

CONFLICTOS ÉTICOS REFERIDOS POR TRABAJADORES HOSPITALARIOS O COMUNITARIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Ethical Conflicts Reported By Hospital And
Community Healthcare Workers Within The Alava
Mental Health Network: A Comparative Analysis

Autores:

Margarita María Hernanz Manrique (1), Paloma González Fontecha (2), Juan Miguel Jordana Zorrilla (3).

Miembros Del Comité De Ética Asistencial De La Red De Salud Mental De Álava-Osakidetza (1) Psiquiatra (2) Enfermera Especialista En Sm, (2) Trabajador Social.

Datos de contacto: hm.margam1@gmail.com



RESUMEN

Conflictos éticos que surgen en la práctica habitual de los profesionales de la Red de Salud Mental de Álava-Osakidetza obtenidos mediante respuestas a un cuestionario. Los problemas éticos para los trabajadores hospitalarios o de dispositivos comunitarios (personal sanitario, trabajo social o servicios generales) se presentan agrupados en cuatro grandes bloques. Los problemas relativos a algunos aspectos de la confidencialidad, la autonomía, la toma de decisiones de los pacientes o la disponibilidad de recursos son los que más preocupan, especialmente a trabajo social. Los trabajadores de los centros comunitarios enumeran los conflictos éticos con menor frecuencia que los que trabajan en el hospital. Para la mayoría compartirlo con compañeros/as es el mejor modo de resolución de estos.

ABSTRACT

Ethical conflicts arising in the routine practice of professionals within the Mental Health Network of Alava (Spain) obtained through responses to a questionnaire. The ethical problems are presented into four blocks for the hospital and community workers groups (healthcare professionals, social workers and general services staff). Issues related to certain aspects of confidentiality, capacity, decision making patients or the availability of resources are those that generate the greatest concern. These ethical conflicts are a major concern for social workers. Workers in community centres report fewer conflicts than those working in the hospital. The best way to resolve ethical problems is discussing them with colleagues.

Palabras clave: Conflictos éticos, confidencialidad, autonomía, comité de ética asistencial

Keywords: Ethical conflicts, capacity, confidentiality, Clinical Ethics Committee

INTRODUCCIÓN

En cualquier área clínica asistencial los aspectos éticos nos remiten a las cuestiones de valor que van ligadas a los hechos clínicos. Junto a los hechos que configuran la relación paciente-familia-profesional sanitario están los valores de cada uno de estos protagonistas y esto es lo que hace que la relación sea complicada y potencialmente conflictiva (1). Estas situaciones complejas donde el profesional debe elegir entre dos o más opciones, cada una de ellas con unos principios morales y/o valores contrapuestos (2).

La ética de la relación asistencial, como rama de la bioética, se ocupa de comprender, intentar evitar y buscar soluciones a los posibles conflictos de valores que surgen en la misma. Para ello, parte de un sistema de referencia formal y se vale de cuatro principios que permiten operativizar y facilitar el análisis de los conflictos éticos, así como de una metodología deliberativa para su resolución buscando el curso de acción más prudente en estas situaciones de incertidumbre.

El sistema de referencia formal está compendiado en dos axiomas (3-4)

- El ser humano es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio
- En tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto

Y cuatro principios bioéticos con reconocimiento universal desde que fueron enunciados por Beauchamp y Childress en 1979 (5): No-Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia. Diego Gracia (6) propone una jerarquía interna entre ellos que permita orientarnos en las situaciones en que no pueden ser preservados todos ellos.

La atención a personas que sufren enfermedad mental ha planteado diferentes dilemas éticos a lo largo de la historia. Éstos han ido cambiando en forma y complejidad, enriqueciéndose gracias a la bioética, sistematizando la presencia de conflictos y estrategias de afrontamiento o resolución. Algunos conflictos éticos que se plantean en la atención psiquiátrica (7-8) son comunes a otras especialidades médicas, pero otros son específicos, como las situaciones que implican la autonomía o la capacidad decisoria de la persona y hacen más complejo el abordaje en enfermedades mentales, como refiere Goikoetxea (9) “al tender a negar la condición básica de sujetos humanos (la racionalidad) o entender que ésta podría estar cuestionada”

Uno de los modos, no el único, de ayuda en la toma de decisiones ante problemas éticos, es la consulta a un Comité de Ética Asistencial, cuyo objetivo es la formación bioética, la mejora de la calidad en su entorno y promover los derechos de las personas atendidas con enfermedad mental (10)

El Comité de Ética Asistencial de la Red de Salud Mental de Álava (CEA-SMA), surgió a partir de una comisión promotora y fue acreditado como tal por el Gobierno Vasco en 1998, ha dedicado parte de su actividad, durante estos años a estudiar los conflictos éticos específicos más frecuentes relacionados con la asistencia psiquiátrica.

