supervisións de casos, parece que de maneira implícita estase levando nos servizos sociais de base unha supervisión entre colegas, xa que unha alta porcentaxe afirma afrontar os problemas éticos a través da discusión entre compañeiros e compañeiras. Son tamén recursos frecuentes, segundo os datos recollidos, a consulta do código ético e o uso da lóxica para tomar decisións éticas, pero sorprende especialmente a alta porcentaxe de persoas que afirma que acudiría a un comité de ética, o que mostra a necesidade de crear espazos deste tipo.

Ao final do estudo pídenselle aos profesionais suxestións para desenvolver sistemas de axuda ou apoio para os traballadores e traballadoras sociais de cara á resolución de problemas éticos na práctica diaria. Entre as súas respostas atópase a creación de órganos de encontro e reflexión sobre temas éticos con colegas, grupos de supervisión, a petición de apoio ás administracións públicas, o colexio profesional, e incluso a creación dun servizo de consulta, a organización de cursos de formación ética, a unificación de criterios e dispoñer de axudas técnicas.

### **3.2.5. A enquisa do CEIS de Biscaia**

O Comité de ética en intervención social de Biscaia (CEIS) desenvolve un estudio ao longo dos anos 2007 e 2008 co obxecto de identificar os problemas e situacións que con maior frecuencia presentan conflitos éticos aos profesionais dos servizos sociais (Deputación Foral de Biscaia, 2008, 1-19). A enquisa recolle unha ampla listaxe de situacións conflitivas que soen producirse na intervención social (en base á literatura, á experiencia do propio comité ou suxestións formuladas dende diferentes foros). Os profesionais enquisados tiñan que valorar se eran conflitos que experimentaran ou non no seu ámbito de traballo e valoraban tamén a través dunha escala o grao de problemático que lles resultaba abordalo.

A enquisa destinouse a un total de 1200 técnicos e profesionais do Departamento de Acción Social da Deputación Foral de Biscaia, así como a profesionais dos servizos residenciais dos Instituto Foral de Asistencia Social de Biscaia. Responderon á enquisa 154 profesionais (auxiliares sociosanitarios, administrativos/as, integradores/as sociais, educadores/as, enfermeiras, traballadores/as sociais, camareiros/as, recepcionistas, psicólogos/as,...), o que viña representando un 13% da poboación destinataria. Os profesionais estaban vinculados a distintos ámbitos: infancia, adolescencia, persoas maiores, persoas con discapacidade, muller e exclusión. Ademais, o 15% das persoas enquisadas recibiron formación bioética.

Os principais problemas éticos identificados, por frecuencia e severidade percibida, son os seguintes:

1. Riscos de agresións dunhas persoas usuarias sobre outras.
2. Negativas a tratamentos psiquiátricos en persoas usuarias con problemas de conduta.

3. Axuste da distribución de cargas de traballo e organización dos recursos humanos segundo necesidades das persoas usuarias.
4. Saídas dos centros en persoas con autonomía limitada.
5. Ingresos involuntarios.
6. Limitacións de dereitos dunha persoa usuaria en virtude da seguridade das outras persoas.
7. Espazos compartidos en persoas con e sen demencia.
8. Incumprimento da normativa dos centros de servizos sociais por parte de persoas usuarias.

O informe presenta tamén os datos de prevalencia dos conflitos organizados segundo as tres áreas de intervención social máis relevantes: infancia e adolescencia, persoas maiores e persoas con discapacidade e exclusión. Tendo en conta cada un destes ámbitos, os cinco conflitos máis significativos son os seguintes:

- Na área de infancia e adolescencia:
  1. Negativa ao ingreso nun centro de protección de menores.
  2. Negativa ao tratamento psiquiátrico en nenos/as e adolescentes con problemas de conduta.
  3. Valoración da competencia dos menores para tomar decisións.
  4. Involuntariedade no ingreso.
  5. Como valorar a necesidade dunha asunción de tutela en menores.
  
- Na área das persoas maiores:
  1. Emprego de medidas de subxección en persoas con riscos.
  2. Uso de espazos compartidos por persoas con e sen demencia.
  3. Negativa ao tratamento psiquiátrico en persoas usuarias con problemas de conduta.
  4. Tentativas de saídas en centros abertos por parte de persoas con competencias limitadas.
  5. Involuntariedade no ingreso.
  
- Na área das persoas con discapacidade e en situación de exclusión
  1. Risco de agresión dunhas persoas usuarias sobre outras.
  2. Emprego de medidas de subxección en persoas con riscos.

3. Tentativas de saídas en centros abertos por parte de persoas con competencias limitadas.
4. Invasión da privacidade.
5. Uso da sedación para problemas de conduta.

No ámbito da Infancia e a adolescencia, os maiores conflitos xorden vinculados á valoración da competencia dos nenos/as e os mozos/as para tomar as súas propias decisións. Pero a maioría dos problemas nos diferentes ámbitos de intervención fan referencia ao conflito entre a seguridade das persoas usuarias e o respecto a súa autonomía, que nalgúns casos podería estar diminuída. Ademais, tal e como recollen os datos da enquisa, os problemas aumentan en ámbitos onde conviven persoas con diferentes niveis de autonomía e riscos.

### **3.2.6. *As conclusións do estudo de Ballester, Úriz e Viscarret***

Entre os anos 2008 e 2011, o grupo de investigación EFIMEC (Ética, Filosofía e Metodoloxía das Ciencias) do Departamento de Traballo Social da Universidade Pública de Navarra continuou a traballar sobre as problemáticas éticas da intervención social, ampliando a investigación aos profesionais do traballo social de todo o territorio español.

As conclusións do estudo recollen os conflitos de valores que os/as profesionais da intervención social sinalan como máis significativos da súa práctica (Ballester, Úriz e Viscarret, 2012, 875-898). Cómpre matizar ademais que os conflitos sinalados nos cinco primeiros lugares aparecen en máis do 40% das respostas das persoas que participan no estudo. E desta forma, os conflitos máis habituais son os seguintes:

- 1) Deber de informar a terceiras persoas.
- 2) Autonomía das persoas usuarias.
- 3) Incompetencia doutros profesionais da intervención social.
- 4) Confidencialidade.
- 5) Duración do tempo da intervención.
- 6) Distribución dos recursos dispoñibles.
- 7) Dicir a verdade, non toda a verdade ou mentir.
- 8) Realización de informes sobre persoas usuarias.

Posteriormente, partindo dunha análise factorial dos resultados obtidos, establécense varios grupos de problemas éticos (Ballester, Úriz e Viscarret; 2012, 875-

898), sendo a proposta de agrupamento a que se recolle de seguido (cfr.*infra*, cap.2, apdo.3.2.9):

- Problemas éticos relacionados coa información (revelación de datos da historia social, confidencialidade, consentimento informado, realización de informes sobre persoas usuarias,...).
- Problemas relacionados con aspectos intrínsecos da intervención (distribución dos recursos dispoñibles, duración do tempo da intervención, conflito de intereses, abuso de poder, autonomía da persoa usuaria,...).
- Problemas relacionados con aspectos extrínsecos da intervención (incompetencia doutro profesional, información aos medios de comunicación, asistencia a xuízos,...).
- Problemas derivados da intervención coa persoa usuaria (conexión entre a persoa usuaria e a profesional).

### **3.2.7. As fontes xeradoras de conflito segundo Vilar**

Vilar (2013, 115-129) opta por establecer agrupacións temáticas transversais, que denomina fontes xeradoras de conflitividade. Identifica situacións nas que os/as profesionais, tendo como referencia o código deontolóxico, son interpelados polos principios básicos da bioética (cfr.*infra*, cap.2, apdo.5.8), é dicir, os principios de autonomía, beneficencia, non maleficiencia e xustiza. Son polo tanto situacións nas que os/as profesionais dubidan, mais non sempre chegan a se converter en conflitos éticos, pois isto dependerá doutras variables de carácter persoal, interpersonal ou contextual.

Os criterios utilizados para facer as agrupacións son dous. O primeiro trata de reunir as situacións que cuestionan ou que son opostas aos propios valores das profesións sociais. O segundo criterio consiste en identificar as fontes que xeran dificultades operativas na práctica asistencial e que cuestionan os principios das profesións sociais. Dende a perspectiva deste segundo criterio, son varias as agrupacións propostas, sendo ademais posible que apareza máis dunha fonte de tensión simultaneamente:

- Oposición entre valores. Tensión entre o encargo e a misión, ou a responsabilidade socialmente adquirida: obxección ou obediencia.



- Limitacións ou ausencia de transformación social: impotencia e perda de sentido da tarefa.
- Efectos non desexados, contradicións entre os resultados previstos e os resultados reais da tarefa: ineficacia e maltrato cando falla a tarefa.
- Precariedade e falta de medios. Os límites da implicación persoal: esgotamento profesional.
- Tensións nas relación educativa coas persoas atendidas: asimetría, uso do poder e distancia profesional.
- Tensións na relación entre profesionais: o rigor, a profesionalidade.

Na práctica cotiá os/as profesionais atopan dificultades para abordar os conflitos de valor, que en moitas ocasións afectan á maneira de entender as cuestións éticas na profesión, e á vez aos procedementos e á forma de xestionar os conflitos de valor no momento en que se producen. Tendo como referencia as consideracións deste segundo criterio de identificar as fontes que xeran dificultades operativas na práctica asistencial, sinálanse os seguintes problemas (Vilar, 2013, 131-175):

- Fraxilidade na conceptualización da reflexión moral. Ausencia de referencias teóricas sobre a ética profesional.
- Separación entre o pensamento e a acción moral; a desvinculación entre a reflexión moral e a práctica profesional.
- Falta de anticipación e de previsibilidade.
- Personalización dos conflitos de valor e xestión dende esquemas privados. Inexistencia de mecanismos e estruturas de apoio profesional.
- Ausencia de materiais de referencia específicos da profesión para a toma de decisións.
- Dificultade na definición e identificación dos problemas e ausencia de métodos de análise e xestión dos conflitos de valor.

### 3.2.8. **Problemas da confrontación entre principios de Canimas**

A intervención social ten comezado unha era reflexiva da que é mostra a proliferación de institucións e espazos de reflexión ética. Neste nivel, un dos retos que xorden é procurar falar menos de casos ou dilemas e máis de situacións, tentando ter presente que o que hai non son principios en conflito, senón persoas en situacións problemáticas, e que as persoas son quen de cambiar as circunstancias. Neste sentido, cómpre ter presente que a ética reflexiva non só serve para resolver problemas, senón que tamén os ten que crear. Porén, sinálase como reto da acción social afrontar un determinado tipo de problemas no eido social que xorden da confrontación de dous ou máis principios *prima facie* (Canimas, 2013, 7-10). E entre os principais problemas éticos que se dan nos servizos sociais sinálanse os seguintes:

- Os/as profesionais da intervención social atópanse decote con situacións nas que a liberdade da persoa atendida (principio de autonomía) entra en conflito coa axuda que o/a profesional considera que lle ten que ofrecer (principio de beneficencia).
- As situacións nas que os principios de autonomía, beneficencia e non maleficencia respecto ás persoas atendidas entran en conflito co principio de xustiza cara a terceiras persoas.
- A confidencialidade, cando colisionan a liberdade, a axuda e a xustiza. Hai que romper ou non o segredo profesional ou a intimidade das persoas para axudar á persoa atendida ou a terceiras persoas?
- Dende a xustiza social fórmanselle aos profesionais problemas de tipo político, por exemplo sobre a eficacia ou incluso colaboración da súa tarefa, ou sobre a desobediencia civil ou profesional a unha situación, lei ou orde que consideran inxusta.
- No referido á calidade profesional do servizo prestado, os problemas vincúlanse ao escaso tempo e recursos dos que se dispoñen para realizar a tarefa profesional. Mais, no relativo á calidade do servizo no que participan, os problemas soen estar en relación coa conveniencia ou non de denunciar malas prácticas dos compañeiros/as ou da institución para a que traballan.
- Na vinculación entre a persoa usuaria e a profesional, cómpre buscar o equilibrio entre a distancia que permite unha intervención obxectiva e a protección do profesional e a compaixón que pretende comprender á outra persoa.

- Pluralismo moral, por exemplo, toda a intervención social relacionada coa acción social con persoas e colectivos doutros contextos morais culturais e morais.

### **3.2.9. Recapitulación**

O primeiro que chama a atención no estudo dos principais problemas éticos, ou dos valores en conflito na intervención social é a variedade de linguaxes empregadas polos diferentes autores/as e estudos. Por outro lado, o conflito de valores prodúcese nas diferentes realidades contextuais onde se desenvolve a intervención social. Xa sexa no plano das relacións interpersoais, no contorno das institucións ou entidades dende as que se intervén, nas distintas especialidades da práctica asistencial ou no conxunto amplo das profesións sociais.

Cómpre engadir tamén que moitos dos autores/as que se recollen neste apartado pola súa proposta de identificación dos problemas éticos en intervención social elaboran tamén modelos e propostas para abordar a súa resolución. É o caso de Loewenberg e Dolgoff, Reamer ou Vilar (cfr. *infra*, cap.2, apdo.5).

Cronoloxicamente, as primeiras propostas que tentan identificar os problemas éticos presentes na intervención social datan de mediados dos anos 80 e dos 90. Aínda que con enfoques, acentos e niveis de concreción diversos, as achegas elaboradas por Loewenberg e Dolgoff (1985), Reamer (1990) e Banks (1997) coinciden ao sinalar como un dos principais problemas éticos da práctica asistencial o respecto aos dereitos das persoas usuarias. Outra das fontes de conflito subliñada por Loewenberg e Dolgoff e Reamer é a relación con colegas. E finalmente, Reamer e Banks concordan ao estableceren as políticas e programas de benestar público como fonte de conflito de valores.

En canto aos estudos realizados no Estado español sobre os problemas éticos da práctica social, pódense sinalar varios aspectos moi significativos:

- As tres investigacións baséanse en datos facilitados por profesionais dos servizos sociais.
- Tanto a estudo do Comité de ética en intervención de Biscaia (2007/2008) como o de Úriz, Ballesteros e Viscarret (2012, 875-898) elaboran unha listaxe cos problemas éticos máis significativos da práctica asistencial. A diferenza notable entre os

conflitos concretos que son resultado dunha e doutra investigación pode estar fundamentado na poboación obxecto de estudo: no estudo de Biscaia a investigación está dirixida aos distintos técnicos e profesionais implicados na práctica social (auxiliares sociosanitarios, administrativos/as, integradores/as sociais, educadores/as, enfermeiras, traballadores/as sociais, camareiros/as, recepcionistas, psicólogos/as,...), e na investigación dirixida por Úriz, Ballesterero e Viscarret (2012, 875-898) a poboación obxecto de estudo está unicamente formada por traballadores e traballadoras sociais.

- Os datos recollidos no informe elaborado polo Comité de ética en intervención social de Biscaia (2007/2008) é minucioso e altamente clarificador, achegando aspectos específicos dos principais conflitos éticos presentes en tres áreas importantes de intervención social: Infancia e adolescencia, persoas maiores e persoas con discapacidade e en risco de exclusión.
- Pódese tamén considerar a relevancia da proposta de grupos de problemas éticos elaborada por Úriz, Ballesterero e Viscarret (2012, 875-898), que combinada coas posibles áreas de intervención social facilitaría a aproximación e resolución de problemas éticos dentro dun contexto concreto. Mais a mesma creación de grupos de problemas éticos presenta numerosas ambigüidades, dado que os problemas éticos relacionados coa información poden facer referencia a aspectos extrínsecos ou intrínsecos da intervención, e a autonomía da persoa usuaria tamén está en íntima relación con problemas éticos relacionados coa información, mediante o consentimento informado por exemplo.
- O informe elaborado por Úriz (2007, 65-71) subliña ademais que os/as profesionais recorren ao apoio entre colegas para afrontar os conflitos éticos da práctica asistencial, e son os propios profesionais os que, ao remate da enquisa, formulan propostas e sinalan recursos e posibles sistemas que poderían axudar a afrontar os conflitos de valores no día a día da intervención social.
- No traballo desenvolvido por Ballesterero, Úriz e Viscarret (2012, 875-898) os agrupamentos de problemas éticos presenta algunhas imprecisións, tanto na denominación como nos aspectos que se sinalan dentro de cada grupo, e especialmente dende a perspectiva da xustiza e da autonomía. Posteriormente reagrupáanse os problemas éticos tendo en conta varios principios éticos básicos da intervención social concretamente (Úriz, 2013, 193-209): o benestar, a

confidencialidade, a autonomía e a xustiza, cuestións que están xa na base xeral dos problemas éticos sinalados. E na análise dos resultados da investigación, sublíñanse algunhas cuestións de especial calado no momento actual en orde aos datos obtidos. Por exemplo, un dos aspectos que se sinalan fai referencia á necesidade de maior formación en temas de confidencialidade entre os/as profesionais do eido social; outra cuestión indica o aumento de conflito entre o principio de autonomía e de benestar, especialmente vinculado a casos de violencia de xénero. Tamén salienta a grave situación de crise económica actual e o incremento de persoas desfavorecidas, o que vén provocando o aumento de problemas arredor da xusta distribución de recursos. E finalmente, sinala o descoñecemento e a falta de formación e información dos/das profesionais da intervención social sobre os recursos dispoñibles para a resolución de problemas éticos da praxe cotiá e a súa utilización (Úriz, 2013, 193-209).

Para rematar, é interesante mencionar que no ano 2013 Vilar publica “Cuestiones éticas en la educación social”, tentando facer un achegamento aos problemas éticos do eido social dende a deontoloxía, identificando ademais situacións concretas e fontes de conflito na intervención. E nesta liña, Canimas (2013, 7-10) formula como reto para os servizos sociais os problemas éticos que xorden da confrontación entre principios *prima facie*, e malia que confunde algunhas denominacións e non sempre aplica os catro principios da bioética, enténdese que tanto as circunstancias concretas como as distintas orixes do conflito de valores poderán xurdir en calquera dos niveis de análise do sistema de intervención social, e que segundo se confronten diferentes valores e principios as casuísticas poderán ser diferentes. A análise destes dous últimos autores son especialmente complexas e son mostra do complicado que resulta a identificación de problemas éticos no eido social.

#### **4. ESTRUCTURAS DE APOIO Á REFLEXIÓN ÉTICA NA INTERVENCIÓN SOCIAL**

Un percorrido polas diferentes estruturas de apoio á reflexión ética existentes na actualidade no ámbito social revela que unhas inclúen á totalidade dos e das profesionais, como os códigos éticos profesionais, e outras teñen un carácter máis

específico, como os espazos de reflexión ética. Algunhas desenvólvense no contexto de cada servizo ou entidade, como a ética nas organizacións, e outras prestan apoio dende fóra das institucións, como o Observatorio de ética aplicada. Desenvolverase unha análise e descrición máis ampla dos comités de ética e da consultaría ética, tendo en conta as súas peculiaridades, pero tamén na busca dunha perspectiva de colaboración e coexistencia, como forma de reforzarse mutuamente e de dinamizar a ética na intervención social.

#### **4.1. A deontoloxía e a ética profesional**

Todas as profesións implican unha gran responsabilidade, xa que esixen dar unha atención ou prestar un servizo oportuno e de calidade ás persoas e, ademais, orientado dende principios científicos, técnicos e éticos. As profesións poden inspirarse en ideais de xustiza social e solidariedade por un mundo máis humanizado, e se son auténticas profesións non poden/deben construírse dende unha posición que busca de maneira exclusiva o beneficio dos profesionais ou fai da tarefa unha repetición mecánica que escapa do compromiso. Neste caso, situarse nun contexto de respostas tecnocráticas non sería axeitado con respecto á responsabilidade ética das profesións de carácter social, mais non se podería considerar unha mala praxe dende o punto de vista normativo (Banks, 1997, 32-37).

Unha profesión é un tipo de actividade que presta un servizo específico á sociedade de maneira institucionalizada. É preciso revitalizar as profesións, recordando cales son os seus fins lexítimos e os hábitos a desenvolver para acadalos: “fronte ao *ethos burocrático* de quen se atén ao mínimo legal pide o *ethos profesional* a excelencia, porque o seu compromiso fundamental non é o que lle liga á burocracia, senón ás persoas concretas, ás persoas de carne e oso, cuxo beneficio dá sentido a calquera actividade e institución social” (Cortina, 1997b, 46-52).

A deontoloxía profesional se ocupa dos deberes e das obrigas, procurando a formulación dun conxunto de normas esixibles a todas as persoas que exercen unha mesma profesión (Hortal, 1994, 55-61). A deontoloxía preocúpase por eliminar os aspectos negativos dende o interior dun determinado grupo profesional, como unha maneira de autorregular o exercicio da profesión partindo dos deberes e obrigas dos seus membros.

Mais, as profesións teñen un compromiso co ben público, e a ética impregna a relación entre as persoas usuarias e as profesionais; a ética é, polo tanto, unha parte fundamental da actividade que se desenvolve dende a intervención social. A ética das profesións ten que proceder cun modelo concreto: "...respectando a autonomía dos axentes sociais e permitindo que sexan eles os que definan a súa beneficencia" (Gracia, 2004a, 276). Xunto cos deberes, a ética profesional contempla tamén as virtudes e céntrase de maneira especial no tema do ben, tentando dar resposta a cuestións como as seguintes: que é bo facer, ao servizo de que ben está a profesión, cal é o tipo de ben que busca como finalidade a profesión, etc. (Hortal, 1994, 55-61).

Toda actividade profesional ten un sistema de valores que a orienta. Este sistema de valores fai referencia ao compromiso que a actividade ten adquirido coa sociedade da que forma parte. E na actividade profesional, especialmente cando se traballa con persoas en situacións vulnerables, é moi habitual o conflito de valores no tratamento das diferentes situacións problemáticas. Por iso, as profesións do eido social precisan consensuar e determinar uns criterios sobre a bondade da súa praxe, en forma de valores explícitos sobre o sentido moral de actividade. Estes valores son imprescindibles porque representan o compromiso que adoitan coa sociedade de referencia e a responsabilidade pública que se adquire ao exercer a profesión máis alá da normativa existente. A ética profesional será o elemento que posibilite definir este compromiso coa sociedade (Vilar, 2013, 27-32).

Pola súa banda, os códigos deontolóxicos deseñan un marco xeral arredor dos deberes de cada profesional coas persoas usuarias, co resto de profesionais e mesmo coa sociedade. A posesión dun código deontolóxico soe considerarse como un indicador de calidade no mundo das profesións, cuxo coñecemento e respecto polos profesionais considérase unha obriga para o exercicio da profesión. Estes códigos recollen os deberes e obrigas profesionais dunha dimensión ética enfocada dende a xustiza, e a maioría das veces fanse efectivos a través dun réxime disciplinario de faltas e sancións.

Os códigos deontolóxicos tamén poden xerar algunhas consecuencias negativas, entre elas, por exemplo, o efecto escaparate; é dicir, o código pode transformarse en algo decorativo, de cara ao exterior (Sánchez, 1999, 162-163). Poderían tamén alimentar o corporativismo estéril ou incluso frear o debate entre as persoas profesionais. Ademais centran a súa atención nos deberes dos profesionais, o cal non significa que atendan de maneira significativa os dereitos das persoas usuarias; dito doutro modo, é unha visión excesivamente unilateral e non poden recoller a riqueza

nin a complexidade da vida de cada intervención, co cal son precisas outras ferramentas para facer a valoración ética dos casos (Barbero, Sánchez e Martín, 2013, 555-573).

Pese a que moitos colexios profesionais do ámbito social teñen creado comisións deontolóxicas, a súa existencia, funcións e competencias aínda non son moi coñecidas entre os propios profesionais. A creación destas comisións en moitas ocasións prodúcese grazas á voluntariedade das persoas que se presentan a formar parte dela, pero inicialmente non contan coas directrices relativas ao seu funcionamento, as súas competencias, etc., e son as mesmas persoas que as compoñen as que deben elaborar os seus estatutos ou os seus regulamentos de funcionamento. Por este motivo, os códigos deontolóxicos, na medida en que a súa redacción está determinada polas preocupacións do momento en que se están a elaborar, deberían entenderse como algo dinámico, sempre aberto á revisión.

Mais no eido social convén falar de eficacia e de eficiencia nas prácticas profesionais dende o horizonte dos dereitos humanos, a calidade de vida e o benestar das persoas como referentes principais dunha sociedade xusta, equitativa e inclusiva (Caride, 2009, 45). E por iso tamén a ética profesional pode reflexarse nun código, que xeralmente é un documento escrito producido por unha asociación profesional ou colexio profesional co propósito explícito de orientar ás persoas especialistas, protexendo ás persoas usuarias do servizo e velando pola reputación da profesión (Banks, 1997, 161-183). O código de ética profesional, polo tanto, expresa os valores, os principios e as normas éticas coas que unha determinada comunidade de persoas acorda guiar as súas actuacións e comportamentos.

Os códigos éticos profesionais actualmente convértense nunha ferramenta de gran valor para acadar a excelencia profesional e de especial relevancia para respectar os dereitos da cidadanía, mais, sabendo que a intervención social precisa de colaboración interdisciplinar de moi diferentes profesionais, cómpre ter en conta algúns traballos nos que se realiza un achegamento aos valores éticos compartidos polos distintos profesionais da saúde, co fin de garantir unha asistencia sociosanitaria integral ás persoas usuarias (Galán, 2013, 377-389). Identifícanse así os valores contidos nos códigos de ética que son coincidentes en diversas profesións da saúde, achando un importante conxunto de valores compartidos, polo menos formalmente, máis aló das funcións e peculiaridades de cada profesión.



Polo tanto, compartir valores na intervención sociosanitaria é importante para potenciar o traballo interdisciplinar e lograr unha atención integral de calidade á cidadanía. Esta pode ser unha liña de actuación significativa tamén para a mellora da calidade da intervención social.

Realízanse tamén críticas importantes aos códigos éticos do ámbito social. Banks (1997, 161-183) afirma por exemplo que tras a análise de diversos códigos de países europeos e de América do Norte, a maioría consta de ideais inalcanzables, sen achegar solucións a problemas formulados dende a práctica real, e que son recompilacións de ética que non estimula a reflexión crítica.

#### **4.2. A ética das organizacións**

Os novos dinamismos sociais, económicos, políticos e profesionais esixen a actualización constante do discurso e da reflexión bioética. Nesta mesma liña, rescátase a proposta de autores como Spencer de construír unha “ética inclusiva” no caso das organizacións sanitarias, e que tamén podería trasladarse ao ámbito das organizacións sociais (Simón, ed., 2005, 28-32). A ética inclusiva artellaría tres aspectos: unha ética asistencial, é dicir, unha ética interdisciplinar do coidado da persoa usuaria; unha ética da xestión e a organización; e unha ética profesional, dos e das profesionais sociais, que deben acadar a excelencia. Desta maneira dáse un salto cualitativo e complementario da microética propia da ética da relación asistencial, á mesoética da ética das organizacións sociais.

No impacto da ética nas organizacións sanitarias cómpre tamén destacar dous aspectos fundamentais (Simón, ed., 2005, 150-154): a responsabilidade social das organizacións e a consideración de todos os axentes sociais ou *stakeholders* (as persoas doentes, familiares, profesionais, provedoras, comunidades ou grupos veciñais, e incluso a sociedade en xeral). Isto resúmese en tres principios básicos que tamén poderían dar luz á ética das organizacións de carácter social:

- a) Debe respectarse a autonomía das persoas, as súas liberdades e dereitos, para xestionar a súa vida e a súa saúde. A superación do paternalismo como modelo de relación entre as persoas, tanto dende o punto sociopolítico como clínico.

- b) Debe promoverse o acceso de todas as persoas á atención sociosanitaria en condicións de equidade, pois en tanto que persoas, son iguais e teñen os mesmos dereitos básicos.
- c) Debe procurarse a participación activa e efectiva de todas as partes interesadas á hora de tomar decisións sanitarias, clínicas e de xestión. A orientación cara ás persoas usuarias debe complementarse necesariamente cunha orientación cara os e as profesionais, como verdadeiros xestores clave do sistema.

As organizacións dedicadas a prestar servizos sociais na actualidade son moi heteroxéneas. E aínda que sempre sometida a un rigoroso control dos poderes públicos, na realidade dos servizos sociais dos últimos anos pode observarse unha maior incidencia da iniciativa privada, que alude a "...todas aquelas persoas individuais e entidades privadas que realizan, por si mesmas ou a través de centros e establecementos dependentes delas, programas e prestacións de servizos sociais, así como tamén as organizacións de voluntariado social" (Alemán, Alonso e García, 2011, 79). Dentro da iniciativa privada pódense diferenciar dous grandes grupos (Alemán et al. 2011, 79-83): as entidades con ánimo de lucro e as entidades sen ánimo de lucro; estas últimas subdivídense á vez entre entidades de iniciativa social (cooperativas de iniciativa social, fundacións, organizacións non gobernamentais e asociacións sen ánimo de lucro) e entidades de voluntariado social.

Na intervención social produciuse unha propensión a considerar máis ética a provisión pública que a privada, o cal está sendo cuestionado a causa do compromiso máis radical do terceiro sector; este, á súa vez, é máis prezado que o sector mercantil e goza de mellor reputación polo carácter altruísta e vocacional. Mais o descrédito en que ten caído o público atribúese maioritariamente ao político, que ten destruído os valores éticos de xustiza social e de ben común que se lles supoñen aos que xestionan a rede pública. Por iso, dada a realidade actual, é necesario recuperar en calquera dos tres tipos de organizacións do ámbito social un criterio que permita estudar xenericamente a súa dimensión ética (Pelegri, 2013a, 139-148).

Para prestar apoios e acompañar a persoas en situación de vulnerabilidade precísase desenvolver unha ética compartida. Incorporar a ética á vida cotiá das organizacións sociais significa facer as cousas doutra maneira; tomar conciencia dos valores éticos polos que a entidade quere orientar as súas decisións e tratar de seguiilos, creando un clima ético no seu interior (Pelegri, 2013a, 139-148). "Os principios éticos

cos que operan as organizacións supoñen un ideal e á vez un salvoconduto para transitar nunha vida cotiá máis ou menos estable” (Pelegrí, 2013b, 361).

Indo máis aló descóbrese que toda reflexión sobre a calidade das organizacións comporta unha dimensión ética. De feito, os criterios e os estándares de calidade que utilizan os sistemas de acreditación son tamén criterios e estándares éticos nos que descansa o imperativo moral de “deber” co sustento dun principio ético (Simón, ed., 2005, 44-52). Así, todos os estándares fan referencia en primeiro lugar á organización como sistema, é dicir, todo criterio ou estándar de acreditación constitúe unha esixencia estrutural, organizacional, e a partir de aí, de maneira subsidiaria, responsabilizan aos individuos particulares. Isto implica que por definición, todo modelo de acreditación trata de configurarse como un modelo de ética organizacional.

A ética da organización, como conxunto de procesos que transmiten valores en toda a estrutura, configura un armazón capaz de contribuír á mellora continua da calidade, pero a tentativa de impulsar a vida moral das organizacións a través de estándares ou criterios normativos vinculados a sistemas de calidade pode dexenerar nunha burocratización da ética que a baleire de contido moral (Simón, ed., 2005, 156-160). Outro perigo tamén pode ser que a propia ética, en lugar de manter unha distancia crítica coa realidade, acabe sendo instrumentalizada para lexitimar o *status quo*.

Son moitas as experiencias en relación aos instrumentos e estratexias de dinamización e de mellora que poden empregarse para lograr que as organizacións sexan quen de aliñar as prácticas profesionais cos valores da organización, entre as que están os códigos éticos, os manuais de boas prácticas, os espazos de reflexión ética, a formación en valores dos profesionais, os protocolos de actuación, ou os comités de ética (que neste ámbito de análise desembocan na creación de comités de ética nas propias institucións). Deste xeito, cada organización analiza e elixe as estratexias concretas coas que considera que pode desenvolver de maneira máis operativa a súa misión no día a día da práctica cotiá (Hernando, 2010, 21).

Na actualidade proliferan os comités de ética nalgúns servizos sociais especializados, tanto do sector residencial de persoas maiores, como de persoas con discapacidade ou de persoas con enfermidade mental (Pelegrí, 2013b, 359-369). As organizacións asumen así a súa responsabilidade apoiando e orientando nos procesos de toma de decisións, ante conflitos axiolóxicos, a todos os axentes implicados, sexan profesionais, familiares, persoas usuarias,..., facilitando criterios, enfoques, formación,

protocolos de resolución de conflitos, etc., sempre abertos á revisión, dende o compromiso cos dereitos das persoas e coa calidade do servizo.

Algunhas organizacións, como FEAPS (Confederación Española de Organizacións en favor das Persoas con Discapacidade Intelectual), elaboran o seu propio código ético de carácter institucional, dirixido ás organizacións, aos/ás profesionais e ás familias (López, 2011, 7-11). No ano 2006 FEAPS crea ademais o Comité de ética. E pouco a pouco a comprensión dunha ética inspirada en Paul Ricoeur, que supón o coidado de si mesmo, o coidado das outras persoas e o coidado das institucións (Zamanillo, dir., 2011, 9), vai calando no movemento asociativo, até chegar a unha visión da ética que se resume en “Anhelos de vida boa, con e para os outros, en institucións xustas”. Na actualidade Feaps detecta un importante cambio de valores nas persoas, nas institucións e na sociedade, o que vén a desdebuxar a visión ética existente até o momento. Ante esta realidade, ten comezado no ano 2014 un proceso de reflexión sobre o que é bo e valioso para as persoas con discapacidade, para as súas familias, para os e as profesionais e para a sociedade, como mecanismo para afrontar a realidade, identificar os valores e revisar o traballo que se está a desenvolver. Outra mostra do dinamismo da ética nas propias organizacións sociais e da necesidade de desenvolver procesos de reflexión continuos de maneira compartida.

A constitución de comités de ética nas organizacións sociais que traballan directamente coas persoas en risco de exclusión social e vulnerabilidade será interesante non soamente polo traballo que desenvolven, senón polo proceso da súa posta en marcha e funcionamento (Bermejo e Belda, 2006, 100-101). O seu desenvolvemento nas instancias de acción social é unha innovación que redonda positivamente na mellora da calidade da intervención e no benestar das persoas. Haberá que buscar maneiras de garantir que o comité non se converta nunha parte da dirección da organización para solucionar cuestións complexas, ou nunha instancia burocrática que avale as decisións da dirección da entidade, ou nun órgano que solvente os problemas xurídicos e laborais da institucións, nin tampouco que funcione como un grupo de persoas de boa vontade que axuden a tomar decisións e as asuman como propias (Bermejo e Belda, 2006, 102).

### 4.3. Os comités de ética de intervención social

Os comités de ética en intervención social (CEIS) son importantes estruturas de apoio á reflexión ética no eido da intervención social. Apúntase a necesidade de construír comités consultivos externos de carácter orientador para aqueles casos nos que as persoas usuarias, os profesionais, os equipos ou as institucións precisen de apoios e doutras guías de referencia para abordar un conflito ético (Vilar, 2013, 163-167).

A presenza destes comités no ámbito sanitario é habitual; no contexto social a iniciativa é aínda nacente e conta xa con algunhas experiencias positivas. O nivel de profesionalización relativamente novo das profesións sociais fai que a actividade se interroge sobre o seu compromiso ético coa sociedade, e á vez se dote de modelos teóricos e ideolóxicos baseados nos dereitos das persoas. “Seguramente, en breve assistiremos á proliferación destes comités, como consecuencia natural do proceso de profesionalización e tecnificación das profesións sociais” (Vilar, 2013, 164).

Son moitos os posibles escenarios asistenciais, e debido aos cambios sucedidos nas últimas décadas existe na actualidade unha opción importante por situar no centro do sistema de reflexión a cada persoa, o que implica a necesidade de relacións máis horizontais e igualitarias, fuxindo do paternalismo tradicional e avanzando cara a un contexto de maior respecto á autonomía. O tratamento da consulta nun comité de ética garante unha reflexión serea, e de feito, unha metodoloxía favorece a busca de instrumentos que poidan axudar na toma de decisións, e aínda en condicións de incerteza, poder facelo de maneira prudente. Os comités de ética son por iso o lugar axeitado para a deliberación. De aí que unha das achegas desta metodoloxía sexa ver que, entre os extremos, outros cursos de acción son tamén posibles (Valois-Núñez, 2011, 105-114).

A creación de comités de ética en intervención social, mantendo sempre o seu carácter consultivo e asesor, así como a súa interdisciplinabilidade, é expresión dun debate social no que está implicada a sociedade enteira. Os comités de ética pretenden ser un recurso que facilite a todos os implicados (persoas usuarias, profesionais, entidades e institucións, outros axentes sociais...), asesoramento ético para tomar decisións que contribúan ao recoñecemento dos dereitos das persoas e melloren a calidade das prestacións e/ou servizos que lles corresponden. Os CEIS están chamados a defender os dereitos humanos como estrutura mínima da ética que permite defender

ao home e á muller, a súa dignidade, a súa igualdade, e o respecto que se merece (Bermejo e Belda, 2006, 108). Algunhas das características fundamentais dos CEIS son: a interdisciplinaridade na súa composición, a deliberación como método e o carácter non vinculante das súas propostas (Bermejo e Belda, 2006, 103).

Na análise de problemas éticos é precisa a utilización dun bo método. O CEIS pon o acento na forma de afrontar a resolución dos problemas éticos co fin de velar para que a praxe asistencial non vulnere os dereitos inherentes á condición humana, e así, na medida en que a bioética é un procedemento de diálogo e non de demostración, o comité de ética na intervención social será fundamentalmente un órgano de deliberación. O comité de ética estará constituído por un grupo de persoas que deliberan con prudencia, tomando decisións morais razoables pero incertas, e cunha linguaxe común: a dos valores.

Na sociedade de hoxe en día coexisten múltiples códigos éticos, un mosaico de valores que está presente en cada relación asistencial. Nun mesmo conflito aparecen formas diferentes de interpretar un valor. E neste senso, a deliberación enténdese como un proceso racional e prudente que precisa dunha actitude aberta e humilde cara o resto das persoas coas que se desenvolve o proceso de toma de decisións. Son precisamente os conflitos de valor os que formulan os problemas éticos. Cando non hai conflito entre valores, a obriga das persoas é realizar valores ou lesionalos o menos posible. De maneira que as decisións sobre o que se debe facer terán en conta non soamente os valores en xogo, senón tamén os conflitos existentes entre eles (Gracia, 2011a, 134-149).

Mais o obxecto do proceso de deliberación non é tomar as decisións, xa que as decisións éticas non son transferibles dunha maneira doada. O obxecto da deliberación é axudar aos axentes implicados no proceso (persoas usuarias, familiares, profesionais,...), coa convicción de que desta maneira se contribúe a mellorar a calidade da asistencia social e á satisfacción dos profesionais e persoas usuarias dos servizos sociais. Poucos problemas éticos teñen unha soa resposta ou poden solucionarse con verdades absolutas. En moitas ocasións haberá que conformarse con opinións razoadas que manexen conceptos ben definidos e explicados (Camps, 2001, 207-229). E así a reflexión ética achegaranos ao ámbito das proposicións probables, non da certeza. De aquí a importancia de que exista capacidade de diálogo, de confrontación, de respecto e de tolerancia.

#### 4.4. Os Espazos de reflexión ética en servizos de intervención social

Os Espazos de reflexión ética en servizos de intervención social (ERESS) xorden do traballo no primeiro ano de funcionamento do Comité de ética en intervención social de Cataluña, e a súa creación xa vén regulada no artigo 8 da Orde ASC/349/2010, de creación do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña.

Os ERESS teñen como obxectivo principal a incorporación da perspectiva ética na práctica cotiá da intervención social, dinamizando a presenza da ética nos equipos de atención directa. Os ERESS son un instrumento para a mellora da xestión e da intervención de entidades e servizos do ámbito dos servizos sociais, incidindo de maneira preferente na perspectiva ética (Busquets, 2013, 11-15).

As principais funcións dos ERESS son (CESS de Cataluña, 2013, 1-16):

- a) Dotar ás entidades vinculadas á intervención social dunha ferramenta consultiva próxima e accesible ante casos ou situacións que xeren conflito entre as persoas que participan nos servizos sociais.
- b) Promover a sensibilización e formación en valores éticos nas organizacións
- c) Fomentar as boas prácticas profesionais e organizativas nos servizos sociais mediante a elaboración de protocolos, criterios e/ou recomendacións; e
- d) Colaborar na educación sobre a ética no uso dos servizos públicos para a poboación.

A composición dos ERESS incorpora a diversidade dos profesionais implicados no servizo/entidade, e contempla que os seus membros teñan formación en ética e competencias para o diálogo, a deliberación e o desexo de acordo. Recoméndase un mínimo de cinco persoas cun compromiso de vixencia de tres anos e a permanencia dun ano para cada persoa membro. Estas persoas terían que ter un mínimo de formación en ética (vinte horas específicas), así coma un compromiso de formación permanente nestas cuestións. Os ERESS poden acceder á consulta de persoas expertas nos temas específicos do ámbito de actuación da entidade; podería tratarse de consultores/as permanentes, temporais ou puntuais, internos ou externos (CESS de Cataluña, 2013; 1-16).

A participación nun ERESS pode implicar a mellora na calidade asistencial e pode supoñer tamén un enriquecemento persoal e profesional. Ao formar parte dun

Espazo de reflexión ética as persoas asumen varios compromisos, entre os que, ademais dos xa subliñados, figuran o respecto aos dereitos humanos en todos os ámbitos da intervención social, a garantía da autonomía, a independencia e a pluralidade dos seus membros nos procesos de deliberación, a confidencialidade (aínda cando deixe de formar parte do Espazo), o exercicio dun liderado no ERESS en torno á ética da organización e a escoita das persoas afectadas.

En canto ao funcionamento, o ERESS precisa dunha dinámica de reunións e de procedementos de convocatoria e deliberación, ademais de contar cun plano de traballo anual e un informe de actividades anuais. O ERESS informará ao Departamento de Benestar Social e Familia da súa existencia, co obxectivo de dar a coñecer a súa actividade e poder compartir boas prácticas e inqedanzas en todo o Sistema dos Servizos Sociais de Cataluña.

Existen algunhas diferenzas entre os comités de ética e os espazos de reflexión ética na intervención social. Unha delas é a composición, xa que nos espazos de reflexión ética non existe a ampla interdisciplinabilidade que hai nos comités. Outra diferenza apunta a que nos espazo de reflexión ética a burocracia é menor que nos comités de ética, (un exemplo deste feito sería que os comités teñen que someterse a un proceso de acreditación, mentres que os espazos soamente deben rexistrar a súa existencia). Mais tamén as diferenzas están nas dimensións de ambos; a diversidade das casuísticas que atende un CEIS é moito máis ampla que as que recibe un ERESS, e polo tanto tamén as problemáticas sobre as que deliberar serán diferentes.

Un ERESS non é un comité de ética, mais pode chegar a selo se nun futuro se considera recomendable aumentar a súa complexidade organizativa e as súas competencias, mais para iso tería que pasar por un proceso de acreditación. Da mesma forma, os comités que o queiran poderán crear ERESS.

