

Processos de presa de decisions en treball social sanitari: formació, ètica i mètode en la pràctica professional

Decision-making processes in healthcare social work: training, ethics, and method in professional practice

Balma Soraya Hernández Moscoso¹

ORCID: 0000-0002-7045-5233

Alba Giró Subirats²

ORCID: 0009-0009-0945-319X

Aida Gago Cornudella³

ORCID: 0009-0009-6921-1088

Tania González Sanchís⁴

ORCID: 0009-0009-9942-691X

Recepció: 28/10/25. Revisió: 27/02/26. Acceptació: 18/03/26

Per citar: Hernández Moscoso, Balma Soraya; Giró Subirats, Alba; Gago Cornudella, Aida, i González Sanchís, Tania. (2026). Processos de presa de decisions en treball social sanitari: formació, ètica i mètode en la pràctica professional. *Revista de Treball Social*, 230, 103-131. <https://doi.org/10.32061/RTS2026.230.05>

Resum

El treball social sanitari, com a especialització del treball social, aborda els aspectes psicosocials vinculats als processos de salut i malaltia i exerceix un paper clau en l'acompanyament a pacients i famílies en contextos d'alta complexitat. En l'àmbit sanitari, i de manera inherent a l'experiència de la malaltia, els processos de presa de decisions són presents de manera contínua i travessen tant la pràctica clínica com la intervenció social.

La complexitat creixent dels escenaris d'intervenció, la presència de conflictes ètics i les tensions derivades del context institucional plantegen

1 Treballadora social sanitària. Servei d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica i Pacient Crònic Complex. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. soraya.hernandez@sjd.es

2 Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. alba.giro@sjd.es

3 01gagoaida@gmail.com

4 Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. tania.gonzalez@sjd.es

interrogants rellevants sobre el coneixement, la formació i l'ús d'eines per a la presa de decisions ètiques en la pràctica quotidiana.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar com prenen decisions les treballadores socials sanitàries, explorant-ne la formació en ètica i bioètica, les perspectives ètiques que n'orienten la intervenció i l'ús de mètodes o eines per a la presa de decisions. També es recullen dificultats percebudes i necessitats formatives expressades. Es du a terme una recerca observacional i descriptiva mitjançant l'administració de qüestionaris a treballadores socials sanitàries de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Els resultats mostren que els conflictes ètics són percebuts com a freqüents, generant malestar moral. Encara que la majoria de les professionals refereix haver rebut formació, aquesta s'adquireix principalment de manera informal. S'observa la coexistència de diverses perspectives ètiques sense una adscripció homogènia.

Paraules clau: Treball social sanitari, ètica, bioètica, presa de decisions, conflicte ètic.

Abstract

As a specialised field within social work, healthcare social work addresses the psychosocial dimensions associated with processes of health and illness, and it plays a key role in supporting patients and families in highly complex contexts. Within healthcare settings, and as an inherent part of the experience of illness, decision-making processes are continuously present and permeate both clinical practice and social intervention.

The growing complexity of intervention contexts, the presence of ethical conflicts and tensions arising from institutional environments raise important questions regarding professionals' knowledge, training and use of tools for ethical decision-making in everyday practice.

The aim of this study is to analyse how healthcare social workers make decisions in professional practice, exploring their training in ethics and bioethics, the ethical perspectives informing their interventions and the use of decision-making methods or tools. Perceived difficulties and expressed training needs are also examined. An observational and descriptive study was conducted through the administration of questionnaires to healthcare social workers at Sant Joan de Déu hospital in Barcelona. The findings indicate that ethical conflicts are perceived as frequent and are associated with experiences of moral distress. Although most professionals report having received training in ethics, this is primarily acquired through informal learning pathways. The results also reveal the coexistence of various ethical perspectives without a homogeneous theoretical alignment.

Keywords: Healthcare social work, ethics, bioethics, decision-making, ethical conflict.

1. Introducció

El treball social contribueix al benestar de les comunitats mitjançant la intervenció en les interaccions humanes i en la seva relació amb l'entorn. Històricament, la professió ha estat vinculada a la cura de la salut de la població (Colom, 2010; Porcel, 2008), entesa com un element central per al desenvolupament de l'autonomia personal. En l'àmbit sanitari, la pràctica del treball social s'articula en coherència amb els principis de la bioètica (Beauchamp i Childress, 1999), sense desvincular-se dels valors propis de la disciplina, recollits també en els codis deontològics professionals (Banks, 1997).

En el context sanitari, els processos de presa de decisions formen part inherent de l'experiència de la malaltia i poden adquirir una complexitat més gran quan apareixen conflictes ètics (Bertran et al., 2021). Malgrat això, la formació en bioètica per als professionals sanitaris a Espanya continua sent limitada (Basagni, 2023). Les treballadores socials sanitàries, com a integrants del sistema sanitari, desenvolupen una intervenció amb una marcada dimensió valorativa en què els aspectes emocionals exerceixen un paper rellevant en l'acompanyament a pacients i famílies, constituint un element significatiu en els processos de presa de decisions (Cortina, 2007). Com altres professionals de l'àmbit sanitari, les treballadores socials poden experimentar una manca d'eines específiques per a la presa de decisions, situació que podria relacionar-se amb una formació centrada prioritàriament en el compliment de deures, en detriment del desenvolupament del raonament moral i la reflexió crítica (Cuenca i Román, 2023a).

