

DE UNA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA A UNA BIOÉTICA COMUNITARISTA
A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ESPACIO CLÍNICO

LIDA ANGÉLICA SÁNCHEZ PIRAQUIVE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: DILEMAS Y PROBLEMAS EN LAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD

BOGOTÁ, D.C.

2018

DE UNA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA A UNA BIOÉTICA COMUNITARISTA
A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ESPACIO CLÍNICO

LIDA ANGÉLICA SÁNCHEZ PIRAQUIVE

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética.

Tutor/es

María Janeth Pinilla

Boris Julián Pinto

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: DILEMAS Y PROBLEMAS EN LAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD.

BOGOTÁ, D.C.

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá, D.C, Noviembre de 2018

Tabla de contenido.

Agradecimiento.....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
El modelo principalista.....	9
Bioética comunitarista y trabajo social.....	13
Historia del Trabajo Social.....	17
Aportes de la bioética comunitarista desde el Trabajo Social al espacio clínico.....	25
Referencias.....	27

Agradecimiento.

A Dios, por ser mi dador de vida, a mis padres por su apoyo incondicional, a mi novio por su paciencia y por alegrarme en los momentos difíciles.

A mi jefe por su motivación y apoyo.

A mis asesores profesora María Janeth y profesor Boris por su disposición y orientación los cuales, con su conocimiento, hicieron posible la realización de este ensayo.

Resumen

El presente ensayo, pretende realizar un aporte a la transformación de la bioética principialista en el espacio clínico, a la bioética comunitarista a través de la profesión del trabajo social.

Realiza un recorrido de los principios de la bioética basados en el modelo principialista de Buchams y Childress, 1979 y falencias en el ámbito clínico evidenciados por la autora, historia del comunitarismo, del trabajo social y por último aportes del Trabajo social.

Así mismo se da conocer la experiencia de una institución de salud de IV nivel, en donde ha sido posible la inclusión de la comunidad interna y externa en el ámbito clínico.

Palabras clave: Bioética, trabajo social, bioética comunitarista, principialismo.

Introducción.

Actualmente la Bioética clínica se caracteriza por implementar el modelo principialista de Beauchamp y Childress, 1979, basado en cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Este modelo se centra en la prioridad de la voluntad de la persona, en la atención clínica como en la investigación, prima el respeto a la autonomía del paciente o del sujeto de investigación que se concreta con el consentimiento informado.

Estos principios han sido tradicionalmente aplicados en el campo de la medicina, ya que su conceptualización y aplicación es práctica en relación a la toma de decisiones clínicas, sin embargo, el individualismo que tiene de trasfondo el principialismo se evidencia en su primer principio: la autonomía, que si bien es uno de los cuatro principios, se ha notado en su aplicación a lo largo de los años, que los otros principios lo llevan de vuelta a él (Callahan, 2003).

De acuerdo a mi formación profesional considero que el modelo principialista aplicado en el ámbito clínico carece de una mirada holística e integral del paciente, puesto que el entorno, la familia y comunidad son elementos fundamentales para elaborar un diagnóstico global del paciente y un pronóstico real en su plan de tratamiento, teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo social como los factores protectores con los que se cuenta.

Así las cosas, es necesario incorporar elementos de la bioética comunitarista, la cual, en el ámbito clínico ha sido y continúa siendo muy escasa. Para los comunitaristas, la vida de las personas no puede entenderse al margen de su comunidad, cultura y tradiciones, el sujeto político ante todo pertenece a una comunidad por lo tanto el bien comunitario se encuentra por encima de los derechos individuales.

El Trabajo social en el ámbito clínico permite recordar y traer a la persona que hay más allá del paciente, disponiendo de un enfoque integral en la atención. Incorpora de forma

real la perspectiva biopsicosocial a través de equipos multidisciplinares de atención, en los cuales entiende que el ser humano no es un ser aislado y que al contrario es un ser en constante interacción con su entorno.

En este sentido, el contexto del paciente afecta la salud, ejemplo: la vivienda y barrio donde habite, su estatus socioeconómico, la calidad de sus relaciones familiares y sociales, su capacidad para incluirse en el mercado laboral, su nivel educativo o la cantidad y tipo de violencia psicosocial que le involucre, son aspectos que van a condicionar entre otros muchos y en buena medida, la salud de los seres humanos.

De acuerdo a lo anterior, se puede deducir que, el trabajador social puede aportar desde su quehacer en el ámbito clínico a la transformación de una bioética principialista en una bioética comunitarista, pero ¿Cuáles serían estos aportes? es la pregunta con la cual se pretende desarrollar el siguiente ensayo.