#### **4.5. A consultaría**

Os problemas éticos en intervención social non poden reducirse a un ámbito concreto, xurídico, sanitario, político, institucional, técnico ou social. Habitualmente os conflitos afectan a diferentes ámbitos sen estar vinculados a unha soa especialidade. En bioética será fundamental unha interdisciplinabilidade que se exprese con linguaxes comprensibles e con enfoques diferentes e complementarios. Rexeitar especialistas en



ética ten moito que ver co tema da responsabilidade, é dicir, conectar as responsabilidades individuais coas colectivas e buscar a integridade e a coherencia entre o que teoricamente dicimos defender e o que de feito dirixe a práctica das accións (Beca, 2008, 1-5).

Malia todo, profesionalizar a bioética en forma de consultores/as ou conselleiros/as éticos constitúe unha práctica estendida en Estados Unidos. A diferenza da economía, medicina, psicoloxía coa bioética é que as primeiras son disciplinas autónomas e a bioética está necesariamente formada por diversas disciplinas (Couceiro, 2008, 16-21).

Dende a perspectiva das éticas aplicadas á profesión, non resulta ser de moita utilidade o filósofo/a descoñecedor da lóxica da profesión, pero tampouco serve a persoa profesional experta que non dispón dunha mínima formación filosófica nin do desenvolvemento de sensibilidade para tratar temas éticos (Vilar, 2013, 32-36). O carácter interdisciplinar das éticas aplicadas vén determinado por diversos factores que modifican o obxecto tradicional da ética (García, 2011, 25-50). Trátase dos cambios na realidade social, da necesidade de comités de ética, dunha cidadanía consciente dos seus dereitos e das súas responsabilidades individuais e colectivas, e do compromiso da filosofía moral coas éticas aplicadas. Neste novo contexto as éticas aplicadas convértense en tarefa interdisciplinar con participación de persoas expertas e de toda a cidadanía.

A consultaría ético-clínica individual é unha fórmula existente no ámbito sanitario na que a figura da persoa experta en ética substitúe ao comité de ética asistencial, de maneira que unha tarefa multidisciplinar pasa a ser cuestión dunha soa persoa (Beca, 2008, 1-5). Buscando o seu paralelismo na intervención social, significaría que dita consultaría prestaría un servizo que responde a solicitudes dos profesionais, das persoas usuarias ou dos seus familiares, ante casos nos que existen problemas éticos con decisións complexas nas que se comprometen valores éticos. O consultor/a formularía recomendacións fundamentadas dende o punto de vista ético para facilitar a toma de decisións, aínda que as decisións sempre serán dos profesionais, das persoas usuarias e das súas familias, en definitiva, de quen se atopa co conflito ético.

Unha vez analizado o caso, o consultor/a formularía as recomendacións e estas rexistraríanse na historia clínica do/a paciente, informando ademais á propia persoa e á súa familia (Beca, 2008, 1-5). Recoller a recomendación do consultor/a na historia

clínica da persoa entraña tamén o perigo de transmitir que a recomendación ética é a que debe ser seguida, adquirindo nivel de obrigatoriedade, e eximindo de reflexión e responsabilidades ao resto de persoas implicadas na relación clínica (Couceiro, 2008, 16-21). De todos xeitos, periodicamente, o consultor/a podería dar conta ao comité de ética asistencial, presentando os casos e analizando algúns deles.

Unha posibilidade intermedia na consultaría de casos clínicos é a realizada por equipos de dous ou tres consultores/as, a modo de subcomités (Beca, 2008, 1-5). Outras combinacións posibles entre os comités e os consultores (Couceiro, 2008, 16-21) son modelo do membro do comité como consultor/a, no que unha persoa do comité revisa a consulta, achega datos, entrevístase coas persoas afectadas e leva toda a información ao comité para a súa discusión conxunta; o modelo de revisión *post facto*, no que o caso chega ao consultor/a, que o analiza e emite as súas recomendacións, e estas son revisadas posteriormente polo comité; e, por último, o modelo de consultor/a, que recibe, analiza e emite recomendacións sen que o comité interveña en ningún momento. En Estados Unidos, na actualidade, máis de 81% dos hospitais teñen un servizo de consulta ética, estimándose 15.000 consultas éticas ao ano (Gracia, 2014, 1-3). E a consultaría ética a realizan pequenos grupos, no 68% dos casos, os comité de ética ao completo, no 23%, e consultores/as individuais, no 9% das situacións.

Un argumento a favor da consulta individual en lugar da colectiva alega que os comités de ética asistencial son instancias moi lentas, mentres as consultarías ético-clínicas aseguran maior rapidez e eficacia, resaltando ademais que o consultor/a pode facer un seguimento máis exhaustivo do caso, e incluso dar apoio de maneira permanente naquelas organizacións nas que traballan en distintas quendas (Beca, 2008, 1-5). Outro argumento salienta tamén que unha conversa co consultor/a permite maior interacción e flexibilidade, axudando a resolver dúbidas ou a xestionar emocións que están en desorde debido á dimensión do problema ético (Altisent, Martín-Espildora e Delgado-Marroquín, 2013, 25-27). Ademais a consultaría ten a vantaxe de axustarse ao modelo da chamada interconsulta na práctica hospitalaria, de maneira que non esperta as desconfianzas que xorden nas consultas ao comité de ética.

Entre as maiores eivas descritas até o momento da consultaría están o predominio da perspectiva persoal do consultor/a en base á súa experiencia e formación, a posibilidade de que os profesionais deslignen as decisións éticas da súa responsabilidade, e especialmente a falta de deliberación multidisciplinar, deteriorando deste xeito unha das bases fundamentais da bioética (Beca, 2008, 1-5),

E, quen podería ser consultor ou consultora ético-clínico? Pois un profesional con experiencia clínica, formación en bioética e un conxunto de calidades e competencias persoais como a capacidade para distinguir problemas ético, emocionais e legais, capacidade de comunicación interpersonal e de creación de acordos morais, capacidade para aconsellar ás persoas implicadas en cada caso, etc. Por outra parte, existe certo acordo sobre as habilidades, coñecementos e calidades persoais dos consultores e consultoras, que inclúen, entre outros aspectos, o coñecemento do idioma e da teoría ética, habilidades comunicativas e de análise ético, xuízo moral reflexivo, e coñecemento de metodoloxía clínica (a historia natural da enfermidade e o seu tratamento), (Kanoti, 2004, 439-444). Será tamén importante que os consultores/as de ética conten cun acceso doado a outros recursos, tales como material bibliográfico, apoio administrativo, capacitación e formación continua, co fin de manter, desenvolver e mellorar os seus coñecementos e habilidades (Kenneth, Berkowitz e Neveloff, 2007, 137-153).

Na consultaría a deliberación realízase a través dun proceso de comunicación con familiares, persoas usuarias e profesionais, co obxectivo de axudar a coñecer diferentes fundamentos éticos que poidan resultar de apoio na toma de decisións ante os conflitos e contextos concretos, mais a deliberación non é multidisciplinaria nin se realiza de maneira tan sistematizada como nun comité (Beca, 2011, 31-39).

O primeiro paso nunha consulta require que o consultor/consultora solicite información da persoa que realiza a consulta para comprender os aspectos preliminares das circunstancias e razóns que impulsan a solicitude de consulta ética (Kenneth, Berkowitz e Neveloff, 2007, 137-153). As preguntas iniciais poden axudarlles a confirmar se a solicitude é procedente para unha consulta ética. Trataríase de identificar se a persoa solicitante formula un problema ético, é dicir, de incerteza ou conflito de valores; se a resposta é negativa, a solicitude probablemente non é acaída e podería derivarse a outros servizos dentro da organización.

Nalgúns casos, o consultor/a individual coordina a seu labor co comité de ética, ao cal reporta o seu traballo e ao que presenta os casos máis complexos na medida en que non sexan urxentes (Beca, 2011, 31-39). O comité de ética tamén podería actuar como supervisor das actividades dos consultores/as, ademais da elaboración de guías e protocolos e a planificación e promoción da formación continuada en ética das persoas que conforman a institución (Gracia, 2014, 1-3).

É importante promover un traballo conxunto entre a consultaría e o comité de ética. De feito, algúns consultores americanos indican que a consultaría debe intervir na análise dos casos, namentres que a creación dunha política institucional no manexo de valores éticos, a través de protocolos ou intervencións educativas, é tarefa que corresponde aos comités (Couceiro, 2008, 16-21). Mais, na medida en que no Estado español a figura dos comités de ética é a predominante, cómpre engadir que a creación de espazos deliberativos favorece o desenvolvemento de compromisos morais e dunha ética cívica no seo das institucións nunha sociedade plural. Para xustificar e argumentar o labor, tanto da consultaría como dos comités de ética, sublíñase a necesidade de desenvolver criterios e estándares para avaliar e certificar a súa eficacia e calidade (Couceiro, 2008, 16-21).

A existencia de sistemas de consultaría individual ou realizada por dous ou tres consultores/as pode contribuír a unha mellor determinación do rol do comité de ética nun nivel diferente, mediante a revisión retrospectiva de casos máis complexos ou daqueles que formulan problemas que afectan ao sistema xeral de traballo da institución e que levan a propostas normativas para a mellora da calidade da atención das persoas usuarias (Beca, 2011, 31-39). A coexistencia do sistema de consultaría e o comité de ética tamén debería favorecer a creación de programas formativos en temas de bioética para as institucións.

Nesta mesma liña, cómpre insistir en que é o momento de promover a figura do consultor/a, que lonxe de privar de identidade ao comité de ética, pode dinamizar a súa función, complementando a axuda aos profesionais na toma de decisións ante conflitos de valor (Gracia, 2014, 1-3).

De seguido preséntase un cadro comparativo entre a consultaría e os comités de ética no que se teñen en conta as vantaxes e inconvenientes subliñados até o momento, así como as achegas realizadas por Swenson e Miller (Couceiro, 2008, 16-21) e algunhas limitacións e beneficios sinaladas por Beca (2011, 31-39) con respecto ao tratamento dos conflitos de valores na práctica asistencial, tanto a través dos comités de ética, como por medio da consultaría.

Cadro 7: Análise comparativa entre a consultaría e os comités de ética.

	<b>CONSULTARÍA</b>	<b>COMITÉS DE ÉTICA</b>
<b>VANTAXES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto directo coa persoa usuaria e a súa familia.</li> <li>- Contacto directo cos profesionais asistenciais.</li> <li>- Flexibilidade, rapidez e eficiencia.</li> <li>- É preferida polos profesionais.</li> <li>- Familiaridade co modelo de interconsulta.</li> <li>- O rexistro da consultaría na historia clínica facilita que as recomendacións sexan coñecidas por todo o equipo profesional.</li> <li>- Desenvolvemento de función educativa e de apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deliberación sistematizada e multidisciplinar.</li> <li>- Abordaxe de temas que implican a política da institución.</li> <li>- A súa composición multidisciplinar evidencia diversos puntos de vista e identifica varias alternativas.</li> <li>- Espazo para a reflexión ética.</li> <li>- Analiza e formula propostas normativas e educativas institucionais.</li> </ul>
<b>INCONVENIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmite a mensaxe de que os problemas éticos teñen que ser revisados por unha persoa experta.</li> <li>- Conduce a que os/as profesionais non asuman a responsabilidade ética na toma de decisións.</li> <li>- Predominio da perspectiva persoal do consultor/a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultade para dar resposta a consultas urxentes.</li> <li>- Demora entre a solicitude e a posibilidade de reunión.</li> <li>- Tempo que implica a preparación do caso.</li> <li>- Reticencia dos/as profesionais por temor a seren axuizados ou por escepticismo.</li> <li>- Descoñecemento dos beneficios das recomendacións que xorden da análise ético-clínica.</li> <li>- Percepción das presentacións ao comité como trámite que interfere nas decisións.</li> <li>- O número de integrantes pode intimidar a quen presenta o caso.</li> <li>- O comité pode ter maior peso na política da institución do que sería desexable.</li> <li>- Recepción dunha porcentaxe moi baixa dos conflitos de valores que se producen na institución.</li> </ul>

#### **4.6. O Observatorio de ética aplicada á acción social, psicoeducativa e sociosanitaria**

O Observatorio de ética aplicada á acción social, psicoeducativa e sociosanitaria nace no ano 2003 en Cataluña (<http://etica.campusarnau.org/2009/>), cunha pequena estrutura e un importante compoñente voluntarista, para dar resposta ás problemáticas éticas que se dan no ámbito da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria. Nestes anos desenvolveu un importante labor científico. O Observatorio créase no seo da Fundación Campus Arnau d'Escala, cuxos patróns son a Universidade de Xirona, a Fundación DRISSA e o Consorcio Sant Gregori. A partir de xullo de 2013 o Observatorio recoñécese como estrutura de investigación da Universidade de Xirona e pasa a denominarse Observatorio de ética aplicada á acción social, psicoeducativa e sociosanitaria.

O obxectivo xeral do Observatorio é estimular unha cultura profesional e cidadá sobre os valores morais, explícitos e implícitos, presentes nas prácticas da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria, e promover unha ética respectuosa que afonde nos valores recollidos na Declaración Universal dos Dereitos Humanos, a Constitución Española e o Estatuto de Autonomía de Cataluña (Canimas, 2003, 96-104). Os obxectivos específicos do Observatorio son os seguintes:

- a) Desenvolver investigación básica e aplicada nos ámbitos da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria.
- b) Transferir os resultados da investigación en publicacións dirixidas a profesionais dos diferentes ámbitos da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria, en publicacións científicas especializadas e en actos, comunicacións, xornadas, congresos, cursos,...
- c) Xerar opinión e introducir a reflexión ética nos foros que traten cuestións da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria.
- d) Diseñar e ofrecer unha carteira de servizos sobre ética aplicada dirixida ás institucións e entidades do ámbito da acción social, psicoeducativa e sociosanitaria e executar os servizos que a integran.
- e) Crear unha estrutura organizativa estable e sólida que permita asegurar a consecución dos obxectivos antes sinalados.

O asesoramento que ofrece o Observatorio ten, en sentido amplo, vocación de ser un servizo aberto a todo tipo de entidades, empresas e administracións públicas para iniciar procesos de reflexión arredor das liñas de investigación traballadas e que lles sexan de aplicación no seu ámbito de intervención. Trátase de estudos, ditames, orientacións ou propostas que melloren a práctica profesional e aporten valor ao órgano contratante.

O Observatorio de ética aplicada á acción social, psicoeducativa e sociosanitaria ofrece un servizo especialmente deseñado para organizacións con vontade de iniciar un proceso de desenvolvemento da ética aplicada dentro das súas propias liñas de traballo e que, posteriormente, poida chegar a culminar na elaboración dun código de ética. Este proceso consta de catro fases ao longo das cales o Observatorio traballa xunto con cada organización mediante o método da consultaría:

- Fase 1. Constitución: Primeira análise da organización, formación inicial e asesoramento na constitución da comisión de ética.
- Fase 2. Detección: Localización de problemáticas éticas propias da organización.
- Fase 3. Desenvolvemento: Posta en funcionamento do sistema de análise e resolución dos casos detectados. O proceso irá establecendo as boas prácticas éticas e construíndo o código de ética da entidade.
- Fase 4. Asesoramento e apoio: servizo de supervisión e apoio continuados á comisión de ética constituída.

Os problemas éticos son comúns ás profesións sociais, de aí a importancia de avanzares, tanto dende a teoría como dende a práctica, na elaboración de modelos de resolución de problemas éticos, co fin de que o sistema de benestar sexa quen de prestar un servizo de maior calidade ás persoas usuarias en situación de vulnerabilidade.

#### **4.7. Recapitulación**

A intervención social desenvólvese na sociedade da que forma parte, no marco da comunidade, e incide sobre aquelas circunstancias que dificultan ou imposibilitan o disfrute dunha vida digna e autónoma das persoas no ámbito social. Por este motivo desenvólvense actuacións que pretenden expresamente transformar situacións que

afectan negativamente a determinadas persoas, ou capacitar a estas persoas para afrontar os obstáculos que diminúen as súas posibilidades de adaptación ao medio que lles rodea. E neste contexto a ética revélase esencial en calquera ámbito do sistema non que se desenvolve a intervención, pero de maneira especial naqueles eidos nos que se prestan servizos e apoios ás persoas máis desfavorecidas e en situación de vulnerabilidade.

A existencia de múltiples estruturas que favorecen a reflexión ética nos diferentes niveis da intervención social é mostra da necesaria existencia dun compromiso ético tanto a nivel persoal dos profesionais, como das organizacións e da propia administración pública. Trátase polo tanto de continuar dando pasos para favorecer a autonomía e o benestar das persoas usuarias dos servizos sociais, mellorando as estruturas de apoio existentes, ou creando novas canles e servizos aos que recorrer en caso de conflito ético.

O proceso de institucionalización da bioética vaise desenvolvendo en diferentes ámbitos, incorporándose devagar na asistencia sanitaria e na social, na educación universitaria e tamén nos colexios profesionais, na lexislación, nos códigos e recomendacións, nos ámbitos administrativos e nas mesmas institucións. É real e urxente a necesidade de formación bioética dos e das profesionais da intervención social, así como da súa capacitación para a reflexión, persoal e en equipo, sobre o ben que persegue a intervención social e sobre os problemas éticos que xorden frecuentemente na praxe social.

Contar con códigos de ética profesionais comprensibles, vencellados á realidade social e ao contexto concreto, pode repercutir de forma moi positiva na promoción dos dereitos das persoas usuarias e na excelencia dos e das profesionais dos servizos sociais que procuran acadar o ben público co que están comprometidos. Un paso posterior para continuar avanzando cara a mellora profesional e a atención das persoas usuarias dos servizos sociais, pode ser a creación de códigos de ética de carácter interprofesional.

Na intervención social será fundamental a interdisciplinabilidade que se exprese de forma comprensible e con enfoques diferentes e complementarios, dado que os problemas éticos non poden reducirse a un aspecto concreto. Son cuestións para as que non hai propiamente persoas expertas ou especialistas, e afectan a moi diferentes ámbitos sen estar vinculados a unha soa área.



De igual maneira, as organizacións precisan orientarse por valores que se incorporan atendendo ao contexto diverso e multicultural. Estes valores poderán ser máis ou menos éticos, poderán ser humanizadores ou deshumanizadores, mais non existen as organizacións amorais (Simón, ed., 2005, 20-22). De feito, a ética das organizacións pode sistematizarse a través da resposta de diversos autores da seguinte maneira (Cortina, 1997a, 277):

- a) Unha maneira de resolver moralmente conflitos de acción. Sería unha ética positiva, que aconsella o que se debe facer e posibilita chegar a acordos morais racionais nun proceso de argumentación.
- b) A ética que trata das relacións internas e externas da organización, salientando os valores positivos e a opción por un modelo de cooperación.
- c) Unha ética da dirección e da xestión, reconstruíndo a lexitimidade dos procesos organizativos.
- d) Construíríase englobando un sistema de valores na organización, a definición da súa finalidade e unha cultura organizacional.

Ao longo desta investigación óptase de forma preferente pola creación de comités de ética en intervención social, como órganos privilexiados de deliberación arredor de problemas éticos que xorden na práctica asistencial dende os servizos sociais, co enfoque dos dereitos humanos e a linguaxe dos valores, cuestión que se abordará amplamente ao longo do capítulo 3.

É interesante ter en conta tamén as posibilidades que ofrece un servizo de consultaría en intervención social, colaborando co propio comité de ética a través de distintas fórmulas organizativas co fin de orientar nos procesos de toma de decisións cando xorden conflitos de valor. E así, tendo en conta as características da intervención social, podería barallarse, por exemplo, a posibilidade de facilitar a participación de especialistas dentro de cada comité de ética en intervención social para así acceder a un coñecemento máis fondo dunha realidade ou situación, é dicir, contar co apoio e asesoramento de persoas que pola súa experiencia e formación, poidan achegar unha visión formada que mellore as propostas do CEIS ao abordar situacións problemáticas relacionadas con cada persoa.

De igual xeito, xa se apunta á conveniencia de incorporar, como criterio de calidade, a información ás persoas usuarias sobre os posibles modelos de

asesoramento ético profesional (Altisent et al., 2013, 25-27), coa finalidade de que sexan as propias persoas, coa axuda necesaria, as que elixan a opción que mellor se adapte ás súas necesidades, o que implicaría dar un paso máis cara a súa autonomía co fin de acadar o seu maior benestar.

## **5. MODELOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS ÉTICOS NA INTERVENCIÓN SOCIAL**

A práctica profesional é complexa, e ao non existir uns criterios que sexan garante dunha práctica única na intervención social, cada profesional busca os seus propios xeitos de afrontar problemas éticos (Ballesteros, 2012, 44-60). Unha posible clasificación da acción da persoa profesional ante un conflito ético, contemplaría catro eixes:

- a) Segundo o lugar onde se deposita a confianza da decisión, poderán tomarse unha decisión individual, depositando no criterio individual a responsabilidade da decisión, ou recorrer a un consello especializado, a criterios desenvolvidos e consensuados como produto da evolución ética e técnica da profesión, como por exemplo o código ético, o colexio profesional ou mesmamente a lexislación.
- b) En función do tempo que cada profesional dedica ás decisións éticas, emerxen decisións de urxencia, en busca de vías de acción rápida e xustificadas na maioría das ocasións pola presión da práctica diaria e das situacións que cómpre resolver de inmediato, e xorden tamén decisións con reflexión, naquelas situacións nas que os profesionais formulan a necesidade de dispoñer de máis tempo e meditación para tomar mellores decisións.
- c) Dende o nivel xerárquico ao que se dirixe a consulta, haberá profesionais que se inclinen cara a horizontalidade, á busca de apoio entre iguais, ou pola contra, outros profesionais optarán por itinerarios verticais, recorrendo a un nivel xerárquico superior á hora de buscar a información e depositando en outras persoas a capacidade de decisión sobre o problema en cuestión. E finalmente,
- d) Tendo en conta quen asume a responsabilidade da decisión ética, en moitas ocasións, o profesional asume a responsabilidade directa de atopar a mellor

solución para o problema ético existente; e noutras ocasións, óptase por que sexa a propia persoa usuaria quen decida, respectando así a súa autonomía.

A individualización de estilos na toma de decisións éticas dos profesionais da intervención social insire maior diversidade á práctica profesional. Dende esta óptica, as dificultades vense como problemas privados máis que como parte da complexidade da realidade social.

Cómpre tamén puntualizar que existen dúas maneiras de abordar os problemas morais: unha denomínase dilemática e outra problemática. A actitude dilemática formula os conflitos morais como a teoría da elección racional, é dicir, elixir entre diferentes posibilidades (xeralmente dúas), buscar a solución máis racional coa premisa de que soamente unha solución das posibles é verdadeira (dilemas morais). A cuestión ética redúcese á técnica: se o procedemento é tecnicamente bo, chegarase á verdadeira resposta. Trátase dunha aproximación “decisionista” aos problemas éticos. A redución de problemas a dilemas fai que se vexan como cuestións que soamente teñen dúas saídas, que ademais son extremas e opostas entre si (Gracia, 2004b, 21-32).

A expresión “dilema ético” é moi habitual na literatura especializada na intervención social. Son algúns os autores e autoras que abordan interesantes reflexións arredor dos principais dilemas éticos na intervención social, así como sobre a súa tipoloxía e clasificación. O dilema ético leva implícita a dualidade e unha pregunta sobre o deber: como debo actuar?; pero ademais, ao atopar argumentos contraditorios, en ambos sentidos, orixínase unha situación de incerteza. Hai que tomar unha decisión pero non se sabe moi ben en que camiño facelo. Nun dilema ético, o/a profesional ten que elixir entre dúas indicacións éticas relevantes pero contraditorias (entre dous principios, por exemplo), ou incluso ás veces, calquera alternativa que poida elixir implica un resultado non desexado para unha ou para varias persoas (Banks, 1997, 161-183).

A actitude problemática formula o conflito como problema, non como dilema, fixándose máis no proceso que no resultado. Os problemas morais poden ter moitas solucións e varias delas poden ser correctas á súa vez. Trátase pois dun achegamento deliberativo aos problemas éticos, onde o importante é o proceso, non a solución. A actitude problemática é deliberativa e o método que utiliza para resolver problemas é a deliberación.

Algunhas profesións que desenvolven a súa práctica no ámbito social levan anos adiantando procesos de reflexión e propostas para a toma de decisións éticas. Porén, os modelos de resolución de problemas éticos en intervención social desenvólvense con diferentes acentos e matices. Ao longo deste apartado realizarase un percorrido sistemático polos diferentes modelos existentes, dedicando un espazo máis amplo ás adaptacións do principialismo á intervención social.

### **5.1. Modelo de Congress**

Partindo dos principios e das bases filosóficas de Kant e do utilitarismo, Congress (1999, 31-38) propón un modelo denominado ETHIC (*Examine, Think, Hypothesize, Identify and Consult*), baseado nos valores do traballo social, o código de ética e o contexto. O modelo responde aos seguintes pasos:

- E. Examinar primeiro os valores relevantes persoais, sociais, da empresa, da persoa usuaria e da profesional.
- T. Pensar como aplicar á situación concreta as normas do código de ética, así como as leis máis relevantes.
- H. Formular hipóteses sobre posibles consecuencias de distintas decisións.
- I. Identificar quen se beneficiará e quen resultará danado, á luz do compromiso do traballo social coas persoas máis vulnerables.
- C. Consultar coa persoa supervisora e con outros colegas sobre a decisión ética.

### **5.2. Modelo da Federación Internacional de Traballadores Sociais**

A ética é unha parte da práctica profesional dos traballadores/traballadoras sociais, e a súa capacidade de actuar eticamente é un aspecto esencial da calidade da atención ás persoas usuarias. Por iso o propósito da Federación Internacional de Traballadores Sociais (IFSW) neste eido é promover o debate ético e a reflexión nas distintas asociacións, así como entre os e as provedores de traballo social nos países membros.

A base para o traballo sobre a ética da IFSW está recollida en "Ética de Traballo Social: principios e normas" (1994 – 2004), e consta de dous documentos: a Declaración

Internacional de Principios Éticos do Traballo Social e as Normas Éticas Internacionais para os Traballadores Sociais.

A IFSW elabora unha Declaración Internacional de Principios Éticos na que se formulan unha serie de principios básicos para a profesión, adaptable aos diferentes contornos culturais e sociais; identifícanse áreas e problemas éticos na práctica asistencial e ademais proporciónase orientación en canto á elección dos métodos para abordar as cuestións éticas/problemas.

O modelo que se formula para abordar problemas éticos denomínase colaborativo e define unhas liñas de actuación moi xenéricas baseadas nos postulados da Federación Internacional de Traballadores Sociais (IFSW) e na Declaración Universal dos Dereitos Humanos. O modelo formula as seguintes cinco liñas para a toma de decisións:

1. Os principios básicos do código ético.
2. O contexto da acción. O contexto ético e político das accións implica a análise dos valores e das forzas que constitúen a estrutura da acción.
3. Os motivos para actuar, avogando por un maior nivel de conciencia dos obxectivos e intencións da elección dun ou doutro curso de acción.
4. O contido moral da acción, facendo explícita a natureza da acción.
5. As consecuencias da acción, analizando as consecuencias das diferentes formas de acción para todas as partes involucradas, a curto e a longo prazo.

### **5.3. Modelo de Levy**

Levy (1993, 53-63) parte de que os códigos de ética non contan con formulacións concretas para todas as situacións. Formula un modelo que centra a súa atención en analizar os asuntos éticos pasados, presentes e futuros, así como os seus efectos nas persoas e nas institucións. As fases do modelo son as seguintes:

1. Descubrir que principios éticos son aplicables.
2. Xustificar a orde de prioridades entre principios.
3. Anticipar os riscos e posibles consecuencias.

4. Explorar as consideracións e valores que poderían terse seguido na situación práctica.
5. Proxectar as necesidades e precaucións a tomar en relación coas consecuencias.
6. Avaliar as decisións e accións éticas.

Os aspectos máis relevantes desta proposta fan referencia á capacidade de anticipar os riscos e posibles consecuencias cando se realizan xuízos éticos nunha situación práctica (Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336).

#### **5.4. Modelo agregado de Loewenberg e Dolgoff**

O modelo agregado de Loewenberg e Dolgoff (1996, 62-63) consiste nunha primeira aproximación xeral para a toma de decisións e nun seguinte achegamento particular mediante dous instrumentos que poden servir de guía aos profesionais na súa toma de decisións éticas: o *Ethical Rules Screen* (ERS), que se refire á utilización do código de ética, e o *Ethical Principles Screen* (EPS), que trata de establecer unha xerarquía entre varios principios.

A aproximación xeral conta con once pasos:

1. Identificar o problema e os factores que contribúen a mantelo.
2. Identificar as persoas e as institucións relacionadas con dito problema.
3. Identificar os valores relevantes para o problema que manteñen os distintos participantes identificados.
4. Identificar as metas e obxectivos cuxa consecución pode resolver, ou ao menos reducir, o problema.
5. Identificar estratexias de intervención alternativas.
6. Asegurar a efectividade e eficacia de cada alternativa en termos das metas identificadas.
7. Determinar quen debería estar implicado na toma de decisións.
8. Seleccionar a estratexia máis axeitada.

9. Implantar a estratexia seleccionada.
10. Facer un seguimento da implantación, prestando particular atención ás consecuencias que non se tiñan anticipado previamente.
11. Avaliar os resultados e identificar problemas adicionais.

Seguidamente, o achegamento particular pasa por revisar os principios. E o primeiro instrumento, o ERS, propón seguir tres pasos:

- A. Estudar o código de ética para ver se se poden aplicar algún dos seus principios. Ditos principios teñen prioridade sobre o sistema de valores persoal.
- B. Se se poden aplicar unha ou máis regras do código, entón haberá que seguilas.
- C. Se o código non se dirixe de maneira concreta ao problema específico entre varias regras do código, haberá que empregar entón o EPS.

O EPS fai referencia aos principios básicos consensuados polos traballadores e traballadoras sociais e establece a seguinte xerarquía:

1. Protección da vida humana.
2. Igualdade e desigualdade de trato.
3. Autonomía e liberdade.
4. Menor dano posible.
5. Calidade de vida.
6. Privacidade e confidencialidade.
7. Sinceridade.

### **5.5. Modelo de Reamer**

Unha das ferramentas de utilidade para a práctica asistencial no eido social é a Auditoría Ética dos Traballadores Sociais, desenvolvida por F.G.Reamer en Estados Unidos, que serve para identificar asuntos éticos, revisar a adecuación dos procedementos utilizados polas institucións sociais para tratar as cuestións éticas e deseñar estratexias concretas para acadar unha maior calidade ética en ditas

institucións. Na Auditoría Ética dos Traballadores Sociais deséñase un protocolo para as decisións éticas partindo da xerarquía de valores elaborada por Gewirth (1978, 249-271), que se sustenta en dúas teses: por unha parte, o dereito de todos os seres humanos á liberdade e ao benestar, e por outra, o recoñecemento dunha serie de dereitos morais universais que obrigan a aceptar que todos os individuos teñen os mesmos dereitos. De maneira implícita recoñeceranse os dereitos humanos como base da solidariedade social (Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336).

Establécense 17 áreas de risco nas que se podería practicar a auditoría ética (Reamer, 2000, 355-366), e nas que destacan especialmente os dereitos das persoas usuarias e o consentimento informado. As áreas identificadas son as seguintes: dereitos das persoas usuarias, confidencialidade e privacidade, consentimento informado, oferta de servizos, límites das relacións coas persoas usuarias e conflitos de intereses, documentación, informacións difamatorias, informes, supervisión, desenvolvemento e formación das persoas profesionais, consultas a outros profesionais, derivación das persoas usuarias a outros servizos, fraude, finalización do servizo prestado á persoa usuaria, situacións nas que non se ten proporcionado unha atención axeitada ou se ten violado algunha norma ética, avaliación e investigación e toma de decisións éticas.

Co fin de axudar aos/ás profesionais na resolución dos problemas éticos que xurdan na praxe diaria, Reamer (1990, 62-65) ofrece unha secuencia de pasos que guiarán todo proceso de toma de decisións para resolver os conflitos éticos. (As aclaracións aos mesmos son propostas por Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336):

- As regras en contra de danos básicos son prioritarias respecto a outras regras referidas a mentir, revelar información confidencial,... (Xustificárase a revelación de información para evitar un dano grave a unha persoa).
- O dereito dos demais individuos ao benestar básico é prioritario sobre o dereito da persoa usuaria á autodeterminación. (Polo tanto, non se respectará o principio de autodeterminación se as accións dun individuo ameazan o benestar doutras persoas).
- O dereito dun individuo á autodeterminación é prioritario sobre o propio dereito ao benestar básico, xustificando calquera comportamento autodestrutivo. (A clave estaría en que as decisións dos individuos foran informadas e voluntarias).



- A obriga de obedecer leis, regras e regulacións está por riba de determinados comportamentos que supoñan un conflito con ditas leis. (Deberíase entón non violar as leis democráticas).
- En caso de conflito, os dereitos da persoa usuaria ao benestar está por riba das leis, regras, regulacións e acordos das asociacións. (Xustifícanse así algunhas violacións das leis).
- A obriga de previr danos básicos e promover bens públicos está por riba do dereito ao completo control da propiedade de cada un. (O que xustifica a defensa dos dereitos das persoas máis vulnerables).

A nivel metodolóxico, na resolución de problemas éticos da práctica asistencial, sinálanse tres ámbitos de intervención: o servizo aos individuos e ás familias, a política e a planificación (a distribución de recursos limitados), e as relacións entre profesionais (Reamer, 1999, 67-178).

Na Auditoría Ética dos Traballadores Sociais exemplifícase un posible protocolo de toma de decisións éticas que contempla sete pasos:

1. Identificar os asuntos éticos incluíndo os valores e deberes en conflito.
2. Identificar aos individuos, grupos e organizacións afectados pola decisión ética.
3. Pensar as posibles accións e os participantes implicados en cada unha delas, así como os posibles beneficios e riscos de cada situación.
4. Buscar as razóns, a favor e en contra, en cada posible acción, considerando:  
a) relevancia da teoría/s éticas, os principios e liñas de acción; (b) códigos de ética e principios legais; (c) teorías e principios da práctica social; (d) valores persoais (incluíndo valores relixiosos, culturais, étnicos e ideoloxía política).
5. Consultar con colegas e persoas expertas (supervisión, administración, comités de ética...).
6. Tomar a decisión e documentar o proceso co que se toma a mesma.
7. Monitorizar, avaliar e documentar a decisión tomada.

### 5.6. Modelo de Lei Social

Balletero (2009, 123-131) elabora unha proposta para a resolución de problemas éticos en traballo social á que denomina “modelo de Lei Social”. Está baseada nas tradicións kantiás e utilitaristas, con especial énfase no principio de xustiza. O modelo fundaméntase na necesidade que teñen os/as profesionais de xustificar as decisións éticas que se toman no contexto institucional, e pretende, precisamente, achegar un método de resolución de problemas éticos en base á experiencia dos/das profesionais resolvendo problemas nos servizos sociais. É de aplicación doada e próximo á lóxica xurídica; de feito, a aplicación consiste en desenvolver o seguinte proceso a través de cada un dos seus apartados:

1. Dilema ético e principios en conflito.
2. Persoas e institucións relacionadas coa causa, a situación ou a posible solución.
3. Solucións e consecuencias, analizando todas as posibilidades.
4. Filtro ético. Tratando de comprobar que solucións das atopadas son eticamente aceptables na profesión social. Consultaríanse os códigos de ética, os principios profesionais e demais regulacións específicas.
5. Filtro legal. Comprobando que solucións eticamente aceptables na profesión non crean novos conflitos ou dilemas éticos e ao mesmo tempo non van contra a lexislación vixente.
6. Filtro da Lei Social. Estudo de casos semellantes resoltos anteriormente. Neste caso, os antecedentes convértense nunha especie de xurisprudencia social na que apoiarse tras pasar os filtros ético e legal.
7. Reflexión e decisión, reflexionando primeiro sobre as solucións posibles que pasaron todos os filtros (ético, legal e social) para decidir cal protexe mellor a autonomía da persoa usuaria e causa os menores danos a terceiros.
8. Seguimento e avaliación. Unha vez que se resolva o problema, tomada a decisión e posta en práctica, avaliar a calidade ética da solución para perfeccionar a resolución de futuros problemas éticos, incrementar a xurisprudencia social da profesión e aumentar a experiencia profesional.

### 5.7. Modelo de Vilar

Vilar (2013, 170-175) elabora un procedemento para a análise e a deliberación en situacións de conflito e para a toma de decisións dos e das profesionais da educación social. Enténdese que este procedemento poderá tamén orientar a outras profesións do ámbito social. O modelo organízase en tres fases ben diferenciadas que inclúen os seguintes pasos:

a) Fase descritiva

- Narración, situación dos feitos.
- Identificación dos axentes implicados.
- Descrición inicial do problema ou conflito. Elementos en litixio.
- Identificación das causas ou fonte xeradoras do problema.
- Consecuencias inmediatas da súa aparición (que se vulnera).
- Existencia de resposta, estratexia ou criterios definidos para o seu tratamento.

b) Fase analítica

- Presentación dos supostos implícitos dende os que se interpreta a situación.
- Identificación dos valores ou cuestións morais que orientan o equipo e que se describen nas diferentes guías de referencia (obrigas, responsabilidades,...).
- Comparación dos supostos implícitos e os valores de referencia.
- Reorientación, reformulación do problema real e identificación dos valores en conflito.
- Identificación de posibles alternativas e clarificación sobre que depende do equipo e que non, con relación ao dilema que se formula.

c) Fase valorativa

- Análise das alternativas e consecuencias de cada unha delas. Identificación consciente dos riscos que se asumen en cada caso.
- Toma de decisións final: argumentación das razóns que fan tomar a decisións e riscos que se asumen.
- Definición dos criterios avaliativos para o seguimento da decisión tomada.
- Memoria, síntese final do proceso.

## **5.8. Adaptacións do principialismo á intervención social**

### **5.8.1. Os principios da bioética**

A aparición de novas tecnoloxías, a emancipación dos pacientes e a escaseza de recursos, levan á identificación de tres principios morais: a beneficencia, a autonomía e a xustiza (Gracia, 2011c, 209-227). E así os recolle no ano 1978 o Informe Belmont; texto breve no que se reflexiona sobre os límites entre a práctica clínica e a investigación, e no que se formulan tres principios éticos básicos e se describen ademais procedementos para a súa aplicación práctica:

- 1) Respecto polas persoas. Implicando dúas conviccións: tratar ás persoas como entes autónomos, e converter ás persoas con menor autonomía en obxecto de protección. Pártese de considerar que un individuo autónomo é capaz de deliberar sobre os seus obxectivos persoais e actuar baixo a dirección desta deliberación. Deste principio deriva o procedemento denominado consentimento informado.
- 2) Beneficencia (como obriga, non como caridade). Con dúas regras fundamentais: non facer dano e extremar os posibles beneficios/minimizar riscos. Deste principio deriva o procedemento coñecido como avaliación de risco e beneficio.
- 3) Xustiza (referida á imparcialidade na distribución dos riscos e dos beneficios). Deste principio deriva o procedemento denominado selección equitativa dos suxeitos de experimentación.

Estes principios vertebran a bioética norteamericana. O problema do Informe Belmont é que soamente fai referencia a cuestións éticas ocasionadas pola experimentación con seres humanos, sen incluír a práctica clínica e asistencial. Mais, o procedemento seguido pola Comisión Nacional para a Protección dos Suxeitos Humanos na Investigación Biomédica e Comportamental encargada de elaborar o Informe Belmont, interpretouse de diferente maneira por distintos autores (en función da súa formación previa). E así por exemplo, Beauchamp e Childress aplican estes principios éticos á análise e resolución dos problemas éticos da práctica asistencial, establecéndose como principios fundamentais bioéticos, coa pretensión de dar contido ao esbozo moral que supón a declaración do valor e dignidade da persoa (Beauchamp e Childress, 1999, 3-19). O seu texto “Principios de ética biomédica”, publicado no ano

1979, constitúe unha referencia do chamado enfoque principialista da bioética e estrutura o contido arredor dos principios xa citados, aos que engaden un cuarto, o de non maleficencia. Deste xeito, os principios da bioética norteamericana, son os seguintes:

- Non maleficencia, é dicir, ante todo, non facer dano intencionalmente; respectar a integridade física e psicolóxica da vida humana.
- Autonomía. As persoas autónomas posúen capacidade para autodeterminarse e rexerse por si mesmas. Unha acción será autónoma se o axente moral obra intencionalmente, con comprensión, e sen influencias externas que determinen ou controlen a súa acción. Mais, existen diversos graos de autonomía nas accións humanas, e os criterios para determinar se unha persoa posúe o grao de autonomía necesario deben establecerse tendo en conta o contexto particular de cada decisión. Cando as persoas teñen a autonomía diminuída e non poden decidir autonomamente (por falta de madureza, discapacidade ou outras situacións), buscaranse xeitos de acompañalas, de capacitalas ou de protexelas.
- Beneficencia. Refírese a contribuír ao benestar das persoas, desenvolver actos positivos para promover o ben e a realización dos demais. Actualmente este principio está matizado polo respecto á autonomía da persoa, aos seus valores, cosmovisións e desexos. De feito, cando se anula o exercicio da autonomía dunha persoa competente, víólase o principio de respecto polas persoas e se cae no paternalismo.
- Xustiza. No ámbito biomédico a dimensión da xustiza refírese á xustiza distributiva, que se concreta na distribución equitativa dos dereitos, beneficios e responsabilidades na sociedade. Mais os problemas xorden porque os bens son escasos e as necesidades múltiples.

Beauchamp e Childress pretenden propoñer unha ética universal. E o paradigma dos principios é a resposta de fundamentación bioética con maior difusión e influencia no desenvolvemento da disciplina. É un método baseado no modelo dedutivo de Aristóteles; parte dos principios xerais, analiza o caso particular e de aí deduce os consellos morais correspondentes. Pero na medida en que a realidade é máis rica e complexa que os principios, esixe contextualizalos e interpretalos, aparecendo así unha das limitacións metodolóxicas do principialismo: a súa incapacidade para establecer xerarquía clara entre os principios involucrados cando estes entran en conflito. Porque

as situacións concretas son de tal especificidade que desbordan o enfoque dos principios. E así, como método dedutivo, o principialismo é insuficiente para derivar comportamentos correctos e caracterízase por colocar todos os principios ao mesmo nivel, de maneira que a *priori*, en abstracto, non existen xerarquías nin prioridades entre eles. A prelación de principios é sempre *ad casum*, é dicir, nas circunstancias do caso concreto, e non se dá entre principios, senón na aplicación das regras (García Llerena, 2012, 18-19).

O sistema dos catro principios cobra gran popularidade e se establece como o sistema canónico da bioética (Gracia, 2011c, 209-227). Pero o principialismo estimula novos intereses pola ética asistencial e subliña o principio de autonomía, como fundamento dun paradigma de respecto á persoa e aos seus dereitos na práctica profesional, e o principio de xustiza, que despraza ao contexto social a práctica clínica e o coidado dos intereses comunitarios.

Como nota de precaución cómpre subliñar a importancia de resistir a tentación de empregar os principios de maneira mecánica (Farber, Blustein e Neveloff, 2007, 11-22). Se se utilizan cando procede con criterio e sensibilidade, poden informar e alumear as cuestións éticas. Mais se se utilizan de forma ríxida, sen referencia ao contexto e á narrativa, a ética principialista podería conducir a unha análise escasa e distorsionada.