Tres miembros de este CEA-SM, han participado en el proyecto de investigación que se resume a continuación. Dos de ellos como parte de su trabajo final de Especialista en Ética sociosanitaria de la Universidad del País Vasco UPV/EHU y el tercero como co-directora de este. (11,12).

El objetivo del presente trabajo es identificar los conflictos y dilemas éticos más frecuentes o que más preocupan en la práctica cotidiana de los/las trabajadores/as en activo en la Red de Salud Mental de Álava (RSMA), tanto a profesionales sanitarios como no asistenciales, con desempeño hospitalario o extrahospitalario y cómo resuelven estos dilemas que se les presentan.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal con recogida de datos a través de un cuestionario anónimo y confidencial en formato papel, basado en el elaborado por Cantero y Argote (13) sobre “Conflictos Éticos en Servicios Sociales Municipales y Forales, en el Territorio Histórico de Álava”, adecuando el listado de problemas éticos al ámbito de la salud mental. El cuestionario incluye preguntas cerradas y opciones de respuestas en escala Likert con puntuación de 0 a 4, según la frecuencia de aparición y variables de respuesta dicotómica.

La muestra total estaba constituida por 377 personas en activo en la RSMA, pertenecientes tanto a dispositivos extrahospitalarios (127 personas de 3 centros de salud mental, centro de orientación y tratamiento de adicciones, unidad de psiquiatría infanto-juvenil (<18 años), hospital de día (>de 18 años), servicio de rehabilitación comunitaria) como al Hospital Psiquiátrico de Álava (HPA) (250 personas de 4 áreas de rehabilitación psiquiátrica, 1 área de subagudos). No participaban los profesionales de la Unidad de Agudos por pertenecer a otra área asistencial.

Se invitaba a la participación mediante carta explicativa y se incluyó al personal sin contacto directo con los pacientes como servicios generales, además de personal asistencial y trabajo social (que no son considerados personal asistencial).

Los posibles conflictos y dilemas éticos se distribuyen en 4 bloques para su estudio posterior mediante pruebas estadísticas:

Dilemas grupo A: Confidencialidad e intimidad, explorado a través de 12 ítems

Dilemas grupo B: Capacidad y autonomía de las personas atendidas, investigado por 15 ítems

Dilemas grupo C: Decisiones al final de la vida, recogido mediante 7 ítems

Dilemas grupo D: Recursos materiales y humanos, derechos de las personas atendidas y de las/los profesionales, estudiado por medio de 8 ítems

E: Añadiéndose un último apartado sobre el “modo de resolución de conflictos éticos”

En este trabajo vamos a comparar los resultados para dispositivos hospitalarios y comunitarios, por categorías profesionales agrupados en: perfil sanitario, perfil social y sector servicios.

RESULTADOS

La participación total fue del 65.78% (248 profesionales), superior a la media referida en otros estudios (12). La mediana de edad se sitúa entre los 41 y 55 años. El 80% son mujeres, como es habitual en las profesiones sanitarias y la media de experiencia laboral en salud mental es superior a los 11 años.

La participación fue superior en el entorno hospitalario (179 personas responden, 71,6% de los encuestados) que en el extrahospitalario (69 personas responden, 54.33%).

La representatividad total de las respuestas corresponde al 80% en el perfil sanitario (198 personas), 5% en el perfil trabajo social (13 personas), 15% en el perfil del sector servicios (37 personas). Todas las categorías superan el 40% de participación, excepto operario de servicios generales y algunas llegan al 100% como medicina interna¹, farmacia, trabajo social, terapia ocupacional, celador/a o superan el 80% como en psicología clínica y enfermería de salud mental.