Conocer estos aportes permitirá la construcción de una atención más holística por parte de todo el personal asistencial y la posibilidad de cambiar nuestras acciones haciéndolas más humanas, favoreciendo a los usuarios y a nosotros como profesionales y como personas.

A sí mismo aportará a la academia, puesto que investigaciones sobre trabajo social y bioética son pocas, por lo cual este ensayo puede llegar a ser insumo para mis colegas y futuros/as Trabajadoras/es Sociales que como yo podrán ser iluminados por la reflexión que aporta la bioética.

Para contextualizar al lector empezaré por dar a conocer los principios del modelo principialista y las deficiencias evidenciadas en la práctica.

El modelo principialista

El Principialismo nace en la década de los 80, con la propuesta ética de Tom L. Beauchamp investigador y filósofo en el Kennedy Institute of Ethics y colaborador de la confección del Informe Belmont (1978) y James F. Childress docente de teología en la University of Virginia contenida en el famoso libro *Principles of biomedical ethics*. (1979). Los autores elaboraron un paradigma moral para quienes trabajan en el ámbito de la salud, a fin de proporcionar una referencia práctica y conceptual que pueda servir de orientación en situaciones concretas. Tal paradigma, está asentado en las bases de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, interpretados a la luz de dos teorías, el utilitarismo mitigado y la deontología prima facie. La teoría de los principios se basa en cuatro principios:

Respeto a la Autonomía: Según Beauchamp y Childress (1999) este principio se fundamenta en ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones disponiendo de la información necesaria sobre los procedimientos a los que se les va a someter, su propósito, y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que tienen.

Así mismo, es importante que tengan presente que pueden hacer cualquier pregunta sobre los procedimientos y que pueden abandonarlos en cualquier momento. A partir de este principio se deriva la práctica del consentimiento informado. En caso que el paciente no sea competente, las decisiones las debe tomar el representante legal. En su libro “Principios de ética biomédica” (1999) Los autores Beauchamp y Childress proponen como condiciones del uso de la autonomía las siguientes condiciones:

- a.) Las decisiones autónomas son decisiones intencionadas; b) tomadas con conocimiento de la actuación médica que se proponga, de su significado y de las consecuencias que de ella puedan derivarse y c) tomadas en ausencia de coacciones externas a la persona. Añadiendo, además, que a) debe ser vista como una condición absoluta, pero b) y c) pueden presentarse en distintos grados (p.116).

Sin embargo, en la práctica, desde mi experiencia, se evidencia que estas condiciones no son tenidas en cuenta, puesto que la mayoría de personas del equipo asistencial no evalúa las circunstancias que permiten o no, que una persona pueda ser realmente autónoma, es decir, que reciba información relevante y necesaria para que teniendo en cuenta su historia familiar y social pueda tomar una decisión, ya que muchas veces el paciente ni siquiera comprende la información dada por lo tanto permite la coacción del médico o de la persona que está realizando la atención.

No maleficencia: “El principio de no maleficencia obliga a no hacer daño intencionadamente. En ética médica, este principio está íntimamente relacionado con la máxima *primum non nocere*: «En primer lugar, no hacer daño»” (Beauchamp & Childress, 1999, p.179).

Los autores abordan especialmente la toma de decisiones acerca de tratamientos de soporte vital y la asistencia a morir, decisiones que deben integrar juicios ponderados sobre la calidad de vida del enfermo y no rechazarlos sistemáticamente. Distinguen entre obligaciones de no maleficencia (no debe infringirse daño intencionadamente) y de beneficencia (prevenir el daño, evitándolo o rechazándolo activamente y hacer o procurar el bien) en base a que las primeras implican abstenerse de llevar a cabo acciones que puedan causar daño, mientras que las segundas ayudan activamente a las demás personas.

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que los médicos están obligados a prever y evitar los daños y perjuicios que sean evitables. En relación a este principio resulta sorprendente que en la actualidad algunos médicos actúen de forma obstinada hacia sus pacientes y esto se puede evidenciar con más frecuencia en la Unidad de cuidados Intensivos (UCI) con el encarnizamiento terapéutico.

La obstinación o encarnizamiento terapéutico consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios o de tratamientos no indicados en aquella situación clínica (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía. (Batiz & Locan, 2014, p.32).

Desde mi experiencia, he tenido que recorrer la UCI donde veo personas totalmente dependientes de una cantidad de cables y aparatos, desnudos y sin compañía porque la mayoría de veces el tiempo para estar con su familia es limitado, muchas veces esta situación es originada por la demanda del enfermo y de la familia o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.