O ben intrínseco das profesións sociais é acadar o benestar, tentando dar resposta ás necesidades das persoas nas súas interaccións sociais e favorecendo a maior relación entre as posibilidades da persoa e as oportunidades do medio social (Bermejo, 2002, 64-65). E desta maneira, o propósito destas profesións consiste na promoción dos intereses autónomos da persoa usuaria e na mellora da súa calidade de vida, como medio de acadar o maior benestar. Pero, que se debe facer?

Na práctica diaria da intervención social é habitual a existencia de situacións complexas nas que se toman decisións con contido ético e nas que entran en xogo os valores (Bermejo, 2002, 74). E así, tal e como abordan Beauchamp e Childress os principios da bioética, tamén poderían ser aplicados na intervención social da seguinte maneira:

1. O principio de non maleficencia pon de relevo a necesidade de respectar a integridade física e psíquica das persoas usuarias, eliminando todo dano intencional. Este é un principio básico e primordial de todo sistema ético, e polo tanto é anterior a calquera tipo de información e consentimento (Ferrer e Álvarez, 2003, 130-134).

O principio de non maleficencia sinala que nunca é lícito facer o mal, mais, a probabilidade de causar un dano a outras persoas, incluso co seu consentimento individual, impón a obriga *prima facie* de asegurar que os beneficios prevalezan sobre os males (Engelhardt e Smith, 2005, 654-655).

Este principio fai referencia aos danos atribuíbles á vontade humana e que implican unha violación dos lexítimos dereitos e intereses dunha persoa. Ten varios referentes importantes: evitar a negligencia, a impericia e a ignorancia; manter a confidencialidade; e evitar o mal físico propio ou alleo (Bermejo e Belda, 2006, 51-56). O principio de non maleficencia vai da man do principio de beneficencia. Trátase polo tanto de non prexudicar innecesariamente a outras persoas, o que esixe que os/as profesionais do ámbito social teñan unha formación teórica e práctica rigorosa e actualizada, desenvolvan investigación sobre técnicas e procesos de intervención para mellorar os existentes, e avancen no desenvolvemento da excelencia en cada intervención.

2. O principio de beneficencia esixe realizar actos positivos para promover o ben e a realización das persoas, máis alá de non facerlles dano ou de respectar a súa autonomía. Dende a intervención social, por riba de todo téntase beneficiar, é dicir, facer o ben, actuar en favor das persoas usuarias e da sociedade, facendo cumprir a súa finalidade intrínseca: a busca do benestar de cada persoa (Bermejo, 2002, 74-102). E todos e cada un dos e das profesionais están chamados a buscar a maneira máis eficiente para promover o ben e acompañar ás persoas usuarias nos distintos momentos do seu proceso vital, tanto nas actuacións de carácter preventivo, como nas asistenciais, nas educativas ou nas de mediación. O principio de beneficencia implica poñer os coñecementos, habilidades e valores ao servizo das persoas destinatarias da intervención social.
3. O principio de xustiza está relacionado co trato igualitario, equitativo e axeitado dende a perspectiva do que se lles debe ás persoas ou é propiedade delas. E de feito, a inxustiza supón quitarlle a alguén aquilo que lle corresponde (Ferrer e Álvarez, 2003, 141-144). A xustiza busca a mellor articulación das necesidades e intereses das persoas usuarias nun marco social onde os recursos e as posibilidades son limitadas. O acto de xustiza é universal, ten a súa orixe no recoñecemento da dignidade de todo ser humano e esixe facer o máis xusto, máis aló do aprobado nas leis ou das convencións sociais (Bermejo e Belda, 2006, 66-74).

Na medida en que é un labor que se desenvolve no seo da sociedade coa pretensión de distribuír de modo equitativo e racional os recursos existentes na acción social, ten unha relación especial co principio de xustiza. Na maioría das ocasións a intervención social significa apoiar, capacitar e coidar ás persoas, pero non de forma aséptica, senón nun contexto, tendo en consideración a dimensión estrutural das situacións de desvantaxe social.

A intervención social desenvólvese dende diferentes institucións que configuran un complexo conxunto de estruturas e regulacións de carácter político e administrativo, e en ocasións xorden problemas entre os beneficios da persoa usuaria e o respecto da súa autonomía, cos criterios da institución. Dende o principio de xustiza toma sentido a acción transformadora da intervención social. É habitual a existencia dun compromiso coa xustiza social, o que implica a construción dunha sociedade con maior igualdade, distribución equitativa de recursos, acceso xeneralizado aos bens básicos, e onde diminúan as diferencias existentes nas oportunidades vitais de todas as persoas. Neste proceso de transformación social non soamente participan os/as profesionais do ámbito social, senón tamén as persoas usuarias dos servizos sociais e o conxunto da cidadanía. Mais, a xustiza non pode restrinxirse soamente ao mundo próximo, senón referirse á humanidade enteira. Implicaría, en definitiva, facer xurdir a xustiza global, en todos e cada un dos diferentes niveis de intervención, dende o social e político, até os contextos privados das relacións interpersoais.

4. E finalmente o principio de autonomía fai alusión a que as persoas usuarias teñen opinión, elixen e actúan en función dos seus criterios, valores e intereses persoais (Bermejo, 2002, 102-136). Este principio implica respectar a liberdade e os valores da persoa usuaria (Bermejo e Belda, 2006, 43-46). O/a profesional do ámbito social, á vez que presta un servizo eficiente á persoa usuaria, debe tamén ter en conta as súas decisións. A autonomía admite desenvolvementos variados en cada persoa que poden condicionar fortemente o seu exercicio (Álvarez, 2014, 52-69). Isto fai que sexa tan complicado afirmar de alguén que non ten en absoluto autonomía, ou afirmar que ten unha autonomía máxima.

“Todos os humanos tomamos decisións, pero deliberar a fondo sobre elas, integralas nas diferentes narrativas que dan sentido ás nosas vidas e conquistar novos terreos para a autonomía para todos e todas non está ao alcance de todo o mundo” (Casado da Rocha, ed., 2014, 16). E así, un conflito que pode xurdir na



intervención social é o paternalismo, que ten lugar cando o ben que se considera esixible vai contra a vontade ou non ten en conta a vontade da persoa, é dicir, actúase procurando un ben sen o consentimento da propia persoa, porén lesiona o principio de autonomía.

O punto de vista da persoa usuaria é fundamental, e por iso un dos problemas éticos máis habituais orixínase entre a obriga de prestar un servizo social competente e a obriga de respectar non só a dignidade da persoa usuaria, senón a súa facultade de autodeterminación. Por un lado este principio enténdese como un dereito universal de todas as persoas, pero, dende outra perspectiva, a autonomía fai referencia á capacidade ou competencia para tomar decisións e admite diversos graos de capacidade que poden aumentar ou diminuír (en función da capacidade da persoa, das oportunidades sociais, dos recursos culturais,...). Os/as profesionais dos servizos sociais poden prestar os apoios para reforzar a capacidade das persoas, co fin de favorecer a súa participación nas decisións da intervención que lles afecten directamente. Pero cando unha persoa non é competente debe contar cunha figura de apoio, e mesmo un representante que vele polos seus intereses; neste caso é preciso desenvolver un proceso de modificación da capacidade. En definitiva, trátase de respectar a liberdade de todas as persoas, tamén das que se atopan en situación de exclusión ou de vulnerabilidade.

O principio de autonomía está en íntima relación co benestar das persoas, e de feito a intervención social promove a autonomía das persoas usuarias e a mellora da súa calidade de vida como medio de acadar o maior benestar. Na práctica diaria haberá que dirixir a atención máis aló dos momentos de toma de decisións e da análise de condicións como a racionalidade, a intencionalidade e a voluntariedade, contemplando tamén a ampla variedade de contextos e factores que rodean e inflúen nas decisións que se adoptan (Childress, 2014, 307-309). Cando este principio se respecta, establécese unha relación de carácter profesional na que se recoñece a necesidade de chegar a acordos, de establecer estratexias conxuntas, de tomar decisións en común, etc.

O exercicio da autonomía vai depender das oportunidades e dos valores que se dan nas tradicións e na mesma estrutura da sociedade, de aí que o principio de respecto da autonomía teña que estar presente na vida cotiá de relacións e encontros entre as persoas, na constitución, nas leis e regulamentos do estado; e tamén nas políticas das institucións, tales como os hospitais, as residencias, as

escolas, os centros de día ou as empresas. Crear e manter institucións políticas e sociais que apoian o exercicio da autonomía é de radical importancia, mais en cada ámbito o respecto pola autonomía será diferente e formará parte dunha ideoloxía social máis ampla (Miller, 2014, 302-307).

O respecto á autonomía da persoa está presente en diferentes situacións da intervención social: na decisión durante a capacidade para o momento presente, por medio do consentimento informado; a decisión durante a capacidade para o momento futuro de incapacidade, a través de instrucións previas e a planificación anticipada da atención; e finalmente a decisión durante a incapacidade, mediante as decisións de representación. E por iso será preciso revisar o respecto ao principio de autonomía dende os diferentes centros e servizos sociais, co fin de que a intervención social acade a excelencia no coidado e promoción das persoas.

Avanzar en autonomía significa ademais descubrir que as persoas somos autónomas xunto a outras persoas; sen as persoas non se poden coñecer as implicacións do diagnóstico, nin adecuar as condicións do contorno para planificar os coidados e as intervencións, e tampouco planificar o futuro en coherencia co prognóstico, ou actuar para mudar as condicións sociais (Casado da Rocha, ed., 2014, 13-16).

### **5.8.2. Modelo de Aranguren**

Un problema pode ter múltiples respostas, e pode que ningunha delas totalmente satisfactoria, pero esixe o compromiso de buscar e atopar a mellor decisión ética, responsable para cada situación. A deliberación pode ser a maneira axeitada de tomar decisións éticas sobre o que é esixible na protección, na integración e na capacitación das persoas na intervención social.

A política, a ética e a clínica médica son saberes dende o particular, e polo tanto, non científicos, senón técnicos e prudenciais (Gracia, 2007, 9-13). A intervención social é tamén un saber sobre o particular (Bermejo e Belda, 2006, 79), e polo tanto, a toma de decisións ten lugar en condicións de incerteza e os axentes sociais, os e as profesionais da acción social, atópanse na encrucillada de tomar decisións ante situacións de conflito ético.

A metodoloxía de Diego Gracia aplicada á intervención social está baseada no principialismo (Gracia, 1989, 505-506), e o sistema de referencia ético enténdese como deber. Son varios os autores que adaptan o seu método á intervención social.

É o caso de Aranguren (2002, 118-121), que simplifica o método e o propón para ser empregado en organizacións de persoas voluntarias que traballan pola xustiza social. Os pasos de análise que establece son os seguintes:

- a) Análise dos principios. Sinalando se o caso que se analiza vulnera ou non algún dos principios en relación á defensa da dignidade da persoa.
- b) Análise das consecuencias. Tendo en conta as circunstancias concretas e as consecuencias de optar por un camiño ou por outro. Incide na necesidade de ter en conta as repercusións que derivan de chegar a resolucións sen contemplar os principios éticos básicos nos que as deliberacións estean vinculadas á conxuntura da situación.
- c) Toma de decisións. En coherencia co marco común de principios éticos básicos nos que as persoas voluntarias están inmersas. E finalmente, elaboración dun informe coa valoración e suxestións.

### **5.8.3. Modelo de Bermejo**

É tamén o caso de Bermejo (2002, 183-214), que elabora un modelo baseado no método da bioética (Gracia, 1989, 505-506) dividido en dúas partes intimamente relacionadas entre si. A primeira parte é moi xenérica e desenvolve o Método I, identificando os datos máis relevantes do caso, seleccionando os aspectos máis interesantes (tentando a máxima obxectividade), e sinalando o problema ético que xorde na situación analizada. Nos seguintes momentos identifícanse todas as persoas afectadas polo problema, as liñas de actuación posibles e as dificultades prácticas para levalas a cabo.

Na segunda parte desenvólvese o Método II a través dos seguintes pasos: sinalase o ben intrínseco das profesións sociais (sistema de referencia moral), analízanse os principios éticos, as normas en conflito e valorando as que teñen maior peso moral para establecer unha xerarquía entre elas. Despois establécense as consecuencias máis relevantes tanto para a persoa que decide (consecuencias

subxectivas) como para o resto de persoas implicadas (consecuencias obxectivas), valorando tamén se ambas consecuencias poderían estar en conflito. Finalízase tomando a decisión moral definitiva, resolvendo previamente a existencia de conflito nas consecuencias (se as houbera), o contraste cos principios e co sistema de referencia.

A terceira parte do método continúa cos puntos 8 e 9 e se corresponderían coa continuación do Método I, realizando e avaliando a decisión adoptada. E deste xeito, o esquema do método sería a seguinte:

### **Primeira parte (Método I)**

1. Narración dos feitos
2. Identificar os datos relevantes do caso
3. Identificar a natureza do problema (ou problemas) ético
4. Identificar ás persoas afectadas polo problema e os motivos da súa acción
5. Xerar alternativas posibles ao problema formulado
6. Consideración das dificultades da posta en práctica de tales alternativas

### Segunda parte (Método II)

7. Valoración ética e toma de decisión
  - 7.1. O sistema de referencia moral
  - 7.2. Os principios morais
    - 7.2.1. Corrección subxectiva
    - 7.2.2. Corrección obxectiva
    - 7.2.3. Xerarquización *prima facie*
  - 7.3. As consecuencias morais
    - 7.3.1. Consecuencias subxectivas
    - 7.3.2. Consecuencias obxectivas
    - 7.3.3. Hai conflito de consecuencias?
  - 7.4. A toma de decisión moral
    - 7.4.1. Resolución do conflito de consecuencias
    - 7.4.2. Relación das consecuencias cos principios
    - 7.4.3. Resolución do conflito de principios
    - 7.4.4. Contraste do resultado co sistema de referencia
    - 7.4.5. Decisión final

### **Terceira parte (Método I) [sic]**

8. Realización da decisión adoptada
9. Avaliación da súa posta en práctica

#### **5.8.4. Modelo de Bermejo e Belda**

E finalmente, Bermejo e Belda (2006, 88-89), axustan a proposta do Profesor Diego Gracia á análise de problemas éticos en acción social, propoñendo os seguintes pasos:

- a) Identificación dos problemas, unha vez coñecida a historia e cos datos necesarios.
- b) Selección dos problemas máis relevantes, para analizalos por separado ou para analizar o máis importante ou o que sexa obxecto de consulta ou toma de decisións.
- c) Análise do problema ou problemas seleccionados.
  - Sistema de referencia.
  - Análise de principios.
    - Nivel 1: Non maleficencia  
Xustiza
    - Nivel 2: Beneficencia  
Autonomía
  - Análise de consecuencias, obxectivas e subxectivas.
  - Toma de decisións: Conforme aos principios, xustificando a excepción e verificando se hai coherencia co sistema de referencia moral.
- d) Toma de decisións finais, argumentando contrariamente a hipótese de partida, sometendo a proba a decisión á que se ten chegado.

#### **5.9. Recapitulación**

O uso dun método que achegue orde á xestión de conflitos de valor e á toma de decisións é moi importante e facilitará a inclusión da ética nas profesións sociais, promovendo a mellora da competencia dos profesionais para abordar problemas éticos, e repercutindo directamente na mellora do benestar das persoas usuarias dos servizos sociais.

A escolma de modelos de resolución de problemas éticos na intervención social deixa mostra da complexidade dos mesmos. Os modelos coinciden na importancia dos códigos de ética para a resolución de conflitos éticos, pero dita consulta formula dificultades aos/ás profesionais porque os códigos non presentan ferramentas útiles para resolver conflitos éticos concretos.

En desacordo con Banks (1997, 161-183), cómpre insistir en que no caso de existir un dilema ético, soamente se podería elixir entre dúas opcións, namentres que nun problema ético poderían existir máis de dúas alternativas. Por este motivo as cuestións éticas abordaranse cunha actitude problemática.

Ao longo das diferentes propostas percíbese que a maioría dos modelos nacen e se adaptan a un contexto concreto (aínda que a maioría dos modelos estudados son modelos excesivamente xenéricos). Algúns dos modelos apenas se poden valorar, dado que non se conta cunha descrición do proceso a desenvolver para afrontar os problemas éticos. É o caso do modelo de Congress, do modelo da Federación Internacional de Traballadores Sociais ou do modelo de Levy.

O modelo de Loewenberg e Dolgoff presenta dúbidas ao abordar temas relacionados coa interrupción do embarazo, ou ante a decisión dunha persoa usuaria de seguir ou non un tratamento médico. Dado que, segundo a xerarquía de principios proposta, sempre se prioriza a protección da vida humana por riba do principio de autonomía a liberdade (Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336).

A proposta de Reamer, baseada na xerarquía de valores, bens e deberes de Gewirth, achega instrumentos para a resolución de conflitos éticos. As súas propostas destacan polas limitacións que se deben establecer ao principio de autodeterminación da persoa usuaria, cando existe un grave risco para outras persoas (Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336). Mais a partir dos pasos propostos para o proceso de resolución dos conflitos éticos xorden moitas dúbidas, entre elas por exemplo: que son os danos básicos?, cal é o benestar básico?, cómpre obedecer as leis que non son democráticas?, como manexar a propiedade privada? En definitiva, é un modelo criticable e falto de claridade conceptual.

Do modelo de Lei Social de Ballesteros (2009) é importante subliñar que non se refire “á lei” senón “á xurisprudencia”. Numerosos erros poderían vir asociados a que a toma de decisións na práctica social sexa en base á experiencia previa dos profesionais resolvendo problemas éticos semellantes, dado que as variables, as persoas, os recursos, os valores,... de cada un dos casos, de cada unha das situacións nas que se manifestan conflitos de valores, son diferentes.

O modelo de Vilar (2013) é moi completo. Pero para a súa aplicación sería preciso acompañar e formar aos/ás profesionais, á vez, podería ser de moita axuda

comezar a ter experiencias da súa aplicación na práctica social e así testar a súa utilidade.

Finalmente cómpre salientar que Bermejo (2002, 183-214), Aranguren (2002, 118-121) e Bermejo e Belda (2006, 88-89) tendo como referencia o principialismo, engaden unha novidade importante aos modelos de resolución de problemas éticos en intervención social: a análise dos principios. Posteriormente estas adaptacións do principialismo á intervención social, por estar baseadas na primeira etapa bioética de Diego Gracia, quedan superadas polo método deliberativo, a súa segunda etapa bioética, que repousa nunha teoría ética na que se incorporan os principios e as consecuencias como criterios de ordenación, e de maneira especial, os valores. Por resultar especialmente acaído para a intervención social, o método deliberativo abórdase especificamente no seguinte apartado.

## **6. O MÉTODO DELIBERATIVO COMO PROCEDEMENTO PARA A TOMA DE DECISIONS ÉTICAS NA INTERVENCIÓN SOCIAL**

A existencia de eivas nos modelos presentados até o momento para resolver problemas éticos na práctica social leva a desenvolver unha análise detida do método deliberativo e a propoñer o seu uso na intervención social.

No nacemento da bioética como ética aplicada hai catro liñas que conflúen; trátase dos inicios da ética ecolóxica fronte ao desenvolvemento da ciencia e da tecnoloxía, os problemas derivados da investigación con seres humanos, os progresos científicos e técnicos da medicina moderna e os cambios na atención da saúde, centrados na prevención, en atención primaria e na atención especializada en hospitais (León, 2011, 13-18). A bioética vén supoñer un enfoque secular, interdisciplinar, prospectivo, global e sistemático de todas as cuestións éticas que teñen que ver coa investigación sobre o ser humano, e especialmente, coa bioloxía, a medicina e a atención sociosanitaria. E por este motivo, na aplicación dalgunhas dimensións da bioética á intervención social, poñeranse de relevo aspectos fundamentais da praxe asistencial.

A bioética ten pasado por varias fases ao longo dos seus anos de vida. Nun primeiro momento buscou regras e procedementos para a toma de decisións nos problemas relacionados coa xestión do corpo e a vida. Explícase así que o método predominante fora o principialista. A evolución cara unha segunda fase levou a promover a responsabilidade das persoas e as institucións, asumindo unha linguaxe centrada nos valores e na xestión dos conflitos de valor que as situacións presentan. Trátase pois de priorizar os valores e os deberes ante os principios e as normas. E deste xeito, a función da bioética é reflexionar sobre os valores e deliberar sobre os deberes co fin de realizar valores (Gracia, 2011c, 209-227).

Na actualidade, impera unha ética que recupera varios conceptos clásicos: a racionalidade práctica, a deliberación e a prudencia, o que leva a un redescubrimento de Aristóteles. Aristóteles entendeu a deliberación como o procedemento fundamental en ética, e sitúa a clave ética na prudencia e na busca do punto medio: “*in medio virtus*”. “Dedúcese necesariamente que a virtude ética será un termo medio propio de cada un, e que está en relación con determinados termos medios nos gozos e nas dores, nas cousas agradables e dolorosas” (Aristóteles, 1985b, II, 5, 1222a, 10-13).

Aristóteles plasma con precisión terminolóxica na *Ética a Nicómaco* os distintos niveis que constitúen o acto voluntario, a amizade e o amor, a deliberación e a paixón, o coñecemento teórico e o práctico, a magnanimidade e a xustiza (Lledó, 1985, 27-30). A orixinalidade de Aristóteles consiste probablemente en saber describir a intimidade da persoa e en ter descuberto ademais a materia real, as paixóns, os desexos e as deliberacións que orientan o xeito de estar no mundo.

Existe un termo técnico de longa tradición que aparece na obra de Aristóteles e tamén na de Platón e por primeira vez nos poemas de Homero: é a deliberación. “A deliberación ten lugar acerca de cousas que suceden a maioría das veces de certa maneira, pero cuxo desenlace non é claro e daquelas en que é indeterminado. E chamamos a certos conselleiros en materia de importancia, porque non estamos convencidos de posuír a axeitada información para facer un bo diagnóstico” (Aristóteles, 1985a, III, 3, 1112b, 6-11). Segundo Aristóteles, no proceso deliberativo é preciso incluír as distintas aproximacións e perspectivas co fin de enriquecer o debate e a comprensión dos feitos. Implica pois relativizar a propia perspectiva para ter en conta o punto de vista dos demais. “O obxecto da deliberación é o mesmo que o da elección, excepto se o da elección está xa determinado, xa que se elixe o que se decidiu despois da deliberación” (Aristóteles, 1985a, III. 3, 1113a, 4-5).



Mais Aristóteles engade que "... parece propio do home prudente o ser capaz de deliberar rectamente sobre o que é bo e conveniente para si mesmo,... para vivir ben en xeral". (Aristóteles, 1985a, VI, 5, 1140a, 25-27). Continúa posteriormente explicando que "... A prudencia é un modo de ser racional verdadeiro e práctico, respecto do que é bo e malo para o home" (Aristóteles, 1985a, VI, 5, 1140b, 2-5) e explica que "un home é prudente non só por saber, senón por ser capaz de obrar" (Aristóteles, 1985a, VII, 10, 1152a, 10-11).

E así, a deliberación, "...ademais dun método rigoroso que permite ponderar os elementos en xogo, é un exquisito exercicio de matización e prudencia, dende a comprensión da racionalidade práctica ao xeito aristotélico, é tamén unha actitude, un modo de ser e actuar" (Feito, 2011, 13). Deliberar é someter a un proceso racional de análise as crenzas, os valores e as emocións.

É un proceso de diálogo baseado no respecto mutuo e que tenta chegar á mellor elección empregando argumentos e dando conta de principios, sendo o método máis axeitado en bioética, promovendo a reflexión sobre os valores implicados nun conflito ético e a deliberación sobre os deberes para realizar ditos valores. A deliberación permitirá aos comités de ética acadar os fins que lle son propios.

A aparición cada vez máis frecuente de conflitos éticos nas decisións asistenciais é unha mostra da dificultade de establecer, de maneira consensuada, os procedementos esixibles para asegurar o respecto á dignidade e aos valores das persoas implicadas. Será preciso analizar as distintas situacións co máximo detalle. A deliberación pode ser individual (algunhas veces é necesaria), pero tamén convén que sexa posible facela colectivamente. As éticas actuais, de feito, son intersubxectivas, e consideran que debe permitirse a participación de todas as persoas implicadas nunha decisión. A deliberación ten que ser participativa (Gracia, 2004a, 287-299), o que viría a orixinar a base para a creación de comités de ética. Optar polos comités supón crer na racionalidade práctica, na participación dos implicados, no proceso de deliberación racional e na prudencia como maneira de tomar decisións morais. Os comités de ética convértense así en órganos óptimos para a posta en práctica do método deliberativo.

A función das deliberacións nos comités de ética debería orientarse non tanto a acadar acordos, senón a ordenar a discusión facendo que emerxan as incoherencias (Camps, 2001, 236). De feito, "o obxectivo da deliberación non é lograr o consenso senón enriquecer o proceso de toma de decisións, de tal modo que todas as decisións

que se tomen, aínda que sexan distintas entre si, resulten responsables e prudentes. O obxectivo da deliberación é incrementar a prudencia, non lograr a unanimidade” (Gracia, 2011c, 223). Non se pode confundir deliberación con decisión; a decisión corresponde á persoa que ten o deber de tomala, non ao grupo de deliberación. A práctica de deliberación esixe escoita atenta, así como a análise dos problemas en toda a súa complexidade (ponderando principios e valores; circunstancias e consecuencias). Enfrontar os problemas mediante un proceso de deliberación non ten por obxecto a toma de decisións certas ou exclusivas, senón prudentes. Distintas persoas poden tomar decisións diferentes ante un mesmo feito, e ser todas prudentes. Asumir un tipo de racionalidade que permita a participación de todos os implicados no proceso de deliberación dos problemas morais, é unha tarefa pendente. Na medida en que se está transitando da imposición á autoxestión é aínda máis necesaria a adquisición de hábitos deliberativos. Só deste xeito se pode fomentar a responsabilidade na ética e na bioética.

A teoría da deliberación está elaborada no nivel micro, o das relacións interpersoais e o traballo en pequenos grupos, pero non é así na toma de decisións en unidades superiores máis complexas. O tema da deliberación no nivel macro, o da toma de decisións políticas en sociedades democráticas, comezou a interesar nas últimas décadas (Gracia, 2004a, 287-299). E os problemas que implica deliberar no nivel meso ou intermedio, o das institucións, está practicamente sen explorar (e se vai complicando na medida en que no eido social participan entidades públicas e tamén privadas).

En ética, o proceso de toma de decisións é a deliberación, e consiste nunha análise coidadosa e reflexiva dos principais factores implicados. A deliberación pretende analizar os problemas en toda a súa complexidade, incrementando a prudencia das decisións elixidas (Gracia e Rodríguez Sendín, dir., 2012, 1-6). Mais serán as emocións as que leven aos profesionais a tomar posturas extremas, e a converter os conflito en dilemas, é dicir, cuestións con dúas saídas soamente, extremas e contrapostas (Gracia, 2004b, 21-32). Vai ser especialmente importante seguir algún procedemento, partindo sempre dos feitos para chegar aos valores en conflito, e a deliberación será o procedemento, sen esquecer que o único obrigatorio no exercicio da deliberación é ser prudentes (Gracia, 2004b, 21-32). Este é o sentido da ética aristotélica: partindo duns valores búscase o modo prudente de actuar nas situacións concretas. “A deliberación é a capacidade de relativizar a propia perspectiva arredor dos fenómenos, tendo en conta as perspectivas dos demais, discutindo racionalmente os seus puntos de vista e modificando progresivamente a propia visión do proceso. A deliberación é un modo de

coñecemento, porque durante a mesma todos os implicados está nun continuo proceso, pacífico e non coactivo, de avaliación e cambio dos seus propios puntos de vista” (Gracia, 2000, 38).

A base de todo o proceso deliberativo son os feitos, e é preciso que estean ben establecidos e documentados (Gracia e Rodríguez Sendín, dir., 2012, 1-6). Cando non hai conflito non é preciso deliberar, mais, a existencia dun conflito moral implica sempre un conflito de valores. Á linguaxe dos valores pode traducirse a outras linguas moi frecuentes no mundo da ética, como a dos dereitos humanos, ou a dos catro principios da bioética. De aí que un paso fundamental no método deliberativo sexa a identificación dos valores, para despois sinalar os que están en conflito, partindo de que a linguaxe dos valores é allea e pouco habitual na práctica asistencial, tanto sanitaria como social.

“Non todo son feitos, nin científico-naturais, nin tampouco económicos ou de calquera outro tipo. É máis, os feitos non son nin foron nunca o máis importante na vida das persoas. Ninguén deu a vida por un feito, e si por defender un valor que consideraba importante. Polos valores, nos guste ou non recoñecelo, mátase e mórrese, non polos feitos. Os valores son o máis importante que temos na vida. Eles son o argumento da novela da vida que todos comezamos a escribir de nenos e acabamos ao final dos nosos días. Os nosos sinais de identidade son os valores, relixiosos, filosófico, culturais, estéticos, económicos, políticos, etc. Dime que valores tes e direiche quen es. (...) Porque somos seres civilizados, respectamos os valores dos demais” (Gracia, 2013, 125).

E que se debe facer ante un conflito de valores? Realizar valores positivos ou lesionalos o menos posible. De aí a importancia de identificar o maior número de cursos intermedios de acción para resolver os conflitos, tentando desbotar a opción por un curso extremo de acción.

Ao final do proceso contrastarase a decisión tomada coa norma xurídica, co fin de asegurar o respecto aos límites do dereito. Coa finalidade de posibilitar a análise dos elementos éticos e de facilitar a toma de decisións no ámbito clínico, desenvólvese un procedemento ordenado en pasos e niveis (feitos, valores e deberes). De maneira máis concreta, os pasos básicos do método deliberativo, son os seguintes (Gracia, 2011a, 101-154):

A deliberación ten que partir duns feitos. Por este motivo, a primeira parte do método consiste en describir e analizar os feitos do caso, así como na aclaración de

todos os datos (cal é o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento). A deliberación pretende buscar o curso óptimo de solución dun conflito moral. Así, o seguinte paso será identificar os problemas morais do caso e elixir un problema moral a discutir e así facer explícitos os valores en conflito no problema específico. Os valores (entendidos como as calidades que fan importantes as cousas para os seres humanos e que lles esixen o seu respecto), os principios enunciados en bioética e os dereitos humanos son valores; tamén son valores a saúde, o amor, a xustiza, a paz, ... O que se debe facer é sempre o mesmo, realizar valores positivos ou lesionalos o menos posible. Unha vez se teña deliberado sobre os feitos e os valores, haberá que deliberar sobre os deberes, analizando as circunstancias en que se vai tomar a decisión e a previsión das consecuencias relevantes, buscando as saídas ao conflito (os denominados cursos de acción). En primeiro lugar cómpre identificar os cursos de acción extremos, para posteriormente procurar posibles cursos intermedios e elixir entre eles o que menos lesione os valores en conflito, é dicir, o curso(s) óptimo(s) de acción. Ao final do proceso contrástase a decisión coa norma xurídica, co fin de confirmar que non se vulneran ou traspasan os límites establecidos polo dereito. Do mesmo xeito tamén se comproba a consistencia da decisión tomada a través da proba de publicidade (defenderíase publicamente a decisión?) e da consistencia temporal (tomaríase a mesma decisión despois de varios días...?).

A última formulación do procedemento deliberativo inclúe, polo tanto, as seguintes etapas (Gracia, 2011a, 125):

- I. Deliberación sobre os feitos
  1. Presentación do caso
  2. Deliberación sobre os feitos do caso:
    - a) Que pasa? (Diagnóstico)
    - b) Como vai evolucionar? (Prognóstico)
    - c) Que pode facerse? (Tratamento)
- II. Deliberación sobre os valores
  3. Identificación dos problemas morais do caso.
  4. Elección do problema moral a discutir
  5. Explicitación dos valores en conflito nese problema
- III. Deliberación sobre os deberes
  6. Identificación dos cursos extremos de acción
  7. Busca de cursos intermedios
  8. Elección do curso óptimo

- IV. Probas de consistencia da decisión
  - 9. Proba de legalidade
  - 10. Proba de legalidade
  - 11. Proba do tempo
- V. Toma de decisións definitiva

Unha revisión deste modelo (Seoane, 2015, 21-23), completa as probas de consistencia do método deliberativo (Gracia, 2011a, 125) e xustifica a necesidade doutras dúas probas de consistencia. Aínda que o método deliberativo e as decisións prácticas esixan tratar cada caso individualizadamente, tómase como punto de partida a non discriminación inxustificada. Seoane (2015, 21) propón incluír unha proba de universalizabilidade, que ten como criterio fundamental a igualdade de trato. Esta proba é máis complexa que a de publicidade, dado que fai referencia ao universo de persoas destinatarias e á xustiza e igualdade de atención.

A outra proba de consistencia proposta é a de realizabilidade. Implica o coñecemento empírico, tanto dos feitos como do contexto concreto de referencia. Nalgúns casos o curso de acción óptimo non pode realizarse nas condicións reais (por falta de medios económicos, técnicos, persoais,...). Mais, as decisións do proceso deliberativo deben garantir a súa viabilidade, de tal xeito que de non ser así, quen delibera debería ofrecer outra opción que si fose realizable, para manter desta maneira a orientación práctica do método. A proba de realizabilidade esixe ter en conta a xustiza distributiva, a equidade e a distribución dos recursos. Trataríase de elixir un curso de acción máis xusto, equitativo ou eficiente.

Finalmente, Seoane (2015, 24-26) elabora unha versión revisada do procedemento deliberativo máis precisa conceptualmente pero respectuosa coa estrutura de niveis e pasos enunciada por Gracia (2011a, 125):

- I. Presentación dos feitos
  - 1. Presentación do caso
- II. Deliberación sobre os feitos
  - 2. Deliberación sobre os feitos do caso
- III. Deliberación sobre os valores
  - 3. Identificación dos problemas morais do caso
  - 4. Elección do problema moral a discutir
  - 5. Determinación dos valores en conflito

- IV. Deliberación sobre os deberes
  - 6. Identificación dos cursos extremos de acción
  - 7. Busca de cursos intermedios
  - 8. Elección do curso óptimo
- V. Deliberación sobre a consistencia da decisión
  - 9. Probas de consistencia
    - 9.1. Proba de legalidade
    - 9.2. Proba de publicidade
    - 9.3. Proba de temporalidade
    - 9.4. Proba de universalizabilidade
    - 9.5. Proba de realizabilidade
- VI. Toma de decisións definitiva
  - 10. Decisión final

A nova proposta de procedemento deliberativo distingue unha primeira etapa e nivel dos feitos e da presentación do caso, da segunda fase, que é a propiamente deliberativa sobre os feitos. No nivel das probas de consistencia a denominación inclúe tamén a deliberación e ademais se contemplan as cinco probas como un único paso no procedemento. E no último nivel incorpórase a toma de decisións como paso independente dentro do método deliberativo.

O procedemento de análise de conflitos éticos e de toma de decisións proposto tenta que nos diferentes momentos da deliberación se expresen os feitos, os valores e os deberes, diferentes entre si pero internamente relacionados (Gracia, 2013, 221-222). É importante a utilización de procedementos axeitados na sistemática da abordaxe de problemas. Os procedementos requiren unha aprendizaxe e o desenvolvemento de habilidades. Moitos bos procedementos non funcionan cando se aplican de maneira mecánica e sen ter en conta a riqueza e os matices da realidade (Gracia, 2007, 1-8). De feito, que un procedemento funcione vai depender non do procedemento mesmo, senón da actitude da persoa que o utiliza, do chamado marco de referencia.

Por todo o exposto até o momento, o procedemento de toma de decisións na intervención social estará baseado na deliberación. O comité de ética non dará respostas nin receitas, soamente emitirá propostas de acción razoadas e argumentadas, podendo haber máis dunha alternativa posible. E así, o procedemento deliberativo reflicte unha ética profesional e unha concepción da bioética que vai máis aló da ética asistencial, sendo entendida como ética cívica e ferramenta pedagóxica para a vida individual e a construción da sociedade (Gracia, 2011a, 108-113).

## 7. RECAPITULACIÓN

A complexidade da realidade social esixe madurar respostas e alternativas para afrontar os problemas éticos que afectan á cidadanía en xeral e ás persoas máis vulnerables en particular. E xunto á mellora da calidade técnica das prestacións e dos servizos sociais, é necesario fomentar a calidade ética das intervencións que se realizan nos mesmos, de maneira que a dignidade e a autonomía das persoas destinatarias sexan respectadas.

A harmonización progresiva das profesións sociosanitarias debería ir acompañada de maior coordinación ética interprofesional e da formulación de propostas para comezar a artellala (Piga, Alfonso, Durán e Vasinova, 2002, 465-471). De igual maneira, a ética da intervención social tamén anuncia un cambio de paradigma na concepción dos códigos éticos interprofesionais, co fin de responder a un contexto que require cada vez con máis insistencia que os/as profesionais traballen en equipo, da creación de sinerxías entre eles/elas e de puntos de encontro para abordar a realidade das persoas usuarias de maneira integral e non de forma illada ou parcelada.

Sería moi aconsellable artellar mecanismos prácticos que faciliten acadar maior calidade ética nas institucións (Sánchez Izquierdo, 2013, 317-336), utilizando métodos para abordar os procesos de toma de decisións. As institucións e as organizacións deberían ofrecer aos/ás profesionais da intervención social protocolos de actuación, guías e recomendacións que faciliten nas distintas intervencións a abordaxe dos problemas éticos, evitando así a dependencia de cada profesional (da súa boa vontade, do seu paternalismo, da súa formación específica, das súas crenzas ou das frustracións profesionais). Os conflitos de valor na intervención social toman ademais un significado diferente no contexto actual de crise económica, de austeridade financeira e de redución dos distintos servizos de benestar. Sería positivo poder manter unha ollada humanizadora que de forma permanente recorde que, cando xorde un problema ético, o que hai non son principios en conflito, senón persoas en situacións problemáticas, con circunstancias que as propias persoas son quen de transformar ou orientar e para as que, nalgúns ocasións, precisan de asesoramento ou consello.

Algúns dos retos de futuro no ámbito da ética da intervención social están vinculados ao desenvolvemento de diferentes espazos de reflexión ética nos distintos territorios do Estado español, e de maneira especial á creación de comités de ética nos servizos sociais, formados por persoas con perspectivas multidisciplinares e formación

bioética, que deliberan arredor de problemas éticos concretos e que asesoran con prudencia ás persoas usuarias, aos profesionais e aos diferentes axentes sociais na toma de decisións éticas difíciles. Ademais xorde unha nova realidade, a posible coexistencia dos comités de ética e da consultaría ética, da que cómpre estudar a súa pertinencia na intervención social.

Neste contexto é fundamental comezar a desenvolver procesos de formación bioética entre os/as profesionais do ámbito social, tanto para favorecer a maior sensibilidade e preparación dos/das profesionais cara os problemas éticos presentes na práctica diaria como para demandar a creación de estruturas de apoio á reflexión ética na intervención social, entre as que os comités de ética xorden como alternativa prioritaria.

Tomando como referencia as Guías de Ética na Práctica Médica, elaboradas pola Fundación de Ciencias da Saúde en colaboración coa Fundación da Organización Médica Colexial, sería tamén de especial utilidade a elaboración de guías éticas para a intervención social, co fin de contribuír á formación dos e das profesionais no manexo de problemas éticos. E dado que o método deliberativo resulta o procedemento máis acaído para a toma de decisións éticas na intervención social, unha das cuestións a abordar sería a necesidade de simplificalo e adaptalo á práctica social, como tamén teñen desenvolvido as Guías de Ética na Práctica Médica no ámbito sanitario.

O camiño estase a percorrer devagar. O fluxo de necesidades e conflitos sociais é continuo e variable, o que multiplica os problemas éticos da práctica diaria. É importante, por tanto, avanzar no compromiso de procurar mecanismos de apoio a todos os axentes implicados na praxe asistencial, especialmente a través da creación de comités de ética, co fin de respectar a dignidade da persoa e os seus valores, favorecendo a súa autonomía e perseguindo o seu maior benestar. Por iso procurárase desenvolver estruturas e recursos de apoio para a resolución de problemas éticos nos servizos sociais de atención directa, pero tamén no ámbito da xestión, da investigación e da innovación social, pola súa indubidable influencia na vida das persoas.



## Capítulo 3

---

# **OS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL**



## A NOSA HORA

É tarde  
pero é a nosa hora.

É tarde  
pero é todo o tempo  
que temos a man  
para facer futuro.

É tarde  
pero somos nós  
esta hora tardía.

É tarde  
pero é madrugada  
se insistimos un pouco.

Casaldáliga,P. (1986): *El tiempo y la espera*.

## 1. OS COMITÉS DE BIOÉTICA

A bioética xorde por cuestións diversas, entre outras para dar resposta ás situacións críticas e aos límites que formulan as innovacións científicas e técnicas. Mais a bioética tamén se ocupa do maior recoñecemento da autonomía das persoas usuarias, tanto nas grandes decisións, como nas pequenas eleccións da vida cotiá. E igualmente agroma a bioética ante a confidencialidade ou perante a distribución de recursos dispoñibles de maneira xusta e equitativa.

Na sociedade actual, plural, multicultural e con gran variedade de posicionamentos éticos, o respecto á dignidade da persoa sitúase como o tema central dos debates bioéticos e de toda a ética social contemporánea (León, 2011, 37-54). E por iso, nunha opción clara por un humanismo favorecedor da tutela da lexítima autonomía das persoas na consecución das súas propias conviccións e valores, a bioética se ocupa das persoas e da súa dignidade (Miguens, 2004, 13-26).

As motivacións que se atopan nos inicios dos comités de bioética poden situarse temporalmente en íntima dependencia con graves situacións que se van sucedendo na historia da humanidade e que dalgunha maneira se queren evitar (Abel, 2012, 507-512). Os avances científicos e técnicos esixían ser manexados por parte da humanidade; precisábase comezar a vincular os feitos descubertos pola ciencia e os valores aos que ditos feitos afectaban. A bioética xorde a comezos dos anos setenta para tender pontes

entre a cultura científica e os valores morais, tendo ademais en conta a nova fronteira de liberdades e dereitos (López de la Vieja, 2008, 21-23).

Os horrores da experimentación humana nos campos de concentración nazis e a pública exposición nos procesos de Nuremberg ao remate da Segunda Guerra Mundial estimularon a reacción dos médicos para evitar que se repetiran tales barbaridades en nome da ciencia (Annas e Grodin, 1992).

Así, o Código de Nuremberg (1947) establece que o consentimento voluntario da persoa é absolutamente esencial, e abre así o camiño a formulacións máis precisas en relación coa investigación médica en seres humanos e a súa protección, como as Declaración de Helsinki (1964), con influencia en todos os códigos deontolóxicos, nos regulamentos da experimentación humana e nos ensaios clínicos, e onde se recomenda ademais a formación de comités: “O deseño e a realización de calquera procedemento experimental que implique a persoas debe formularse claramente nun protocolo experimental que debe presentarse á consideración, comentario e guía dun comité nomeado especialmente, independentemente do investigador e do promotor, sempre que este comité independente actúe conforme ás leis e ordenamentos do país no que se realice o estudo experimental” (Declaración de Helsinki da Asociación Médica Mundial, 1964).

A aplicación de novas tecnoloxías médicas implica ir abordando unha serie de problemas éticos moi complexos. Estas cuestións son reflexo da amplitude e dificultade da práctica clínica, e a partir dos anos 60, en resposta ao desenvolvemento da máquina de diálise, realízase o primeiro recoñecemento público do uso da tecnoloxía en relación co mantemento da vida; créase entón un comité de selección, encargado da selección de pacientes para a hemodiálise. De igual maneira, outros conflitos como a determinación da morte cerebral ou o tratamento de neonatos con peso extraordinariamente baixo propiciaron a formulación de normativas máis precisas para protexer a integridade dos suxeitos humanos (Ferrer e Álvarez, 2003, 70-75).