Para la elaboración de los resultados se han tenido en cuenta aquellos conflictos que referían las personas que responden al cuestionario con una frecuencia superior al 25%, y que puntuaron en la escala Likert como 3 “casi siempre” o 4 “siempre”, para evitar la dispersión de los datos.

Vamos a reseñar la comparativa de los problemas éticos detectados más frecuentemente por las/los profesionales según los 3 perfiles profesionales antes indicados (social, sanitario y sector servicios) y ámbito de actuación (hospitalario o comunitario).

Dilema A: Confidencialidad e intimidad

El respeto a la confidencialidad en general es una preocupación para los profesionales de la RSMA (para el 75% de los profesionales de trabajo social y para más del 30% de los otros grupos) (ver tabla 1), junto con la invasión de los lugares propios y comunes de las personas con enfermedad mental (EM), tanto en su estancia hospitalaria como en los lugares de residencia con supervisión (> 30% para sanitarios del HPA y comunitarios de trabajo social y sobre todo servicios generales, 67%). Para 1/3 de los encuestados del HPA, el deber o no de informar a terceras personas es otra decisión conflictiva, así como el proceso de consentimiento informado en personas con capacidad limitada (50% en trabajo social hospitalario). Mientras que la preocupación en los dispositivos extrahospitalarios se centra en la demanda de datos por parte de terceras personas y qué datos se deben incluir en los informes a realizar (superior al 30%). Para el personal de servicios generales de los servicios comunitarios los dilemas relacionados con la confidencialidad son muy relevantes, preocupando a más del 30% de los que responden, sobre todo el respeto a la intimidad de las personas.

Tabla 1: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNIT	INTRA HP	COMUNIT	INTRA HP	COMUNIT
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL	SERVICIOS	SERVICIOS
Confidencialidad de la información	35%	40%	75%	22%	18%	33%
Deber de informar a 3º	31%	16%	33%	25%	33%	6%
Deber de confidencialidad	32%	33%	50%	22%	18%	33%
Consentimiento informado con capacidad limitada	19%	21%	50%	22%	-	33%
Datos incluidos en los informes	19%	33%	25%	33%	6%	-
Invasión de la privacidad en lugares propios y comunes	38%	10%	25%	33%	-	67%
Desacuerdo en revelar datos	21%	14%	-	22%	6%	33%
Demanda de datos por 3º	12%	30%	25%	22%	3%	33%
Coordinación con otros profesionales	19%	28%	25%	22%	3%	33%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 30% para algún perfil

Dilema B: Capacidad y autonomía de la persona.

Los dilemas relacionados con la toma de decisiones que atañen al paciente y son tomadas en su nombre, son de los más importantes de este grupo, siendo mayor la preocupación para las decisiones tomadas por parte de los equipos entre quienes pertenecen al perfil social (50%) del hospital psiquiátrico, mientras para quienes desempeñan su labor en la comunidad es conflictiva la toma de decisiones por parte de las familias en sustitución del paciente (56%). El perfil social, también, identifica en el medio intrahospitalario como conflicto ético (con los porcentajes más elevados, 75%) la valoración de la competencia del paciente ante la toma de decisiones, así como la eficacia de las medidas de modificación de la capacidad y la efectividad de las funciones de la figura de apoyo tutelar (50% de los que responden). (Ver tabla 2)

Estos conflictos éticos crean mayor preocupación al perfil sanitario del medio intrahospitalario que del medio extrahospitalario -que no puntúan por encima del 25% en ningún ítem-, sobre todo aquellos relacionados con el empleo de medidas de contención física (34%), ingreso involuntario (26%), medidas a utilizar ante la negativa a la ingesta de alimentos (32%) y el respeto a las decisiones del paciente sobre las actividades de la vida cotidiana (30%) o la efectividad de las medidas de apoyo (28%).

El perfil de servicios generales no manifiesta preocupación sobre estos temas.