Considero que la no maleficencia debe abarcar no solo el daño físico o la interferencia con la libertad, sino las amenazas a los valores, las relaciones sociales y el bienestar político de las personas. Es un principio que debería llevarnos a considerar lo que realmente perjudica el bienestar humano, ya sea por amenazas ambientales, culturales o políticas.

Principio de Beneficencia: “La beneficencia se refiere a una acción realizada en beneficio de otros; obligación moral de actuar en beneficio de otros” (Beauchamp & Childress, 1999, p.246).

Es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista de salud, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente-, el actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien.

Las miradas sobre el bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el ‘bien de la humanidad’; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño.

La beneficencia debe incluir un esfuerzo para determinar qué constituye el bien de los individuos, por lo tanto, requiere la reflexión y el apoyo de la comunidad.

Principio de justicia: “Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios” (Gómez & Pinto Bustamante, 2016).

En este principio, Beauchamp y Childress, (1999), abordan el termino justicia distributiva “se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación.” (p.312).

De acuerdo a lo anterior y basados en otros escritores los autores proponen unos principios materiales de justicia distributiva:

A cada persona una parte igual

A cada persona de acuerdo con la necesidad

A cada persona de acuerdo con el esfuerzo

A cada persona de acuerdo con la contribución

A cada persona de acuerdo con el mérito

A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado. *Íbid.*

Los autores consideran que estas diversas concepciones pueden convivir dentro de una misma sociedad y podrán ser utilizadas de modo diferenciado según las cuestiones que en cada situación haya que solucionar.

Significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite. (Gómez & Pinto Bustamante, 2016, p.312)

La justicia como principio requiere no solo un juicio acerca de lo que constituye una distribución justa de los recursos de atención de salud, sino que, ante los recursos escasos, también debe determinar qué constituye un recurso apropiado para distribuir o qué deben crear los avances de la investigación.

Como podemos ver “el principlialismo tiene dos virtudes clave: refleja la cultura liberal e individualista de la que surgió y, por lo tanto, es una cultura agradable; y es relativamente simple en su conceptualización y aplicación, y por lo tanto es particularmente atractivo para la toma de decisiones clínicas” (Callahan, 2003, p. 269-274).

La Bioética no se agota en cuatro principios. Los llamados cuatro principios de la bioética no responden a la cantidad de problemas que enfrenta el ser humano. Pocas disciplinas se estudian para resolver problemas sociales concretamente. El trabajo social es una de estas profesiones. Cada una ofrece a la comunidad humana un poco de sí para resolver problemas sociales. (Espinoza, 2001).

Bioética comunitarista y trabajo social.

“El comunitarismo aparece en la década de 1980 como una corriente de pensamiento para designar toda forma de etnocentrismo o sociocentrismo que implicara una autovaloración y una tendencia a cerrarse sobre sí mismo, en el contexto de la posmodernidad” (Siede, 2009).

Para los comunitaristas, la vida de las personas no puede entenderse al margen de su comunidad, cultura y tradiciones.

El postulado del comunitarismo es la prioridad el bien común como base de las reglas y procedimientos políticos y jurídicos. El sujeto político ante todo pertenece a una comunidad. Como consecuencia, el bien comunitario se encuentra por encima de los derechos individuales.

Desde el comunitarismo, hay un rechazo explícito de la neutralidad ética estatal. El Estado debe promocionar una política del bien común, adecuada a la forma de vida de la comunidad. La vida comunitaria es precisamente el espacio para la autorrealización individual. Así lo expresa la tradición cívico-humanista liderada por Charles Taylor. El pensamiento de este autor entiende la ciudadanía desde la identidad con la comunidad, y sólo bajo ese esquema de valores compartidos se hace posible la participación. (García, 2007)

Las teorías comunitaristas consideran que todo lo que es básico para la ética deriva de los valores comunitarios, del bien común, de los objetivos sociales, de las prácticas tradicionales y de las virtudes como la solidaridad y la cooperación.

La influencia del comunitarismo en la bioética ha sido y continúa siendo muy escasa, autores como (Callahan, 2003) proponen que el comunitarismo, está destinado a caracterizar una forma de pensar acerca de los problemas éticos, no a proporcionar fórmulas o criterios rígidos para tratarlos.

Este autor sostiene que el primer conjunto de preguntas que deben plantearse sobre cualquier problema ético debe centrarse en su significado social, implicaciones y contexto, incluso en aquellos casos que parecen afectar solo a los individuos.