As raíces dos comités establécense en varios tipos de pequenos grupos de decisión, cada un deles destinado a abordar uns problemas éticos específicos (Farber, Blustein e Neveloff, 2007, 11-22). Concretamente, os comités de esterilización, compostos principalmente por médicos con experiencia en psiquiatría e psicoloxía, funcionaron principalmente durante os anos 1920 e 1930 para determinar se os individuos con discapacidades intelectuais debían ou non ser esterilizados

involuntariamente. A partir de 1945 os comités de selección do aborto funcionaron en moitos hospitais co propósito de avaliar as solicitudes de mulleres que desexaban interromper o seu embarazo. No ano 1973, a decisión do Tribunal Supremo de Estados Unidos, no caso Roe contra Wade, reconece o dereito á interrupción voluntaria do embarazo. E nese mesmo ano a Asociación Americana de Hospitais promulga a primeira Carta de Dereitos do Paciente, recolléndose por primeira vez nun documento o principio de autonomía, o dereito das persoas a coñecer a súa enfermidade e a decidir con respecto aos posibles tratamentos (Amor, 2005, 66-77). E tanto a masificación hospitalaria, como a especialización e o traballo en equipo virán esixindo "(...) unha seria reflexión ética e fan aconsellable a creación de mecanismos de control e de protección" (Abel, 2012, 508).

A creación de comités de bioética en distintas partes do mundo estivo influenciada pola sensibilidade social sobre a protección dos dereitos humanos e polos acontecementos relacionados coa práctica hospitalaria e pola complexidade dos problemas, pero tamén tiveron notable incidencia a prudencia ante a aplicación das novas tecnoloxías médicas protexendo a dignidade da persoa, a crecente importancia da autonomía dos e das pacientes, a diversidade de opcións e a necesidade de formular a dimensión moral dos avances científicos co propósito de mellorar a saúde pública (Guía da UNESCO, 2005).

A bioética recupera os comités como recurso para a toma de decisións. De feito a bioética non se tiña utilizado anteriormente como método específico para a toma de decisións morais (Gracia, 1999, 17-35). Os comités son de moita axuda para avaliar as consecuencias previsibles dos feitos e dos actos, sendo tamén de especial importancia considerar as perspectivas e intereses de todas as persoas implicadas (tanto profesionais, como familiares e por suposto da propia persoa). No contexto biomédico un comité de ética é un grupo de persoas que ten a misión de deliberar sobre a ética (entendida como a valoración da adecuación a unha escala de valores definidos por criterios seculares non relixiosos) de determinadas decisións ou actuacións, sexa no contexto da práctica clínica ou no da investigación científica" (Rey, 2011, 380). Os comités de bioética son, en definitiva, estruturas de diálogo e decisión que asumen a responsabilidade de tentar clarificar e resolver, racional e razoablemente, os conflitos de valores que se presentan na investigación ou na práctica clínica (Abel, 1999, 241.242), constituíndo un revulsivo para a ética na práctica profesional. Nacen no clima

de pluralismo ético das sociedades occidentais, e asocian a Declaración Universal de Dereitos Humanos, os principios éticos e os códigos deontolóxicos (Díez, 2007, 9-22).

O fin último é protexer os dereitos das persoas implicadas e garantir que os intereses da ciencia e da sociedade non prevalezan por riba do individuo. De aí que os principais obxectivos dos comités creados nun país sexan os seguintes (Guía da UNESCO, 2005):

- a) Achegar coñecementos especializados e presentar distintos puntos de vista en relación ás cuestións éticas que formulan a bioloxía, a medicina e as ciencias biolóxicas.
- b) Mellorar os beneficios percibidos pola cidadanía.
- c) Mellorar a atención dispensada aos e ás pacientes.
- d) Protexer aos pacientes e aos participantes sans que interveñen en ensaios de investigación fisiolóxica, biolóxica, de conducta ou epidemiolóxico.
- e) Facilitar a adquisición e a aplicación de coñecementos novos encamiñados a mellorar a saúde e os servizos de atención médica.

Tanto a bioética como disciplina como os comités de ética xorden nun momento no que no ámbito sanitario se reivindica o respecto á liberdade e á autonomía da persoa na toma de decisións. Isto implica tomar conciencia da dificultade de adoptar decisións eticamente correctas en situacións clínicas incertas ou conflitivas, así como a necesidade de tomar en consideración o punto de vista de todas as persoas implicadas, abandonando o paternalismo que viña caracterizando ao exercicio das profesións sociosanitarias. Polos seus obxectivos e composición multidisciplinar, os comités de bioética son referente para as persoas que desexan asumir responsabilidade nas decisións que afectan á súa propia vida, e para os/as profesionais que queren facer posible un novo modelo de relación baseado no respecto ás persoas son foros para a reflexión ética e inciden de maneira preferente nos dereitos fundamentais dos seres humanos; "(...) son o preludio para a creación, por parte dos países, de plataformas e órganos de debate ético, análise e desenvolvemento de políticas" (Guía da UNESCO, 2005). Mais, o escenario científico actual sitúaos como instancia de reflexión que trata de achegar respostas a preguntas de carácter transcendente. Por exemplo, debe ser aceptable ética e legalmente todo o que cientificamente é posible?

### **1.1. Procedemento de creación dun Comité de Bioética**

A Guía de Creación de Comités de Bioética (UNESCO, 2005) expón con claridade os procedementos a seguir unha vez que se adopta a decisión de crear un comité de ética en calquera nivel da administración. Sinálase que as persoas encargadas da súa formación deberán comezar por estudar e acordar unha secuencia de fases encamiñadas á creación de dito comité. As fases deberán formularse con claridade e seguirse en coherencia á seguinte orde prescrita:

1. Determinación do tipo de comité de bioética que se vai crear.
2. Preparación dos estatutos que obedezan á aprobación do comité por unha autoridade lexítima. Os estatutos, entre outras cousas, indicarán as distintas disciplinas representadas polas persoas membro do comité, as condicións en que a presidencia e o resto das persoas exercerán as súas funcións (cargos permanentes, renovables ou rotatorios en prazos dun ano ou superiores), e o número de persoas membro que constituirán quórum nas reunións oficiais do comité.
3. Selección e designación da presidencia do comité.
4. Escolla e designación das persoas membro do comité, determinando o proceso de selección e a participación de persoas expertas e especialistas.
5. Determinación do marco xurídico do comité.
6. Elaboración do orzamento anual.
7. Toma de decisións arredor da apertura ou non das reunións do comité, especificando cales o estarán, se é o caso, e cales non, indicando ademais quen establecerá dita política.
8. Determinación da/s instancia/s ante quen será responsable de render contas a presidencia.
9. Elección dos procedementos de traballo do comité: frecuencia das reunións, informes oficiais das reunións (actas, decisións,...), distribución de informes, presentación de documentos e preparación de reunións.

10. Creación da secretaría permanente do comité debidamente dotada de persoal que desempeñe as súas funcións administrativas. A secretaría garante a estabilidade do comité, así como a súa eficacia e permanencia.
11. Oferta de formación en materia de bioética para as persoas membro do comité, partindo da análise das necesidades concretas de capacitación.

Nunha segunda etapa, a presidencia e os membros do comité deberán resolver algunhas cuestións para establecer os procedementos adecuados en relación ao seguintes aspectos (Guía da UNESCO, 2006):

1. Definir a política que especifique as persoas autorizadas a acceder ao comité e ás cuestións que se someterán á súa consideración.
2. Determinar os procedementos para a documentación, custodia de arquivos, rexistros confidenciais do comité e acceso aos mesmos.
3. Establecer mecanismos para protexer a privacidade das persoas e manter e garantir a confidencialidade da documentación escrita e oral.
4. Examinar periodicamente o mandato do comité e determinar se se debe ampliar para incluír funcións adicionais.
5. Determinar de que maneira se informará aos medios de comunicación e ao público en xeral, se fora o caso, sobre as actividades do comité: asesoramento, recomendacións ou adopción de decisións.
6. Establecer un programa de educación permanente en bioética para os membros actuais e futuros.

De maneira máis concreta, con referencia ás funcións das persoas que forman parte do comité de bioética, é importante deterse na presidencia, que debe definir os seus mandatos, desempeñar as súas funcións e dirixir as reunións do comité (Guía da UNESCO, 2006). Tamén redactará un plan que incluírá a redacción da orde do día das reunións, comentará anticipadamente os puntos principais cos membros do comité, dirixirá as reunións de maneira imparcial e dilixente e realizará o seguimento correspondente. Pola súa banda, as persoas membro do comité deben programar a súa asistencia a todas as reunións e prever a carga de traballo correspondente. A



preparación das reunións facilitará a realización de achegas a cada punto da orde do día.

Tomando como exemplo o funcionamento dos comités de ética asistencial (CEA), existirían varias posibilidades de acceso ao mesmo para quen informa da existencia dun problema ético e quere consultalo co comité. Nalgúns casos, a persoa interesada, incluída a familia do paciente e calquera profesional interesado, pode dirixirse ao comité, o que esixe desenvolver previamente unha importante tarefa informativa sobre a existencia do propio órgano. Noutras casos soamente o persoal sanitario da institución pode acceder ao CEA (Guía da UNESCO, 2006).

## 1.2. Tipoloxía

Existe un amplo abano de comités de ética en distintos niveis (internacional, europeo, nacional e tamén autonómico), con diferente intensidade (de carácter obrigatorio ou voluntario respecto do seu establecemento e tamén respectos dos seus pronunciamentos), de carácter permanente ou temporal, designados para un campo específico (*ad hoc*), con diversas funcións (asesoras e/ou avaliadoras) e distintos ámbitos de actuación (asistenciais, de investigación).

A constitución de comités de ética trata de achegar unha valoración das actuacións sometidas a exame que sexa válida para as sociedades, caracterizadas pola ausencia dun único código moral válido para todas as persoas. Trátase de acadar mínimos de xustiza que poidan ser aceptados e compartidos por todas as persoas que conforman as sociedades moralmente pluralistas (Rey, 2011, 380-390). Os comités de ética son, polo tanto, entidades plurais cun método de traballo baseado no diálogo interdisciplinar e colexiado para desenvolver as súas conclusións, e que na súa orixe, dun xeito ou doutro, apelan á defensa dos dereitos humanos. Aínda que non sucede en todas as comisións, dous trazos característicos adoitan compartir os comités de ética: a independencia e a multidisciplinabilidade (Lecuona, 2011, 42-43).

Un comité de bioética aborda sistematicamente a dimensión ética das ciencias médicas e biolóxicas, así como das políticas de saúde innovadoras. Existe unha ampla tipoloxía de comités de ética a nivel internacional (Díez, 2007, 9-22), mais nesta investigación, dende a perspectiva da toma de decisións éticas en intervención social, interesan de maneira preferente varios organismos consultores en bioética para abordar

e resolver problemas éticos no ámbito das ciencias da vida e da saúde no Estado español: os comités nacionais de ética, os comités de investigación, e os comités de ética asistencial.

De seguido estudaranse as súas características máis polo miúdo. Mais, cómpre matizar que aos comités de ética asistencial dedicaráselle unha especial atención polo interese en subliñar a súa importancia como instancia de axuda ao persoal sociosanitario e aos pacientes nos casos máis conflictivos onde poden entrar en colisión distintos intereses e concepcións antropolóxicas. As similitudes dos comités de ética asistencial cos comités de ética en intervención social e a súa importante influencia nos mesmos explican a necesidade de coñecer de maneira máis ampla aspectos descritivos e do seu funcionamento.

#### **1.2.1. Comités nacionais e a autonómicos de bioética**

Tendo en conta a modalidade de creación, a nivel nacional habería que distinguir distintos tipos de comités (UNESCO, 2005). Uns serían os comités creados por un órgano oficial, que na maioría dos casos é o parlamento ou o ministerio competente (de saúde, de ciencia, de xustiza); estes comités poden estar revestidos de autoridade, dado que a súa creación obedece a unha decisión política. Outro tipo son os comités creados por un órgano non oficial, como pode ser unha organización profesional, un órgano normativo ou consultivo ou unha organización non governamental; ou creados tamén en virtude da colaboración entre varios órganos. E finalmente existen tamén comités creados por unha comisión nacional da UNESCO.

Nestas liñas centrarémonos nos comités nacionais de ética (CN) creados por unha institución pública, dedicados á reflexión e ao debate arredor de asuntos bioéticos e bioxurídicos. Cómpre avanzar que existen CN de carácter permanente e CN *ad hoc*, especializados nunha materia concreta. A súa función é definir, estudar e clarificar os problemas para propoñer criterios e recomendacións para a colectividade e para os poderes públicos sobre os progresos científicos e técnicos en xeral, e achegando ademais a dimensión dos dereitos humanos, os valores éticos e a dignidade humana. Estas funcións desenvólvense a través da reflexión teórico-práctica mediante o consello e a información, e tamén mediante a publicación de informes e recomendacións.

Os comités nacionais son interdisciplinares, e da súa composición e procedementos para nomear aos membros que o compoñen vai depender a súa independencia. Será importante contemplar entre as persoas que o forman a pluralidade de relixións e correntes filosóficas, insistíndose incluso na representación de multiplicidade de disciplinas e tamén na pluralidade de filosofías e credos (Funch, 2005, 85-88). O número de persoas que forman parte dun CN é oscilante, podendo ir dende cinco até corenta membros.

Entre as actividades que desenvolven os CN cómpre salientar a de formación-información das persoas do contorno de traballo, políticos e científicos, así como a da ensinanza da ética biomédica en educación secundaria e universitaria, e a representación institucional en órganos de carácter nacional e internacional. As accións prioritarias e as cuestións que aborden os CN van depender das funcións que cada país lle asigne.

Algunhas das funcións dos comités nacionais de ética, son as seguintes (Díez, 2007, 34-48): promoción da reflexión e o debate, desenvolvemento dunha función consultiva que se manifesta a través de informes e recomendacións, a anticipación aos problemas tentando dar resposta aos interrogantes éticos e xurídicos que van xurdindo na sociedade, e a contribución a unha maior cohesión social que poderá realizarse a través de entendemento e maior comunicación entre a comunidade científica, os medios de comunicación e o público en xeral. Tamén son funcións dos CN a coordinación entre o comité e as decisións de distinto nivel que nel se abordan, así como contribuír á extensión do dereito constitucional á saúde e a establecer prioridades mediante unha metodoloxía transparente e discutida publicamente. Os CN achegan materiais para o debate legislativo e para a reflexión da sociedade, coidando que a opinión pública e o corpo legal non queden obsoletos ante a evolución científica.

Os CN maniféstanse a través de informes e recomendacións, documentos de natureza ética que recollen os feitos e antecedentes, o estado científico do tema en cuestión, as consideracións éticas e xurídicas e algunhas orientacións.

Resulta significativo salientar que a Lei 14/2007, de 3 de xullo, de investigación biomédica, crea o Comité de Bioética de España “como órgano colexiado, independente e de carácter consultivo sobre materias relacionadas coas implicacións éticas e sociais da biomedicina e ciencias da saúde” (artigo 77). O Comité (<http://www.comitedebioetica.es>) está adscrito ao Ministerio de Sanidade, Servizos

Sociais e Igualdade e ten a misión de emitir informes, propostas e recomendacións para os poderes públicos de ámbito estatal e autonómico sobre materias relacionadas coas implicacións éticas e sociais da biomedicina e ciencias da saúde. Tamén se lle asigna a función de establecer os principios xerais para a elaboración de códigos de boas prácticas de investigación científica, e representar a España nos foros e organismos supranacionais e internacionais implicados na bioética (artigo 78.1). Ademais, o Comité de Bioética de España colaborará con outros comités estatais e autonómicos que teñan funcións asesoras sobre as implicacións éticas e sociais da biomedicina e ciencias da saúde e fomentará a comunicación entre eles, sen prexuízo das súas competencias respectivas (artigo 78.3).

Para finalizar este apartado cómpre salientar a existencia de comisións autonómicas de bioética. No caso de Galicia, a Orde 13 de febreiro de 2001 crea a Comisión Galega de Bioética, sendo posteriormente modificada pola Orde de 13 de xullo de 2006, e tamén pola Orde do 25 de xuño de 2010, na que o artigo 1 recolle a creación da Comisión Galega de Bioética “coma un órgano colexiado de carácter permanente e consultivo, dependente da Consellería de Sanidade, adscrito á Dirección de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde”. A Comisión ten o obxectivo de velar pola protección dos dereitos fundamentais no ámbito sanitario galego, e entre as súas funcións, recollidas no artigo 2, sublíñase o asesoramento e orientación á Consellería de Sanidade e ao Servizo de Saúde en materia de bioética, a emisión de informes e a realización de estudos sobre as cuestións de bioética, a colaboración na elaboración de normas e protocolos de actuación en cuestións bioéticas, o fomento da formación bioética dos e das profesionais do ámbito sanitario e calquera outra que se lle encomende pola persoa titular da Consellería de Sanidade ou determinada no regulamento interno. De maneira específica, recóllese tamén entre as súas funcións a de ser órgano de referencia en materia de bioética para os comités de ética asistencial (artigo 2c).

### **1.2.2. *Comités de ética de investigación***

Os comités éticos de investigación (CEI) avalían, con carácter vinculante, as investigacións biomédicas, namentres que os comités de ética asistencial (CEA) abordan problemas morais xurdidos arredor da práctica clínica, centrados en cada paciente.

Os comités de ética de investigación (CEI) nacen primeiro baixo a denominación de comités de ética de investigación clínica (CEIC) e xorden como mecanismo para a protección dos dereitos das persoas participantes ou implicadas en investigacións de carácter biomédico, para garantir a súa seguridade e benestar e para avaliar a investigación que se propón dende a perspectiva científica (atendendo á súa calidade e pertinencia). A existencia dos CEI vela principalmente por evitar que os intereses da ciencia ou da sociedade prevalezan sobre as persoas implicadas na investigación (Lecuona, 2011, 42-46).

Os CEI están consolidados por un motivo fundamental: os seus informes teñen carácter preceptivo para que se poidan desenvolver as investigacións. A norma que regula os CEIC no territorio español é o Real Decreto 223/2004, do 6 de febreiro, regulador dos ensaios clínicos con medicamentos, que incorpora todas as modificacións da lexislación europea. O Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) defínese da seguinte maneira:

Artigo 2.n). Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC): organismo independente, constituído por profesionais sanitarios e membros non sanitarios, encargado de velar pola protección dos dereitos, seguridade e benestar dos suxeitos que participen nun ensaio e de ofrecer garantía pública ao respecto, mediante un ditame sobre o protocolo do ensaio, a idoneidade dos investigadores e a adecuación das instalacións, así como os métodos e os documentos que vaian utilizarse para informar aos suxeitos do ensaio co fin de obter o seu consentimento informado.

O artigo 3.1 dedícase aos postulados éticos en relación á protección dos suxeitos de ensaio, e subliña que soamente se poderá iniciar un ensaio clínico cando o CEIC que corresponda e a Axencia Española de Medicamentos e Produtos Sanitarios consideren que os beneficios agardados para o suxeito do ensaio e para a sociedade xustifican os riscos. Ademais, con obxecto de facilitar un ditame único créase o Centro Coordinador de CEIC (artigo 9.1), favorecendo que os CEIC acreditados polas CCAA poidan compartir estándares de calidade e criterios de avaliación, así como favorecer a axilidade no proceso de obtención de dito ditame único.

Segundo o recollido no artigo 10, os CEIC (artigo 10) avalían os aspectos metodolóxicos, éticos e legais dos ensaios clínicos que lles sexan remitidos, ademais das modificacións relevantes dos ensaios clínicos autorizados, realizando un seguimento do ensaio, dende o seu inicio até a recepción do informe final. Os CEIC son acreditados pola autoridade sanitaria competente en cada Comunidade Autónoma, quen determinará o ámbito xeográfico e institucional de cada comité (artigo 11).

A Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios, dedica o artigo 60 ás garantías de respecto aos postulados éticos. E recolle especificamente:

Artigo 60.6. Ningún ensaio clínico poderá ser realizado sen informe previo favorable dun comité ético de investigación clínica, que será independente dos promotores e investigadores e das autoridades sanitarias. O Comité deberá ser acreditado polo órgano competente da Comunidade Autónoma que corresponda, o cal asegurará a independencia daquel. A acreditación seralle comunicada á Axencia Española de Medicamentos e Produtos Sanitarios polo órgano competente da respectiva Comunidade Autónoma.

Cómpre facer mención tamén á Lei 14/2007, de 3 de xullo, de investigación biomédica, creadora de diversos órganos colexiados aos que recoñece unha función especialmente cualificada dende a imparcialidade, independencia, capacidade técnica e competencia profesional que se esixe aos membros. Trátase, dunha parte, dos comités de ética de investigación, correspondentes aos centros que realicen investigación biomédica (artigo 12), e que deben garantir a adecuación dos aspectos metodolóxicos, éticos e xurídicos das investigacións que impliquen intervencións en seres humanos ou a utilización de mostras biolóxicas de orixe humano en cada centro en que se investigue. E do Comité de Bioética de España, como encargado de fixar as directrices e principios xerais para a elaboración de códigos de boas prácticas de investigación científica a desenvolver polos comités éticos de investigación (artigo 78.1.c). Finalmente, a Lei 14/2007, recolle na disposición transitoria terceira que os Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) deixarán de existir no momento en que se constitúan os Comités de Ética de la Investigación (CEI).

As CCAA teñen ditadas as súas propias disposicións. No caso de Galicia a Orde do 11 de xullo de 1996 crea o Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, con competencias para a avaliación e seguimento dos ensaios clínicos con medicamentos realizados en centros da Comunidade Autónoma. Mais a normativa do Estado vai ampliando as funcións dos comités de ética da investigación, e en Galicia esta ampliación de funcións foi asumida polo Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. É o Decreto 63/2013, de 11 de abril, regulador dos comités de ética de investigación en Galicia, o que dá resposta á necesidade de adaptación ao novo marco normativo, xerando unha rede coordinada e especializada de comités para a avaliación dos estudos de investigación con seres humanos, as súas mostras biolóxicas e os seus datos de carácter persoal. De feito, o Decreto 63/2013 ten por obxecto a regulación dos

seguintes órganos colexiados (artigo 1.1): o Comité Autonómico de ética da investigación de Galicia e os Comités territoriais de ética da investigación.

Artigo 4.1. O Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia configúrase como un órgano colexiado encargado da valoración ética, metodolóxica e legal dos estudos de investigación con seres humanos, o seu material biolóxico ou os seus datos de carácter persoal.

Artigo 7.1. Os Comités territoriais de ética da investigación son os órganos colexiados competentes para a valoración ética, metodolóxica e legal de estudos de investigación con seres humanos, o seu material biolóxico ou os seus datos de carácter persoal no seu respectivo ámbito de actuación.

Artigo 7.2. Procederáse á constitución, logo de acreditación, de tres comités territoriais de ética da investigación, que desenvolverán a súa actividade de acordo cos seguintes ámbitos xeográficos de actuación:

- a) Comité de ética da investigación da Coruña-Ferrol, que corresponde ás áreas sanitarias da Coruña e Ferrol.
- b) Comité de ética da investigación de Santiago-Lugo, que corresponde ás áreas sanitarias de Santiago, Lugo, Cervo-Burela e Monforte.
- c) Comité de ética da investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense, que corresponde ás áreas sanitarias do Salnés, Pontevedra, Vigo, Ourense e O Barco de Valdeorras

Especial referencia debe tamén facerse aos comités de ética de investigación de universidades e organismos públicos de investigación, nos que se teñen constituído diversas estruturas para dar cumprimento á normativa de financiamento das investigacións, que esixe que os proxectos que impliquen investigación con seres humanos, utilización dos seus datos persoais ou de mostras biolóxicas de orixe humano, experimentación animal ou emprego de axentes biolóxicos ou organismos xeneticamente modificados, non soamente cumpran a lexislación vixente, senón que contén obrigatoriamente coa autorización expresa emitida por un comité de ética do centro no que se vaia desenvolver o proxecto (Lecuona, 2011, 47-49).

No caso da Universidade da Coruña, o Comité de Ética (CE-UDC) constitúese o 20 de outubro de 2006 e aproba o seu Regulamento o 23 de xullo de 2008. O CE-UDC ten o seu precedente na antiga Comisión de ética e ensaios clínicos, mais a creación deste Comité xorde do aumento da complexidade do labor investigador e da crecente importancia da dimensión ética da investigación, que poñen de manifesto a necesidade de garantir o respecto dos principios éticos e a normativa xurídica aplicable.

Desta maneira, aínda existindo unha gran variedade de comités de ética de investigación, todos teñen en común un mesmo obxectivo (Loris, 2011, 413): “Servir de

plataforma cuxo reto é o de equilibrar o ben da ciencia, a dignidade e dereitos humanos e o interese público”.

Nun marco de actuación global e en constante cambio pódense sinalar algunhas situacións e problemas que na actualidade afrontan os comités de ética de investigación (Rey, 2011, 380-390). Concretamente a importancia de adaptar as condicións de funcionamento dos comités a proxectos de investigación multicéntricos, ou a necesidade de asesoramento de persoas expertas, debido á ampliación e especialización dos campos de estudo na investigación. É importante tamén incidir na necesidade de acrecentar o grao de segredo na actuación dos comités, tanto para protexer a súa actividade da influencia de quen financia os proxectos dende o ámbito académico ou comercial, como de preservar os intereses comerciais dentro dos límites da competencia adecuada. Ademais existe a necesidade de reformular a substitución de funcións dos comités de países empobrecidos por parte dos comités éticos de investigación radicados fóra dos países nos que se pretendan desenvolver os proxectos de investigación, e se fora preciso, a cooperación en investigación tería que esixir a promoción da formación dos e das profesionais de países empobrecidos como función complementaria dos propios comités de ética de investigación.

### **1.2.3. *Comité de ética asistencial***

#### **1.2.3.1. Definición**

O comité de ética asistencial (CEA), tamén denominado comité de ética hospitalario ou comité de ética clínica, é un órgano pluridisciplinar competente en bioética, de natureza consultiva e que actúa dentro da estrutura sanitaria. Existe para axudar, a través da deliberación, a que se tomen decisións prudentes ante conflitos de valor que se dan habitualmente no ámbito da asistencia sanitaria. O seu labor é fundamentalmente de asesoramento, orientación e proposición de protocolos de actuación.

Tradicionalmente o médico resolvía de maneira intuitiva as distintas situacións derivadas da práctica clínica, tendo en conta os seus propios criterios e sen realizar unha análise ético-clínica sistemática. A pluralidade existente na sociedade actual trae consigo a necesidade ética de contar con formas diferentes de afrontar a toma de decisións, e neste caso, os comités de ética asistencial cumpren esta función. O CEA



aborda cunha metodoloxía concreta o impacto das decisións médicas na dignidade humana, e xorde co desexo de respectar a autonomía do/da paciente ante a necesidade do persoal facultativo de tomar decisións que implican un risco de incerteza que afecta á calidade de vida da persoa.

### **1.2.3.2. Finalidade**

Cada comité responde a dúas coordenadas (Couceiro, 1999, 269-281): por un lado á idiosincrasia da institución e o seu sistema de valores, e polo outro, ás angueiras técnicas que nela se desenvolven. A súa finalidade última consiste en contribuír á humanización da asistencia sanitaria e axudar a mellorar a calidade asistencial (Junta de Castilla y León, 2008).

A bioética clínica tende a centrarse nos problemas éticos derivados da relación médico-paciente, de aí que o paradigma da bioética clínica sexa o “caso clínico” e o instrumento ou mecanismo para abordalo sexa o comité de ética asistencial (Simón, ed., 2005, 41-43). Mais, dende o comezo da creación dos comités de ética asistencial nos hospitais, ao analizar os problemas éticos dos casos clínicos xa xurdían cuestións que desbordaban o ámbito privado e se introducían no terreo da organización e no funcionamento do servizo ou centro sanitario. Deste xeito os comités de ética asistencial foron descubriendo que ademais de realizar unha abordaxe casuística dos problemas debían tamén ocuparse dunha bioética máis preventiva, propoñendo protocolos de actuación ética e facilitando a formación dos e das profesionais en temas éticos. Deste xeito, á misión clásica e inicial dos comités, engadíronselle outras dúas: a protocolizadora e a educativa.

### **1.2.3.3. Funcións**

Cales son entón as cuestións bioéticas con maior presenza nos CEA, de importancia esencial para pacientes, familiares e profesionais? Segundo os datos recollidos na Guía da UNESCO (2007), son aqueles problemas éticos que xorden nos límites da vida, é dicir, o nacemento e a morte. Pero, como se verá despois, algunhas investigacións recentes sinalan modificacións substanciais na epidemioloxía dos temas trasladados aos CEA e que condicionan polo tanto o seu funcionamento.

A importancia de cada unha das funcións do comité de ética asistencial é moi diferente segundo o país ou mesmo dunha institución á outra. Porén, as funcións principais dos CEA poderían agruparse da seguinte maneira:

- Análise, asesoramento e apoio ao proceso de toma de decisións clínicas en situacións que creen conflitos éticos entre os seus intervenientes, é dicir, entre o persoal sanitario, as persoas usuarias, as familias e as Institucións. A resposta do CEA é sempre orientadora; a autoridade do comité é moral e as súas decisións non son vinculantes.
- Colaboración na formación en bioética dos e das profesionais da institución e da área de saúde, e de xeito especial na dos membros do Comité. A sensibilización ética do medio asistencial esixe actividades de información e formación: debates, conferencias, sesións, cursos monográficos,...
- Elaboración de procedementos, guías institucionais e protocolos de actuación para situacións en que xurdan conflitos éticos, así como liñas de actuación que poidan guiar o comportamento dos e das profesionais no traballo cotiá en determinadas situacións nas que se presentan problemas morais de maneira reiterada e habitual.

Anualmente o CEA elabora unha memoria de actividades para presentala á xerencia do hospital e á comisión de bioética da Comunidade Autónoma correspondente.

As tarefas de educación e divulgación que desenvolven os CEA son moi importantes. É moi positivo que o CEA manteña contacto coas persoas e os axentes sociais do seu contorno. Algúns CEA elaboran manuais de acollida para as persoas usuarias, outros publican boletíns de bioética con novas e artigos de interese para os profesionais da organización e comparten a memoria anual de actividades, algúns CEA colaboran na elaboración de protocolos ou no desenvolvemento de formación en bioética cos colexios profesionais sanitarios, con entidades profesionais e asociacións, ou coa comisión de bioética da Comunidade Autónoma na que desenvolve a súa actividade (Junta de Castilla y León, 2008). Trátase de crear lazos co contorno, de sensibilizar e dar a coñecer o traballo que se desenvolve no CEA, á vez que se presenta como apoio para a toma de decisións éticas na práctica clínica.

Entre as funcións que non son competencia dos comités de ética asistencial pode subliñarse que os CEA non asesorarán sobre cuestións nas que exista por escrito

queixa, denuncia ou reclamación xudicial ou administrativa; tampouco emitirán xuízos arredor das responsabilidades eventuais dos e das profesionais, nin poderán propoñer a imposición de sancións. Os CEA non poderán substituír ao comité ético de investigación, nin ás comisións de ética e deontoloxía dos colexios profesionais e tampouco as responsabilidades das persoas ou órganos encargados da xestión (Junta de Castilla y León, 2008).

#### **1.2.3.4. Carácter consultivo**

De igual maneira que cos feitos na clínica, tamén na ética, cos valores, seguirase un procedemento para tomar decisións. A deliberación problemática será o método propio dos comités para poder desenvolver as súas funcións, centrándose máis no camiño a percorrer que nas metas a acadar.

Os comités de ética asistencial teñen o propósito de ir da historia clínica á reflexión ética a través do diálogo interdisciplinar (Abel, 2006, 75-83). Deliberar debe ser para os CEA o seu estilo de actuación e a maneira de desenvolver as súas funcións. A deliberación busca o entendemento e permite a existencia de opinións diversas, de paradoxos. Está baseada no respecto mutuo e relativiza a propia perspectiva sobre os fenómenos tendo en conta os puntos de vista dos demais, o que esixe respecto mutuo, e certo grao de humildade e modestia intelectual (Junta de Castilla y León, 2008). Ademais, ao longo de todo o proceso será de especial importancia o respecto á intimidade de todas as persoas implicadas e a confidencialidade da información. O CEA trata polo tanto de analizar os feitos clínicos dende os valores éticos, coa finalidade de vincular o rigor científico e a deliberación ética en situacións de incerteza ou conflito de valores.

Dentro do comité todos os membros participan en condicións de simetría, soamente conta a forza dos argumentos (Terribas, 2011, 390-401). De maneira xeral, é fundamental que, cando menos, conflúan dúas características en todas as persoas membro do comité: a competencia na súa propia área de coñecemento e a capacidade de diálogo e de escoita.

Os resultados dos procesos deliberativos recóllense en informes escritos de carácter non vinculante dirixidos á persoa que realiza a consulta. A responsabilidade da decisión final corresponde unicamente á persoa destinataria do informe. O comité

aconsella, pero non decide. Os comités de ética asistencial son polo tanto, comisións consultivas, con función de asesoramento e con autoridade moral. As distintas normativas insisten en que os seus informes non son vinculantes e que polo tanto nunca poden substituír as decisións dos profesionais, nin asumir as súas responsabilidades. As decisións dos CEA tratan polo tanto de achegar consellos, opinións asesoras, ofrecendo axuda aínda que a opción que elixa a persoa interesada na consulta non coincida coa suxerida polo CEA. En todo caso, a decisión final corresponde unicamente á persoa que realiza a consulta (Junta de Castilla y León, 2008).

A única excepción ao carácter non vinculante das resolucións do CEA vén definida polo Real Decreto 1723/2012, do 28 de decembro, polo que se regulan as actividades de obtención, utilización clínica e coordinación territorial dos órganos humanos destinados ao transplante e se establecen requisitos de calidade e seguridade. O artigo 8 desta norma dedícase aos requisitos para a obtención de órganos de persoa doadora viva, indicándose que nos casos de doazón de órganos procedentes de persoas doantes vivas, o CEA emitirá informe favorable á doazón, co fin de verificar se a persoa doante actúa de forma altruísta. Se o CEA emite un informe desfavorable, a extracción non podería ser autorizada.

Artigo 8.2. Non se obterán nin se utilizarán órganos de doadores vivos se non se esperan suficientes posibilidades de éxito do transplante, se existen sospeitas de que se altera o libre consentimento do doador a que se refire este artigo, ou cando, por calquera circunstancia, se poida considerar que media condicionamento económico, social, psicolóxico ou de calquera outro tipo. En calquera caso, para proceder á obtención, será preceptivo dispoñer dun informe do comité de ética correspondente.

O CEA, en definitiva, é un instrumento de axuda e soporte para os e as profesionais, pacientes e familiares; e así, unha vez que os membros do CEA rematan o proceso deliberativo reflexan nun informe dirixido á persoa que realiza a consulta as súas recomendacións.

#### **1.2.3.5. Composición**

Do procedemento para elixir aos membros do comité de ética dependerá a marxe de independencia do organismo. Por este motivo haberá que ter en conta a vinculación do comité co organismo que o tutela. Nos comités das organizacións médicas todos os membros son nomeados pola autoridade de tutela, non representan a ningunha institución e son elixidos polos seus coñecementos. Ás veces, os membros pasan a

formar parte por invitación, e habitualmente son persoas con interese pola bioética. En canto ao número de membros do CEA, cómpre que a representación sexa o máis variada posible e ao mesmo tempo manexable para poder deliberar nas reunións.

Un comité de ética asistencial debe ser multidisciplinar e incluír na súa composición as diferentes crenzas e ideoloxías presentes no medio social no que desenvolve a súa actividade; téntase que haxa equilibrio entre sexos e diversidade de profesionais da sanidade, representantes da enfermería, médicos, traballadores sociais, xuristas, persoas legas (non expertas)... Nalgúns comités participan persoas vinculadas á industria farmacéutica ou da actividade comercial, noutros comités hai membros de asociacións de persoas usuarias, persoas do clero ou profesionais dos medios de comunicación.

Observando a participación asimétrica da cidadanía nos CEA, postúlase unha ampliación da figura dos membros legos ou persoas alleas á institución, co fin de garantir unha maior presenza da cidadanía nos mesmos (Ramos e Morlans, 2011, 33-39). Esta extensión incluíría aos seguintes catro posibles perfís: médico de familia non lego, representante dos e das pacientes, un antigo/a paciente ou familiar deste, e un cidadán ou cidadá coñecido e respectado pola súa honradez. Poténciase deste xeito a relación asistencial como práctica social colectiva e continuada no tempo, na que os participantes perseguen un fin común de maneira conxunta: o coidado da saúde das persoas.

#### **1.2.3.6. Acreditación**

Tal e como se vén describindo, o CEA é un grupo humano pluridisciplinar competente en bioética que desenvolve, a través da deliberación, a súa función asesora. É significativo salientar que na actualidade, con base nas normas de acreditación de hospitais en España, moitos hospitais constitúen CEA porque a súa existencia valórase positivamente para obter certificacións de calidade nas institucións sanitarias. No ámbito sanitario, no que son evidentes os aspectos éticos e a súa vinculación coa calidade, estes non deberían responder soamente a unha etiqueta senón ás propias cuestións éticas, porque o feito de que a creación do CEA responda máis a esixencias externas vinculadas a sistemas de acreditación que a conviccións internas de procurar a excelencia pode orixinar un grande abismo entre o discurso e as actuacións diarias. Mais, as esixencias de acreditación dan un pulo á creación de CEA, sendo estes signo

da necesaria calidade ética das institucións e do desenvolvemento da mesoética ou da ética das organizacións (cfr. *supra*, cap.2, apdo.4.2).

Neste momento a ética das organizacións non se centra unicamente na elaboración dun código ético, ou na xestión económica e financeira, senón que implica a todas as dimensións e procesos da organización, constituíndoos explicitamente en responsabilidade ética de toda a organización no seu conxunto. E é máis, os comités de ética asistencial revélanse como mecanismos idóneos para satisfacer os estándares de calidade centrados nos dereitos das persoas doentes e das familias. E sexa cal sexa o modelo de calidade que elixa unha organización sanitaria para avaliarse, xestionarse, certificarse ou acreditarse, debería artellarse dende a orientación ao desenvolvemento da ética da organización para converterse realmente nunha institución de excelencia (Simón, ed., 2005, 59-61).

A acreditación hospitalaria iníciase en Estados Unidos (EEUU) en 1917, por parte da *American College of Surgeons*, e ten como principal fito a creación en 1951 da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). A JCAH é unha entidade privada sen ánimo de lucro que avalía o cumprimento de estándares apropiados en centros sanitarios, e que representa para o conxunto dos servizos de saúde unha referencia a escala internacional. Dende 1987 evolucionou cara a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). No ano 1995 como inicio da reflexión teórica sobre esta materia (García e Barrasa, 2009, 149-150); nese ano a JCAHO incluíu no manual de acreditación dedicado aos dereitos dos pacientes uns novos criterios agrupados nun novo capítulo do manual baixo o título: “dereitos dos pacientes e ética da organización”.

A *Joint Commission International Accreditation* (JCI) nace en 1998 como unha división da JCAHO e pretende facilitar os servizos de acreditación en todo o mundo, mediante a posta en marcha dos seus Estándares Internacionais de Acreditación de Hospitais, revisados por persoas expertas de 15 países e publicados dende o ano 2001.

Na actualidade a JCAHO avalía o 80% dos hospitais de EEUU, pero ademais dos hospitais, ten perfilados criterios de avaliación para centros de saúde mental, centros de atención persoas drogodependentes e centros de persoas con discapacidade intelectual, así como tamén centros sociosanitarios ou de asistencia de longa duración, organizacións de asistencia ambulatoria e a domicilio, servizos de laboratorio clínico e patolóxico, e redes de asistencia sanitaria (García e Barrasa, 2009,

141-152). A súa acreditación e certificación son recoñecidas como símbolo de calidade que reflexa o compromiso da organización para cumprir con estándares de desempeño, partindo de que a mellora continua da saúde da cidadanía ten que inspirarse na prestación de atencións seguras e eficaces da máis alta calidade e valor.

A avaliación dos CEA é un problema importante, debido a que non se conta cun instrumento claro de avaliación (Abel, 2006, 75-83) e a que algúns CEA, unha vez creados, non continuaron a se desenvolver. Habitualmente avalíanse factores extrínsecos, como a composición do comité, a competencia das persoas que o compoñen, facilidades para o funcionamento dende a institución que ten un comité acreditado,... pero carécese dunha metodoloxía para avaliar a calidade dos diálogos bioéticos. Por este motivo, os criterios avaliativos da *Joint Commission* tamén poderían ter utilidade para estudar o funcionamento dos CEA.

Velaquí algunhas propostas que poderían previr e tentar modificar esta situación (Mills, Rorty e Spencer, 2006, 279-289):

1. Os CEA teñen que estar incluídos nas estruturas de calidade dos centros como a vertente ética da calidade asistencial. E por suposto, terían que implicarse na definición e concreción de indicadores de calidade ética do centro máis aló dos que aparecen na propia acreditación.
2. Un primeiro paso pode ser avaliar a situación do CEA tendo en conta á dirección do centro, a outros profesionais, ás persoas membro do comité e calquera outra instancia que se considere importante.
3. Recoñecer a función da formación como primordial entre as funcións do comité. Constituírse como un grupo experto en asesoramento ético, en constante formación, precisa coidar a formación interna das persoas membros do CEA e tamén a formación externa, do resto de profesionais da institución.
4. Os CEA precisan de liderazgo baseado na racionalidade e nas normativas, sen depender soamente de persoas carismáticas, senón da función propia do comité e do seu funcionamento.
5. Habitualmente os CEA estiveron centrados na súa actuación cara os profesionais, quedando pendente o deseño de estratexias e acción para achegarse á cidadanía.

6. Os CEA tamén poderían participar en aspectos relacionados coa distribución de recursos, sempre que o problema teña transcendencia na asistencia directa á cidadanía e comporte repercusións que vulneren dereitos individuais. A equidade é un principio ético que ten que inspirar non soamente as funcións dos CEA senón tamén do resto de órganos e profesionais da institución.
7. Entre as funcións clásicas recoñecidas nos CEA, da consulta de casos e a realización de guías e a formativa/educativa pódense derivar multitude de accións apenas sen desenvolver.
8. O traballo en rede entre os diferentes CEA é unha cuestión primordial.
9. Os CEA teñen que posibilitar un espazo de reflexión e deliberación aberto aos profesionais e á cidadanía, sendo isto un dos obxectivos máis difíciles de medir con indicadores.
10. Descentralizar as actividades dos CEA, especialmente en institucións grandes, pode ser unha estratexia a valorar.

#### **1.2.3.7. Regulación (Galicia)**

En Galicia a Consellaría de Sanidade regula os comités de ética asistencial a través do Decreto 177/2000, de 22 de xuño. Á vista dos aspectos abordados até o momento, pode resultar de interese resaltar algúns artigos concretos do Decreto que coinciden cos aspectos teóricos xa revisados ou engaden matices.