Tabla 2: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL
Empleo de medidas de contención física	34%	12%	25%	22%
Ingreso involuntario	26%	16%	25%	22%
Toma de decisiones por el EM (equipo)	32%	21%	50%	33%
Toma de decisiones por el EM (familia)	27%	21%	25%	56%
Valoración de la competencia	22%	21%	75%	22%
Efectividad función de figura tutelar	28%	19%	50%	22%
Proceso de modificación de capacidad	21%	12%	50%	22%
Privación de libertad de movimientos	21%	9%	-	33%
Medidas ante negativa a ingesta	32%	20%	-	11%
Respeto a elección de AVD	30%	14%	25%	22%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25% para algún perfil

Dilema C: Decisiones al final de la vida

Las decisiones al final de la vida de la persona atendida generan mayor inquietud en los profesionales hospitalarios que en aquellos que trabajan en la comunidad. La falta de documentos de voluntades anticipadas y/o planificación anticipada de la atención generan preocupación ética en el perfil social de ambos medios (75% hospitalarios y 33% comunitarios), seguido por la verbalización de ideas de muerte por parte del paciente (por encima del 40% en trabajo social de ambos medios) y también, la ausencia de recursos de apoyo religioso o emocional al final de la vida para trabajo social de la comunidad (45%). (Ver tabla 3).

En el medio hospitalario también preocupan que las decisiones estén basadas en los valores del paciente o sin falta de acuerdo entre las partes, los límites de los cuidados paliativos y el encarnizamiento terapéutico o la invasión de la privacidad e intimidad al final de la vida (más del 25% de los que responden se muestra preocupados). Sin embargo, para el grupo sanitario comunitario solamente la verbalización de ideas de muerte es un problema relevante (28%).

El perfil de servicios generales no se pronuncia sobre este dilema (menos del 3% en las respuestas)

1. En medicina interna trabajan 2 médicos asignados a todas las unidades: media estancia, rehabilitación y larga estancia. Antes de ser transferidos a Osakidetza en 1984, también atendían a personas de tercera edad dependientes de Diputación.

Tabla 3: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL
Decisiones basadas en valores del EM al FV	25%	12%	25%	22%
Decisiones FV con falta de acuerdo	29%	14%	-	33%
Límites entre paliativos y encarnizamiento	33%	17%	25%	22%
Voluntades anticipadas/ planificación anticipada	20%	14%	75%	33%
Invasión de la privacidad e intimidad FV	26%	14%	25%	22%
Ausencia de recursos religiosos/emocionales	16%	17%	-	45%
Verbalización de ideas de muerte	19%	28%	50%	44%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25% para algún perfil

Dilema D: Recursos materiales y humanos, derechos de las personas atendidas y de los/las profesionales.

La escasa existencia de recursos y los derechos de las personas con EM preocupan más en los dispositivos comunitarios que en las unidades de hospitalización. Las altas en condiciones sociosanitarias inadecuadas producidas por falta de recursos externos es una preocupación extrahospitalaria que se extiende en igual medida al personal sanitario, de trabajo social y de servicios generales (29%, 56% y 33% respectivamente). Aunque la falta de recursos externos específicos para personas con EM preocupa en igual medida a los profesionales hospitalarios y comunitarios y de todos los perfiles profesionales (siendo el ítem con mayores puntuaciones) (ver tabla 4)

Dentro del perfil social de encuestados, la posible mala praxis o incompetencia de un compañero/a (56%), la carencia de recursos sociosanitarios para derivar a los pacientes (89%), los problemas que surgen al alta de los dispositivos sanitarios (56%) es lo que más inquieta en los dispositivos comunitarios.