Asume que los seres humanos son animales sociales y bajo ninguna circunstancia individuos aislados, cuyas vidas se viven en instituciones y prácticas sociales, políticas y culturales profundamente fuertes.

Callahan, (2003), afirma que la clave para una forma de pensar comunitaria se reduce a un conjunto de habilidades analíticas y virtudes personales, no a un conjunto de procedimientos de decisión.

En el nivel clínico, afirma el autor esto significa, por ejemplo, la capacidad de percibir en las necesidades, el dolor y el sufrimiento de los demás, para comprender su situación y responder adecuadamente a ella.

Otro de los autores que propone la ética médica comunitarista es Ezequiel J. Emanuel, médico bioeticista norteamericano (1957), este autor propone la democracia deliberativa en palabras de él define:

El ideal del comunitarismo liberal es una federación de comunidades, dedicada cada una de ellas a la deliberación democrática. Los ciudadanos de estas comunidades están comprometidos con la articulación de una concepción compartida de la vida buena que, a su vez, guíe la formulación de las leyes y políticas que regulan la vida comunitaria. Esta visión es liberal porque garantiza a los ciudadanos los derechos necesarios para participar en las deliberaciones

democráticas; es comunitarista porque tales deliberaciones están dirigidas a la articulación de una concepción de la vida buena, que sea capaz de informar las leyes y políticas que se han de adoptar. Para que esas comunidades puedan comprometerse en deliberaciones sustantivas tendrán que ser pequeñas...tendrán que federarse en una nación capaz de ocuparse de los asuntos que desbordan las posibilidades de las pequeñas comunidades...» (Quintana, 2012)

La esencia de la propuesta de Ezequiel es la participación activa de todos los ciudadanos en la vida de la comunidad, interpretando y creando valores comunitarios, configurando juntos instituciones comunes y un estilo de vida compartido mediante el proceso de deliberación. A lo largo de ese proceso se forjan ideales, se establecen prioridades, se delinear políticas y se define la identidad de la propia comunidad y de la vida compartida por sus componentes.

“Emanuel defiende un comunitarismo liberal que afirma el pluralismo, la multiculturalidad, la autonomía individual, la promoción de capacidades deliberativas y cuya existencia trascienda en el mantenimiento de su comunidad” (Gómez & Pinto Bustamante, 2016, p.98).

Amitai Etzioni, sociólogo y filósofo Germano estadounidense, integra en su comunitarismo lo que él denomina la “buena sociedad”, como resultado de sus ideas liberales, no neoliberales, rechaza la posición individualista básica y la relatividad moral que genera el individualismo en nuestras sociedades. No acepta el concepto de que la mayor autonomía otorgada a una persona, dé como resultado lo mejor para todas las personas, es decir, para la sociedad.

Para Etzioni las personas deben ser los fines y no los medios en el fundamento de una buena sociedad, en la cual se debe distinguir entre las relaciones yo-tú y yo-cosas. Esta es una premisa en la cual se deben fundamentar todas las manifestaciones de orden sociopolítico.

Para la toma de decisiones se conjuga la razón con los valores sociales de los individuos, vinculados a diferentes comunidades y con un sustrato moral y emotivo que configura su identidad.

Estos postulados comunitaristas aportan en el ámbito clínico a la bioética principialista a través del trabajo social en cuanto a que los trabajadores sociales en el ámbito clínico intervenimos dentro del campo de la salud y el ámbito social, promoviendo el desarrollo de las habilidades personales actuando sobre el entorno para incidir en los factores que se relacionan con estilos de vida.

Como profesionales inmersos en el ámbito clínico, participamos de esta tarea (asistencial y preventiva), ocupándonos de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

Si bien el sentido común y una mirada aguda pueden ser las mejores vías para la comprensión, las ciencias sociales tienen importantes contribuciones que hacer. Pueden ayudarnos a ver la textura social más fina de, por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos neonatales o la de una organización de mantenimiento de la salud (Callahan, 2003).

La profesión que podría articular la bioética comunitarista en el ámbito clínico es el trabajo social, puesto que, es una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo y cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas.

Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades, el trabajo social involucra a las personas, comunidades y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (International Federation of Social Workers, 2010)

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

Historia del Trabajo Social

El Trabajo Social surge a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, como consecuencia de la revolución industrial es decir que cuenta con poco más de 100 años de desarrollo, la iglesia en este sentido fue el principal precursor. El primer nombre que se le dio a esta labor fue asistencia social, en este punto la caridad toma un papel relevante, el amor al prójimo, la virtud cristiana y el socorro va ligado al bien común.