Concretamente, en relación ao ámbito de actuación, o Decreto 177/2000 sinala o seguinte:

Artigo 3.1. En cada hospital ou complexo hospitalario da rede do Servizo Galego de Saúde, en cada centro sanitario concertado con poboación sectorizada e en cada xerencia de atención primaria ou área, no caso de que a atención primaria estea dividida en dúas, existirá un Comité de ética asistencial que emitirá os seus informes sobre os conflitos éticos ocorridos no seu ámbito de actuación.

Especial relevancia ten tamén o seguinte artigo, onde se recolle a dependencia orgánica do CEA da seguinte maneira:

Artigo 3.2. Os comités dependerán organicamente da xerencia do hospital ou da xerencia de atención primaria, pero gozarán de autonomía absoluta en todas as súas actuacións e non dependerán funcionalmente de ningún órgano”.



Seguindo o artigo 4.1, relativo á composición do CEA, régúlese que os CEA estarán integrados como mínimo por 7 membros, entre os cales haberá 3 médicos, 1 diplomado en enfermería, 1 profesional sanitario con titulación diferente ás anteriores, e 2 persoas alleas ás profesións sanitarias (sendo unha delas licenciada en dereito). Establécese que como mínimo, unha destas persoas membro do comité terá formación bioética acreditada. O artigo 4.2 recolle explicitamente que o persoal directivo do hospital e de atención primaria non poderá formar parte do CEA. E consta tamén que “a participación como membros do comité será sempre voluntaria e a título individual, nunca en representación de ningunha asociación ou colectivo” (artigo 4.5).

O Decreto recolle aquelas que serán funcións do comité e as que non o serán. Concretamente o artigo 6.1 indica, entre as función que corresponden aos CEA, as seguintes:

Artigo 6.1. Correspóndelles aos comités de ética asistencial asesorar e emitir informes sobre as cuestións éticas relacionadas coa práctica clínica, que se produzan nas institucións sanitarias, co fin de mellorar a calidade da asistencia sanitaria, e para tal efecto:

- a) Protexer os dereitos dos pacientes.
- b) Analizar e facilitar o proceso de decisión clínica nas situacións que presentan conflitos éticos entre os seus intervinientes: o persoal sanitario, os pacientes ou usuarios e as institucións.
- c) Propoñerlle á institución protocolos de actuación para as situacións en que xorden conflitos éticos graves ou de xeito reiterado.
- d) Colaborar na formación bioética dos profesionais do hospital e atención primaria e, moi en particular, na dos membros do comité.
- e) Elaborar a memoria anual de actividades do comité.

O artigo 7 do Decreto 177/2000, describe os aspectos máis prácticos en relación ao funcionamento do CEA, sinalando especificamente as seguintes cuestións:

1. Os comités de ética asistencial adecuarán o seu funcionamento ao previsto neste decreto e no capítulo II do título II da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, modificada pola Lei 4/1999, do 13 de xaneiro. Cada comité deberá ter o seu regulamento de réxime interno de funcionamento, no que se especificarán, ademais, os criterios que hai que seguir para os casos de urxencia.
2. O comité poderá ser requirido na súa función asesora polos pacientes, a través do Servicio de Atención ao Paciente, e polos profesionais sanitarios e pola institución a través da propia secretaría do comité.
3. O CEA será convocado cunha antelación mínima de sete días, para facilitar o estudo do caso e os documentos referentes a el, salvo nos casos de urxencia.
4. O comité reunirse, en sesión ordinaria, polo menos catro veces ao ano. De cada reunión levantarase acta, na que constarán as persoas asistentes, os acordos adoptados e a súa fundamentación.

5. Os acordos do comité adoptaranse por unanimidade das persoas asistentes, e nos casos en que esta non fose posible, por maioría non inferior ás tres cuartas partes dos seus membros. Os membros que discrepen do criterio xeral poderán facer constar o seu desacordo na acta, mediante emisión razoada do seu voto particular.

6. Os informes e as recomendacións emitidos polos CEA realizaranse por escrito e non serán vinculantes para os seus membros, para os profesionais nin para a institución.

7. As persoas membro do comité, así como os seus consultores/as e asesores/as garantirán o carácter confidencial de toda a información á que teñan acceso no exercicio das súas funcións como membros do comité, e o segredo das deliberacións.

Finalmente, cómpre indicar que a recente Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais de Galicia, no artigo 24 recomenda, en caso de discrepancia nas decisións clínicas controvertidas, o asesoramento do comité de ética asistencial co fin de acadar cursos intermedios de acción nos problemas éticas que xorden ao final da vida.

#### Artigo 24. Comités de ética asistencial

No caso de discrepancia entre as ou os profesionais sanitarios e as persoas enfermas terminais ou, se é o caso, con aquelas persoas que exerciten os seus dereitos, ou entre estas e as institucións sanitarias, en relación coa atención sanitaria prestada a elas, que non se resolva mediante acordo entre as partes, sería recomendable o asesoramento do comité de ética asistencial correspondente ou do órgano que corresponda para así tratar de chegar a alternativas ou cursos intermedios naquelas decisións clínicas controvertidas, sen que, en ningún caso, poidan substituír as decisións que teñan que adoptar as ou os profesionais sanitarios.

### 1.3. Recapitulación

Todo programa debe estimar nalgún momento o éxito efectivo que ten acadado, e concretamente os comités de bioética teñen acadado importantes logros na promoción do respecto á dignidade humana, como instrumentos de equidade e xustiza e realce dos valores humanos ao considerar que estes poden variar dun lugar a outro, dunha persoa a outra. Cómpre incidir de xeito moi especial na necesidade de que os comités de bioética se ocupen da avaliación e da autoavaliación, para non correr o risco de quedar institucionalmente illados, perder credibilidade ou bloquear a viabilidade a longo prazo (UNESCO, 2005). Sinálase que a maior esperanza de éxito apóiase na solicitude de críticas (formuladas mediante avaliacións formais e informais, periódicas e regulares), en non renunciar á transparencia e en manter a apertura cara o cambio.

Os comités deben xerar procedementos claros que favorezan a deliberación e o establecemento de recomendacións, así como políticas que diminúan os conflitos e a

confusión entre os membros do propio comité (UNESCO, 2006). Será tamén fundamental delimitar a independencia do comité con respecto ao organismo que o acolle e subvenciona. E ademais, dependendo do tipo de comité, terase en conta a estabilidade da sociedade, debendo concederlle tempo suficiente á cidadanía para adaptarse aos cambios biotecnolóxicos, evitando que se sintan desorientados polo descoñecido ou as incertezas.

Nos últimos anos os comités de ética téñense multiplicado ao longo da xeografía e contribuído, en gran medida, á difusión da bioética como programa de creación de diálogo sobre cuestións de ética na asistencia sanitaria (Dougherty, 2004, 444-447). De feito, son moitos os hospitais que teñen establecido os comités de ética como canle de discusión interdisciplinaria para abordar conflitos na atención aos pacientes. Sinálase tamén que probablemente a ausencia de interese económico inmediato fose determinante para a aparición tardía dos CEA, e con menor grao de regulación e desenvolvemento que os comités de ética de investigación (Rey, 2011, 380-390).

Cunha ollada global, obsérvase que o funcionamento dos CEA é heteroxéneo e mellorable, e que existe escaseza de estudos empíricos, tanto de aspectos xerais como específicos. Na práctica hospitalaria diaria xorden algunhas obxeccións comúns á realización de consultas ao CEA (Vollmann, 2010, 91-106). Dunha banda, a falta de tempo dos profesionais para ocuparse destas cuestións, que no fondo pode estar relacionado coa importancia que se lle dá á reflexión sobre os aspectos éticos. Arguméntase tamén o temor dos e das profesionais a que a consulta ética interfira na relación persoal co paciente, e a ter que xustificar as súas decisións éticas ante terceiros. Unha visión burocrática da ética nas institucións sociosanitarias tamén se sinala como inconveniente, relacionándoa con tarefas administrativas e de control, e non como un instrumento ao servizo das persoas implicadas na toma de decisións ante conflitos de valor. Unha última obxección está vinculada a que en ocasións a ética asistencial vén establecida dende a xerencia, dende arriba, no contexto dun proceso de certificación que implica esforzo administrativo e escaso efecto práctico, ademais de gañar o escepticismo dos profesionais en detrimento da credibilidade da ética asistencial.

Por outro lado, o labor político dos CEA está pouco desenvolvido, tanto na práctica diaria como na literatura existente, sobre todo partindo de que os propios membros do comité están situados nunha posición única para identificar problemas e formular propostas na institución (Garrison e Magnus, 2012, 1-2).

Concretamente o número de casos analizados polos CEA no Estado español é baixo (Beca, 2011, 31-39). As cifras que apunta o estudo sobre os conflitos éticos da práctica asistencial en dous hospitais de Málaga son significativas (Estebaranz, 2014, 4-13). Desvélese que 14,4% das decisións tomadas nas unidades de coidados intensivos e o 6% da que se toman fóra delas crean conflitos éticos aos médicos responsables; 30,4% das reclamacións dos persoas doentes están vinculadas a problemas éticos; e o 50% de outros profesionais (persoal de enfermaría, responsables de atención ás persoas doentes,...) estiman que os problemas éticos estanse a dar con maior frecuencia. Malia estes datos, os CEA de ambos os dous hospitais reciben escasamente un 1% dos conflitos de valores que se producen na propia institución, motivo polo que non se desenvolve a súa función de apoio á toma de decisións ou de consultaría ética.

A partir deste momento fórmase unha cuestión de radical transcendencia para os CEA (Altisent, Buil e Delgado-Marroquín, 2012, 27-29): verdadeiramente as actividades dos comités están en sintonía coa epidemioloxía dos problemas éticos que se manifestan no día a día das institucións ás que prestan servizo? Para dar resposta a esta cuestión rexistrouse durante unha década a actividade dos servizos de saúde de atención primaria da Comunidade Autónoma de Aragón, cunha poboación de un millón de habitantes. E ante a sospeita da falta de coincidencia entre a actividade do CEA e as preocupacións éticas dos profesionais da saúde na súa práctica cotiá investigouse a prevalencia dos problemas éticos considerados polos médicos de familia na súa práctica diaria. Os dez problemas éticos máis frecuentes foron aquelas cuestións éticas que xorden na coordinación entre os niveis de atención primaria e a especializada, é dicir: a prescrición inducida (prescrición de medicamentos recomendados por outros médicos e especialistas), a falta de acordo nos plans de coidado, as demoras en consultas interdisciplinarias, etc. E sorprendentemente, durante un período de 12 anos, o CEA case non analizou consultas arredor desta problemática, que por outro lado, tampouco se trata na literatura científica.

Ante estes resultados semella preocupante a presenza da ética nos centros de atención primaria, e cuestiónase a dedicación do CEA aos intereses dunha minoría de profesionais motivados pola bioética. Partindo destes datos (Altisent et al., 2012, 27-29) propónse en Aragón que os CEA promovan, entre as súas funcións, a investigación das cuestións éticas dos e das profesionais da saúde, o que servirá como observatorio epidemiolóxico das cuestións éticas e permitirá dirixirse cara as necesidades reais,

agardando que un mellor entendemento entre o CEA e os profesionais conduza a un maior número de consultas e á eficiencia dos recursos investidos, contribuíndo ademais á mellora da calidade asistencial.

## **2. OS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA**

A experiencia dos comités de ética no ámbito sanitario ten mostrado o seu valor na protección dos dereitos humanos e na integración dos principios e valores morais na toma de decisións, e cómpre avaliar o seu papel no ámbito social. Un comité de ética en intervención social é un órgano asesor e multidisciplinar, de carácter consultivo, con competencia en bioética, que reflexiona, delibera e contribúe á toma de decisións sobre as cuestións valorativas da intervención social, e que está ao servizo dos profesionais e das persoas usuarias. As súas características combinan a pluralidade de perspectivas profesionais, sociais, persoais, valorativas e ideolóxicas, e representan con maior fidelidade a diversidade das situacións analizadas.

### **2.1. Contextualización**

O desenvolvemento da ética no ámbito social pretende mellorar os procedementos de atención e garantir unha xusta distribución das prestacións. Partindo do recoñecemento da dignidade das persoas, oriéntase cara a consecución do seu benestar, participación social e autonomía, considerándoas axentes activos e protagonistas do seu proxecto vital.

Dende finais dos anos 80 foron xurdindo enfoques novidosos sobre a mellora da planificación práctica de apoios, para cada persoa de maneira individual (Banks, 1997, 56-60). Estas perspectivas cristalizan nunha metodoloxía que se encadra na denominada planificación centrada na persoa, e pretende que cada quen, co apoio dun grupo de persoas significativas, formule os seus propios plans e metas de futuro, así como as estratexias, medios e accións para ir acadando avances e logros en cumprimento do seu plan de vida persoal (Fernández, 2012, 44-60).

Os CEIS pretenden ser un recurso que facilite a todos os implicados (profesionais, persoas usuarias, entidades, institucións e demais axentes sociais)

asesoramento ético mediante procedementos para analizar os problemas en todo a súa complexidade e axudar na toma de decisións difíciles. Xorden no clima de pluralismo ético no que viven as sociedades occidentais e na velocidade dos progresos sociais e científicos, creando ámbitos de reflexión interdisciplinar e profunda ao servizo das persoas que participan na intervención social. Teñen por finalidade analizar e asesorar na resolución dos posibles conflitos éticos que se producen na práctica de dita intervención co obxectivo final de mellorar a calidade da mesma e de que tamén mellore de xeito integral a calidade de vida das persoas usuarias.

Ao longo dos últimos 40 anos, os servizos sociais foron superando a súa natureza asistencialista, baseada no control institucional dos grupos de risco ou excluídos, para dar paso progresivamente a unha sistematización dos seus obxectivos e técnicas que se materializan nun conxunto básico de dereitos subxectivos baseados nas necesidades persoais e familiares, nun contexto comunitario e baixo unha perspectiva de participación social das persoas. Un proceso de cambio iniciado na segunda metade da década dos anos 70 do século pasado e aínda non concluída, que se viu favorecida pola Lei 39/2006, do 14 de decembro (LAPAD) e polas renovadas iniciativas das CCAA que asumiron as demandas dos cidadáns e das organizacións voluntarias en favor da mellora da calidade de vida a través das leis autonómicas de servizos sociais (cfr. *supra*, cap.1, apdo.4).

Os CEIS desempeñan un papel importante na comprensión e mellora dos procesos de toma de decisións, na calidade da intervención profesional e na protección dos dereitos da cidadanía. As súas funcións principais desenvólense a través de tres ámbitos específicos de actuación. O primeiro está relacionado coa atención das consultas sobre problemas bioéticos. Os CEIS asesoran ás persoas usuarias, familiares e profesionais, ás institucións e demais axentes sociais na toma de decisións éticas, analizando e elaborando propostas concretas. A natureza consultiva do CEIS determina que as súas decisións non sexan vinculantes e que estean dotadas unicamente de autoridade moral. O CEIS brinda, nunhas circunstancias concretas, a mellor resposta, orientación ou recomendación, dende a prudencia e a deliberación, sendo a decisión última responsabilidade de quen formula o conflito ou afronta o problema.

En segundo lugar os CEIS tamén elaboran guías, documentos, protocolos ou recomendacións sobre problemas bioéticos. Mediante esta actividade desempeñan unha función normativa e preventiva. Resolven con alcance xeral os problemas máis frecuentes de profesionais e institucións, e ofrecen pautas de actuación coherentes e

razoables. Do mesmo xeito, contribúen a unificar e homoxeneizar hábitos de traballo e asistencia en base a criterios técnicos, éticos e de calidade asistencial, aclarando conceptos e posibles conflitos éticos da intervención social.

E por último, os CEIS desenvolven a formación e educación en bioética. Actúan como instrumentos para a formación bioética dos propios membros do comité, pero tamén do conxunto de profesionais do ámbito social, estendendo así a preocupación e a sensibilización ética, e proporcionando modelos ou propostas éticas tanto para as persoas usuarias como para as profesionais.

Na actualidade son escasos tanto os procedementos como a literatura existentes para abordar a toma de decisións e a resolución de problemas éticos na intervención social, e para a maioría das situacións tampouco existe lexislación ou protocolos de actuación. Neste senso, os CEIS fornecen a necesaria conexión entre a reflexión teórica e a aplicación práctica, e a súa presenza enlaza con coherencia a intervención individualizada e a prestación de apoios e servizos, a través dun proceso de toma de decisións prudente, plural e integral. Este é o contexto no que nacen os comités de ética en intervención social.

## **2.2. O nacemento dos CEIS**

Parece oportuno recoller a experiencia dos comités de ética asistencial, propios do ámbito sanitario, e adaptala ao Sistema de Servizos Sociais como xeito de protexer os dereitos das persoas e integrar principios e valores morais na toma de decisións no ámbito social. Porén, a singularidade das persoas que se atenden dende o eido social esixe partir non só da súa dignidade individual, senón tamén da súa vulnerabilidade.

O comité de ética en intervención social (CEIS), tamén denominado comité de ética de servizos sociais, comité de ética na atención social, ou comité de ética de saúde e benestar social, é un instrumento que impulsa a mellora das actuacións das distintas partes implicadas na complexa rede dos servizos sociais. O CEIS está ao servizo dos intervinientes nas relacións asistenciais: as persoas usuarias, os seus familiares, os profesionais das entidades e outros axentes sociais.

Unha das primeiras referencias que recollen a utilidade dos comités de ética na práctica da intervención social data de 1987. Nese momento sinalábase que as

principais funcións que podían desenvolver os comités de ética no ámbito social eran as seguintes (Reamer, 1987, 188-192).

1. Formación. Poden servir para formar aos profesionais sobre algúns temas relevantes que ditos profesionais van atopar en distintos momentos da intervención, como os límites do dereito das persoas usuarias á confidencialidade e á autodeterminación, o alcance do consentimento informado, os criterios para realizar unha xusta distribución dos recursos dispoñibles, lexislación a ter en conta, etc.
2. Formulación de políticas institucionais. Por exemplo, en relación ao coñecemento dos pasos a dar para obter o consentimento informado das persoas usuarias que van iniciar un programa. Tamén resultaría útil saber até que punto deben dar certo tipo de información a familiares ou a profesionais. En moitas ocasións os profesionais tamén demandan criterios máis precisos sobre como responder a demandas de información dun avogados ou sobre que tipo de información revelar nun xuízo ao que son chamados como testemuñas.
3. Órganos de consulta para casos concretos. Os profesionais do social normalmente consultan a outros colegas ou a outros profesionais para contrastar as súas opinións sobre determinados casos máis difíciles. Estes colegas procuran axudar coa súa mellor vontade e a súa experiencia profesional, pero probablemente resultaría máis eficaz dispoñer dun comité de ética (composto por profesionais formados en asuntos éticos). Ademais, na maioría dos casos, estes comités son soamente consultivos.
4. Revisión de casos. Os comités de ética tamén poden servir para revisar casos anteriores xa resoltos e así poder aprender desas experiencias, ben para actuar dun modo similar, ben para non volver cometer os mesmos erros.

Neste momento existen experiencias no territorio español que sitúan aos comités de ética como órganos asesores para a toma de decisión naquelas situacións nas que emerxen conflitos de valores entre as persoas implicadas nos servizos sociais. Os CEIS son órganos acreditados polas administracións públicas cun xeito de entender a bioética onde o método de toma de decisións é a deliberación. Até o momento, existen Comités de Ética de Intervención Social en Biscaia, Guipúscoa, Baleares, Cataluña, Asturias, Navarra, Castela-A Mancha e Álava.



As CCAA foron inspirándose unhas nas outras no proceso de elaboración das normas reguladoras dos CEIS, ademais de ir engadindo aspectos específicos en cada territorio. A creación e extensión de CEIS ao longo do Estado español pon de manifesto o valor que se comeza a conceder á ética no ámbito dos servizos sociais. O primeiro CEIS no Estado español está regulado polo Decreto Foral 232/2006, do 26 de decembro (Boletín Oficial de Biscaia do 19/01/2007), ano no que curiosamente tamén entra en vigor a Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

Cadro 8: Norma reguladora e data de creación dos CEIS existentes no Estado español.

Territorio	NORMA	DATA DE PUBLICACIÓN
<b>Álava</b>	Decreto Foral 14/2011, do 1 de marzo, do Consello de Deputados de 1 de marzo, polo que se regula a creación e acreditación de Comités de ética en intervención social no Territorio Histórico de Álava.	Boletín Oficial de Álava do 11/03/2011.
<b>Asturias</b>	Decreto 26/2013, de 22 de maio, polo que se regula a creación, composición e funcionamento do Comité de ética en intervención social do Principado de Asturias.	Boletín Oficial do Principado de Asturias do 30/05/2013.
<b>Baleares</b>	Decreto 62/2010, do 23 de abril, polo que se regula a composición, o funcionamento e as atribucións do Comité de ética de servizos sociais de Baleares.	Boletín Oficial das Illas Baleares do 29/04/2010.
<b>Biscaia</b>	Decreto Foral 232/2006, do 26 de decembro, polo que se regula a creación dos Comités de ética de intervención social.	Boletín Oficial de Biscaia do 19/01/2007.
<b>Castela-A Mancha</b>	Orde 2010/21659, do 22 de decembro, da Consellería de Saúde e Benestar Social, pola que se crea o Comité de ética de saúde e benestar social de Castela-A Mancha.	Diario Oficial de Castela-A Mancha do 4/01/2011.
<b>Cataluña</b>	Orde ASC/249/2010, do 16 de xuño, do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña.	Diario Oficial de Cataluña do 23/06/2010.
<b>Guipúscoa</b>	Decreto Foral 46/2007, do 12 de xuño, polo que se regula a creación dos Comités de ética de intervención social no Territorio Histórico de Guipúscoa.	Boletín Oficial de Guipúscoa do 18/06/2007.
<b>Navarra</b>	Decreto Foral 60/2010, do 20 de setembro, polo que se regula o Comité de ética na atención social de Navarra e os Comités de ética de carácter sectorial ou de centro.	Boletín Oficial de Navarra do 20/10/2010.

O actual modelo de CEIS é coherente cun modelo de servizos sociais que xa non está baseado na beneficencia senón na capacitación das persoas, así como na súa protección e apoio para a incorporación á sociedade (Fernández, 2012, 44-60). As persoas teñen dereito a contar cos apoios individualizados que faciliten a súa autonomía. Xa que logo, nunha sociedade complexa na que cada vez son máis as persoas usuarias dos servizos sociais, parece imprescindible fomentar a ética social que, baseada na xustiza e a solidariedade, recoñeza non soamente o dereito á asistencia, senón o da participación, respectándose desta maneira a dignidade das persoas.

A ética da intervención social desborda o ámbito privado para adquirir relevancia e admitir debate e achegas públicas. A creación de comités de ética en servizos sociais, así como a súa interdisciplinariedade, é expresión dun debate social no que está implicada a sociedade enteira. Os comités de ética pretenden ser un recurso que facilite a todas as persoas implicadas, en situación de incerteza, asesoramento ético para tomar decisións que contribúan ao recoñecemento dos dereitos das persoas e melloren a calidade das prestacións e/ou servizos que lles corresponden.

### **2.3. Análise da normativa dos CEIS do Estado español**

Estudaranse ao longo destas liñas todas e cada unha das normas reguladoras dos comités de ética en intervención social (CEIS) existentes no Estado español, e tendo en conta que non se regulan da mesma maneira nas distintas CCAA, subliñaranse con detalle aqueles trazos comúns e/o diferenciais entre as mesmas.

Nas diferentes normativas de creación dos comités de ética en intervención social (CEIS), existen numerosos aspectos comúns. Por exemplo, a maioría dos CEIS existentes defínense como órganos consultivos e interdisciplinares ao servizo das persoas que participan nos procesos de intervención social. Concretamente: artigo 1 do Decreto de Biscaia; artigo 1 do Decreto de Guipúscoa; artigo 1 da Orde de Cataluña, e artigo 2 da Orde de Castela-A Mancha. Ademais, algúns CEIS completan esta definición incidindo en que tamén son órganos independentes. É o caso de Asturias (artigo 2), Álava (artigo 1) e Baleares (artigo 2).

Todos os CEIS créanse para mellorar a calidade da atención que se presta ás persoas na rede de servizos sociais, dende uns ámbitos de actuación concretos: os centros, os servizos e as entidades que interveñen en asuntos sociais.

Probablemente a experiencia navarra sexa a que máis difire do resto, na medida en que crea dous comités diferentes para o mesmo territorio en función dos ámbitos de intervención: un Comité de ética na atención social con carácter autonómico e un Comité de ética de carácter sectorial (de centro).

### **2.3.1. Estrutura normativa**

A estrutura normativa é similar en todos os documentos reguladores dos CEIS. No propio título da norma xa se establece a denominación que se lle dará ao Comité de ética. E no preámbulo ou exposición de motivos, previos ao desenvolvemento dos artigos, xustifícase a necesidade de creación do comité de ética en intervención social, recollendo nalgúns casos os antecedentes previos, como no caso do Decreto de Álava e dos Comités de ética de carácter sectorial de Navarra.

No preámbulo ou exposición de motivos das normas faise tamén referencia á lei de servizos sociais do territorio, subliñando de xeito moi especial as referencias da mesma á dimensión ética e bioética da práctica profesional, e deixando constancia da necesidade de apoio institucional para preservar a condición asesora dos comités como espazos de deliberación e diálogo social e evitar a súa instrumentalización. Concretamente os Decretos de Biscaia, Guipúscoa e Castela-A Mancha non fan referencia á Lei de Servizos Sociais nos Decretos de creación do CEIS.

O texto articulado dos decretos de creación de cada comité desenvolve artigos con contidos referidos ao obxecto da norma, á creación, adscrición e acreditación, ao ámbito de actuación e finalidade, á solicitude de acreditación e á composición (describindo o número de persoas que o compoñen, as disciplinas de acceso ou os mínimos de formación acreditada en ética de intervención social ou bioética). Tamén se regula a estrutura do comité, os seus órganos colexiados e/ou unipersoais, as funcións de cada un deles, e os procesos de designación das persoas que o compoñen. Os últimos artigos das normas reguladoras especifican o funcionamento, as tarefas que non serán función do comité, as fórmulas de acceso ao mesmo das persoas usuarias, profesionais e institucións, e a difusión do propio traballo do comité.

### **2.3.2. *Ámbito territorial e denominación***

Dos oito Comités de ética en intervención social existentes no Estado español, tres son de ámbito provincial (Biscaia, Guipúscoa e Álava), e cinco autonómicos (Balears, Cataluña, Navarra, Castela-A Mancha e Asturias). Cómpre puntualizar que as tres Deputacións provinciais de Euskadi gozan de alta autonomía, xa que entre as súas competencias atópase a recadación de impostos, todas as infraestruturas de carreteras, o benestar social, etc., o que explica a creación de CEIS de carácter provincial (Decreto Foral de Álava, 14/2011; Decreto Foral de Biscaia, 232/2006 e Decreto Foral de Guipúscoa, 46/2007).

Todas as CCAA crean Comités de ética en intervención social, a excepción de Castela-A Mancha, onde se crea un Comité de ética de saúde e benestar social.

No seguinte cadro recóllense os aspectos dos CEIS en relación ao territorio no que nacen, denominación, antecedentes da creación, ámbito de actuación e mención ou non na Lei de Servizos Sociais do territorio.

Cadro 9: Territorio, denominación, antecedentes, ámbito de actuación e referencia na Lei de Servizos Sociais.

<b>CREACIÓN DOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL</b>				
<b>Territorio</b>	<b>Denominación</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>Ámbito territorial</b>	<b>Referencia na Lei de Servizos Sociais</b>
<b>Álava</b>	Comité de ética en intervención social	Grupo promotor dende 2009	Provincial	Si
<b>Asturias</b>	Comité de ética en intervención social	Grupo promotor (1 ano en formación)	Autonómico	Si
<b>Baleares</b>	Comité de ética de servizos sociais	Non constan	Autonómico	Si
<b>Biscaia</b>	Comité de ética en intervención social	Non constan	Provincial	Non
<b>Castela-A Mancha</b>	Comité de ética de saúde e benestar social	Non constan	Autonómico	Non
<b>Cataluña</b>	Comité de ética dos servizos sociais	Non constan	Autonómico	Si
<b>Guipúscoa</b>	Comité de ética en intervención social	Grupo promotor dende 2005	Provincial	Non
<b>Navarra</b>	Comité de ética na atención social	Non constan	Autonómico	Si
	Comité de ética de carácter sectorial (de centro)	1 ano funcionando	Área de servizos sociais ou centros autonómicos	Si

### **2.3.3. Exposicións de motivos e preámbulos**

As exposicións de motivos ou os preámbulos, tal e como se lles denomina, indistintamente nas normas reguladoras da creación dos CEIS dentro do territorio español, resultan especialmente relevantes. Os acentos son diferentes en cada unha delas, orixinando un espectro altamente suxestivo.

Por exemplo, Cataluña e Asturias comezan a regulación do Comité facendo referencia ao Estatuto de Autonomía, xa que ambas Comunidades Autónomas teñen competencia exclusiva en materia de asistencia e benestar social.

É un feito que a dimensión ética xa está presente nalgunhas das leis de servizos sociais do territorio español (cfr. *supra*, cap.1, apdo.4.5), e así o recollen tamén as normas dos CEIS. A referencia ás leis de servizos sociais explica a relación entre as distintas normas que afectan á intervención social. Os comités de ética refórzanse na medida en que a lei de servizos sociais incide na necesidade de mellorar a calidade e promover os valores e as boas prácticas relativas á ética no ámbito dos servizos sociais.

É o caso de Euskadi, onde o título VI da Lei 12/2008, de Servizos Sociais, está dedicado á mellora e desenvolvemento do sistema de servizos sociais, indicando que, a dimensión ética, ten que estar presente na práctica profesional.

Ou o artigo 46º da Lei 4/2009, de Servizos Sociais de Baleares, onde se alberga a creación do CEIS como órgano consultivo, interdisciplinar e independente, establecendo ademais as súas finalidades e mesmo a composición e prazos de constitución.

No caso da Lei Foral 15/2006, de Servizos Sociais de Navarra créase, no artigo 46º, o Comité de ética na atención social.

Na Lei 12/2007, de Servizos Sociais de Cataluña, no título VIII, establécese o principio de calidade como reitor do sistema dos servizos sociais e dos dereitos das persoas usuarias e, no artigo 86.3 recóllese que o Departamento competente en asuntos sociais, promoverá os valores e boas prácticas relativas á ética no ámbito dos servizos sociais.

E en Asturias, o artigo 38 da Lei 1/2003, de Servizos Sociais, enuncia que as Administracións Públicas promoverán a constitución de consellos asesores e consultivos que desenvolvan as súas funcións nos distintos ámbitos dos servizos sociais.

A experiencia dos comités de bioética no ámbito sanitario subliña o seu valor na protección dos dereitos das persoas usuarias, nos bos modos de actuación do persoal e na integración de principios e valores éticos na toma de decisións e na práctica profesional, e así o recollen tamén as normas de Biscaia, Álava, Cataluña e Navarra.

A exposición de motivos da norma de Biscaia incide na bioética coma procedemento de diálogo e de deliberación, non de demostración. A exposición de motivos de Castela-A Mancha desenvolve a bioética como sistema de reflexión no ámbito das ciencias sociais, da vida e da atención á saúde, examinando a conduta humana á luz dos valores e principios éticos; especifica ademais que a finalidade da bioética na prestación dos servizos sanitarios e sociais é mellorar a calidade percibida e a atención dispensada ás persoas usuarias, protexer ás persoas que participan na relación asistencial, facilitar a adquisición e aplicación de novos coñecementos para

mellorar a saúde e os servizos sanitarios e sociais, e tamén o fortalecemento ético da sociedade civil e as boas actitudes na atención ás persoas usuarias.

Malia todo, estas normas relatán que o traballo desenvolvido por profesionais do eido social e sanitario aconsella a conveniencia de adaptar ao sistema de servizos sociais a experiencia dos comités de ética no ámbito sanitario, para mellorar a súa calidade e promover a creación de comités de ética en intervención social. É o caso das normas de Biscaia, Álava, Cataluña e Navarra, que parten do recoñecemento de aspectos diferenciais nas necesidades das persoas usuarias dos servizos sociais e tamén da distancia entre a bioética e a ética en intervención social.

A dificultade de establecer de maneira consensuada as actuacións requiridas para asegurar o respecto á dignidade das persoas implicadas na intervención social supón a necesidade de desenvolver coñecementos, habilidades e recursos para a correcta prestación dos servizos sociais, tecnicamente adecuados e valorados como beneficiosos para a calidade de vida polas propias persoas que reciben os servizos e/ou polos seus familiares ou representantes legais. Dende esta perspectiva, os regulamentos de Biscaia e de Asturias promoven a creación dos Comités de ética en servizos sociais como viero para extremar o respecto ás persoas e aos seus valores.

Mais existe a necesidade de fomentar unha ética social que, baseándose na xustiza e na solidariedade, recoñeza non só o dereito á asistencia das persoas usuarias senón tamén o seu dereito á participación e xestión dos servizos e do benestar, baseada no respecto á súa dignidade e na súa capacidade de decisión. A ética nos servizos sociais estaría asentada en varios piares fundamentais: a autonomía, a xustiza, a responsabilidade, a pluralidade social, e a deliberación. E así, a finalidade do desenvolvemento da ética na actividade de prestación dos servizos sociais, segundo o lexislado en Biscaia, Guipúscoa, Álava, Cataluña, Navarra e Asturias, sería o respecto dos dereitos das persoas, a promoción dos valores democráticos, o fortalecemento da sociedade civil e a mellora da calidade da asistencia, logrando a atención correcta en procedementos, servizos e programas dos servizos sociais; a xusta distribución dos recursos e prestacións; a consecución da autonomía das persoas usuarias como axentes activos na participación e xestión de programas e/ou servizos, a promoción dos valores das persoas usuarias (extensible a outras cosmovisións e valores distintos dos vixentes) e a busca do seu benestar, así como o dos seus familiares e/ou representantes legais en todos os procedementos e programas a través das boas prácticas.



O sistema de servizos sociais mantén un trato permanente e próximo coas persoas. A súa intervención vai dirixida á protección das persoas usuarias incapaces de xestionar os seus dereitos e vivir autonomamente, pero tamén se centra en garantir apoio ás persoas usuarias para superar limitacións persoais e estruturais que impiden o exercicio das capacidades. O cumprimento dos seus fins esixe extremar o respecto ás persoas e aos seus valores, dende o mantemento da dignidade das persoas, o seu benestar e o respecto á autonomía e á intimidade. É por iso que as normas de Biscaia, Cataluña e Asturias inciden en que o obxecto dos servizos sociais é mellorar os niveis de interacción ou integración social das persoas que requiren apoios especiais pola súa situación de dependencia e/ou risco de exclusión social.

Os Comités de ética en servizos sociais achegan a reflexión ética aos conflitos prácticos da intervención social. Poden contribuír ao recoñecemento dos dereitos das persoas e mellorar a calidade das prestacións e servizos que lles corresponden. Tal e como se recolle nos regulamentos de Biscaia, Guipúscoa, Álava, Cataluña, Navarra, Castela-A Mancha e Asturias, os Comités son un recurso a disposición de profesionais, persoas usuarias, entidades, institucións e outros axentes sociais implicados nas actuacións da rede de servizos sociais.

Os Comités poden facilitar asesoramento ético para a toma de decisións en situacións de incerteza, xerar coñecementos e orientacións para a asistencia e a intervención, e contribuír a promover boas actitudes e boas prácticas no marco da actividade profesional. Todas as normas reguladoras dos Comités de ética en intervención social inciden en que deben favorecer a reflexión e a deliberación. O Decreto asturiano indica ademais que as orientacións prácticas concretas dos comités de ética nos casos onde converxan diversas perspectivas e opinións entre as persoas implicadas axudarán á toma de decisións óptimas e tamén prudentes. Os comités son un recurso de carácter consultivo, formativo (non se encargan da mediación ou da arbitraje), independente, como garantía do servizo a toda a cidadanía, e interdisciplinar, como expresión do diálogo social asegurando a representatividade dos axentes implicados.

O punto de partida recollido nas normas reguladoras dos CEIS de Guipúscoa e Álava é a formación en cuestións éticas e metodolóxicas de deliberación dos profesionais dos distintos colectivos dos servizos sociais e a constitución de grupos promotores permanentes que posteriormente desembocan no establecemento do marco regulador dos comités de ética. De xeito semellante sucede en Asturias, onde,

previo acordo da dirección ou xerencia do centro, servizo ou institución, constitúense tamén grupos promotores que desenvolveron procesos formativos coa finalidade de poñer en marcha un comité de ética en servizos sociais.

O Decreto de Álava define os CEIS como plataformas que dan cabida a todos os servizos sociais do territorio da Provincia, podendo haber membros de diferentes institucións, entidades e organizacións e que harmoniza e integra numerosos puntos de vista e distintas disciplinas da acción social. Subliña ao final que se considera preciso o apoio institucional para preservar a condición asesora destes espazos de deliberación e diálogo social, evitando instrumentalización ou derivación cara á resolución doutros problemas ou conflitos que non lle corresponden.

#### **2.3.4. Natureza e acreditación**

Os CEIS existentes no Estado español concretan de diferente forma aspectos relacionados coa súa propia definición, características, adscrición, ámbito de actuación ou proceso de acreditación. Desenvolver un percorrido por cada un destes aspectos pode facilitar o coñecemento á natureza dos CEIS.

##### **2.3.4.1. Definición**

O artigo 2.1 do Decreto das Illas Baleares sinala que o Comité de ética de servizos sociais se configura coma un órgano asesor das persoas físicas ou xurídicas titulares dos servizos da rede de servizos sociais de atención pública, e dos profesionais que prestan servizos nos mesmos mediante os respectivos colexios profesionais.

##### **2.3.4.2. Característica da creación**

Os CEIS créanse con carácter voluntario, por acordo dos órganos competentes de cada centro ou centros, público ou privado, no que se vai intervir. (Cfr. Biscaia, artigo 2, Guipúscoa, artigo 2 e Álava, artigo 2),

##### **2.3.4.3. Ámbito**

O Decreto Foral ten como obxecto regular o Comité de ética na atención social de Navarra, así como a regulación dos Comités de ética de carácter sectorial ou de centro no ámbito da Comunidade Foral de Navarra (artigo 1). E segundo recolle o artigo 2.1, o ámbito de actuación do Comité de ética na atención social de Navarra é o dos

servizos sociais da Comunidade Foral; e o ámbito de actuación dos Comités de ética de carácter sectorial circunscríbense á área de servizos sociais ou a unha área de actuación concreta e ao ámbito de actuación dos Comités de ética de centro a un servizo, un centro ou varios centros, no caso de que estean xestionados pola mesma entidade (artigo 2.2).

#### **2.3.4.4. Adscrición**

O Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña adscíbese ao Departamento competente en materia de servizos sociais, o cal asignará os medios persoais, materiais e económicos necesarios para asegurar o seu funcionamento (artigo 1.3).

#### **2.3.4.5. Acreditación**

Un Departamento propio de cada Administración Pública será o encargado da acreditación do CEIS e este dependerá formalmente do mesmo. Un exemplo pode ser o artigo 2.2 do Decreto 14/2011 da Deputación Foral de Álava, no que se establece: “Os CEIS deberán ser acreditados polo Departamento de Política Social e Servizos Sociais da Deputación Foral de Álava”.

A documentación a presentar nos procesos de acreditación dos CEIS é similar en todas as normas de creación: solicitude de acreditación asinada polo máximo responsable do centro, servizo ou entidade de intervención social, acordo de creación do CEIS, memoria de actividades (incluíndo unha relación de medios materiais e recursos humanos), currículo de todas as persoas membro, con especial mención ao seu interese, coñecemento e experiencia bioética, e regulamento de réxime interior de funcionamento do CEIS.

Nalgúns casos tamén se esixe aos CEIS un tempo de funcionamento, e así o artigo 2.3 do Decreto de Biscaia recolle que para ser acreditados os CEIS deberán xustificar, ao menos, un ano de funcionamento despois da súa creación.

#### **2.3.5. Funcións do CEIS**

As normativas establecen funcións semellantes para todos os CEIS. Están recollidas no artigo 7.1 de Biscaia, no artigo 7.1 de Guipúscoa, artigo 10 de Álava, artigo 10 de Navarra (referido ao Comité de ética na atención social) e no artigo 5 de Asturias.

Como funcións canónicas dos CEIS establécense as seguintes:

- Analizar os casos asistenciais sobre os que se solicita asesoramento nas decisións onde hai conflito ético entre as partes implicadas (profesionais, persoas usuarias e as súas familias, centros, servizos, entidades, institucións ou administracións), elaborando informes e recomendacións.
- Propoñer protocolos de actuación ou documentos de recomendación para situacións nas que xorde conflito ético.

Outras funcións teñen un carácter singular, entre as que se poden mencionar:

- Promover a reflexión ética e facilitar procesos de decisión en situación de conflito ético entre os seus intervinientes.
- Colaborar na formación ética asistencial dos profesionais que interveñen no ámbito de actuación do comité e particularmente ás persoas membro do mesmo.
- Elaborar e aprobar o seu propio regulamento de réxime interior de funcionamento.
- Apoiar e colaborar na constitución de novos comités de ética no eido social.

Os CEIS teñen tamén unha función administrativa, como é a elaboración dunha memoria anual de actividades.

Nalgúns Decretos, como o de Álava, contéplase que entre as funcións dos CEIS está a coordinación das súas actuacións co resto de Comités de ética existentes tanto na Provincia como no resto da Comunidade Autónoma Vasca (artigo 10.6.). E de maneira específica, o Decreto de Baleares recolle no artigo 3.c) que entre as súas funcións está asesorar aos profesionais dos servizos sociais en relación coas demandas relativas a tipos de actuación e pautas para abordar os casos concretos.

O Decreto catalán, no artigo 2.1, ademais das funcións comúns ao resto de Comités, engade a promoción de boas prácticas e de debate, así como da inclusión da ética como aspecto importante da práctica profesional. Tamén sinala entre as funcións do pleno do Comité (artigo 5.9) a elaboración de normas de constitución dos espazos de reflexión ética en servizos de intervención social.

Para maior precisión das funcións dos CEIS, tamén se mencionan nos decretos de creación algunhas funcións que non corresponden aos CEIS:

- Peritar ou manifestarse sobre denuncias ou reclamacións que afecten aos procedementos técnicos da intervención social (recollido no artigo 7.2 do Decreto de Biscaia, no artigo 7.2 do Decreto de Guipúscoa, artigo 11.1 do Decreto de creación do CEIS de Álava, artigo 2.3 da Orde de Cataluña, artigo 10.2 do Decreto de Navarra e no artigo 5.2a) de Asturias).
- Emitir xuízos sobre eventuais responsabilidades dos profesionais implicados nos asuntos que se lle formulen (recollido no artigo 7.2 do Decreto de Biscaia, no artigo 7.2 do Decreto de Guipúscoa, no artigo 11.2 do Decreto de Álava, no artigo 2.3 da Orde de Cataluña, artigo 10.2 do Decreto de Navarra e no artigo 5.2.c de Asturias).
- Propoñer sancións e tomar decisións de carácter vinculante (recollido no artigo 5.2.d do Decreto de Asturias).