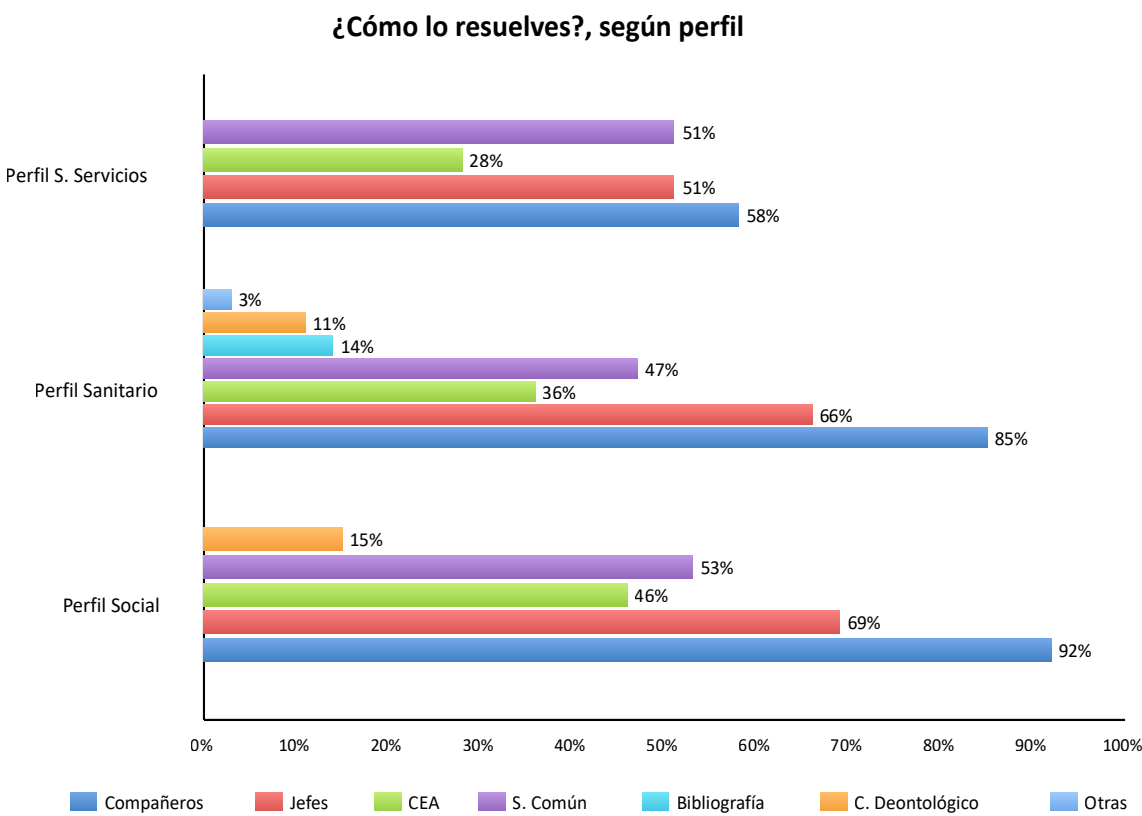
Llama la atención la gran preocupación que despierta este grupo de dilemas en el personal de servicios generales de los dispositivos comunitarios (por encima del 30% en varios ítems).

Tabla 4: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional.

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL	SERVICIOS	SERVICIOS
Incompetencia y/o mala praxis de compañero	28%	24%	25%	56%	-	33%
Altas en condiciones sociosanitarias inadecuadas	19%	29%	25%	56%	-	33%
Falta de recursos externos para EM	36%	52%	75%	89%	-	33%
Respeto a creencias religiosas, culturales y étnicas del EM	23%	28%	50%	22%	6%	-
Abuso de poder y/o trato inadecuado de EM	26%	28%	25%	22%	-	33%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25%

Gráfico 1. Formas de resolver los conflictos éticos según perfil profesional



E. Modo de resolución de los conflictos éticos.

Las formas más frecuentes de resolver los problemas éticos entre los/las profesionales son: Compartiéndolo con un compañero/a (32%), compartiéndolo con los jefes (26%) o utilizando la lógica y el sentido común (19%) en todos los perfiles profesionales; en menor medida se emplea la consulta al CEA-SMA (14%), revisar la bibliografía pertinente (el perfil sanitario 14%) o al código deontológico de la profesión (trabajadores sociales 15%). En el grafico 1, se muestran los porcentajes por categorías profesionales.

El 40% de profesionales sanitarios han recibido alguna formación en bioética, si bien en otras categorías profesionales es escasa. El 80% conocen la existencia del CEA-SMA aunque no lo utilicen.

DISCUSIÓN

Llama la atención la preocupación que han manifestado trabajadores/as sin contacto y ni atención directa con la persona con EM, incluidos en el grupo “servicios generales”, por los problemas éticos sobre recursos y derechos o confidencialidad. El porcentaje de participación de categorías profesionales como administrativas/os, auxiliares administrativas/os u operarios/as de servicios, evidencian el interés de estos grupos de profesionales en “ser escuchados/as” y tenidos/as en cuenta como sujetos activos de participación en los equipos multidisciplinares que, como indican Cantero y Argote, 2017 (12) nunca habían sido incluidas en este tipo de estudios.