Entre 1936 y 1952 se inician los primeros intentos por posicionar la profesión en Colombia: aparecen las primeras escuelas y los procesos de afianzamiento de las mismas a partir de modificaciones de los planes de estudio, además, a partir del Decreto 15729, se da su articulación con elementos específicos de la profesión como los métodos de caso, grupo y comunidad. (Bueno, 2017, p.6).

En esta etapa (1952-1965) se opta por pensar el Trabajo Social desde una dimensión más cercana a las Ciencias Sociales y se incluyen como parte de la formación los métodos sistemáticos de intervención. (Bueno, 2017, p.79).

Se le da así un sentido significativo al conocimiento científico como requisito para la intervención, en términos de darle estatus profesional. Se le otorga mayor importancia a la razón científica, se suprime el área médico jurídica y se consolida la estructura curricular alrededor de los métodos tradicionales. Se considera necesario formar profesionales para que comprendan e interpreten la realidad social, lo que lleva consigo el interés por la investigación para la intervención.

Este periodo (1965-1980) se caracterizó por una fuerte crítica y una profunda transformación de las visiones con las que se venía formando a los profesionales en Trabajo Social. *Íbid.*

Surgen de movimientos sociales como respuesta a las inconformidades sociales que empiezan a despertarse en los diferentes países, todo ello incide de manera directa en las universidades, que generan propuestas para contribuir al cambio social que se pedía por parte de los demás sectores.

La reconceptualización se ve entonces como una concepción concientizadora y revolucionaria que busca comprender los problemas de manera diferente, respondiendo a las falencias que les representaba la propuesta desarrollista.

Hacer un recorrido por el origen del Trabajo Social permite comprender que su desarrollo a nivel profesional y disciplinar ha estado marcado por contextos específicos, es decir, por espacios y tiempos que favorecen unas condiciones particulares para que este se desarrolle.

En Trabajo Social se identifican como métodos tradicionales: caso, grupo y comunidad, la teoría en cada uno de estos agentes de acción admite una forma definida de intervenir en un contexto social determinado.

El método de caso marca el comienzo de la profesionalización del Trabajo Social en el año 1917, por medio del modelo propuesto por Mary Richmond, el cual se halla influenciado por el psicoanálisis, este método es utilizado en el ejercicio profesional a través del diagnóstico.

El método de grupo es reconocido como tal en el año 1946. El grupo se asumió como alternativa de acción profesional con propósitos correctivos, preventivos, recreativos, educativos y promocionales; es decir se intentó desarrollar una herramienta de intervención útil frente a los múltiples problemas sociales que enfrentaba Estados Unidos en los años posteriores a la segunda guerra mundial (Consejo Nacional para la Educación en Trabajo social, 2018).

El método de Comunidad es definido como uno de los principales métodos de la profesión en el año 1947. Puede ser considerado como el método que identifica la profesión.

El trabajo comunitario se diferencia del Trabajo social de caso y de grupo en que estos dos abordan el tratamiento de situaciones sociales personales (problemas que se producen en el contexto de carácter del individuo mismo y en el ámbito de sus relaciones inmediatas del individuo mismo y en el ámbito de sus relaciones inmediata con otros y el trabajo social comunitario aborda situaciones sociales colectivas (problemas que se refieren a cuestiones que van más allá de entornos inmediatos del individuo y más allá del ámbito de su vida privada (Universidad de Barcelona, 2017).

Principios del Trabajo Social

Montoya et. al. Expone que los principios en el ámbito del trabajo social son entendidos como

Pautas particulares por las cuales deben regirse las y los profesionales en el momento de la intervención; consisten en la individualización, expresión explícita de los sentimientos, implicación emocional controlada, aceptación, actitud no enjuiciadora, la autodeterminación del usuario y la confidencialidad. Son supuestos generales constitutivos que guían la intencionalidad, conceptual, metodológica de la intervención social; tienen un tras-fondo ético, filosófico y político. (2002, p.106)

De acuerdo al código de ética de los trabajadores sociales, son principios de la profesión: Justicia, dignidad, libertad, igualdad y el respeto por el otro, solidaridad, y confidencialidad, a continuación se explican cada uno de ellos.

a) Justicia. Es dar a cada uno lo que le corresponde, sin discriminación y reconociendo la diversidad étnica y cultural. “Así, los trabajadores sociales están llamados a asumir el compromiso de promover la justicia social para los sujetos, en particular, y para la sociedad, en general.”