Tamén se recollen orientacións para o exercicio das funcións, entre as que se poden mencionar:

- O artigo 2.4 da Orde catalá recolle que para o exercicio das súas funcións, o Comité de ética de servizos sociais poderá solicitar das autoridades e os órganos competentes en materia de servizos sociais información sobre queixas e denuncias que se reciban naquilo que afecte á atención ás persoas no ámbito dos servizos sociais.
- O artigo 3.3 de Baleares ademais de recoller as funcións que non corresponden ao Comité de ética, puntualiza que non se desenvolverán sen prexuízo do deber de poñer en coñecemento das autoridades administrativas ou xudiciais os feitos dos que teñan coñecemento no exercicio das súas funcións que poidan ser constitutivas de falta ou delito.
- O artigo 7.3 do Decreto de Biscaia, o 7.3 do Decreto de Guipúscoa, o artigo 11.2 do Decreto de Álava, o artigo 2.2 da Orde de Cataluña e o artigo 10.3 do Decreto de Navarra, expoñen que as funcións dos CEIS entenderanse se prexuízo das competencias que, en materia de ética e deontoloxía dos profesionais, correspondan aos seus respectivos colexios profesionais.

### **2.3.6. Estructura organizativa**

Os CEIS optan por unha composición interdisciplinar, favorecendo unha participación equilibrada de profesionais de atención directa e non asistenciais, así como de persoas de diversas profesións, persoas expertas e investigadoras de diferentes ámbitos. Porén, a maioría dos Decretos analizados coinciden en recomendar que o persoal directivo de centros e institucións de servizos sociais non forme parte dos Comités de ética en intervención social.

Con base nas normas de creación de cada Comité, sinálanse de seguido aspectos específicos en relación ao número de persoas que compoñen cada Comité, a participación das mesmas, a formación en bioética que deben acreditar, a dependencia orgánica de cada Comité, así como a estrutura e a duración do nomeamento das persoas membro dos mesmos.

Unha especificidade dos Comités está definida pola súa dependencia orgánica, de maneira que se crea un CEIS en cada territorio, dependendo a nivel orgánico da consellería competente en materia de asuntos sociais. Agás Álava, Biscaia e Guipúscoa, que ademais de crear un CEIS en cada un dos territorios, con adscrición ao departamento de servizos sociais de cada Deputación Foral, contemplan a acreditación de Comités de ética en intervención social en diferentes centros e institucións de servizos sociais sempre que cumpran cos requisitos establecidos nos Decretos reguladores correspondentes.

Cadro 10: Estrutura organizativa e dependencia orgánica dos CEIS.

<b>ESTRUTURA E DEPENDENCIA ORGÁNICA DOS CEIS</b>						
<b>Territorio</b>	<b>Número de persoas membro</b>	<b>Participación</b>	<b>Formación en Bioética mínima acreditada</b>	<b>Dependencia orgánica</b>	<b>Órganos de funcionamento</b>	<b>Duración do nomeamento das persoas membro</b>
<b>Álava</b>	Mínimo 7 persoas	Voluntaria	1 persoa experta. A metade dos membros 60 horas	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	4 anos renovables
<b>Asturias</b>	Mínimo 7 persoas	Voluntaria	80% das persoas, 120 horas	Consellería competente en materia de benestar	Presidencia e secretaría	Máximo 9 anos
<b>Baleares</b>	20 persoas	Voluntaria, con dereito a percibir a gratificación e indemnización establecidas	Non consta	Consellería de Asuntos Sociais	Órganos unipersoais: presidencia, vicepresidencia e secretaría. órganos colexiados: pleno e relatorios técnicos	Indefinido
<b>Biscaia</b>	Mínimo 7 persoas	Voluntaria	4 persoas 120 horas	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	3 anos renovables
<b>Castela-A Mancha</b>	20 persoas	Voluntaria, con indemnización polos gastos ocasionados	Non consta	Consellería de Asuntos Sociais	Presidencia, vicepresidencia, secretaría e vogalías	4 anos renovables unha vez
<b>Cataluña</b>	34 persoas	Voluntaria e con dereito a dietas das persoas sen cargo na Administración Pública	Todos as persoas membro, ou compromiso de formarse en breve espazo de tempo (sen determinar o tempo)	Departamento competente en materia de servizos sociais	Órganos unipersoais: presidencia, vicepresidencia 1ª e 2ª e secretaría. Órganos colexiados: pleno, comisións permanentes e comisións de traballo	5 anos renovables
<b>Guipúscoa</b>	Mínimo 7 persoas	Voluntaria	4 persoas 90 horas	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	3 anos renovables
<b>Navarra</b> <i>Comité de ética na atención social</i>	Mínimo 7 persoas	Voluntaria	4 persoas 120 horas	Departamento competente en materia de servizos sociais	Presidencia, vicepresidencia e secretaría	3 ano (renovables até 9 anos)
<b>Navarra</b> <i>Comité de ética de carácter sectorial</i>	Mínimo 5 persoas	Voluntaria	3 persoas 120 horas	Departamento competente en materia de servizos sociais	Presidencia, vicepresidencia e secretaría	3 ano (renovables até 9 anos)

### **2.3.6.1. Nomeamento das persoas do Comité**

En Biscaia (artigo 5.2), Guipúscoa (artigo 5.2), Álava (artigo 5.2) e Asturias (artigo 6.2) os CEIS estarán dotados dun mínimo de 7 membros. Ao menos a metade das persoas terán traballo de atención directa habitual coas persoas usuarias no ámbito dos servizos sociais, e o resto terá un posto de traballo non asistencial. De maneira puntual poderán participar outras persoas profesionais en calidade de expertas. Os CEIS dependerán organicamente do xerencia/dirección do centro/institución correspondente.

O artigo 5.6 do Decreto de Álava inclúe que non deberán formar parte dos Comités o persoal directivo da institución, entidade, centro ou servizo do que dependan organicamente os mesmos.

E o artigo 6.6 do Decreto de Asturias indica que non poderán formar parte do Comité de ética os altos cargos das administracións públicas, as persoas membros de órganos directivos dos colexios profesionais ou das universidades públicas ou privadas, asociacións profesionais ou sindicatos, nin de empregados públicos que ocupen cargo de libre designación, salvo que se trate de persoas que ocupen a dirección dun centro de servizos sociais.

A designación dos primeiros membros do Comité realizarase polo máximo responsable do centro, servizo ou institucións implicadas de entre aquelas persoas que voluntaria e expresamente desexen formar parte do mesmo, e así o recollen as normas de Biscaia (artigo 6), Guipúscoa (artigo 6) e Álava (artigo 9). Unha vez designadas, as persoas membro elixirán de entre elas ás persoas que exerzan as funcións de presidencia e secretaría. Os sucesivos nomeamentos dos membros que voluntariamente se presenten realizaranse polo propio Comité. O nomeamento como membro do Comité realizarase para períodos de 3 anos renovables en Biscaia e Guipúscoa, e 4 anos renovables en Álava. En Asturias, os primeiros membros do Comité son designados pola persoa titular da consellería competente en materia de benestar social (artigo 7.1) e, posteriormente, entre as persoas que forman o comité elixen ás persoas que desempeñan a presidencia e a secretaría do CEIS (artigo 5); neste caso a condición de membro do Comité comprende un período de tres anos, prorrogables por iguais períodos até completar un total de nove anos consecutivos.

O nomeamento dos membros do CEIS faise por un tempo limitado (con posibilidade de renovación) agás en Baleares (artigo 11), onde os vogais exercen as



súas funcións en principio de maneira indefinida, salvo polos motivos recollidos no artigo 12 do Decreto:

Renuncia ou defunción, incapacitación civil declarada xudicialmente, incompatibilidade sobrevida ou inhabilitación para o exercicio de cargos públicos; condena por delito doloso mediante sentenza firme; ausencia inxustificada de dúas sesións seguidas do Pleno ou catro alternas no mesmo ano, e renovación do nomeamento polo órgano competente.

### 2.3.6.2. Órganos unipersoais

Algúns Decretos de creación dos Comités son complexos e específicos, e recollen minuciosamente as funcións da presidencia e da secretaría do Comité. Entre as funcións da presidencia do Comité de Álava (artigos 7) sinálanse as seguintes:

- Exercer a representación do Comité;
- Acordar a convocatoria das sesións ordinarias e extraordinarias e a fixación da orde do día tendo en conta as peticións dos demais membros;
- Presidir as sesións, moderar o desenvolvemento dos debates e suspendelos por causas xustificadas;
- Coidar o cumprimento das leis, dos acordos adoptados e de que se cumpran os fins e obxectivos do Comité;
- Visar, xunto co Secretario/a as actas das reunións e as certificacións dos acordos; exercer cantas outras funcións sexan inherentes á Presidencia.

O artigo 2.c do Decreto de Baleares sinala que a presidencia dispón de voto de calidade, e no artigo 9.3 sinálase que ten que establecer a convocatoria das sesións ordinarias cunha antelación mínima de quince días naturais, e de oito días non caso de sesións extraordinarias.

Entre as funcións da secretaría do Comité de Álava (artigos 8) sinálanse:

- Asistir ás reunións do Comité, con voz e voto;
- Efectuar a convocatoria das sesións do Comité, por orde da Presidencia, así como as citacións ás persoas membro do mesmo; asinar co Presidente/a as actas das reunións;
- Recibir os actos de comunicación das persoas membros do Comité, e por tanto as notificacións, peticións de datos, rectificacións ou calquera outra clase de escrito;
- Expedir certificacións das consultas, ditames e acordos aprobados; preparar o despacho dos asuntos, archivar e custodiar toda a documentación;
- Asegurar o envío a todas as persoas membro do Comité das circulares, documentos e información relativa ao mesmo;
- Recibir xustificación das ausencias e poñer en coñecemento do comité as baixas voluntarias,
- E cantas outras funcións sexan inherentes á súa función.

Mais o artigo 8.2 do Decreto de Baleares recolle explicitamente que a secretaría do Comité actúa con voz pero sen voto.

Os regulamentos de réxime interior dos CEIS recollen tamén a maneira de proceder nas substitucións da presidencia e secretaría nos casos de vacante, ausencia, enfermidade, ou outra causa legal.

Nalgunhas normas de creación dos CEIS sinálase tamén a vicepresidencia entre os órganos de funcionamento: é o caso dos CEIS de Baleares, Castela-A Mancha, Cataluña e Navarra. Ademais, na norma de Castela-A Mancha tamén se establecen vogalías entre as persoas membro do CEIS.

### **2.3.6.3. Órganos colexiados**

Os Decretos de Cataluña e Baleares estruturan o Comité de ética en órganos unipersoais e colexiados. En Baleares (artigo 5) sinálanse como órganos unipersoais: presidencia, vicepresidencia e secretaría; e órganos colexiados: o pleno e os relatorios técnicos.

As sesións do Pleno de Baleares quedan constituídas coa asistencia, en primeira convocatoria, da maioría absoluta de membros do pleno (artigo 9.4).

Se non hai quórum suficiente, constituirase unha segunda convocatoria media hora despois, e neste caso é necesaria a asistencia dunha terceira parte das persoas membro. En ambos os dous casos teñen que estar presentes o presidente/a, ou a persoa que substitúe este cargo, e o secretario/a.

O presidente/a tamén pode convocar ás sesións persoas expertas na materia a tratar; igualmente pode invitar a asistir ás mesmas a representantes da consellerías do Goberno das Illas Baleares, dos consellos insulares ou dos municipios, e a representantes das entidades privadas que traballan no ámbito dos servizos sociais; nestes casos, as persoas teñen dereito á voz pero non ao voto (artigo 9.5).

O artigo 10.3 indica que todas as persoas que forman parte do Comité de ética son nomeadas pola Conselleira de Asuntos Sociais, Promoción e Inmigración. E deste xeito, o Pleno do Comité de ética de servizos sociais das Illas Baleares está composto polas seguintes vinte persoas (artigo 10.1):

Unha persoa designada por cada un dos colexios profesionais de psicólogos, avogados, médicos, enfermería e ciencias políticas e socioloxía. Un traballador/a social dos servizos sociais comunitarios básicos de cada illa, un traballador/a social do ámbito residencial, e un traballador/a social de servizos especializados (estas persoas serán asignadas polo Colexio de Diplomados en Traballo Social das Baleares). Un educador/a social dos servizos sociais comunitarios básicos e un educador/a social que traballe en recursos específicos ou especializados (estas persoas serán asignadas polo Colexio de Diplomados en Traballo Social das Baleares). Unha persoa designada polo Consello Económico e Social de entre as persoas que o compoñen. E seis persoas designadas pola Universidade das Illas Baleares das especialidades seguintes: filosofía, dereito, socioloxía, psicoloxía, pedagogía, e traballo social e servizos sociais.

Segundo o artigo 13.1 do Decreto de Baleares, todas as persoas membro do Pleno actúan con independencia e neutralidade, e a condición de membros será incompatible coa condición de membro do Parlamento ou do Goberno das Illas Baleares, o exercicio de calquera cargo de elección ou designación política, e o exercicio de funcións de dirección ou executivas en partidos políticos ou organizacións sindicais ou empresariais (artigo 13.2).

O artigo 4 do Decreto regulador do Comité en Baleares, sinala que dito Comité funciona en Pleno e mediante os relatorios técnicos que, no seu caso, constitúense temporalmente para elaborar estudos e emitir informes e se disolven logo de ter rematada a tarefa para a cal foron constituídos. O Pleno (artigo 9) é o órgano superior de decisión do Comité e está integrado por todos os membros. Reúnese catro veces ao ano con carácter ordinario e, con carácter extraordinario cando o considere oportuno o Presidente/a ou unha terceira parte das persoas membro.

Para dar apoio ao Pleno do Comité de Baleares constitúense con carácter temporal relatorios técnicos para elaborar estudos e emitir informes; a estas sesións pódese invitar a persoas expertas (artigo 14.1). Cada relatorio disólvese logo de ter rematado a tarefa para a cal foi constituída (artigo 14.2).

En Cataluña (artigo 3) sinálanse como órganos unipersoais: presidencia, vicepresidencia primeira e segunda, e secretaría; e como órganos colexiados: o pleno, a comisión permanente e a comisión de traballo.

O Pleno do Comité de ética de servizos sociais de Cataluña está integrado como máximo por 34 persoas con interese polas cuestións éticas (artigo 5.1), coa seguinte composición:

O Presidente/a debe ser unha persoa experta e de recoñecido prestixio no ámbito do coñecemento das ciencias humanas e sociais, a saúde, a educación, a xustiza ou a filosofía; as vogalías estarán constituídas por dez persoas profesionais técnicas do Departamento competente en materia de servizos sociais que pertencen aos ámbitos de actuación deste Departamento, unha parte das cales estará vinculadas aos servizos de atención directa de persoas usuarias dos centros de servizos sociais, con experiencia en servizos sociais. Cinco persoas profesionais pertencentes aos ámbitos de coñecemento das ciencias humanas e sociais, a saúde, a educación, a xustiza e a filosofía. Catro persoas en representación dos respectivos colexios profesionais de Tráballo Social, Educadores/as Sociais, Psicólogos/as e Pedagogos/as, designados polo órganos de goberno correspondentes. Catro profesionais con adscrición aos servizos sociais básicos en representación da Federación de Municipios de Cataluña e a Asociación de Municipios e Comarcas, designados polas mesmas entidades, Tres persoas de recoñecido prestixio no ámbito das entidades de iniciativa social, que poderán ser propostas pola Mesa de Entidades do Terceiro Sector Social. Catro persoas en representación das entidades de iniciativa privada, social e mercantil, prestadoras de servizo: dúas persoas en representación do sector mercantil e dúas persoas en representación de asociacións de persoas usuarias e familiares. Un coordinador/a do Comité que será o Secretario/a xeral do Departamento competente en materia de servizos sociais, que ten como función principal garantir o apoio técnico e administrativo ás tarefas do Comité, así como auxiliar á presidencia nas funcións que lle sexan encomendadas.

Por acordo do Comité, nomearanse, de entre os seus representantes, o presidente/a, un vicepresidente/a primeiro e un vicepresidente/a segundo (artigo 5.5 da Orde de Cataluña).

As persoas vogais do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña son nomeadas pola persoa titular do Departamento competente en materia de servizos sociais por un período de cinco anos renovable por períodos de igual duración (artigo 5.6).

A Secretaría do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña será exercida por unha funcionaria do Departamento competente en materia de servizos sociais e pertencente ao corpo superior de administración. O secretario/a do Pleno será tamén secretario da Comisión Permanente, e actúa con voz pero sen voto (artigo 7).

O Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña debe constituír unha comisión permanente con funcións de coordinación de comisións de traballo e de preparación das reunións do Pleno do Comité (artigo 6.1).

A Comisión Permanente esta integrada polo presidente/a, os dous vicepresidentes/as, o coordinador/a e un mínimo de catro vogais que designará a Presidencia, actuando como secretario/a a mesma persoa que o é no Pleno (artigo 6.2). Con carácter excepcional, a Comisión Permanente pode reunirse con funcións consultivas en relación a temas que precisen unha resposta inmediata, incompatible coa convocatoria dunha reunión ordinaria ou extraordinaria do Pleno. A urxencia do tema será valorada pola Presidencia, que debe convocar ao Pleno do Comité no prazo non superior a

quinze días para o debate e ratificación, no seu caso, do pronunciamento da Comisión Permanente. Para a válida constitución da Comisión requírese a presenza como mínimo do presidente/a ou de quen o substitúa, o secretario/a e un vicepresidente/a (artigo 6.3).

En Cataluña, por iniciativa da presidencia ou das persoas vogais do Pleno, pódense constituír as comisións de traballo co fin de optimizar o asesoramento en áreas específicas e sectoriais, e analizar ou facer seguimento sobre cuestións da súa competencia (artigo 3.2).

As comisións de traballo deben estar coordinadas e presididas por un vogal do Comité cando as materias a tratar así o aconsellen, a proposta da presidencia (artigo 3.3). O acordo de creación das comisións de traballo determinará as funcións que se lles encomendan, así como a súa vixencia, que poderá ser de carácter temporal ou permanente. Tamén determinará a composición, a forma de designación das persoas membros e a persoa que debe facer as funcións de secretaria do grupo de traballo (artigo 3.4). Así mesmo, os traballos que dimanen das comisións de traballo deben someterse á consideración do Comité de ética de servizos sociais, reunido en pleno, para a súa discusión e aprobación, no seu caso (artigo 3.5).

#### **2.3.6.4. Formación**

Un aspecto importante é que, a excepción de Baleares e Castela-A Mancha, todos os Decretos recollen, con diferente intensidade, a necesidade de formación en bioética ou en ética de intervención social das persoas membro do CEIS.

En Biscaia (artigo 5.2) as persoas que compoñen os CEIS deben ter formación en bioética e, ao menos catro persoas, terán acreditadas 120 horas de formación.

O Decreto de Álava recolle que o Comité ten que contar coa presenza de, ao menos, unha persoa experta con acreditada formación en ética da intervención social o en bioética (artigo 5.3). Ademais, as persoas membro do Comité deberán ter formación en ética en intervención social, das que ao menos a metade, terán 60 horas acreditadas (artigo 5.4).

O artigo 5.2 da Orde de Cataluña indica que as persoas vogais do Comité de ética dos servizos sociais deben ter unha formación específica en temas de ética, ou tomar o compromiso de ter a formación nun prazo breve de tempo.

O artigo 6.4 do Decreto de Asturias recolle que todas as persoas membro do Comité deberán acreditar 120 horas de formación.

E o Comité de ética na atención social de Navarra está composto por sete persoas, das que ao menos catro deben contar cun mínimo de 120 horas de formación e experiencia en ética (artigo 6.1).

#### **2.3.6.5. Participación**

As normas reguladoras de Asturias e Cataluña fan fincapé na participación a título individual de cada unha das persoas membro do Comité, e non na representación dalgunha entidade ou institución. Incídese tamén, por exemplo, na importancia de que os centros públicos da Comunidade Foral de Navarra e os seus organismos públicos (artigo 12.2) faciliten a dispoñibilidade do tempo necesario para atender ás reunións e ás actividades que se deriven do seu nomeamento de maneira que o desempeño das súas funcións sexa compatible coa actividade propia do posto de traballo.

Os membros dos CEIS desenvolven o seu cometido de maneira gratuíta, con excepción de Baleares, onde as persoas membro do Pleno teñen dereito a percibir as gratificacións e as indemnizacións establecidas para os órganos colexiados da Comunidade Autónoma (Disposición Adicional Segunda). Cataluña recolle que as persoas vogais que non sexan nomeadas en razón do seu cargo na Administración Pública teñen dereito a percibir dietas para a asistencia ás reunións en base á normativa prevista (Disposición Adicional); e en Castela-A Mancha, aínda que a participación nas actividades do Comité non serán retribuídas, no artigo 4.6. especifica que os membros do Comité terán dereito a ser indemnizados polos gastos ocasionados con motivo da asistencia ás reunións.

#### **2.3.7. Funcionamento dos CEIS**

Os textos articulados dos Decretos de creación de cada CEIS recollen aspectos concretos en relación ao funcionamento de cada comité. En concreto, especifícase: a convocatoria de reunións mínimas anuais, a convocatoria de reunións especiais ou urxentes, a adopción de acordos dentro do Comité e o acceso ao mesmo, tanto das persoas usuarias como das persoas profesionais e das institucións.

Cadro 11: Funcionamento dos CEIS.

FUNCIONAMENTO DOS CEIS					
Territorio	Reunións mínimas anuais	Convocatorias especiais ou urxentes	Acordos	Acceso das persoas usuarias	Acceso dos profesionais e das institucións
<b>Álava</b>	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Unidade de atención á persoa usuaria, servizo similar e secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Asturias</b>	4	Procedemento específico segundo o regulamento de funcionamento	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Baleares</b>	4	Convocar con 8 días de antelación	Por maioría simple. En caso de empate, a presidencia ten voto de calidade	Impreso (modelo oficial) dirixido á presidencia	Colexios profesionais ou a presidencia
<b>Biscaia</b>	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Unidade de atención á persoa usuaria e/ou servizo similar	Secretaría do Comité
<b>Castela-A Mancha</b>	2	Sen especificar o proceso	Non constan	Consellería, órganos do Servizo de Saúde, comités de ética sanitarios, colexios profesionais, entidades da administración rexional	Consellería, órganos do Servizo de Saúde, comités de ética sanitarios, colexios profesionais, entidades da administración rexional
<b>Cataluña</b>	3	Comisión permanente coa ratificación do pleno	Non constan	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Guipúscoa</b>	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple	Unidade de atención á persoa usuaria, servizo similar e secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Navarra</b> <i>Comité de ética na atención social</i>	4	Sen especificar o proceso	Por unanimidade ou 2/3 das persoas membro	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Navarra</b> <i>Comité de ética de carácter sectorial</i>	4	Sen especificar o proceso	Por unanimidade ou 2/3 das persoas membro	Dirección dos centros, servizos ou institucións, ou secretaría do Comité	Dirección dos centros, servizos ou institucións, ou secretaría do Comité

### **2.3.7.1. Convocatoria de reunións**

Nas normas actuais existen moi poucas referencias concretas tanto ao réxime ordinario de convocatorias e reunións do comité de ética, como ao réxime especial e urxente para os casos específicos, debido a que tales aspectos quedarán recollidos nos regulamentos de réxime interno de cada Comité de ética.

O regulamento de funcionamento dos CEIS de Biscaia (artigo 8.1), de Álava (artigo 12.1) e de Asturias (artigo 8) contemplan que xunto ao réxime ordinario de convocatorias e reunións tamén ten que haber un réxime especial e urxente para os casos que poidan recibir tal cualificación. Posteriormente indícase que o CEIS deberá reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, tres veces ao ano. Isto mesmo indica o artigo 8 do Decreto de Guipúscoa, mais no Regulamento Interno do propio CEIS faise constar no artigo 18 que “[c]on carácter xeral establécese que o CEIS se reunirá unha vez ao mes”.

O Pleno do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña reunírase en sesión ordinaria como mínimo tres veces ao ano (artigo 5.11), mais tamén pode reunirse en sesión extraordinaria, con convocatoria previa da presidencia, a proposta das dúas terceiras partes das persoas membros do plenario.

O Comité de ética na atención social de Navarra deberá reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, catro veces ao ano.

### **2.3.7.2. Acceso**

O acceso das persoas usuarias ou dos seus familiares ao CEIS canalízase a través da Unidade de atención ás persoas usuarias, e o acceso dos profesionais e da institución ao CEIS canalízase por medio da secretaría do Comité (Biscaia, artigo 9.1; Guipúscoa, artigo 9.1; Álava, artigo 13.1). O acceso dos profesionais e das institucións, asociacións ou outras entidades ao CEIS desenvólvese a través da secretaría do propio Comité (Biscaia, artigo 9.2; Guipúscoa, artigo 9.2; Álava, artigo 13.2)

No caso de Baleares, a solicitude de recomendación presentárase no modelo oficial (artigo 15.4), formalízase a través do Rexistro da Consellería de Asuntos Sociais, Promoción e Inmigración (artigo 15.3) e o Comité de Baleares ten un prazo de 45 días hábiles para emitir o informe ou a recomendación.



A solicitude de asesoramento ao Comité de ética na atención social de Navarra (artigo 9) e de Asturias (artigo 9), tanto das persoas usuarias, as familias ou os representantes legais das persoas usuarias como dos profesionais e os Comités sectoriais, deberá canalizarse a través da secretaría do mesmo.

No caso de Navarra, con carácter xeral, as consultas formularanse ante os Comités de ética sectorial cando as cuestións suscitadas pertencen a un área de actuación determinada ou a un centro concreto. Formularanse as consultas ante o Comité de ética na atención social cando ditas cuestións superen o ámbito de actuación dos Comités de ética sectorial ou de centro, ou cando se considere que supera a súa capacidade de actuación ou que carecen da obxectividade necesaria para asesorar sobre a correspondente consulta (artigo 3).

### **2.3.7.3. A toma de decisións**

Todos os CEIS apostan pola deliberación plural como referencia para a toma de decisión, mais as súas recomendacións non son vinculantes. Inciden na importancia da confidencialidade de todos os datos que manexan e resaltan ademais que as persoas que compoñen o CEIS deben preservar a confidencialidade da información á que teñan acceso por razón do seu cargo e, do mesmo xeito, preservarán o segredo das deliberacións entre as persoas do Comité (artigo 8.4 do regulamento de Biscaia, artigo 8.4 de Guipúscoa, artigo 12.4 de Álava, artigo 10.8. do Decreto asturiano, artigo 4.3 da Orde de Cataluña, artigo 5.5. de Castela-A Mancha, artigo 20.5 do Decreto de Navarra, artigo 11.4 do Decreto de Navarra e artigo 8.8. de Asturias). Ademais, o artigo 4.2 da Orde catalá resalta que, no exercicio das funcións atribuídas ao Comité de ética dos servizos sociais, os seus membros actúan de acordo cos principios de legalidade, independencia, obxectividade e imparcialidade.

Algúns Comités formulan a posibilidade de contar con asesoramento técnico, é dicir, persoas que polos seus coñecementos ou experiencia poidan orientar temáticas específicas e resulten necesarios para o mellor exercicio das funcións do Comité. A súa participación, de carácter esporádico e a petición do Comité, limitarase ao asesoramento nas materias concretas para as que se lle solicite (Decreto de Baleares, no seu artigo 14, o Decreto de Navarra, no artigo 6.2, e o artigo 6.5 de Asturias). En Baleares ademais, estas persoas expertas participarán en relatorios técnicos, con voz pero sen voto.

Os informes ou recomendacións dos CEIS realizaranse sempre por escrito, enviándosele unha copia a quen tivera solicitado a súa actuación (Biscaia, artigo 10.1; Guipúscoa, artigo 10; Álava, artigo 12.5; Baleares, artigo 15.1; Navarra, artigo 4.1; Asturias, 10.1). O Decreto de Asturias, no artigo 10.3, especifica que se entenderá por informe o documento que recolla, tras a deliberación do Comité, propostas sobre cursos de acción posibles naqueles casos que presenten conflito de valores. As recomendacións entón adoptaranse de oficio e se recollerán en documentos que orienten as boas prácticas profesionais co fin de mellorar a calidade da atención no ámbito dos servizos sociais.

A adopción de acordos realizarase por maioría simple dos membros do Comité, excepto as funcións que requiran a aprobación de ao menos dúas terceiras partes das persoas membro do CEIS presentes, concretamente: a proposta de protocolos de actuación, a elaboración de informes e recomendacións ante casos concretos nos que se solicite asesoramento e a elaboración do propio regulamento de funcionamento do Comité (artigo 8.3 do Decreto de Biscaia, artigo 12.3 de Álava e artigo 8.6. de Asturias).

Segundo o artigo 6.2.c da norma reguladora do Comité de ética de Baleares, a adopción de acordos tamén se toma por maioría simple das persoas membro asistentes, mais, en caso de empate, o presidente/a conta con voto de calidade (artigo 9.6).

Nos casos nos que o informe ou recomendación do Comité non se formule por unanimidade, existe a posibilidade de que as persoas membro que o desexen poidan facer constar o seu desacordo e as razóns do mesmo, no voto particular (artigo 10.2 de Biscaia; artigo 12.6 de Álava, artigo 8.6 de Asturias e artigo 11.3 do Comité de ética na atención social de Navarra).

### **2.3.8. *Peculiaridades dalgúns Comités de ética en intervención social***

Cada Comité de ética en intervención social responde ás demandas e ás especificidades do seu territorio, o que leva ao desenvolvemento de diferentes modelos ou de aspectos singulares nalgúns Comités. É o caso do Comité de ética de saúde e benestar social en Castela-A Mancha, do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña, e dos Comités de ética de carácter sectorial ou de centro en Navarra.

### **2.3.8.1. Comité de ética de saúde e benestar social de Castela-A Mancha**

A través da Orde de 22/12/2010, créase en Castela-A Mancha un Comité de ética de saúde e benestar social que se configura coma órgano colexiado de carácter consultivo e interdisciplinar aos servizo das persoas e das entidades que prestan, utilizan ou son destinatarias de servizos sanitarios ou de intervención social (artigo 2). Converténdose deste xeito nun Comité de ética con carácter sociosanitario.

Este Comité está adscrito á Consellería competente en materia de saúde e servizos sociais, e ten como obxectivo mellorar a calidade da prestación sanitaria e social, ademais de ser foro de referencia e de debate ético no eido das ciencias sociais e da saúde. Así, o Comité de ética de saúde e benestar social servirá de apoio aos comités de ética asistencial dos servizos sanitarios e sociais que desenvolvan as súas funcións no ámbito do sistema público de Castela-A Mancha, e terá as seguintes funcións (artigo 3):

- Prestar asesoramento á Administración rexional na toma de decisións ante problemas éticos no ámbito social e sanitario (mediante a emisión de informes);
- Elaborar estudos, protocolos e documentos sobre aspectos éticos da atención sanitaria e social;
- Promover actitudes e boas prácticas a través da emisión de recomendacións en garantía dos dereitos e deberes das persoas da esfera sanitaria e social;
- Promover a formación, o debate e a inclusión da ética como elementos de calidade na práctica profesional dos servizos sociais e sanitarios;
- Apoiar aos comités de ética asistencial dos servizos sanitarios e sociais;
- Informar aos colexios profesionais relacionados coa saúde e o benestar social cando o soliciten.
- Establecer relacións de colaboración con órganos que realicen funcións análogas noutras administracións públicas, e
- Elaborar unha memoria anual de actividades.

O Comité de ética de saúde e benestar social estará formado por profesionais de recoñecido prestixio no ámbito da vida e do coidado da saúde, das ciencias sociais e do dereito, e por persoas con traxectoria persoal en defensa dos valores éticos (artigo

4). O comité estará composto polo presidente, elixido polas persoas membros do comité; o vicepresidente, tamén elixido polos membros do comité, e os vogais, que serán:

- a) Seis persoas con titulación en Medicina, Bioloxía, Psicoloxía, Farmacia, Bioquímica, Ciencias da Saúde, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Traballo Social ou Educación Social, con coñecementos e experiencia acreditada en bioética, a proposta da persoa titular da Dirección Xeral da Consellería competente en materia de saúde e benestar social (e ao menos, dúas persoas, deberán estar vinculadas á Universidade).
- b) Dous profesionais do Dereito con coñecemento e experiencia en materia sanitaria e bioética a proposta da persoa titular da Secretaría Xeral da Consellería competente en materia de saúde e benestar social.
- c) Dous profesionais técnicos da Consellería competente en materia de benestar social e vinculados aos servizos de atención directa de persoas usuarias dos centros de servizos sociais, con experiencia en servizos sociais, a proposta da persoa titular da Secretaría Xeral da Consellería competente en materia de saúde e benestar social.
- d) Dúas persoas de recoñecido prestixio en humanidades e ciencias sociais, a proposta da persoa titular da Secretaría Xeral da Consellería competente en materia de saúde e benestar social.
- e) Unha persoa de recoñecido prestixio no ámbito da bioética, a proposta do Consello de Consumidores e Usuarios de Castela-A Mancha.
- f) Unha persoa vinculada á Universidade de Castela-A Mancha de recoñecido prestixio polos seus coñecementos en humanidades ou ciencias sociais, ética deontoloxía ou dereito sanitario, a proposta da Universidade.
- g) Os Presidentes dos comités de ética asistencial dos servizos sanitarios e sociais.

O secretario/a do Comité terá voz, pero non voto. Será designado pola persoa titular da Consellería competente en materia de saúde e benestar social entre o persoal licenciado en dereito da Consellería. E as persoas vogais serán nomeadas pola Consellería competente por un período de catro anos prorrogables por outros catro. Ademais nomearanse suplentes para cada un deles.

Os gastos de funcionamento do Comité correrán a cargo da Secretaría Xeral da Consellería competente. E aínda que a participación nas actividades do Comité non serán retribuídas, as persoas membros do Comité terán dereito a ser indemnizados polos gastos ocasionados con motivo da asistencia efectiva ás súas reunións (artigo 4.6).

En canto ao funcionamento (artigo 5), o Comité de ética de saúde e benestar social de Castela-A Mancha elaborará o seu propio Regulamento de Organización e Funcionamento. Reunirase en sesión ordinaria ao menos dúas veces ao ano, e poderá reunirse con carácter extraordinario a iniciativa da Presidencia ou dunha terceira parte dos seus membros. O Comité poderá acordar a creación de subcomisións e grupos de traballo para o estudo de temas concretos, así como convidar a persoas non integrantes

do mesmo a participar con voz pero sen voto nas sesións, subcomisións e grupos de traballo.

Os informes do Comité serán sempre por escrito e terán carácter facultativo e non vinculante. En todo momento garantirase a confidencialidade das deliberacións e de toda a información á que teñan acceso as persoas membro.

O Comité de ética emitirá os seus informes sobre cuestións relacionadas coa bioética de oficio ou a solicitude dos seguintes organismos: os titulares das consellerías da Xunta de comunidades, os órganos centrais e periféricos do servizo de saúde de Castela-A Mancha, os comités de ética asistencial dos servizos sanitarios e sociais, os colexios profesionais, e calquera entidade de carácter territorial ou institucional que dependa da administración rexional.

#### **2.3.8.2. Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña**

A Orde ASC/249/2010, do 16 de xuño, reguladora do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña, crea tamén espazos específicos de reflexión ética en centros e servizos sociais, para analizar e asesorar na resolución de posibles problemas éticos que se producen na práctica da intervención social (cfr. *supra*, cap.2, apdo.4.4). Estes Espazos de reflexión ética créanse de forma voluntaria e por acordo dos órganos competentes de centros e servizos sociais, teñen carácter interdisciplinar e están ao servizo das persoas que participan na intervención social: persoas profesionais, destinatarias, asociacións ou institucións participantes (artigo 8.1).

As persoas que forman parte dos Espazos de reflexión precisan formación básica en ética (ou o compromiso de adquirila nun período razoable) e deben preservar a confidencialidade da información á que van ter acceso (artigo 8.3).

O Comité de ética dos servizos sociais elabora os criterios de regulación da estrutura e funcionamento dos Espazos de reflexión ética en materia de servizos sociais, e establece tamén os criterios para a súa constitución (Disposición Transitoria 1).

O artigo 9 da Orde do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña tamén engade algunhas outras cuestións específicas. Por un lado establece que o regulamento de funcionamento interno do Comité establece as metodoloxías de comunicación e xestión do coñecemento entre os diferentes comités de ética existentes, entre as

diferentes instancias xeradas en materia de ética en servizos sociais e con outros ámbitos vinculados, para potenciar dinámicas de traballo activas e de carácter transversal, e para progresar na reflexión e análise dos diferentes temas a abordar.

O mesmo artigo 9 sinala que, con respecto a todas as cuestións da ética da intervención social, con clara vinculación coa bioética, o Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña traballará en colaboración co Comité de Bioética de Cataluña. Garantido desta forma a participación do Comité de servizos sociais nos grupos de traballo que, para o tratamento de temas de interese común constitúa o Comité de Bioética de Cataluña.

Coa finalidade de xerar o máximo impacto e divulgación nas entidades prestadoras e nos profesionais dos servizos sociais, farase difusión dos resultados dos traballos dos diversos Comités (artigo 9.2 da Orde ASC/249/2010, do 16 de xuño, do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña).

### **2.3.8.3. Comités de ética sectoriais ou de centro de Navarra**

O Decreto 60/2010, de 20 de setembro, polo que se regula o Comité de ética na atención social de Navarra, tamén crea os Comités de ética sectoriais ou de centro, que son órganos consultivos, interdisciplinares e independentes encargados de asesorar e propoñer alternativas aos aspectos éticos, metodolóxicos e xurídicos que se formulan na atención ás persoas usuarias de centros, servizos e institucións de servizos sociais ou nas actividades de docencia que se leven a cabo nos mesmos (artigo 13).

Os Comités de ética sectorial constitúense con carácter voluntario, por acordo dos órganos competentes de cada centro ou centros nos que vaian intervir (artigo 14). Deben ser acreditados polo Departamento competente en materia de servizos sociais, que ademais determinará o ámbito xeográfico e institucional de cada Comité (artigo 16.1). Para ser acreditados, os Comités de ética sectoriais deben xustificar que cumpren os requisitos establecidos no Decreto e que levan ao menos un ano de funcionamento tras a creación (artigo 16.1). Do mesmo xeito, será necesaria a presentación dos seguintes documentos: solicitude de acreditación formulada pola persoa responsable do Centro; acordo de creación do Comité con data efectiva de constitución, memoria de actividades (incluíndo unha relación de medios materiais e recursos humanos), currículo

de todas as persoas membro, con especial mención ao seu interese, coñecemento e experiencia en ética, e regulamento de réxime interior (artigo 16.2).

Os Comités de ética sectoriais estarán compostos, como mínimo, por cinco persoas, das que ao menos tres persoas contarán como mínimo con 120 horas de formación e experiencia en ética. Ao menos a metade das persoas membros serán profesionais cuxo posto de traballo sexa de relación asistencial coas persoas usuarias no ámbito dos servizos sociais, e o resto serán profesionais con experiencia en ética e cun posto de traballo non asistencial, debendo ser unha delas licenciada en dereito (artigo 17.1).

As persoas que desempeñen cargos directivos non poderán formar parte dos Comités de ética sectoriais (artigo 17.3). Mais, estes Comités poderán recorrer ao asesoramento técnico en materias concretas. (artigo 17.2).

O nomeamento dos primeiros membros dos Comités de ética sectoriais realizase a través da persoa que ostente a dirección do centro, a proposta dos órganos de participación (artigo 18.1). Unha vez nomeadas as persoas membros do Comité elixirán de entre elas presidencia, vicepresidencia e secretaría, requiríndose maioría simple de votos (artigo 18.2). Os sucesivos nomeamentos realizaranse polo propio Comité de ética sectorial. Mais, o nomeamento de cada persoa membro terá unha duración de tres anos renovables por iguais períodos de tempo, sen que o período total poida exceder os nove anos (artigo 18.4).

Segundo o artigo 19, as funcións dos Comités de ética sectoriais son de consulta e ditame da idoneidade de intervención en relación cos beneficios esperados na atención social; a elaboración de informes e recomendacións; o asesoramento nos procesos de decisión en situacións de conflito ético entre profesionais, persoas destinatarias e institucións; a proposta de protocolos de actuación; a elaboración e aprobación do seu propio regulamento de réxime interno, e a elaboración dunha memoria anual que deberá remitirse ao Comité de ética na atención social de Navarra.

Os Comités de ética sectoriais dependen organicamente da persoa responsable do centro (artigo 20.1), aínda que gozan de plena autonomía nas súas actuacións e non dependen funcionalmente de ningún órgano. Deben dispoñer dun regulamento de réxime interior que contemple, xunto ao réxime ordinario de convocatorias e reunións, un réxime especial e urxente, para casos específicos, cun tempo máximo de resposta. O artigo 20.2 recolle explicitamente que estes procedementos publicaranse na páxina

correspondente ao Departamento competente en materia de servizos sociais do Portal do Goberno de Navarra en Internet ([www.navarra.es](http://www.navarra.es)).

Os Comités de ética sectoriais deben reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, catro veces ao ano (artigo 20.3). Tamén tomarán por unanimidade os acordos, e de non ser así, reflectirase nos seus informes e recomendacións, facendo constar todas as opinións vertidas sobre o tema e os razoamentos que as sustenten (artigo 20.4). Cada reunión do Comité quedará recollida nunha acta (artigo 20.6).

Tanto as persoas membros dos Comités, como as que se incorporen como asesoras, respectarán o principio de confidencialidade (artigo 20.5). As persoas membros dos Comités non poderán recibir directa nin indirectamente remuneración algunha (artigo 21).

Finalmente, o acceso das persoas usuarias, familias ou representantes legais das persoas usuarias e profesionais aos Comités de ética sectoriais canalizarase a través dos centros correspondentes ou da secretaría de cada Comité (artigo 22).

## **2.4. Recapitulación**

O percorrido realizado pola historia dos CEIS no Estado español apunta unha serie de aspectos clarificadores e de interese. No ANEXO pode consultarse un amplo cadro comparativo (elaboración propia) que recolle toda a información correspondente a cada unha das oito normas reguladoras dos CEIS existentes no Estado español.

Neste momento xa comezan a existir resultados interesantes que avalan a existencia dos Comités de ética vinculados aos servizos sociais, dende un modelo de capacitación das persoas e de protección e apoio para a súa incorporación á sociedade. No latexo da incorporación de todas as voces aos procesos desenvolvidos nos CEIS, neste caso, das persoas usuarias, das familiares, coidadoras informais, das profesionais,... sairá fortalecida cada unha das persoas e acadarase maior cohesión e xustiza social. De feito, o Decreto de Álava puntualiza xa na exposición de motivos da norma de creación do CEIS que "...a experiencia dos Comités de ética en intervención social están demostrando a súa utilidade e o valor dos seus informes e recomendacións na proposta de mellora da calidade".



Na medida en que as actuacións profesionais no ámbito social inciden directamente na vida da cidadanía coa que se intervén, a reflexión ética debería incorporarse á práctica cotiá dos profesionais e das organizacións de servizos sociais mediante o apoio de Comités de ética en intervención social como ferramenta de calidade e de crecemento da profesións sociais (Rodríguez, 2014, 55-16).

Tras desenvolver a análise das normas dos CEIS cómpre salientar que a evolución é moi semellante nos diferentes Comités de ética en intervención social. Poderíase falar incluso de tres etapas no proceso de creación. Nos inicios desenvólvense accións de sensibilización e formación en bioética vinculadas ao ámbito de actuación concreto. Despois, nos diferentes momentos do proceso, existe decisión a nivel político que establece un punto de inflexión no proceso de consolidación de cada Comité e que na maioría dos casos se concreta na elaboración dun marco normativo propio en coherencia coa lei vixente en materia de servizos sociais do propio territorio. E o paso definitivo na evolución de cada Comité implica a definición dun proxecto de actuación técnico e político que especifica o marco de intervención específico.