El nivel de respuesta general nos permite tener una panorámica realista de cuáles son los puntos más conflictivos de la relación asistencial en la RSMA y como los/las profesionales presentan distintas preocupaciones y sensibilidades éticas tanto según el grupo profesional al que pertenecen como por la estructura en la que desempeñan su labor: hospitalaria o comunitaria. Sería positivo realizar discusiones grupales multidisciplinares con la participación de profesionales de todos los ámbitos para mejorar la resolución de los dilemas éticos.

Hay que señalar que la teoría del Consentimiento Informado no es percibida como un dilema ético en la relación asistencial, posiblemente relacionándose con el desarrollo en los últimos 10-15 años de formación específica que ha integrado su utilización en la praxis habitual. Pero sigue siendo objeto de preocupación la toma de decisiones al final de la vida a pesar de que el Gobierno Vasco desde 2002, tiene reconocido el derecho a realizar documentos de voluntades anticipadas.

El respeto a la confidencialidad es la mayor preocupación de todas las categorías profesionales, aunque tome distintas formas en el trabajo hospitalario, ligado al respeto a la intimidad, que, en el área comunitaria, relacionado con la información a aportar a terceras personas de forma verbal o escrita. Sugerimos que el CEA-SMA elabore recomendaciones éticas sobre consentimiento informado y confidencialidad e imparta formación específica sobre este campo de la Bioética, que reduzca la incertidumbre y mejore el abordaje en la RSMA.

Para los sanitarios comunitarios la limitación de la autonomía no es, en general, causa de conflicto. Dentro del Hospital preocupa, tanto al perfil sanitario como social, más la toma de decisiones que deben corresponder a la persona con EM y que son tomadas por parte del equipo, de su familia o de la figura de apoyo tutelar, así como la necesidad de efectuar la valoración de la capacidad para determinar si la persona es competente para esa decisión. Como es habitual, al perfil sanitario hospitalario, les plantea dudas éticas la aplicación de medidas de contención mecánica y el ingreso involuntario o el rechazo al tratamiento indicado.

Los tres perfiles profesionales tanto hospitalarios como comunitarios coinciden en señalar que la falta de recursos sociosanitarios es el dilema ético que más incertidumbre genera principalmente en el momento del alta de las personas con EM. También son difíciles de gestionar las situaciones de abuso de poder o la posibilidad de actuaciones de mala praxis por parte de compañeros/as.

El desacuerdo entre la voluntad de pacientes en sus decisiones al final de la vida y el equipo es un motivo de desasosiego para los profesionales, sobre todo para el perfil social, así como la falta de documentos de voluntades anticipadas que pueden aclarar lo que la persona desea cuando ya no tiene capacidad para decidirlo por sí misma. Dentro del hospital, determinar el final de medidas que pueden caer en el encarnizamiento terapéutico o a la aplicación de cuidados paliativos es otro momento de decisiones difíciles. Sin embargo, en los dispositivos comunitarios preocupa la presencia y verbalización de ideas de muerte por parte de los pacientes.

El CEA-SMA puede colaborar con sesiones específicas informativas sobre la aplicación y formalización de documentos de voluntades anticipadas en EM, ya que según datos registrales está siendo escasa su implementación en este tipo de pacientes y en la divulgación del documento de Planificación anticipada de decisiones elaborado por Osakidetza para planificar los cuidados en SM, en momentos de falta de capacidad para la toma de decisiones.

Así, observamos que, en el contexto hospitalario, además de la confidencialidad, toman gran relevancia los conflictos éticos relacionados con la autonomía y capacidad del/a paciente, mientras que, en el ámbito comunitario, son la toma de decisiones y los derechos de los/las pacientes, los que presentan la mayor frecuencia.

Así con estos datos, hemos constatado que las/los profesionales de la RSMA demuestran diferentes “sensibilidades” según su ámbito de actuación hospitalario o comunitario. Podríamos presuponer que en ambos existen diferentes modelos de atención asistencial: más “paternalista” y menos “autonomista” en el medio hospitalario, frente a una “Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) / Recuperación” en el medio comunitario. Con estos datos es fácil comprender por qué las/los profesionales del medio hospitalario expresan mayor preocupación en todo lo relativo a la autonomía y a la capacidad de las personas atendidas, mientras que, en el ámbito comunitario, la confidencialidad, los derechos de las/los pacientes y las decisiones de sustitución, también al final de la vida, los que mayores dilemas generan.