b) Dignidad. Se refiere al valor inherente y único que merece todo ser humano. Corresponde a los trabajadores sociales el respeto de este principio en las relaciones con los sujetos.

c) Libertad: La autodeterminación de las personas en la toma de decisiones y acciones, sin que sus actos afecten los derechos de otras. Los trabajadores sociales deben desplegar acciones para promover la participación con el fin de evitar o superar condiciones de sometimiento y dominación; como también ayudar a desarrollar la capacidad de tomar decisiones propias, en términos de empoderamiento y pleno desarrollo de sus potencialidades
()

d) Igualdad: Hace referencia a los mismos derechos y oportunidades para todas las personas, sin discriminación por razones de sexo, raza, origen, lengua, religión, opinión

pública o filosófica. Por tanto, los trabajadores sociales orientarán su intervención hacia el acceso y goce efectivo de derechos y la reducción de desigualdades, buscando garantizar la supresión de todas las formas sociales, económicas, culturales y políticas de exclusión e inequidad.

e) Respeto: Consideración debida a los otros por su condición de seres humanos. En el ejercicio profesional los trabajadores sociales deben actuar reconociendo los derechos de los sujetos, sus opiniones, las diferencias culturales y las diversas miradas de la realidad social.

f) Solidaridad: Entendida como la intervención en acciones vinculadas a una causa. Se expresa en la voluntad y la capacidad profesional de los trabajadores sociales en direccionar procesos y movilizar recursos con el propósito de atender situaciones de vulnerabilidad de la población y sus demandas sociales, y con miras a lograr cambios o transformaciones para el logro de bienestar, equidad y calidad de vida.

g) Confidencialidad: Otorgar a la información obtenida el carácter de secreto profesional, respetando la privacidad de los sujetos.

Rol del trabajador social en salud

En el área de salud, el Trabajo Social desarrolla procesos de actuación en tres ámbitos denominados métodos, a saber: a) intervención individual y familiar, b) intervención grupal y, finalmente, c) intervención comunitaria. De esta manera el (la) trabajador(a) social es capaz de identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas, hogares y comunidades, desarrollando su labor no solo al interior de las instituciones de salud, sino en espacios donde tienen lugar las relaciones sociales y se generan redes de apoyo que soportan y ayudan a la persona enferma: en el hogar, en el trabajo, en la escuela (Ramírez, 2012).

En el equipo interdisciplinario, el Trabajador Social aporta el diagnóstico social identificando factores de riesgo social, que pueden ser del orden individual, familiar y comunitario; el cual se elabora teniendo en cuenta aspectos particulares de la población

como: edad, sexo, etnia, nivel socioeconómico, ubicación y condiciones de la vivienda, pertenencia a grupos u organizaciones, entre otros. Con lo anterior, el equipo de atención profesional elabora un diagnóstico global del paciente teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo social así como los factores protectores con los que cuenta el usuario.

Considero que nuestro principal recurso de trabajo son las personas, por eso uno de nuestros objetivos básicos es conseguir su empoderamiento, desarrollando todas sus capacidades y habilidades. Aparte de las funciones administrativas, que irremediamente algunas veces tenemos que asumir, nuestra labor nos permite facilitar el desarrollo personal y la construcción de proyectos vitales capaces de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Esto implica un trabajo importante y un largo proceso de empoderamiento con las personas, con la familia y con su entorno para que sean protagonistas de las transformaciones que impone la enfermedad.

Del papel a la práctica: Experiencia en la Fundación Santa Fe.

La Fundación Santa Fe de Bogotá es una entidad privada de carácter social cuya misión es liderar e influir positivamente en el sector de la salud y contribuir al bienestar de los individuos y de las comunidades.

Desde hace más de 40 años, la Fundación trabaja constantemente por dejar una huella social y construir valor superior para sus pacientes, familias, visitantes y comunidad. Desde su creación ha estado en la permanente búsqueda de la generación de valor superior, es decir, de los mejores resultados que superen las expectativas de sus pacientes, familiares, cuidadores, estudiantes, investigadores, aliados y comunidad en general, utilizando los menores recursos posibles para lograrlo.

La gestión de modelos y procesos innovadores, la generación de nuevos proyectos estratégicos y las investigaciones clínicas en Salud Pública reflejan el interés de la institución por el mejoramiento continuo y la prestación de los mejores servicios posibles. Las estadísticas, certificaciones y acreditaciones que ha recibido a lo largo de los años, son muestra de su

compromiso con Colombia y la región por contribuir a su bienestar en salud (Fundación Santafé de Bogotá, 2018).