Resulta fundamental salientar a necesidade de apoio institucional para preservar a función asesora dos CEIS, así como a súa condición de espazos de deliberación e diálogo social, evitando así a súa instrumentalización ou derivación cara outros problemas ou conflitos que non lles corresponden. Este pulo tamén sería definitivo para favorecer a súa creación, mantemento e mellora continua ao longo do territorio español, recollendo doutras experiencias que as accións illadas ou unilaterais non producen resultados de cambio no eido social.

É tamén moi importante favorecer a formación dos e das profesionais do ámbito social en aspectos relacionados coa promoción do respecto aos dereitos humanos, a dignidade e as necesidades das persoas, e contribuíndo ao desenvolvemento da perspectiva ética tanto no ámbito público como no privado. Soamente desta forma poderán erradicarse as prácticas que poñen en risco a autonomía e o benestar das persoas usuarias, que deberán estar fundamentadas na prestación dos apoios necesarios para favorecer a toma de decisións por parte de cada persoa. A formación en bioética estará encamiñada a mellorar a calidade da asistencia, e para garantir a consolidación dos CEIS será importante motivar aos profesionais e manter ben informadas ás persoas usuarias dos servizos sociais. O apoio, a promoción e o financiamento da Administración Pública sería fundamental neste punto.

A Administración Pública debe velar pola efectividade dos dereitos das persoas destinatarias dos servizos sociais, mais, tal e como puntualiza no seu preámbulo a norma de Cataluña, “os CEIS non deben substituír ou adoptar a reflexión ética dos equipos profesionais na análise e planificación da súa intervención”.

Unha mostra dos avances da ética na intervención social é a aprobación do anteproxecto de Lei de servizos sociais de Andalucía, o 22 de xullo de 2014, polo que se crea o Comité de ética dos servizos sociais de Andalucía como órgano consultivo adscrito á Consellería competente en Servizos Sociais, co fin de garantir o dereito das persoas ao respecto da súa autonomía, personalidade, dignidade e intimidade.

### **3. PROPOSTA DE CREACIÓN DO CONSELLO DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EN GALICIA**

Unha característica da sociedade actual é a pluralidade. Este feito é positivo, mais a consideración da propia diversidade para asegurar o respecto á dignidade e á autonomía de cada persoa orixina a aparición dalgunhas dificultades no ámbito da intervención social. A complexidade é, polo tanto, unha das principais características que definen o día a día da práctica social. E así, as necesidades e carencias dalgunhas persoas do noso contorno comprometen á sociedade no seu conxunto, tanto dende o ámbito público e político como dende o privado, familiar e social. Soamente coordinando as distintas áreas de intervención as persoas poderán desfrutar dunha vida digna e en igualdade de condicións.

Os servizos sociais son un pilar fundamental no desenvolvemento do benestar comunitario e de cada persoa como membro de pleno dereito da sociedade. De aí a importancia de desenvolver un sistema que protexa, promocióne e empodere a cada unha das persoas usuarias dende unha rede de servizos de calidade en favor do benestar social con prestacións e/ou recursos técnica e eticamente excelentes. Os coñecementos teóricos e as habilidades prácticas determinan o correcto, dende o punto de vista técnico. Pero non basta con ofrecerlles ás persoas técnicas correctas e validadas; son precisas ferramentas éticas para abordar realidades complexas e conflitos éticos nas decisións asistenciais, tanto no plano das organizacións e das

institucións, no mesosistema, como no macrosistema, é dicir, no referido á busca do ben común da cidadanía.

As persoas usuarias dos servizos sociais (nenos e nenas, persoas con discapacidade ou en situación de dependencia, persoas maiores, persoas en riscos de exclusión social,...), as unidades de convivencia e diversos grupos atópanse, por diferentes circunstancias persoais ou sociais, en situación de vulnerabilidade, o que aumenta o risco de poder lesionar os valores das persoas ou das comunidades ás que se presta apoio. Porque “as persoas que traballamos no ámbito dos servizos sociais e sanitarios accedemos continuamente ao espazo privado das persoas para realizar as nosas intervencións co obxecto de protexelas e/ou prestar apoios para desenvolver a súa autonomía. Así tocamos o corpo, coñecemos os seus valores, exploramos os seus sentimentos e relacións afectivas, xestionamos as súas propiedades e recursos económicos, coñecemos a súa historia persoal e familiar, accedemos aos seus datos clínicos e educativos, en definitiva, participamos continuamente no seu espazo privado e restrinxido ás persoas de confianza que outorgan seguridade” (Grupo promotor do CEIS do Principado de Asturias, 2013, 13).

A preocupación pola vulnerabilidade está no núcleo central da bioética. Os avances da ciencia e da tecnoloxía esixían ser manexados por parte da humanidade e tender pontes entre a cultura científica e os valores morais, tendo en conta a liberdade e os dereitos das persoas. A bioética, como ética aplicada, achega un enfoque secular, interdisciplinar, global e sistemático de todas as cuestións éticas que teñen que ver coa investigación sobre o ser humano, e especialmente, coa bioloxía, a medicina e a atención sociosanitaria. E por este motivo, na aplicación da bioética á intervención social revélanse aspectos fundamentais da praxe asistencial.

A bioética como disciplina e mais os comités de ética xorden nun momento no que se reivindica o respecto á autonomía da persoa na toma de decisións. Isto implica tomar conciencia da dificultade de adoptar decisións correctas eticamente en situacións de conflito clínico, así como a necesidade de ter en consideración a perspectiva de todas as persoas implicadas, abandonando o paternalismo que viña caracterizando ao exercicio das profesións sociosanitarias. Polos seus obxectivos e a súa composición multidisciplinar, os comités de bioética son referente para as persoas que desexan asumir responsabilidade nas decisións que afectan á súa propia vida e para os e as profesionais que queren facer posible un novo modelo de relación baseado no respecto ás persoas; son foros para a reflexión ética e inciden de maneira preferente nos dereitos

fundamentais dos seres humanos. Deste xeito, a experiencia dos comités de ética no ámbito sanitario mostra o seu valor protexendo os dereitos humanos e integrando os principios e valores morais na toma de decisións clínicas e asistenciais.

A ética da intervención social implica ir máis aló do dereito á asistencia e ten por obxecto guiar a toma de decisións en situacións de conflito ético. A gran dificultade neste eido vén pola introdución dos valores, coa intención de determinar o que é bo para a persoa usuaria, para cada persoa concreta. De aí que a necesidade dos comités de ética sexa case inherente á práctica dos servizos sociais.

Os comités de ética en intervención social son coherentes cun modelo de servizos sociais baseado na promoción da autonomía e na capacitación das persoas para acadar o benestar, así como na súa protección e apoio para a incorporación á sociedade e a procura do seu benestar (cfr. *supra*, cap.1, apdo.4.5). Implican a mellora dos procedementos de atención e do proceso de atención sociosanitaria dende os servizos sociais, para o que é preciso formar aos profesionais e procurar procesos de actuación éticos no marco dos servizos sociais, xerando maiores sinerxías arredor da protección dos dereitos das persoas e promovendo espazos de revisión e reflexión profesional. O Consello de ética en intervención en Galicia podería ser de moita axuda. Haberá que agardar ás decisións políticas ou cómpre comezar a dar algún paso?

Tomando como referencia as experiencias que se están a desenvolver no ámbito social en diferentes Comunidades Autónomas e as experiencias previas do ámbito sanitario, a creación do Consello de ética en intervención social en Galicia contribuiría a mellorar a práctica cotiá, e ter a posibilidade de acadar maior benestar para as persoas usuarias. Para isto é necesario desenvolver valores na intervención social, sendo determinante favorecer que as propias persoas poidan intervir nas decisións asistenciais que lles afectan no seu día a día.

Cómpre recordar que Galicia ten competencia exclusiva en materia de asistencia social, de conformidade co establecido no artigo 27.23 no Estatuto de Autonomía e en relación co artigo 148.1.20 da Constitución Española. E que mediante a Lei 13/2008, de 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia, os poderes públicos quedan compelidos a desenvolver accións positivas que creen as condicións necesarias para que a liberdade e a igualdade do individuo e dos grupos nos que se integra sexan reais e efectivas, a remover os atrancos que impidan ou dificulten a súa plenitude e a facilitar a participación de toda a cidadanía na vida política, económica, cultural e social.

Realizando unha análise da Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia (LSSG) dende unha perspectiva bioética, aínda que non consta ningunha alusión expresa, o contido recollido nalgúns artigos podería favorecer a creación do Consello de ética en intervención social en Galicia (cfr. *supra*, cap.1, apdo.4.5). A mesma Lei de servizos sociais de Galicia recolle no artigo 49.1 que a calidade do Sistema galego de Servizos Sociais constitúe un principio xeral do sistema e un dereito das persoas usuarias, e posteriormente o artigo 50 subliña, entre os criterios de calidade do Sistema galego de Servizos Sociais, o seguimento e a avaliación permanente como maneira de orientalo cara a súa mellora continuada.

En canto á súa denominación, a Lei 16/2010, do 17 de decembro, de administración e funcionamento da Administración xeral e do sector público de Galicia, no artigo 22.1 establece que os órganos colexiados da Administración xeral con funcións de asesoramento reciben o nome de consellos, motivo polo que a denominación do novo órgano debería ser: Consello de ética en intervención social de Galicia (CEISG).

Propónse desenvolver o proceso de creación do CEISG en varias fases. Nun primeiro momento formaríase unha comisión promotora con funcións de dinamización e pilotaxe do proceso cara a constitución do Consello de referencia. Nesta fase é fundamental favorecer os procesos de formación bioética, así como a reflexión dos e das profesionais, co obxectivo de incrementar o nivel de sensibilidade e de crear unha cultura ética no eido social.

Nunha segunda fase constituiríase o Consello de ética en intervención social de Galicia, con carácter autonómico. Partindo da actual distribución de competencias na Administración galega, o CEISG podería estar adscrito á área de Benestar da Consellería de Traballo e Benestar. O CEISG sería unha comisión de carácter consultivo e interdisciplinar ao servizo de quen participa na intervención social (persoas usuarias, profesionais, familiares, institucións,...), creada para analizar e asesorar na resolución de posibles conflitos éticos que se producen na práctica diaria da intervención social e co obxectivo de mellorar, na súa dimensión ética, a calidade da asistencia dende os servizos sociais de Galicia. A metodoloxía estaría baseada no método deliberativo, dado que o Consello soamente propón accións prudentes, razoadas e argumentadas, podendo existir máis dunha resposta posible.

O CEISG é un recurso para o asesoramento ético ao servizo de todas as persoas que interveñen nos servizos sociais, e constitúe o inicio dun cambio na maneira de

afrontar a toma de decisións éticas no ámbito social. Poderían estudarse incluso novas formas de funcionamento dentro do propio CEISG. É o caso por exemplo da consultaría (cfr. *supra*, cap.2, apdo. 4.5), que nalgunha das súas modalidades podería incluírse na estrutura de funcionamento dos CEIS de Galicia.

Unha proposta tamén interesante sería tentar favorecer a relación entre o Consello de ética en intervención social de Galicia, con orientación social, e a Comisión Galega de Bioética, con orientación sanitaria. Podería incluso crearse un órgano común, de carácter sociosanitario, que dera cabida ás numerosas problemáticas comúns. En definitiva, estaríase procurando a coordinación sociosanitaria e favorecendo a saúde integral e o benestar das persoas que forman parte do Sistema Sanitario e do Sistema de Servizos Sociais de Galicia.

Soamente trala posta en funcionamento do CEISG e logo de ter desenvolvidos, indispensablemente, procesos de formación en bioética podería chegarse a afrontar unha terceira fase na que, partindo do ámbito xeográfico de actuación, se comezase a xerar unha rede coordinada de Consellos de ética de carácter territorial en Galicia (semellante á estrutura dos comités de ética de investigación de Galicia). Ou incluso promover a creación de comités de ética vinculados aos diferentes centros de servizos sociais, tanto de carácter comunitario como especializado, tal e como sucede cos comités de ética asistencial ou como recollen as normas creadoras dos CEIS de Álava, Biscaia e Guipúscoa. Neste punto habería varias cuestións relevantes e difíciles de acadar, que deben converxer para o desenvolvemento da ética na práctica asistencial, nas súas diferentes estruturas e dentro das institucións sociosanitarias (Vollmann, 2010, 91-106). Por un lado, a necesidade de apoio por parte da xerencia das organizacións, así como a conciencia da influencia indirecta da xestión no tratamento das persoas usuarias; e polo outro, a dedicación de persoas que se identifican cos obxectivos e confían nas potencialidades das mesmas.

En definitiva, é evidente a carencia actual de canles para resolver problemas éticos na práctica social, e percíbese que nalgunhas CCAA teñen algo bo para a cidadanía e para o desenvolvemento dunha intervención social de calidade, algo que en Galicia sería moi necesario. Por iso é preciso facer unha opción explícita por situar ás persoas e á súa dignidade no centro da intervención social, promovendo a súa autonomía e procurando o seu benestar, non de forma teórica senón de facto, e crear o Consello de ética en intervención social de Galicia.

## CONCLUSIONES

---





1. A intervención social é unha realidade complexa na que inciden numerosos factores, involucra á comunidade e precisa da participación das persoas implicadas. Os procesos de exclusión xéranse na mesma sociedade na que as persoas participan e desenvolven os seus itinerarios de inclusión e participación. Porén, os procesos de inserción social non poden ser alleos á necesidade e aos procesos de cambio social.
2. A evolución do concepto de saúde esixe considerar o seu significado integral, establecido pola OMS no ano 1946. Tanto na saúde como na enfermidade, existen diversos graos de afectación, polo que non se debe caer nunha variable exclusivamente dicotómica. A Clasificación Internacional de Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde (2001) incorpora conceptos como benestar, estado de saúde ou calidade de vida e adopta unha perspectiva biopsicosocial que engade o contexto á problemática do funcionamento e a discapacidade humana, así como á abordaxe dos cambios epidemiolóxicos e demográficos actuais. Por todo isto, a finalidade da intervención social é o benestar da persoa, e o desenvolvemento deste proceso irá recompoñendo o acceso da persoa á actividade económica, familiar, laboral,... e reconstruíndo os seus vínculos sociais.
3. A política social representa a resposta pública cara o benestar individual e colectivo, xa sexa mantendo, mudando ou posibilitando as condicións de vida, e lexitimando o sistema de benestar dende a capacidade de beneficiar a toda a cidadanía e de posibilitar a xustiza social.

As políticas públicas non deberían proporcionar soamente unha capacidade puntual á persoa, senón facilitala de maneira que poida contar con ela cara ao futuro. O enfoque das capacidades e dos funcionamentos seguros está comprometido coa autodeterminación de cada persoa, tendo en conta o seu benestar e as oportunidades das que dispón no seu contexto de liberdade. Deste xeito, identificar as capacidades e desigualdades na vida real pode contribuír á redución de desvantaxes sociais e á determinación de prioridades na política social.

4. Parte importante da intervención social desenvólvese dende os servizos sociais, entendidos como un ámbito específico de protección social da cidadanía. En España, o Sistema Público de Servizos Sociais constitúe o cuarto pilar do Estado de benestar. Tanto para os servizos sociais como para a intervención social en xeral, o ben a protexer é a interacción, sendo o aspecto máis relevante o axuste entre a autonomía persoal e a integración relacional en cada contexto e en cada momento do ciclo vital da persoa.

5. Tamén é cometido dos servizos sociais protexer a aquelas persoas usuarias incapaces de xestionar os seus dereitos e de vivir autonomamente. Na intervención social foméntase a autonomía e o empoderamento de cada persoa. Desta maneira a intervención social tamén se desenvolve nun plano axiolóxico, polo que será esencial a deliberación sobre os valores, na medida en que están en xogo a dignidade e os dereitos das persoas.
6. Ao longo do tempo desenvólense diferentes lóxicas de comprender a intervención social. Tras a promulgación da Constitución Española (1978), apróbanse os estatutos de autonomía das diferentes CCAA e leis autonómicas de servizos sociais. Os servizos sociais van así tomando corpo como prestacións e como sistemas xurídicos diferenciados do sistema de sanidade e de seguridade social.
7. A comezos dos anos 80 aprobáronse leis de servizos sociais en todas as CCAA, que impulsan un modelo público de asistencia social no que se outorgaban prestacións en dous niveis complementarios: un nivel municipal, dos servizos sociais de base, e un nivel especializado, de competencia autonómica. Outra remesa de leis de servizos sociais preocupouse de enunciar o dereito da cidadanía aos servizos sociais, co obxecto de acomodalos ás diferentes realidades e problemas sociais. E a terceira xeración de leis de servizos sociais experimenta un xiro importante debido á Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, na que se establecen prestacións e servizos no exercicio do correspondente dereito subxectivo, esixibles ante as administracións públicas correspondentes e que se conceden a través das redes autonómicas de servizos sociais. As novas leis de servizos sociais xa incorporan estes preceptos.
8. Na carteira de servizos sociais establécese a forma de acceso de acordo cos criterios orzamentarios e conforme aos principios de prelación e concorrencia. Os servizos sociais acadan así a natureza de sistemas xurídicos de protección social, con carácter autónomo, xunto á sanidade, a educación e á seguridade social. Configúrase un sistema mixto de provisión social regulado e financiado polo sector público (non de maneira exclusiva) no que se integra a rede pública en sentido estrito ou de xestión directa, e as organizacións relixiosas, as organizacións civís sen fin de lucro (asociacións e fundacións) ou do ámbito da economía social (empresas de inserción, cooperativas, obras sociais), e o sector mercantil, formando parte dunha rede pública para a prestación de servizos e xestión de programas dirixidos a diferentes colectivos obxecto de atención por parte das políticas sociais públicas. Un modelo tan complexo require de

accións de coordinación e seguimento, dado que os destinatarios/as finais dos servizos sociais son, na súa maioría, persoas en situación de exclusión e vulnerabilidade.

9. O principal distintivo do sistema de benestar español é o lugar reservado á familia en todas as áreas de actuación das políticas de protección social. Esta característica leva á sobreexplotación dos recursos familiares e, en particular, a un tratamento discriminatorio das mulleres como coidadoras principais, o cal ocasiona dificultades nun contexto como o actual, de crecente incorporación da muller ao mundo laboral e de gradual diminución das expectativas de solidariedade intrafamiliar, desembocando nunha crise do modelo familiar de coidado tradicional e xurdindo unha nova política sobre o coidado e un mercado de coidados no que a poboación inmigrante feminina ten moita relevancia.
10. O desenvolvemento dos servizos sociais en España está en proceso de deterioro e o principio de universalidade recollido na lexislación vixente ten escasos efectos reais porque os medios dispoñibles non son suficientes. Parte do problema está relacionado co encaixe insatisfactorio dos servizos sociais no Estado de benestar, e condicionado polo contexto socioeconómico no que teñen aumentado de maneira alarmante as situacións de exclusión social como consecuencia, entre outros aspectos, do paro de longa duración, as condicións laborais precarias, a complexidade das situacións das familias en canto ao acceso á vivenda, ou o envellecemento da poboación e o aumento das persoas en situación de dependencia.
11. Na actualidade detéctase a urxencia de artellar un sistema de recollida e análise de datos relativos aos servizos sociais por parte do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade, coa intención de que este ofrezca información de alcance público, fiable e actualizado.
12. O modelo de sociedade actual ten as súas causas nun modelo social, económico, cultural e político que conforma un escenario de precariedade e desigualdades, coa demolición das políticas sociais e a perda de dereitos sociais da cidadanía. A redución de gasto social repercute nunha volta a patróns asistenciais e nunha sobreexplotación dos recursos familiares.
13. Sería posible anticiparse á saída da crise construíndo modelos de integración social con base máis sólida. Isto significa dotar ás persoas de máis capacidades e instrumentos para previr posibles procesos de deterioro e ampliar os itinerarios positivos de integración social e laboral, incluso en contextos de mercado de traballo pouco

dinámicos. Os diferentes sistemas e redes institucionais (educación, sanidade, servizos sociais, emprego, vivenda,...) poderían ofrecer servizos integrais e de calidade sen fragmentar a vida das persoas, dende unha cooperación e coordinación profesional centrada na cidadanía.

14. O escenario actual obriga a innovar na intervención social, a recuperar espazos, a acompañar ás persoas e a procurar o cambio social mediante o traballo coas persoas e coas institucións. O proceso de intervención social individual, familiar ou comunitario, debe ser un proceso de responsabilidades compartidas. Precísanse novas solucións ás demandas sociais co fin de promover o benestar e a capacidade de actuar que teñen as persoas para construír propostas humanizadoras.

A posibilidade de consolidar un Estado de benestar redistributivo implica fortalecer os valores cívicos e reforzar as institucións reguladoras. É preciso realizar tamén un proceso de reflexión compartido que permita elaborar unha estratexia para reorientar o Sistema de Servizos Sociais cara á igualdade e a cohesión social.

15. Na Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (LAPAD) e nalgunhas leis de servizos sociais das distintas CCAA xa está presente unha dimensión ética a través dos comités de ética en intervención social (CEIS). É o caso de Euskadi, Baleares, Navarra, Cataluña e Asturias.

16. Dende unha perspectiva bioética, na Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia (LSSG), identifícanse artigos con contidos que poden xustificar a creación dun Consello de ética en intervención social en Galicia (CEISG).

17. Cada persoa é valiosa, única e irrepetible, e por iso a dignidade e os dereitos humanos son a referencia fundamental da intervención social.

A vulnerabilidade e a dependencia identifícanse como trazos propios da natureza humana, e o coidado enténdese como recoñecemento da dignidade da outra persoa. Decotío, na intervención social a vulnerabilidade vincúlase ao termo de exclusión social como un *continuum* dimensional no que nun dos extremos está situada a marxinación e no outro a inclusión.

18. Ter coñecemento das situacións de desvantaxe social e dos factores que a poden causar favorecerá o desenvolvemento de alternativas razoables e seguras de intervención en todos os sectores da poboación, evitando sacrificar outras capacidades, co fin de proporcionar maior cohesión da comunidade e unha mellora da saúde e do benestar acorde coa dignidade dende a perspectiva da xustiza.

Dende o modelo de análise das capacidades, para que a persoa poida converter os seus dereitos en liberdades reais haberá que ter en conta as habilidades internas e tamén as oportunidades do contorno social, político e económico das que dispón cada persoa para desenvolver o seu proxecto de vida.

19. Calquera relación de axuda establécese dende o respecto á autonomía da persoa usuaria, e partindo de que o obxecto de atención é que as persoas, grupos ou comunidades collan a vida nas súas propias mans, empoderándose.

Parte do compromiso da intervención social co ben público consiste nun firme respecto dos valores das persoas usuarias. Está en mans dos profesionais e das institucións establecer xeitos de garantir os dereitos de todas e cada unha das persoas usuarias dos servizos sociais, así como a súa autonomía como persoas e axentes morais. A conciencia ética das institucións sociais facilitará o cumprimento de criterios éticos e a óptima profesionalidade.

20. As manifestacións da ética na intervención social abórdanse dende unha perspectiva normativa, que atende ás diferentes directrices adoptadas dende Nacións Unidas, e dende unha perspectiva teórica, que incide no enfoque práctico da intervención social, no que as manifestacións éticas evolucionan dun modelo de intervención social centrado nos casos e na relación de axuda a un modelo no que as persoas usuarias e as profesionais colaboran dende as premisas da comprensión do mundo que rodea ao individuo e dos seus puntos de vista como maneira de protexer os dereitos e o benestar. A responsabilidade do profesional do ámbito social é facer un bo diagnóstico, elaborar unha proposta de intervención baseada en boas prácticas e desenvolver un proceso de acompañamento coas persoas.

21. O desafío de intervención social contemporánea ten carácter técnico e, sobre todo, ético. As persoas profesionais da acción social atopan cada día situacións difíciles, con persoas concretas e con variables diferentes (emocionais, cognitivas, volitivas, sociais, axiolóxicas, etc.) que fan preciso o manexo de ferramentas éticas e técnicas acaídas.

22. As persoas son axentes autónomos e dependentes, vulnerables, interdependentes, e por iso, dende os servizos sociais urxe fomentar unha ética que recoñeza o dereito á asistencia e o respecto á dignidade da persoa, ademais de que garanta os apoios para que as persoas usuarias sexan protagonistas, superando as limitacións persoais e estruturais para exercer o dereito á participación no seu proxecto vital.

23. Numerosos estudos tentan identificar os problemas éticos existentes na intervención social. As linguaxes utilizadas son moi diferentes en cada unha das propostas, ao igual que o nivel de concreción ou a perspectiva adoptada, o que nalgúns casos dá lugar a ambigüidades. Unha das achegas máis interesantes débese ao Comité de ética en intervención de Biscaia (2008), que ofrece unha relación dos problemas éticos sinalados por un amplo conxunto de profesionais dos servizos sociais en base á práctica asistencial, o que tamén permite analizar a prevalencia dos mesmos segundo diferentes áreas de intervención.
24. Os/as profesionais dos servizos sociais reclaman asesoramento e apoio á hora de resolver os problemas éticos da práctica cotiá e precisan dun método de análise específico que facilite a boa praxe. As distintas organizacións deberían ofrecer aos/as profesionais da intervención social recursos e procedementos de apoio aos que poder recorrer en todas as intervencións nas que xurdan problemas éticos, evitando así, en gran medida, a dependencia arbitraria de cada profesional.
25. Os códigos éticos son unha ferramenta valiosa para garantir os dereitos da cidadanía dende a xustiza e o compromiso da profesión co ben público, así como para acadar a excelencia profesional. A intervención social precisa de colaboración interdisciplinar de diferentes profesionais, polo que cómpre realizar un achegamento aos valores éticos compartidos co fin de garantir unha asistencia sociosanitaria integral ás persoas usuarias. Para iso poderán crearse documentos, guías, protocolos ou recomendacións interprofesionais sobre problemas éticos centrados na atención ás persoas, con base en criterios éticos, técnicos e de calidade asistencial.
26. Dar un paso máis significa falar da ética da organización como conxunto de procesos que transmiten valores a toda a estrutura. A ética achega ás organizacións dous aspectos fundamentais: a responsabilidade social das organizacións e a consideración de todos os axentes sociais (persoas usuarias, familiares, profesionais, provedoras, comunidades ou grupos veciñais, e incluso da sociedade en xeral).
27. Na actualidade proliferan os comités de ética nalgúns servizos sociais especializados, tanto do sector residencial de persoas maiores como de persoas con discapacidade. As organizacións asumen así a súa responsabilidade ante conflitos axiolóxicos, orientando nos procesos de toma de decisións a todos os axentes implicados, sexan profesionais, familiares ou persoas usuarias, facilitando criterios, enfoques, formación, protocolos de

resolución de conflitos, etc., dende o compromiso cos dereitos das persoas e coa calidade do servizo.

28. Outra modalidade de apoio á reflexión ética é a consultaría. O consultor/a formularía recomendacións, fundamentadas dende o punto de vista ético, para facilitar a toma de decisións, aínda que as decisións sempre serán de quen se atopa co conflito ético, xa sexa profesional, persoa usuaria ou a súa familia.
29. Existen posibilidades intermedias á consultaría de casos clínicos, como a realizada por equipos de dous ou tres consultores/as, a modo de subcomités. Outra combinación posible entre os comités e os consultores é o modelo do membro do comité como consultor/a, no que este revisa a consulta e leva toda a información ao comité para a súa discusión conxunta. Existe tamén o modelo de revisión *post facto*, no que o caso chega ao consultor/a, que o analiza e emite as súas recomendacións, que son revisadas posteriormente polo comité. E por último, o modelo de consultor/a, que recibe, analiza e emite recomendacións sen que o comité interveña en ningún momento.
30. A coexistencia do sistema de consultaría e o comité de ética podería favorecer a creación de programas formativos en bioética e incluso o desenvolvemento dos comités de ética nas institucións sociosanitarias.
31. Son numerosos os modelos propostos para resolver os problemas éticos que xorden na intervención social: o modelo de Congress, o proposto pola Federación Internacional de Traballadores Sociais, os modelos de Levy, Loewenberg e Dolgoff, Reamer e Vilar, así como o modelo de Lei Social, as adaptacións do principialismo á intervención social e o método deliberativo.

A complexidade da realidade social esixe madurar respostas e alternativas que coiden á cidadanía en xeral e ás persoas máis vulnerables en particular.
32. Analizadas as propostas existentes, faise unha aposta explícita polo método deliberativo como procedemento para a toma de decisións éticas na intervención social, porque axuda a situar os valores dentro do proceso decisorio e porque concede especial atención á autonomía como maneira de procurar o empoderamento das persoas na resolución de problemas éticos na praxe social.
33. O método deliberativo consta de diferentes fases. A identificación dos cursos extremos de acción delimita os parámetros entre os que se encontran as posibles decisións, pero sobre todo, permite detectar que solucións hai que evitar, porque supoñen unha

transgresión radical dos valores. Posteriormente, a busca conxunta dos cursos intermedios de acción é un momento fecundo con grandes posibilidades de ampliar as perspectivas, evitando un posicionamento dilemático. O método deliberativo reflicte ademais a ética profesional e unha concepción da bioética que vai máis aló da ética asistencial, sendo entendida como ética cívica e ferramenta pedagóxica para a vida individual e a construción da sociedade.

34. Unha cuestión a abordar é a simplificación e adaptación do método deliberativo á práctica social, tal e como se fai coas Guías de Ética na Práctica Médica elaboradas pola Fundación de Ciencias da Saúde en colaboración coa Fundación da Organización Médica Colexial.
35. A bioética recupera os comités como recurso para a toma de decisións. Os comités de bioética son estruturas de diálogo e decisión que asumen a responsabilidade de clarificar e resolver, racional e razoablemente, os conflitos de valores que se presentan na investigación ou na práctica clínica, constituíndo un revulsivo para a ética na práctica profesional. O fin último dos comités é mellorar a calidade da asistencia e dos procesos de toma de decisións éticas.
36. A bioética como disciplina e os comités de ética xorden nun momento no que se reivindica o respecto á liberdade e á autonomía da persoa na toma de decisións. Isto implica tomar conciencia da dificultade de adoptar decisións éticas correctas en situacións de conflito, así como a necesidade de tomar en consideración as perspectivas de todas as persoas implicadas, abandonando o paternalismo que viña caracterizando ao exercicio das profesións sociosanitarias. Polos seus obxectivos e composición multidisciplinar, os comités de bioética son referente para as persoas que desexan asumir responsabilidade nas decisións que afectan á súa propia vida e para os e as profesionais que queren facer posible un novo modelo de relación baseado no respecto ás persoas, son foros para a reflexión ética e inciden de maneira preferente nos dereitos fundamentais dos seres humanos.
37. Existe unha ampla tipoloxía de comités de ética a nivel internacional, pero os comités de ética asistencial (CEA) debido ás similitudes que teñen cos comités de ética en intervención social (CEIS) e a súa importante influencia nos mesmos teñen unha relevancia fundamental. O CEA é un órgano pluridisciplinar competente en bioética, de natureza consultiva e que actúa dentro da estrutura sanitaria; a través da deliberación axuda a que se tomen decisións prudentes ante conflitos de valor habituais na asistencia



sanitaria. O seu labor é fundamentalmente de asesoramento, orientación e proposta de protocolos de actuación.

38. A creación de espazos deliberativos favorece o desenvolvemento de compromisos morais e dunha ética cívica no seo das institucións da sociedade. Os comités de ética en intervención social son importantes estruturas de apoio á reflexión ética no eido da intervención social, en canto órganos acreditados polas administracións públicas que asesoran na toma de decisións a través do método deliberativo en situacións nas que emerxe conflito de valores nos servizos sociais. A promoción da creación de CEIS é un vreiro para extremar o respecto á persoa e aos seus valores, reflectindo o carácter ético dos conflitos que xorden na práctica asistencial.

39. Un comité de ética, ten que ser, por riba de todo, un grupo de persoas que deliberan con prudencia, tomando decisións éticas razoables pero incertas, cunha linguaxe común: a dos valores.

Entre as persoas que participan na intervención social a ética deixa de ser un feito privado e adquire unha dimensión pública e de diálogo. O desenvolvemento da ética no ámbito social pretende mellorar os procedementos de atención e garantir unha xusta distribución das prestacións. Partindo do recoñecemento da dignidade das persoas oriéntase cara a consecución do seu benestar, participación social e autonomía, considerándoas axentes activos e protagonistas do seu proxecto vital.

40. Os CEIS desempeñan un papel importante na comprensión e mellora dos procesos de toma de decisións, na calidade da intervención profesional e na protección dos dereitos da cidadanía. As súas funcións principais desenvólvense en tres ámbitos. O primeiro está relacionado coa atención das consultas sobre problemas bioéticos. Os CEIS asesoran ás persoas usuarias, familiares e profesionais, ás institucións e demais axentes sociais na toma de decisións éticas, analizando e elaborando propostas concretas. En segundo lugar os CEIS elaboran guías, documentos, protocolos ou recomendacións sobre problemas bioéticos. Mediante esta actividade desempeñan unha función normativa e preventiva. E por último, os CEIS actúan como instrumentos para a formación bioética dos propios membros do comité, pero tamén do conxunto de profesionais do ámbito social, estendendo así a preocupación e a sensibilización ética, e proporcionando modelos ou propostas éticas tanto para as persoas usuarias como para as profesionais.

41. Até o momento, en España existen CEIS en Biscaia, Guipúscoa, Baleares, Cataluña, Asturias, Navarra, Castela-A Mancha e Álava.

A aprobación do anteproxecto de Lei de Servizos Sociais de Andalucía, o 22 de xullo de 2014, polo que se crea o Comité de ética dos servizos sociais de Andalucía como órgano consultivo adscrito á Consellería competente en Servizos Sociais, co fin de garantir o dereito das persoas ao respecto da súa autonomía, personalidade, dignidade e intimidade, é mostra do dinamismo e dos procesos de reflexión bioética que se están desenvolvendo no ámbito social.

42. É o momento de iniciar en Galicia o proceso de creación do Consello de ética en intervención social (CEISG), como maneira de avanzar no respecto aos valores e á dignidade das persoas usuarias do Sistema galego de Servizos Sociais.

Recollendo a experiencia doutros CEIS do Estado, poderíase establecer unha folla de ruta que comece co desenvolvemento de accións de sensibilización e formación en bioética para as persoas profesionais dos servizos sociais. O punto de inflexión neste proceso viría delimitado por unha decisión de tipo político, coa creación dun Consello e dun marco normativo propio, en coherencia coa lei vixente de servizos sociais de Galicia. O paso definitivo na evolución do Consello implicaría a definición dun proxecto de actuación técnico e tamén político establecendo as actuacións a desenvolver.

O Consello de ética en intervención social de Galicia é unha opción que sitúa ás persoas no centro da intervención social, apoia a profesionalidade e extrema o respecto á dignidade e á autonomía das persoas usuarias dos servizos sociais de Galicia.

## REFERENCIAS

---



## 1. BIBLIOGRAFÍA

- ABEL,F. (2012): *Francesc Abel y la bioética, un legado para la vida*. Institut Borja de Bioètica. Barcelona.
- ABEL,F.: “Comités de ética asistencial”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2006, 29 (Supl.3), 75-83.
- ABEL,F. “Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento”, en Couceiro,A.: *Bioética para clínicos*. Triacastela. Madrid. 1999, 241-267.
- ABEL,F.: “*Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*”. *Labor Hospitalaria*, (V) 229, 1998, 136-146.
- ABEL,F. (1989): *Bioética: origen y desarrollo*. Universidad de Comillas e Instituto Borja de Bioética. San Cugat del Vallés.
- ABEL,F. e CAÑON,C. (coord.) (1993): *La mediación de la Filosofía en el debate bioético*. Universidad de Comillas. Madrid.
- AGRA,M.X. “Vulnerabilidad: injusticias y cuidados”, en Boladeras,M.: *Bioética: Justicia y vulnerabilidad*. 2013, 49-82. Proteus. Barcelona.
- AGUADO,V. (coord.) (2009): *Servicios sociales, dependencia y derechos de la ciudadanía*. Atelier. Barcelona.
- AGUILAR,M., LLOBET,M. e PÉREZ,B. “Los servicios sociales frente a la exclusión”, en Laparra,M. e Pérez,B. (coord.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión en España*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2010, 407-437.
- ALEMÁN,C. (coord.) (2010): *Fundamentos de servicios sociales*. Tirant Lo Blanch. Valencia.
- ALEMÁN,C., ALONSO,J.M. e GARCÍA,M. (2011): *Servicios sociales públicos*. Tecnos. Madrid.
- ALIENA,R. (2005): *Descenso a periferia*. Nau Llibres. Valencia.
- ALTISENT,R., BUIL,B e DELGADO-MARROQUÍN,M.T.: “Are ethics committees in tune with the Epidemiology of ethical issues?”. *The American Journal of Bioethics*. 2012(11), 27-29.
- ALTISENT,R., MARTÍN-ESPILDORA,N. e DELGADO-MARROQUÍN,M.T.: “Health Care Ethics Consultation. Individual Consultant or Committee Model?: Pros and Cons”. *The American Journal of Bioethics*, 2013, nº2, 25-27.
- ÁLVAREZ,S. “El umbral de autonomía. La concepción relacional y la construcción de las opciones”, en Hierro,L.(coord.): *Autonomía individual frente a autonomía colectiva*. Ed.Jurídicas y Sociales. Madrid. 2014, 52-60.

- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2013): *Informe 2013: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Ed. Amnistía Internacional-EDAI. Madrid.
- AMOR, J.R. (2010): *Bioética y Dependencia*. Obra Social Caixa Galicia. A Coruña.
- AMOR, J.R. (2005): *Introducción a la Bioética*. PPC. Madrid.
- ANDORNO, R. (1998): *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos. Madrid.
- ANNAS, G.J. e GRODIN, M.A. (1992): *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Oxford University Press. New York.
- ARANGUREN, L.A. (2002): *Ética en común. Para comprender el código ético de organizaciones de voluntariado*. Plataforma del Voluntariado de España. Madrid.
- ARISTÓTELES (1988): *Órganon. Tratado de lógica*. Gredos, Vol. I e II. Madrid.
- ARISTÓTELES (1985a): *Ética Nicomáquea*. Gredos. Madrid.
- ARISTÓTELES (1985b): *Ética Eudemia*. Gredos. Madrid.
- ARRIBA, A., CALZADA, I. e DEL PINO, E. (2006): *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar (1895-2005)*. CIS. Madrid.
- ARRIETA, I. "Los múltiples conceptos de autonomía en bioética", en Casado da Rocha, A.: *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética*. 2014, 63-94.
- ARRIETA, I.: "El ejercicio razonable de la autonomía del paciente". *Dilemata*, 8, 2012, 27-32.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DIRECTORES E XERENTES DE SERVICIOS SOCIAIS (AEDGSS) (2014). *Índice de desarrollo de los Servicios Sociales en el Estado español en el año 2014*.
- AUSÍN, T. e ARA, R.R. (ed.) (2008): *In(ter)dependencia: del bienestar a la dignidad*. Plaza y Valdés. Madrid.
- AYALA, L., CANTÓ, O. e MARTÍNEZ, R. "El impacto de la crisis en la pobreza y la desigualdad", en Laparra, M. e Pérez, B. (coord.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión en España*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2010, 21-57.
- BALLESTERO, A.: "Dilemas éticos en trabajo social: el modelo de la Ley Social". *Portularia: Revista de Trabajo Social*. Universidad de Málaga. Vol. IX, nº 2, 2009, 123-131.
- BALLESTERO, A., ÚRIZ, M.J. e VISCARRET, J.J.: "Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España". *Papers: Revista de Sociología*. 97/4, 2012, 875-898.
- BALLESTERO, A., ÚRIZ, M.J. e VISCARRET, J.J.: "Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España". *Portularia: Revista de Trabajo Social*. Universidad de Málaga. Vol. XI, nº 2, 2011, 47-59.

- BANKS,S. (1997): *Ética y valores en el trabajo social*. Paidós. Barcelona.
- BARBERO,J. “La ética del cuidado”, en Gafo,J. e Amor, J.R. (eds): *Deficiencia mental y final de la vida*. 1999, 125-159. Universidad de Comillas. Madrid.
- BARBERO,J., SÁNCHEZ,M. e MARTÍN,Mª.J.: “Secreto profesional y riesgo para un tercero identificado: metodología de análisis ético en torno a un caso”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.33, nº119, xull-set., 2013, 555-573.
- BARKER,K. (2014): *A new settlement for health and social care. Interim report*. The King`s Foundation. London.
- BARRIGA,L.A. (2010): *Financiación y costes de la Ley 39/2006. Aproximación a los costes del SAAD en 2010 y aportación de los financiadores*. Asociación estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales de España (en línea). Consulta: 31/07/2015. [http://issuu.com/directorassociales/docs/aproximacion\\_a\\_los\\_costes\\_del\\_saad\\_en\\_2010\\_y\\_aport](http://issuu.com/directorassociales/docs/aproximacion_a_los_costes_del_saad_en_2010_y_aport)
- BAUMAN,Z.(2005): *Vidas desperdiciadas*. Paidós. Barcelona.
- BEAUCHAMP,T.L., e CHILDRESS,J.F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Masson. Barcelona.
- BECA,J.P. “Consultoría en ética clínica y sus funciones”, en Feito,L., Gracia,D. e Sánchez,M.(ed.): *Bioética: el estado de la cuestión*. 2011, 31-39. Triacastela. Madrid.
- BECA,J.P.: “Consultores de Ética Clínica: razones, ventajas y limitaciones”. *Bioética & Debat*, nº54. Tribuna Abierta Institut Borja de Bioética, 2008, 1-5.
- BELLVER,V. “Derecho y vulnerabilidad”, en Cayuela,A. (ed.): *Vulnerables. Pensar la fragilidad humana*. Ediciones Encuentro. Madrid. 2005, 84-110.
- BERMEJO,F.J. (2002): *La ética del trabajo social*. Desclee. Bilbao.
- BERMEJO,J.C. e BELDA,R.M. (2006): *Bioética y acción social: cómo afrontar los conflictos éticos en la intervención social*. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria).
- BIEHAL,N. “Cambios en la práctica: participación, derechos y servicio social comunitario”, en Salcedo,D.: *Los valores en la práctica del Trabajo Social*. Narcea. Madrid. 1999, 43-63.
- BIEL,I. (2011): *Los derechos humanos de las personas con discapacidad*. Tirant lo Blanch. Valencia.
- BIESTEK,F.P. (1961): *The casework relationship*. Allen and Unwin. Londres.
- BLASCO,J. e SUBIRATS,J.: “Consideraciones generales sobre la evaluación de políticas públicas. Las especificidades de las políticas sociales”. *Documentación Social*, Núm.154. 2009, 39-58.