Recurrir al CEA-SM para plantear casos clínicos con problemas o dudas éticos es poco frecuente entre profesionales en activo, según se recoge en las respuestas al cuestionario, aunque mayoritariamente se conoce su existencia. Al ser un grupo multiprofesional, en muchos dispositivos asistenciales se cuenta con uno o más miembros del CEA-SMA al que se puede solicitar consejo, como apoyo, en esas consultas tan frecuentes entre compañeros/as, a las que se recurre masivamente según indican los encuestados. Una sugerencia sería la de crear “equipos reflexivos” como espacios de asesoramiento que permitan la comunicación entre estos/as profesionales y estructuras deliberativas internas que permitan desarrollar actitudes y competencias vinculadas a la autorregulación, la auto exigencia y el autocontrol, que incluyan, de acuerdo con los resultados de esta investigación a aquellos/as profesionales, erróneamente denominados de “atención no directa”, en los procesos de funcionamiento interno, como integrantes de los equipos multidisciplinares.

Sin duda, el análisis realizado ha permitido constatar que estas/os profesionales no son solamente prestadores de servicios, sino que manifiestan su buen hacer, participación y preocupación ética, lo que redundará en la mejora de la calidad asistencial y humana a nuestros/as pacientes. Es decir, estructuras como el Comité de Ética Asistencial que son multidisciplinares permiten desarrollar actuaciones profesionales prudentes, virtuosas y de calidad. Y, también, la participación del CEA-SMA en el diseño de docencia y formación ética específica para trabajadores/as de la RSMA, tanto en bioética general como en aquellos grupos de dilemas éticos que más preocupan y en el método deliberativo, pueden beneficiar a los equipos de trabajo en momentos de incertidumbre para la toma de decisiones prudentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Guillén, D. Hechos y valores. En Gracia, D. Bioética Clínica. Bogotá. El Buho. 1998, 90-91
2. Lázaro, J. Los múltiples valores de la práctica clínica: Las humanidades médicas. Rev. Clin, Esp. 2013;213(6):271-322
3. Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. EUDEMA 1991, 33-36
4. Gracia Guillén, D. Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana. An. R. Acad. Nac. Med. 1992;CIX:371-386
5. Beauchamp, T.M. y Childress, J.F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, Masson S.A. 1999, 113-372
6. Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. EUDEMA 1991, 128-129 (Reeditado por Triacastela 2008)
7. Hernanz M, Santander F (1988). Bioética y Salud Mental. Zerbitzuan, 1988;38:110-119
8. Santander F, Hernanz M. Conflictos y Dilemas Éticos en la Atención Psiquiátrica. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2001;1(2):122-139
9. Goikoetxea, MJ. Antropología y ética de la dependencia. UPV-Lan Harremanak. Revista de relaciones laborales 2006;15(II):105-126
10. Román B. (2016). Ética de los servicios sociales. Barcelona, España: Herder, 2016
11. Jordana, JM, González-Fontecha P. Conflictos éticos de las/os profesionales en atención psiquiátrica en la Red de Salud Mental de Araba (RSMA) en Reflexiones éticas desde el ámbito sociosanitario [Recurso electrónico] / coordinadora de la edición, Amaia Izaola Argüeso; editoras, Amaia Inza-Bartolomé, María del Mar Lledó Sainz de Rozas. – Datos. – Bilbao: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua = Servicio Editorial, [2021]. – 1 recurso en línea: PDF (255 p.)
12. Jordana, JM, González-Fontecha P. Conflictos y dilemas éticos de las/os profesionales (en activo y en formación) en la atención psiquiátrica en la Red de Salud Menta de Araba. Trabajo fin de Grado. Ética Sociosanitaria. UPV/EHU facultad de relaciones laborales y trabajo social 2019
13. Cantero, B, Argote, B. (2017). Conflictos Éticos en Servicios Sociales Municipales y Forales del Territorio Histórico de Álava/Araba. Bioética Complutense, 2017;32:91-98. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-12-21-Revista%2032.pdf>