El modelo implementado por el servicio de Trabajo Social es el biopsicosocial, holístico o modelo de salud integral, el cual reconoce que los factores biológicos, psicológicos, sociales, emociones y conductas juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad o la percepción de enfermedad.

En la Fundación laboran seis Trabajadoras Sociales, una en el servicio de Trasplantes, una en la Unidad Renal, Una en Alta Hospitalaria y tres en Subdirección de Servicio las cuales pertenecen al Departamento de Atención al paciente y familia y del cual yo hago parte. Una de ellas es la encargada de gestionar peticiones, quejas, reclamos sugerencias y felicitaciones.

Las otras dos somos transversales a toda la institución, atendemos pacientes que presentan algún grado de vulnerabilidad social y/o familiar (riesgos de agresión de diferentes tipos), integrando su red de apoyo social para fomentar la continuidad al plan de atención, el acceso a los servicios de salud y al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Como Trabajadora Social considero que la implementación de este modelo ha permitido realizar una intervención integral, identificando las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de nuestros pacientes, su familia, hogares y comunidades, desarrollando así una labor no solo al interior de las instituciones, sino en espacios donde tienen lugar las relaciones sociales y se generan redes de apoyo previniendo futuras complicaciones.

Ejemplo de ello es el programa Hospital y Comunidad el cual es liderado por las dos Trabajadoras Sociales del Departamento de Atención al Paciente y Familia, yo soy una de ellas.

Con esta estrategia se pretende complementar los esfuerzos realizados en por el área de Salud Pública desarrollando actividades extra institucionales que beneficien a la comunidad área de influencia e intra institucionales en la gestión diaria de la Institución,

integrando sus vivencias y su deseo de servir, con el fin de enriquecer la experiencia de nuestros pacientes, familias y colaboradores.

Este programa cuenta con dos líneas de acción: Comunidad en el Hospital y Hospital en la comunidad.

Comunidad en el Hospital: Tiene como fin vincular a la comunidad y hacerla parte de las diferentes actividades que brinda el Hospital Universitario, por medio de dos líneas de acción: Comité Asesor de Pacientes y Familias y el Voluntariado.

Voluntariado: El voluntariado está conformado por 20 estudiantes de la Universidad de los Andes de diferentes carreras: medicina, psicología y artes. Estos estudiantes enriquecer la experiencia en la institución de nuestros pacientes, familias y colaboradores en el ámbito ambulatorio y hospitalario, realizando acompañamiento y apoyo, por medio de la lectura, tertulias, música, cine-foros y realizando actividades lúdicas y educativas en el hospital o fuera del mismo.

Comité Asesor de Pacientes y Familias: El Comité Asesor de Pacientes y Familias, surgió de la necesidad de generar una nueva herramienta de identificación de necesidades reales y objetivas; un canal de comunicación que nos permite escuchar la voz directa de nuestros pacientes y familias, enfocar nuestros proyectos, estrategias, actividades y rediseño de procesos de cara a la experiencia del paciente y sus familias.

Tiene las siguientes funciones:

1. Asesorar los proyectos, estrategias, actividades y rediseño de procesos de cara a la experiencia del paciente y su familia.

2. Proporcionar retroalimentación continua para identificar los problemas que desde su experiencia afectan a los servicios.

3. Incrementar y mejorar las estrategias del Hospital Universitario, de cara a optimizar la atención y experiencia de nuestros pacientes y familias.

Hospital en la comunidad: Busca generar valor en la comunidad área de influencia, poniendo a su servicio la experticia de los colaboradores del Hospital Universitario, enfocados hacia el mejoramiento de las condiciones de vida, sus líneas de acción son Educación y Salud. Se realizan circuitos de salud donde participan profesionales de diferentes áreas en sitios públicos realizando actividades de promoción y prevención.

La participación comunitaria en el ámbito clínico puede ser el camino para transformar la bioética clínica principialista en una bioética comunitaria, más humana, poniendo el énfasis en la prevención y la promoción de la salud individual y comunitaria.

Me siento afortunada de pertenecer a esta institución puesto que en la actualidad muy pocas instituciones permiten a los profesionales del área de las humanidades liderar programas en beneficio de pacientes, comunidad interna y externa, impactar a familias y comunidad.

El programa Hospital y Comunidad es un claro ejemplo de cómo se puede convertir un espacio clínico en un espacio comunitario; al identificar las redes de apoyo de los pacientes aquel que necesita ayuda recibe una atención integral. Dicho de otro modo: el problema en cuestión es atacado desde diversos sectores, algo que permite perfeccionar el tratamiento.