- BLÁZQUEZ-RUIZ, F.J. (2009): *Bioética y Derecho. Discurso y paradojas de la dignidad*. Eunote. Pamplona (Navarra).
- BOLADERAS, M. "Principio de autonomía", en Romeo, C.M.: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011, tomo I, 107-113.
- BONETE, E. (2009): *Ética de la dependencia*. Tecnos. Madrid.
- BOU, V. e CASTILLO, M. (2008): *Curso de Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Tirant lo Blanch. Valencia.
- BROGGI, M. "Valores en la relación clínica", en Romeo, C.M.: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011, tomo II, 1689-1693.
- BUSQUETS, E. "Espacios de reflexión ética en servicios de intervención social". *Revista Ética & Debat*. Vol.19. Núm. 69. 2013, 11-15.
- CAMPS, V. "Dignidad y autonomía", en Boladeras, M.: *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*. Proteus. Barcelona. 2010, 67-81.
- CAMPS, V. (2001): *Una vida de calidad*. Ares y Mares. Barcelona.
- CANIMAS, J. "Los retos en la acción social". *Revista Ética & Debat*. Vol.19. Núm. 69. 2013, 7-10.
- CANIMAS, J.: "La ética aplicada a la intervención social". *Revista Servicios Sociales y Política Social*. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, nº 73, 2006, 135-144.
- CANIMAS, J. (2003): *Informe sobre l'estat de la qüestió de l'ètica aplicada als serveis socials i l'acció educativa*. Fundació Campus Arnau d'Escala. Xirona.
- CARIDE, J.A. (2009): *Los derechos humanos en la educación y la cultura. Del discurso político a las prácticas educativas*. Rosario: Homo Sapiens.
- CARIDE, J.A. "De lo pedagógico a lo social, pasando por los servicios sociales". *A Página da Educação*. Nº176. 2008 (en liña). Consulta: 31/07/2015. <http://www.apagina.pt/?aba=7&cat=176&doc=13260&mid=2>
- CÁRITAS ESPAÑOLA (2013): *VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social*. Madrid.
- CARRASCO, C. "El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores". *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, nº128, 2014/15, 49-60.
- CASADO, D. (2011): *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid.
- CASADO, D. (2010): *Leyes de Servicios Sociales del siglo XXI*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid.



- CASADO,D. (dir.) (2005): *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. CCS. Madrid.
- CASADO,D. e GUILLÉN,E. (2007): *Introducción a los servicios sociales*. Popular. Madrid.
- CASADO,D. e GUILLÉN,E. (2002): *Manual de servicios sociales*. CCS. Madrid. (4ª ed.).
- CASADO DA ROCHA,A. (ed.) (2014): *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética*. Plaza y Valdés. Madrid – México.
- CASALDÁLIGA,P. (1986): *El tiempo y la espera*. Sal Terrae. Santander.
- CHILDRESS,J.F. “Autonomy (Addendum)”, en Jennings,B. (ed.): *Bioethics*. Farmington Hills, Gale, 2014, vol.1, 307-309.
- COHEN,G.A. “¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades”, en Nussbaum,M. e Sen,A. (compiladores): *Calidad de vida. Un estudio preparado por el World Institute for Development Economics Research (WIDER) de la United Nations University*. Fondo de Cultura Económica. México. 1996.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (2012): *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. España*. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas.
- COMITÉ DE ÉTICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE CATALUÑA (2013): *Criterio para la constitución de los espacios de reflexión ética en servicios de intervención social*. Departamento de Bienestar Social y Familia. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- CONGRESS,E.P. (1999). *Social Work Values and Ethics: identifying and resolving professional dilemmas*. Wadsworth Group/Thomson Learning. Belmont.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (2008): *Guía para Comités de Ética Asistencial*. Junta de Castilla y León.
- CORTINA,A. (2002): *Por una ética del consumo*. Taurus. Madrid.
- CORTINA,A. (1997a): *Ética aplicada y democracia radical*. Tecnos. Madrid.
- CORTINA,A.: *Universalizar la democracia: Por una ética de las profesiones*. Claves de razón práctica nº75, 1997b, 46-52.
- COUCEIRO,A. (2008). “Comités de Ética o consultores de Ética : ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias?”; en *Bioética&Debat* nº54. Tribuna Abierta do Institut Borja de Bioética,16-21.
- COUCEIRO,A. “Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo”, en COUCEIRO,A.: *Bioética para clínicos*. Madrid. Triacastela, 1999, 269-281.

- DE LA RED,N. e CONDE,C.: “Los proyectos de intervención integral en el ámbito de los servicios sociales en cooperación con otras redes y sistemas de bienestar social”, en Díaz,J.A. e Salvador,M.J.: *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. 2000, 107-144. UNED. Madrid.
- DE LA TORRE,J. (2008): *Dignidad humana y bioética*. Universidad Comillas. Madrid.
- DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL (2007/2008): *Encuesta realizada por el Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia*. Departamento de Acción Social. Diputación Foral de Bizkaia (en línea). Consulta: 31/07/2015.  
<http://bizkaia.net/Home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/ENCUESTA%20SOBRE%20CONFLICTOS%20ETICOS%20EN%20EL%20%20C3%81MBITO%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20SOCIALES%20dos.pdf>
- DÍEZ,J.A. (2007): *Los Comités Nacionales de Bioética: Legislación internacional y regulación en la nueva ley sobre investigación biomédica*. Comares. Granada.
- DOUGHERTY,C.J. “Institutional ethics committees”, en Post,S.G.(ed): *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan. New York. 2004, 444-447. (3ª ed.).
- ENGELHARDT,H.T. e SMITH,A. “Principio de non maleficiencia”, en Hottois,G. e Missa,J.N.: *Nova enciclopedia de bioética*. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Universidade de Santiago de Compostela. 2005, 654-655.
- ESPARZA CATALÁN,C. (2011): “Discapacidad y dependencia en Galicia”. Informes Portal Mayores, nº 121. Madrid.
- ESTEBARANZ,J.: “Estudio de los conflictos de valores presentes en las decisiones clínicas de la práctica hospitalaria, y de las posibles repercusiones en la calidad asistencial percibida de una acción de mejora”. EIDON, núm.42, decembro 2014, 4-13.
- ETXEBARRIA,X. (1995): *Ética básica*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- FANTOVA,F. (2014): *Diseño de políticas sociales*. CCS. Madrid.
- FANTOVA,F. (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- FANTOVA,F. “Repensando la intervención social”. Documentación Social, nº147, 2007, 183-198.
- FARBER,L., BLUSTEIN,J e NEVELOFF,N. (2007): *Handbook for health care ethics committes*. Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- FEITO,L. “Introducción”, en Feito,L., Gracia,D. e Sánchez,M. (eds.): *Bioética: el estado de la cuestión*. Triacastela. Madrid. 2011.
- FEITO,L., GRACIA,D. e SÁNCHEZ,M. (eds.) (2011): *Bioética: el estado de la cuestión*. Triacastela. Madrid.

- 
- FERNÁNDEZ, T. "Principios del sistema público de servicios sociales", en Fernández, T., De Lorenzo, R. e Vázquez, O. (eds.): *Diccionario de Trabajo Social*. Alianza. Madrid. 2012, 404-405.
  - FERNÁNDEZ BARRERA, J.: "Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias". *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 24, enero 2012, 44-60.
  - FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE, C. (dir.) (2011): *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Dilex. Madrid.
  - FERRER, J.J. e ÁLVAREZ, J.C. (2005): *Para fundamentar la Bioética*. Desclée de Brouwer. Universidad de Comillas. Barcelona.
  - FLAQUER, L. (2000): *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Fundación "la Caixa". Barcelona.
  - FUCHS, M. (2005): *National ethics councils. Their backgrounds, functions and modes of operation compared*. German National Ethics Council. Berlín.
  - FUNDACIÓN FOESSA (Comité Técnico) (2014): *Precariedad y cohesión social. Análisis y perspectivas*. Cáritas Española. Madrid.
  - GALÁN, J.M.: "Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral". *Cuadernos de Bioética XXIV*, 2013/3ª, 377-389.
  - GALLEGO, R. (2003): *Blanco sobre Negro*. Alfaguara. Madrid.
  - GARCÍA LLERENA, V. (2012). *De la bioética a la biojurídica: el principialismo y sus alternativas*. Comares. Granada.
  - GARCÍA ROCA, J. (1995): *Contra la exclusión. Responsabilidad política e iniciativa social*. *Sal Terrae*. Santander.
  - GARCÍA ROCA, J. "Trabajo social", en Cortina, A. e Conill, J.: *10 palabras clave en ética de las profesiones*, 2000, 313-357.
  - GARCÍA, J.R. e BARRASA, J.I. (2009): *Sistema de calidad y mejora continua*. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
  - GARCÍA, S. e DOLAN, S. (2003): *La dirección por Valores*. McGraw-Hill. Madrid.
  - GARRIDO, M.A. (ed.), (2013): *La eficacia de los derechos sociales hoy*. Dykinson. Madrid.
  - GARRISON, N.A. e MAGNUS, D.: "The instrumental role of hospital ethics committees in policy work". *The American Journal of Bioethics*, 2012, nº11, 1-2.
  - GEWIRTH, A. (1978): *Reason and morality*. The University of Chicago Press. Chicago.

- GIMÉNEZ,V.M. “Coordinación de servicios sociales especializados y de atención primaria”, en Fernández,T., De Lorenzo,R. e Vázquez,O. (eds.): *Diccionario de Trabajo Social*. Alianza. Madrid. 2012, 124-125.
- GÓMEZ,M. (2004): *Evaluación de los servicios sociales*. Gedisa. Barcelona.
- GONZÁLEZ,S.(dir.) (2013): *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Consejo Económico y Social. Madrid.
- GRACIA,D. “¿La hora de los consultores?”. EIDON, núm.42, diciembre 2014, 1-3.
- GRACIA,D. (2013): *Construyendo valores*. Triacastela. Madrid.
- GRACIA,D. “Teoría y práctica de la deliberación moral”, en Feito,L., Gracia,D. e Sánchez,M.(ed.). *Bioética: el estado de la cuestión*. 2011a, 101-154. Triacastela. Madrid.
- GRACIA,D. (2011b): “La cuestión del valor”. *Discurso de recepción en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, Madrid.
- GRACIA,D. (2011c). “La deliberación moral en bioética”. *Ideas y Valores*. Vol.LX. nº147. Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá (Colombia).
- GRACIA,D. “Bioética”, en Romeo,C.M. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011c, tomo I, 209-227.
- GRACIA,D. (2007): *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela. Madrid. (1ª ed. 1991).
- GRACIA,D. (2004a): *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid.
- GRACIA,D. “La deliberación moral: el método de la Ética Clínica”, en Gracia,D. e Júdez,J.: *Ética en la práctica clínica*. 2004b, 21-32. Triacastela. Madrid.
- GRACIA,D. “La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica”, en Sarabia,M. e de los Reyes,M. (ed.): *Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*. 2000, 21-41.
- GRACIA,D. “Planteamiento general de la bioética”, en Couceiro,A.: *Bioética para clínicos*. Triacastela. Madrid. 1999, 17-35.
- GRACIA,D. (1989): *Fundamentos de Bioética*. Eudema. Madrid.
- GRACIA,D. e RODRÍGUEZ SENDÍN,J.J.(dir.) (2012): *Retos éticos en Atención Primaria*. Guías de Ética en la práctica médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.
- GRACIA,D. e RODRÍGUEZ SENDÍN,J.J. (dir.) (2011): *Planificación anticipada de la asistencia médica*. Guías de Ética en la Práctica Médica. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid.

- GRUPO PROMOTOR DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2013): *Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Oviedo.
- GUILLAUMET, M. "Vivir y cuidar en el hospital. Perspectiva desde la diversidad cultural", en Boladeras, M.(ed.): *Bioética, género y diversidad cultural*. Proteus. Barcelona. 2012, 41-65.
- HASTINGS CENTER (1996): *Los fines de la medicina: el establecimiento de unas prioridades nuevas* Traducción da Fundació Victor Grifols, 2004. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 11. Barcelona.
- HAVE, H. TEN (2007): *Guía Nº3. Capacitación de los Comités de bioética*. UNESCO. División de Ética de la Ciencia y la tecnología. París.
- HAVE, H. TEN (2006): *Guía Nº2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. UNESCO. División de Ética de la Ciencia y la tecnología. París.
- HAVE, H. TEN (ed.) (2005): *Guía Nº1. Creación de Comités de bioética*. UNESCO. División de Ética de la Ciencia y la tecnología. París.
- HERNANDO, P. "La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad grave. ¿Por qué y cómo? Los comités y códigos de ética", en *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*. Fundación Grifols. Barcelona. 2010. Núm.21. 38-55.
- HIERRO, L. (coord.) (2014): *Autonomía individual frente a autonomía colectiva*. Ed. Jurídicas y Sociales. Madrid.
- HORTAL, A. (2002): *Ética general de las profesiones*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- HORTAL, A. "Planteamiento de una ética profesional", en Fernández, J.L. e Hortal, A.: *Ética de las profesiones*. Universidad Pontificia de Comillas. Maliaño (Cantabria). 1994, 55-73.
- HOTTOIS, G. "Dereitos humanos", en Hottois, G. e Missa, J.N.: *Nova enciclopedia de bioética*. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Universidade de Santiago de Compostela. 2005, 333-339.
- HOWE, D. (1999): *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social*. Maristán. Granada.
- IFSW (Federación Internacional de Traballadores Sociais) (1994): *Ética do traballo social: principios e normas*. Aprobado en Colombo, Sri Lanka.
- IMSERSO (2011): *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

- IMSERSO (2005): *Atención a las Personas en situación de Dependencia. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- JARÁIZ,G. (2012): *Intervención social, barrio y servicios sociales comunitarios*. Cáritas e Fundación FOESSA. Madrid.
- JIMÉNEZ-MARTÍN,S., OLIVA,J. e VILAPLANA,C. (2011): *Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. Atención Sanitaria y Servicios Sociales: ¿Una cuestión de integración o sólo de coordinación?* Círculo de la Sanidad. Madrid.
- JONSEN,A.R, SIEGLER,M, e WINSLADE,W.J. (2005): *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Ariel. Barcelona.
- JONSEN,A. e TOULMIN,S. (1988): *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*. University of California Press. Berkeley.
- KANOTI,G.A. "Clinical ethics consultation", en Post,S.G.(ed): *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan. New York. 2004, 439-444.
- KANT,I. (2002): *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Alianza. Madrid.
- KEMP,P. e RENDTORFF,J.D. "Principio de vulnerabilidad", en Hottois,G. e Missa,J.N.: *Nova enciclopedia de bioética*. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Universidade de Santiago de Compostela. 2005, 921-929.
- KENNETH,A., BERKOWITZ,M.D. e NEVELOFF,N. "Approaches to the Ethics Consultation", en Farber,L., Blustein,J e Neveloff,N.: *Handbook for health care ethics committes*. Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2007, 137-153.
- KILNER,J.F. "Human dignity", en Jennings,B.: *Bioethics*, Farmington Hills, Gale. 2014, vol.3, 1612-1618.
- LAPARRA,M. e GARCÍA,A. "Alteraciones en el espacio social de la exclusión en un contexto de crisis económica", en Laparra,M. e Pérez,B.(coord.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión en España*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2010, 59-92.
- LAPARRA,M. e PÉREZ,B. (coord.): *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Nº 35. 2012. Obra Social "la Caixa". Barcelona.
- LECUONA,I. (2011): *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico español*. Aranzadi. Navarra.
- LEÓN,F.J. (2011): *Bioética. La promoción de la dignidad de la persona en el ámbito biomédico*. Palabra. Madrid.
- LEVY, C. (1993): *Social work ethics on the line*. Haworth Press. Binghamton (New York).

- LOEWENBERG, F.M. e DOLGOFF, R. (1996): *Ethical decisions for social work practice*, Peacock Publishers. Itasca (Illinois). (5ª ed.).
- LÓPEZ, M.A.: "La ética en el movimiento asociativo Feaps". *Siglo Cero*. Vol. 42 (1). Núm. 237, 2011, 7-11.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, T. (2008): *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- LORENZO, F. (2014), (Coord.): *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. FUNDACIÓN FOESSA (en línea). Consulta: 31/07/2015. <http://www.foessa2014.es/informe>
- LORIS, C. "Comité de ética da investigación", en Romeo, C.M.: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011, tomo I, 407-413.
- MACINTYRE, A. (2001): *Animales racionales y dependientes*. Traducción B. Martín de Murguía; revisión técnica F. Escalante. Paidós. Barcelona.
- MACINTYRE, A. (1984): *Tras la virtud*. Traducción de A. Valcárcel. Crítica. Barcelona.
- MALGESINI, G. (coord.) (2014): *Informe sobre la Vulnerabilidad Social 2013*. Cruz Roja. Madrid.
- MARBÁN, V.: "Los actores sociales en el sistema de dependencia español". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 29, Núm. 1, 2011, 69-91.
- MARCOUX, H. "Cuidados adaptados", en Hottois, G. e Missa, J.N.: *Nova enciclopedia de bioética*. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Universidade de Santiago de Compostela. 2005, 210-215.
- MARÍAS, J. (1995): *Tratado de lo mejor. La moral y las formas de vida*. Alianza. Madrid.
- MARMOT, M. (2013): *Health inequalities in the UE. Final report of a consortium*. Europa Commission Directorate-General for Health and Consumers. Bruselas.
- MARTÍNEZ, J.L. (ed.) (2006): *Comités de bioética*. UPCO. Madrid.
- MIGUENS, F. "Sustrato conceptual del debate ético", en Cayuela, A., Vara, J., Romero, F. e Villar, V.: *Ética, bioética y desarrollo. El hombre como ser dependiente*. Comares. Granada. 2004, 13-26.
- MILLER, B.L.: "Autonomy", en Jennings, B. (ed.): *Bioethics*. Farmington Hills, Gale, 2014, vol.1, 302-307.
- MILLS, A.E., RORTY, M.V. e SPENCER, E.M.: "Introduction: ethics committees and failure to thrive". *HEC Forum*. 2006, 18 (4), 279-286.
- MIRA-PERCEVAL, M.T. "Servicios sociales especializados", en Fernández, T., De Lorenzo, R. e Vázquez, O. (eds.): *Diccionario de Trabajo Social*. Alianza. Madrid. 2012, 2012, 467-468.

- MONTAGUT, T. (2014): *Política social: Una introducción*. Ariel. Barcelona.
- MONTAGUT, T.: “Repensando la política social”. *Documentación Social*, Núm.154. 2009, 13-23.
- MONTERO, F. e MORLANS, M. (2009): *Para deliberar en los comités de ética*. Fundació Doctor Robert. Barcelona.
- MONTROYA, A. (dir.) (2007): *La protección de las personas dependientes. Comentario a la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*. Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).
- MORA, S.: “Transformaciones en el imaginario social del modelo de bienestar. Hacia una nueva identidad moral”. *Documentación Social*, Núm.151. 2008, 65-81.
- MORA, S.: “Las encrucijadas de la intervención social”. *Documentación Social*, Núm.164. 2004, 141-158.
- MORENO, L. (2012): *La Europa asocial*. Península. Barcelona.
- MORENO, F.J. e BRUQUETAS, M. (2011): “Inmigración y Estado de Bienestar en España”. Colección Estudios Sociales, Nº 31. Obra Social “la Caixa”. Barcelona.
- MUNUERA, M.P. e GARCÍA-LONGORIA, M.P. “Ética del cuidado: empowerment y toma de decisiones”, en Rondón, L.M. e Taboada, M.L.: *Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Paraninfo. Madrid. 2013, 61-77.
- MUÑOZ, J. “Servicios Sociales de Atención Primaria en España”, en Navarro, V.: *La situación social en España/III. Programa en Políticas Públicas y Sociales-UPF*. Fundación F. Largo Caballero. Biblioteca Nueva. Madrid. 2009, 503-542.
- NAVARRO, V., TORRES, J. e GARZÓN, A. (2011): *Hay alternativas: Propuestas para crear empleo y bienestar social en España*. Sequitur. Madrid.
- NILSTUN, T. “Paternalismo”, en Hottois, G. e Missa, J.N.: *Nova enciclopedia de bioética*. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico. Universidade de Santiago de Compostela. 2005, 684-686.
- NUSSBAUM, M. (2012a): *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós. Barcelona.
- NUSSBAUM, M. (2012b): *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós. Barcelona.
- NUSSBAUM, M. e SEN, A. (compiladores) (1996): *Calidad de vida. Un estudio preparado por el World Institute for Development Economics Research (WIDER) de la United Nations University*. Fondo de Cultura Económica. México.



- OCDE: Social Expenditure Update. 2014. Noviembre (en liña). Consulta: 31/07/2015. <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-Social-Expenditure-Update-Nov2014-8pages.pdf>
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS e CDSS (2009): *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. OMS.
- PALACIOS,A. (2008): *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI. Cinca. Madrid.
- PALACIOS,A. y ROMANACH,J. (2006): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas. Madrid.
- PELEGRI,X.: “Ética de las organizaciones de Servicios Sociales (parte I)”. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 26-1, 2013a, 139-148.
- PELEGRI,X.: “Ética de las organizaciones de Servicios Sociales (parte II)”. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 26-2, 2013b, 359-369.
- PÉREZ,B. “Articulación de los procesos de pobreza económica y exclusión social tras las crisis: implicaciones para la orientación de las políticas sociales de respuesta”, en Laparra,M. e Pérez,B. (Coord.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión en España*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2010, 93-116.
- PÉREZ LUÑO,A.E. (2010): *Derechos Humanos: Estado de Derecho y Constitución*. Tecnos. Madrid.
- PIGA,A., ALFONSO,T., DURÁN,M. e VASINOVA,M. “Hacia un código ético interprofesional”, en Ferrer,J.J. e Martínez,J.L.: *Bioética: un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 2002, 465-471.
- RAMOS,S. e MORLANS,M.: “Legos en el comités de ética: una reflexión desde la ética dialógica”. *Revista de Bioética y Derecho*. Núm.21. xaneiro 2011, 33-39.
- RAWLS,J. (1996): *El liberalismo político*. Traducción de Antoni Domènech, Crítica, Barcelona.
- REAMER,F.G.: “The Social Work Ethic Audit: A Risk-Management Strategy”. *Social Work*, vol.45. Núm.4. xullo 2000, 355-366.
- REAMER,F.G. (1990): *Ethical dilemmas in social service*. Columbia University Press. New York. 2ª edición. .

- REAMER, F.G. "Values and ethics", en *Encyclopaedia of Social Work*, Silver Spring. NASW. 1987, 801-809.
- REBOLLOSO, E., FERNÁNDEZ-RAMÍREZ, B. e CANTÓN, P. (2008): *Evaluación de programas de intervención social*. Síntesis. Madrid.
- REICH, W.T. (Ed.) (1978): *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press. New York.
- RENES, V. "Desarrollo social, procesos y perfiles de exclusión social", en Jaráiz, G. (coord.): *Actuar ante la exclusión. Análisis, políticas y herramientas para la inclusión social*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2009, 23-55.
- RENES, V.: "Criterios y objetivos para la calidad en la intervención social". *Documentación Social*, Núm.135. 2004, 11-34.
- RENES, V., FUENTES, P., RUIZ, E. e JARÁIZ, G.: "Realidad, pensamiento e intervención social". *Documentación Social*, Núm.145. 2007, 11-35.
- REVILLA, J. "Mínimos éticos para individuo insertos en contextos de pluralismo moral", en Rondón, L.M. e Taboada, M.L.: *Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Paraninfo. Madrid. 2013, 47-59.
- REY, J. "Comités asesores de ética", en Romeo, C.M.: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011, tomo I, 380-390.
- RIVAS, M. (1998): *O lápis do carpinteiro*. Xerais. Vigo.
- ROCA, J. "Prólogo: Transiciones en la intervención social", en *Pan y Rosas. Fundamento de exclusión social y empoderamiento*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid. 2009. 23-39.
- RODRÍGUEZ, C.: "Ética y trabajo social: la reflexión de la profesión, camino de ciudadanía". Azarbe. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. Núm.3. Murcia. 2014, 55-61.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): *Servicios sociales y cohesión social*. CES. Madrid.
- RODRÍGUEZ FOUZ, M. "¿Guerra cultural? Cruzadas morales y normatividad en las democracias occidentales", en Sánchez Capdequí, C. (coord.): *El dinamismo de los valores. Crisis y creatividad en la sociedad moderna*. Anthropos. Barcelona. 2014, 121-153.
- ROGERS, W.A., MACKENZIE, C. e DOLS, S., "Vulnerability", en Jennings, B. (ed.): *Bioethics*. Farmington Hills, Gale, 2014, vol.6, 3149-3153.
- ROLDÁN, E. e GARCÍA, T. (2006): *Políticas de Servicios Sociales*. Síntesis. Madrid.
- ROLDÁN, E., GARCÍA, T. e NOGUÉS, L. (2013): *Los Servicios Sociales en España*. Síntesis. Madrid.

- ROMÁN,B.: “La importancia de la Ética en los Servicios Sociales”. Revista Ética & Debat. Vol.19. Núm. 69. 2013.
- ROQUETA,R. (coord.) (2007): *La protección de la dependencia. Comentarios a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Tirant lo Blanch. Valencia.
- SALCEDO,D.: “Los fundamentos normativos de las profesiones y los deberes de los trabajadores sociales”. Trabajo Social Global. Revista de Investigación Social. Vol.1, nº1, xuño 2010, 10-38.
- SALCEDO,D. (1999): *Los valores en la práctica del Trabajo Social*. Narcea. Madrid.
- SALCEDO,D. (1998): *Autonomía y bienestar. La ética del trabajo social*. Comares. Granada.
- SÁNCHEZ,A. (1999): *Ética de la intervención social*. Paidós. Barcelona.
- SÁNCHEZ CAPDEQUÍ,C. (coord.) (2014): *El dinamismo de los valores. Crisis y creatividad en la sociedad moderna*. Anthropos. Barcelona.
- SÁNCHEZ IZQUIERDO,A.T. “Supuestos prácticos para la intervención profesional del trabajo social en asuntos éticos”, en Rondón,L.M. e Taboada,M.L.: *Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Paraninfo. Madrid. 2013, 317-336.
- SÁNCHEZ-CARO,J. e ABELLÁN,F. (2012): *Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad*. Fundación Salud. Madrid.
- SARABIA,J. e DE LOS REYES,M. (ed.) (2000). *Comités de Ética Asistencial. Jornadas de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. Asociación de Bioética fundamental y clínica. Madrid.
- SARASA,S. e SALES,A. “Una propuesta de análisis de la exclusión social a lo largo del ciclo vital”, en Navarro,V.: *La situación social en España/III. Programa en Políticas Públicas y Sociales-UPF*. Fundación F. Largo Caballero. Biblioteca Nueva. Madrid. 2009, 543-568.
- SASTRE,A. (coord.) (2015): *Iluminando el futuro. Invertir en educación es luchar contra la pobreza infantil*. Save the Children España.
- SCHALOCK,R.L. e VERDUGO,M.A. (2003): *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza. Madrid.
- SEGURA,A. “El enfoque de la promoción de la salud”, en Casado,D. (dir.): *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. CCS. Madrid. 2005, 51-74.
- SEMPERE,A. e CAVAS,F. (2007): *Ley de Dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*. Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).

- SEMPERE,A. (dir.) e CHARRO,P. (coord.): *Comentario Sistemático a la Ley de la Dependencia*. Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).
- SEN,A. (1995): *Nuevo examen de la desigualdad*. Traducción de A.Mª.Bravo. Alianza, Madrid.
- SEOANE, J.A. “Argumentación jurídica y bioética. Examen teórico del método deliberativo”, pro manuscrito, 2015.
- SEOANE,J.A.: “La construcción jurídica de la autonomía del paciente”. EIDON, 39, 2013, 13-34.
- SEOANE, J.A. “La respuesta jurídica a la discapacidad: el modelo de los derechos”, en Blázquez, M. D. e Biel Portero, I. (ed.): *La perspectiva de los derechos humanos de la discapacidad*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2012, 11-45.
- SEOANE,J.A.: “Las autonomías del paciente”. Dilemata, ano 2, 2010, nº3, 61-75.
- SEOANE,J.A.: “La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas”. Derecho y Salud 16/1, 2008, 1-28.
- SERNA,P.: “La dignidad de la persona en la Constitución Europea”. Persona y Derecho, 52, 2005, 13-77.
- SERNA,P.: “Dignidad de la persona: un estudio jurisprudencial”. Persona y Derecho, 41, 1999, 139-196.
- SIMÓN,P. (ed.) (2005): *Ética de las organizaciones sanitarias*. Triacastela. Madrid.
- SIMON,P. e BARRIO,Mª.I. (2004): *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*. Triacastela. Madrid.
- SUBIRATS,J., KNOEPFEL,P., LARRUE,C. e VARONE,F. (2012): *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel. Barcelona.
- TERRIBAS,N. “Comité de ética asistencial”, en Romeo,C.M.: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares. Granada. 2011, tomo I, 390-401.
- TOULMIN,S. (2001): *Regreso a la razón*. Península. Barcelona.
- TOURAINE,A. (2011): *Después de la crisis. Por un futuro sin marginación*. Paidós. Barcelona.
- ÚRIZ,M.J. “Dilemas éticos en torno a los principios éticos básicos del trabajo social”, en Rondón,L.M. e Taboada,M.L.: *Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Paraninfo. Madrid. 2013, 193-209.
- ÚRIZ,M.J. (2007): *Dilemas éticos en la intervención social: una perspectiva profesional desde el trabajo social*. Mira. Zaragoza.

- 
- VALOIS-NÚÑEZ,C.: "Intimidad, confidencialidad y dilema ético: A propósito de un caso". Portularia: Revista de Trabajo Social. Universidad de Málaga. Vol. XI, nº2, 2011, 105-114.
  - VARO,A. (2010): *Cuatro preguntas en Bioética (y un estudio)*. Sanofi Aventis. Barcelona.
  - VERDUGO,M.A.: "Calidad de vida I+D+I y políticas sociales". Revista Siglo Cero, nº229, 2009, 5-21.
  - VIDAL,F. (2009): *Pan y rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamento*. Cáritas Española e Fundación FOESSA. Madrid
  - VILAR,J. (2013): *Cuestiones éticas en la educación social*. UOC. Barcelona.
  - VLADIMIR,C.: "Naturaleza y desarrollo. Agenda del trabajo social global contextual, TSGC". Portularia: Revista de Trabajo Social. Universidad de Málaga. Vol.X, nº1, 2013, 111-124.
  - VOLLMANN,J. "The Implementation Process of Clinical Ethics Consultation: Concepts, Resistance, Recommendations", en Schildmann,J., Gordon,J.-S. e Vollmann,J.: *Clinical Ethics Consultation. Theories and Methods, Implementation, Evaluation*. Farnham, Surrey. Ashgate. 2010, 91-106.
  - WOLFF,J. e DE-SHALIT,A. (2007): *Disadvantage*. Oxford University Press. New York.
  - ZAMANILLO,T. "La intervención social", en Servicios Sociales y Política Social. Consejo General de Trabajo Social. Madrid. 2012, diciembre, nº100, 103-112.
  - ZAMANILLO,T (dir.). (2011): *Ética, teoría y técnica: la responsabilidad política del trabajo social*. Talasa. Madrid.
  - ZAMBRANO,C.V. "La conflictiva apropiación de la diversidad cultural en la aplicación del derecho", en Lorenzo,P. e Durán,R.: *Diversidad cultural, género y derecho*. Tirant lo Blanch. Valencia. 2014, 149-187.

## 2. NORMATIVA

### 2.1. **Ámbito internacional**

- NACIÓNS UNIDAS (1948): *Declaración Universal dos Dereitos Humanos*.
- CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL (1946): *Constitución da Organización Mundial da Saúde*. New York. (En vigor dende o 7 de abril de 1948).
- NACIÓNS UNIDAS (1958): *Formación para el Servicio Social*. Tercer Estudio Internacional. New York.
- NACIÓNS UNIDAS (1966): Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais. (En vigor dende o 3 de xaneiro de 1976, BOE 30/04/1977).
- NACIÓNS UNIDAS (1966): Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos, (En vigor dende o 23 de marzo de 1976, BOE 30/04/1977).
- NACIÓNS UNIDAS (1985): Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais. Resolución nº1985/17, de 28 de maio.

### 2.2. **Normativa comunitaria europea**

- *Tratado da Unión Europea*. Asinado o 7 de febreiro de 1992, Maastricht (Bélxica). Diario Oficial da Unión Europea C191 de 29 de xullo de 1992. (En vigor dende o 1 de novembro de 1993). Consulta da Versión Consolidada do ano 2010.
- Carta dos dereitos fundamentais da Unión Europea, do 11 decembro (Diario Oficial das Comunidades Europeas, 18/12/2000).
- Directiva 2001/20/CE do Parlamento Europeo e do Consello da Unión Europea, do 4 de abril de 2001, relativa á aproximación das disposicións legais, regulamentarias e administrativas dos Estados membros sobre a aplicación de boas prácticas clínicas na realización de ensaios clínicos de medicamentos de uso humano (Diario Oficial das Comunidades Europeas 01/5/2001).

### 2.3. Normativa estatal

- Lei 193/1963, de 28 de decembro, de Bases da Seguridade Social (DOG 30/12/1963).
- Decreto 2065/1974, do 30 de maio, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral de Seguridade Social (BOE 20/07/1974).
- Constitución Española, de 27 de decembro de 1978 (BOE 29/12/1978).
- Lei 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social dos Minusválidos (BOE 30/04/1982).
- Lei 7/1985, de 2 de abril, Reguladora das Bases de Réxime Local (BOE 03/04/1985).
- Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade (BOE 29/04/1986).
- Real Decreto Lexislativo 1/1994, de 20 de xuño, polo que se aproba o Texto Refundido da Lei Xeral da Seguridade Social (BOE 29/06/1994).
- Orgánica 1/1996, de 15 de xaneiro, de Protección Xurídica do Menor, de modificación do Código Civil e da Lei de Axuizamento Civil (BOE 17/01/1996).
- Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de carácter Persoal (BOE 14/12/1999).
- Lei Orgánica 5/2000, de 12 de xaneiro, reguladora da responsabilidade penal dos menores (BOE 13/01/2000).
- Lei 16/2003, de 28 de maio, de Cohesión e Calidade do Sistema Nacional de Saúde (BOE 29/05/2003).
- Decreto 223/2004, do 6 de febreiro, polo que se regulan os Ensaos Clínicos con Medicamentos (BOE 01/03/2004).
- Lei Orgánica 1/2004, de 28 de decembro, de medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero (BOE 29/12/2004).
- Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios (BOE 27/07/2006), modificada a través da Lei 10/2013, do 24 de xullo, pola que se incorporan ao ordenamento xurídico español as directivas 2010/84/UE do Parlamento Europeo e do Consello, do 15 de decembro de 2010, sobre farmacovixilancia, e 2011/62/UE do Parlamento Europeo e do Consello, do 8 de xuño de 2011, sobre prevención da entrada de medicamentos falsificados na cadea de subministración legal (BOE 25/07/2013).

- Lei 39/2006, de 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (BOE 15/12/2006).
- Lei 14/2007, de 3 de xullo, de Investigación Biomédica (BOE 04/07/2007).
- Lei Orgánica 2/2009, de 11 de decembro, de reforma da Lei Orgánica 4/2000, de 11 de xaneiro, sobre Dereitos e Liberdades dos Estranxeiros en España e a súa Integración Social (BOE 12/12/2009).
- Real Decreto 1723/2012, do 28 de decembro, polo que se regulan as actividades de obtención, utilización clínica e coordinación territorial dos órganos humanos destinados ao transplante e se establecen requisitos de calidade e seguridade (BOE 29/12/1012).
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de novembro, que aproba o Texto Refundido da Lei Xeral de Dereitos das persoas con Discapacidade e da súa Inclusión Social (BOE 03/12/2013).

#### **2.4. Normativa autonómica (agás Galicia)**

- Decreto Foral 232/2006, do 26 de decembro, polo que se regula a creación dos Comités de ética de intervención social (Boletín Oficial de Biscaia do 19/01/2007).
- Decreto Foral 46/2007, do 12 de xuño, polo que se regula a creación dos Comités de ética de intervención social no Territorio Histórico de Guipúscoa (Boletín Oficial de Guipúscoa do 18/06/2007).
- Decreto 62/2010, do 23 de abril, polo que se regula a composición, o funcionamento e as atribucións do Comité de ética de servizos sociais de Baleares (Boletín Oficial das Illas Baleares do 29/04/2010).
- Orde ASC/249/2010, do 16 de xuño, do Comité de ética dos servizos sociais de Cataluña (Diario Oficial de Cataluña do 23/06/2010).
- Decreto 26/2013, de 22 de maio, polo que se regula a creación, composición e funcionamento do Comité de ética en intervención social do Principado de Asturias (Boletín Oficial do Principado de Asturias do 30/05/2013).
- Decreto Foral 60/2010, do 20 de setembro, polo que se regula o Comité de ética na atención social de Navarra e os Comités de ética de carácter sectorial ou de centro (Boletín Oficial de Navarra do 20/10/2010).
- Orde 2010/21659, do 22 de decembro, da Consellería de Saúde e Benestar Social, pola que se crea o Comité de ética de saúde e benestar social de Castela-A Mancha (Diario Oficial de Castela-A Mancha do 4/01/2011).



- Decreto Foral 14/2011, do 1 de marzo, do Consello de Deputados de 1 de marzo, polo que se regula a creación e acreditación de Comités de ética en intervención social no Territorio Histórico de Álava (Boletín Oficial de Álava do 11/03/2011).

## **2.5. Normativa autonómica (Galicia)**

- Lei Orgánica 1/1981, de 6 de abril, pola que se regula o Estatuto de Autonomía de Galicia (BOE 28/04/1981).
- Orde de 11 de xullo de 1996, pola que se crea o Comité ético de investigación clínica de Galicia (DOG 29/03/2007).
- Decreto 177/2000, de 22 de xuño, polo que se regula a creación e autorización dos comités de ética asistencial (DOG 05/07/2000).
- Orde do 13 de febreiro de 2001, pola que se crea a Comisión Galega de Bioética (DOG 05/03/2001). Modificada pola Orde de 13 de xullo de 2006 (DOG 18/07/2006), e posteriormente modificada pola Orde de 25 de xuño de 2010 (DOG 20/07/2010).
- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia (DOG 18/12/2000).
- Lei 16/2010, do 17 de decembro, de administración e funcionamento da Administración xeral e do sector público de Galicia. (DOG 31/12/2010).
- Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, pola que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a autonomía e a atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes (DOG 13/01/2012).
- Orde do 19 de abril de 2013 pola que se modifica a Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e a atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes (DOG 06/05/2013).
- Decreto 63/2013, do 11 de abril, polo que se regulan os comités de ética de investigación en Galicia (DOG 22/04/2013).

- Lei 10/2013, do 27 de novembro, polo que se aproba o texto refundido da Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social (DOG 31/12/2013).
- Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais DOG 16/07/2015).

## **ANEXO**

---

# **ANÁLISE COMPARATIVA DOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EXISTENTES NO ESTADO ESPAÑOL**

(elaboración propia)



## ANÁLISE COMPARATIVA DOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EXISTENTES NO ESTADO ESPAÑOL

Territorio	ANÁLISE COMPARATIVA DOS COMITÉS DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL EXISTENTES NO ESTADO ESPAÑOL															
	Antecedentes	Data de creación	Denominación	Referencia na lei de servizos sociais	Ámbito territorial	Participación	Número de persoas membro	Formación mínima acreditada en Bioética	Dependencia orgánica	Composición	Duración do nomeamento das persoas membro	Convocatorias mínimas anuais	Convocatorias extraordinarias	Acordos	Acceso das persoas usuarias	Acceso dos profesionais e institucións
<b>Álava</b>	Grupo promotor dende 2009	11/03/2011	Comité de ética en intervención social	Si	Provincial	Voluntaria	Mínimo 7 persoas	1 persoa experta. E a metade dos membros, 60h.	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	4 anos renovables	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Unidade de atención á persoa usuaria, servizo similar e secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Asturias</b>	Grupo Promotor (1 ano en formación)	30/05/2013	Comité de ética en intervención social	Si	Autonómico	Voluntario	Mínimo 7 persoas	80% das persoas, 120h.	Consellería competente en materia de benestar	Presidencia e secretaría	Máximo 9 anos	4	Procedemento específico segundo o regulamento de funcionamento	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Baleares</b>	Non constan	29/04/2010	Comité de ética de servizos sociais	Si	Autonómico	Dereito a percibir gratificacións e indemnizacións establecidas	20 persoas	Non consta	Consellería de Asuntos Sociais	Órganos unipersonais: presidencia, vicepresidencia e secretaría. Órganos colexiados: pleno e relatorios técnicos	Indefinido	4	Convocar con 8 días de antelación	Por maioría simple. En caso de empate, a presidencia ten voto de calidade	Impreso (modelo oficial) dirixido á presidencia	Colexios profesionais ou a presidencia

<b>Biscaia</b>	Non constan	19/01/2007	Comité de ética en intervención social	Non	Provincial	Voluntaria	Mínimo 7 persoas	4 persoas, 120h.	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	3 anos renovables	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple ou 2/3 das persoas membro	Unidade de atención á persoa usuaria e/ou servizo similar	Secretaría do Comité
<b>Castela-A Mancha</b>	Non constan	04/01/2011	Comité de ética de saúde e benestar social	Non	Autonómico	Indemnización polos gastos ocasionados	20 persoas	Non consta	Consellería de Asuntos Sociais	Presidencia, vicepresidencia, secretaría e vogalías	4 anos renovables unha vez	2	Sen especificar o proceso	Non constan	Consellería, órganos do servizo de saúde, comités de ética sanitarios, colexios profesionais, entidades da administración rexional	Consellería, órganos do servizo de saúde, comités de ética sanitarios, colexios profesionais, entidades da administración rexional
<b>Cataluña</b>	Non constan	23/06/2010	Comité de ética dos servizos sociais	Si	Autonómico	Dereito a dietas das persoas sen cargo na administración pública	34 persoas	Todos os membros, ou compromiso de formarse en breve espazo de tempo	Departamento competente en materia de servizos sociais	Órganos unipersoais: presidencia, vicepresidencia 1ª e 2ª e secretaría. Órganos colexiados: pleno, comisións permanentes e comisións de traballo	5 anos renovables	3	Comisión permanente coa ratificación do pleno	Non constan	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
<b>Guipúscoa</b>	Grupo promotor dende 2005	18/06/2007	Comité de ética en intervención social	Non	Provincial	Voluntaria	Mínimo 7 persoas	4 persoas, 90h.	Xerente ou responsable do centro ou institución	Presidencia e secretaría	3 anos renovables	3	Sen especificar o proceso	Por maioría simple	Unidade de atención á persoa usuaria, servizo similar e secretaría do Comité	Secretaría do Comité

Navarra	Non constan	20/10/2010	Comité de ética na atención social	Si	Autonómico	Voluntaria	Mínimo 7 persoas	4 persoas, 120h.	Departamento competente en materia de servizos sociais	Presidencia, vicepresidencia e secretaría	3 ano (renovables até 9 anos)	4	Sen especificar o proceso	Por unanimidade ou 2/3 das persoas membro	Secretaría do Comité	Secretaría do Comité
	1 ano funcionando	20/10/2010	Comité de ética de carácter sectorial (de centro)	Si	Área de servizos sociais ou centros autonómicos	Voluntaria	Mínimo 5 persoas	3 persoas, 120h.	Departamento competente en materia de servizos sociais	Presidencia, vicepresidencia e secretaría	3 ano (renovables até 9 anos)	4	Sen especificar o proceso	Por unanimidade ou 2/3 das persoas membro	Dirección dos centros, servizos ou institucións, ou secretaría do Comité	Dirección dos centros, servizos ou institucións, ou secretaría do Comité