Así mismo nos permite potencializar en los pacientes, familias y/o cuidadores capacidades y habilidades por medio de la movilización de recursos en su entorno, favoreciendo su independencia y calidad de vida futura.

Aportes de la bioética comunitarista desde el Trabajo Social al espacio clínico.

Las nuevas estrategias de humanización en las instituciones de salud: respeto por la vida, dignidad del ser humano, calidad de vida, respeto por los derechos de los pacientes, suponen un reto a la hora de plantear su papel en las mismas. Cuando se trata a la personas es importante tener presente los valores de la comunidad a la que pertenece el paciente, de esa manera, se ofrecerá una atención más ajustada a sus necesidades.

De acuerdo a mi experiencia y en el transcurso de estos dos años he comprendido que la bioética brinda herramientas que molda al profesional tanto en su intervención profesional como en su vida personal, se adquiere un pensamiento crítico frente a los dilemas bioéticos que antes no se veían como tal.

La bioética y el trabajo social en salud se relacionan directamente puesto que mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno, de igual manera los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para esta profesión. Uno de los retos del trabajador social contemporáneo es estar abierto al cambio, ser evolutivo dinámico, dialéctico y constructivo, ser flexible ante el conocimiento y los procesos sociales, que tenga actitud profesional ante los cambios y agilidad para actuar e influir positivamente en las comunidades.

Considero que la función del trabajador social en la bioética, se articula en este campo, su trabajo es oportuno y acertado en el sector salud, alivia el dolor y sufrimiento de las personas, informa y orienta al paciente, etc. Son puntos que debemos tener en cuenta para poder afirmar que la trabajadora social es la comunión de la Bioética. La Bioética nace en el hombre y a su vez retorna al hombre.

El trabajo social cuenta con una historia, una metodología propia y desarrollo a nivel profesional y disciplinar el cual ha estado marcado por contextos específicos, es decir, por espacios y tiempos que favorecen unas condiciones particulares para que este se desarrolle.

El trabajo social en el ámbito clínico, interviene en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de los pacientes, a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades.

Si bien en mi campo laboral se ha logrado articular a la comunidad interna y externa en los programas y actividades del hospital, sin embargo aún falta mucho camino por recorrer entre ellos contar con la participación del trabajo social y la comunidad en el comité de bioética hospitalaria, este será uno de los retos para el próximo año...

Referencias.

Batiz, J., & Locan, P. (2014). Problemas éticos al final de la vida. *Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Medicina Paliativa*, 9(1), 32-36.

Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principios de ética Biomédica*. Barcelona.

Bueno, A. (2017).

Callahan, D. (2003). Principlism and Communitarianism. *Journal of Medical Ethics*, 29, 269-274.

colombia., C. d. (2015).

Consejo Nacional para la Educación en Trabajo social. (2018). Obtenido de <http://www.conetsco.org/es/>

Espinoza, M. I. (2001). *Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida*. Bogotá: Universidad Javeriana.

Ezequiel, E. (2000). *Research gate*. Obtenido de Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos, : a Fernando Lolos (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 101-106.

Fundación Santafé de Bogotá. (2018). *Fundación Santafé de Bogotá*. Obtenido de (<https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/servicioensalud>

García, M. (2007). *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. Obtenido de Una introducción al comunitarismo desde la perspectiva del derecho político: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/garciarubio.pdf>

Gómez, A., & Pinto Bustamante, B. J. (Junio de 2016). *Justicia y equidad en salud: un reto para la formación de los profesionales de la salud*. Obtenido de Research gate: https://www.researchgate.net/publication/316950724_Justicia_y_equidad_en_salud_un_reto_para_la_formaci

International Federation of Social Workers. (s.f.). Obtenido de International Federation of Social Workers <https://www.ifsw.org/>

International Federation of Social Workers. (2010).

Quintana, C. (2012).

Ramírez. (2012).

Rodes, J. (2012). Etzioni y el comunitarismo. *Sirio Cero*.

Siede, L. V. (2009). *El comunitarismo y el concepto de justicia de Michel Walzer*. Obtenido de Tendencias y Retos: <http://www.bioetica.org/cuadernos/contenidos/siede.htm>

Universidad de Barcelona. (2017). *Apunts treball social individual i familiar*. Obtenido de Docsity: <https://www.docsity.com/es/apunts-treball-social-individual-i-familiar/3687374/>