Aquest estudi té com a finalitat explorar la formació en ètica, la perspectiva teòrica personal i l'ús d'un mètode per a la presa de decisions per part de les treballadores socials sanitàries. En un moment en el qual es reivindica el valor afegit de la treballadora social com a professional sanitària, resulta pertinent analitzar el conjunt de competències implicades en el seu exercici, entre les quals l'acompanyament a pacients i famílies en la presa de decisions complexes i la resolució de conflictes ètics (Kangasniemi et al., 2021).

2. Objectius

L'objectiu general d'aquest estudi és analitzar com prenen decisions les treballadores socials sanitàries en la seva pràctica professional.

Els objectius específics de l'estudi són:

- Conèixer la formació de les treballadores socials sanitàries en ètica, bioètica i presa de decisions.
- Explorar les perspectives ètiques que orienten la seva pràctica professional.
- Analitzar l'ús de mètodes o eines per a la presa de decisions ètiques.

- Identificar les principals dificultats i necessitats percebudes en els processos de presa de decisions.

3. Marc teòric

3.1. Filosofia moral i perspectives ètiques: aproximació als fonaments de la presa de decisions

Al llarg de la història, les societats han buscat criteris per determinar quines decisions són moralment adequades i com orientar l'acció en situacions complexes. Aquest camp del coneixement ha desenvolupat diversos marcs teòrics que responen a contextos històrics, socials i culturals específics, sense oferir respostes unívocues ni universals als dilemes morals (Idareta, 2023; Montero i Morlans, 2009).

Aristòtil sistematitza l'ètica com a teoria, articulant-la al voltant de les virtuts enteses com les qualitats humanes que es conreen i permeten actuar de manera correcta. Durant l'edat mitjana, la reflexió filosòfica s'entrellaça amb la religió cristiana, de manera que el judici moral queda subordinat als valors teològics. Amb el Renaixement, el pensament humanista recupera els clàssics i desplaça Déu en favor de la raó. Al segle XVII, Descartes situa l'ètica en el marc del racionalisme, presentant-la com la capacitat de l'ésser humà per analitzar de manera objectiva les seves decisions. Posteriorment, Hobbes, Locke i Rousseau defensen la necessitat d'un pacte social que garanteixi els drets individuals i la convivència col·lectiva mitjançant normes consensuades. Durant la Il·lustració, Hume sosté que les decisions morals no es regeixen per la raó, sinó per les passions, atribuint a les emocions un paper determinant en l'acció humana. Des d'aquesta tradició il·lustrada, Kant formula l'imperatiu categòric com un principi universal que obliga a actuar conforme a normes que són vàlides per a tota la humanitat.

Enfront de l'ètica deontològica es desenvolupa la perspectiva teleològica, formulada per pensadors utilitaristes com Bentham i Stuart Mill, que sostenen que el que és moralment correcte és allò que produeix el benestar més gran per al nombre més gran de persones. Des d'una perspectiva crítica, Karl Marx se centra en les condicions materials i estructurals i en les relacions de poder que limiten la possibilitat de prendre decisions lliurement. Nietzsche trenca amb les estructures morals tradicionals i planteja la necessitat que cada individu construeixi els seus propis principis rectors. Al segle XX, aquesta línia de pensament es consolida amb l'existencialisme d'autors com Jean-Paul Sartre i Simone de Beauvoir, que aborden la presa de decisions en un món desproveït de veritats absolutes.

Al segle XX, autors com Nozick i Rawls reprenen la proposta del contracte social, combinant el respecte a les llibertats individuals amb l'exigència de normes orientades al bé comú. Des d'una posició diferent, l'ètica dialògica, desenvolupada per Otto Apel i Jürgen Habermas, planteja una construcció moral basada en el consens assolit mitjançant el diàleg.

Hans Jonas (2004) amplia aquesta idea incorporant les conseqüències de les decisions humanes sobre el medi ambient i les generacions futures. En una línia convergent, Emmanuel Lévinas situa la responsabilitat cap a l'altre com a eix central de tota decisió moral. De manera paral·lela, Lawrence Kohlberg planteja una teoria del desenvolupament moral basada en la progressiva interiorització de principis ètics universals, centrats en la justícia i el raonament lògic-formal.

Des d'una crítica feminista a les ètiques centrades en la justícia o la responsabilitat contextual, autores com Carol Gilligan i Joan Tronto desenvolupen la denominada ètica de la cura. Aquesta perspectiva sosté que la deliberació moral no pot deslligar-se dels vincles relacionals ni dels contextos de cura en els quals s'interpreta l'acció humana. En una línia crítica amb l'individualisme moral, el comunitarisme, representat per autors com MacIntyre (1993), proposa recuperar les tradicions compartides com a font de sentit ètic. L'hermenèutica, amb Gadamer com a principal exponent, concep l'ètica com un procés interpretatiu que té en compte el context històric i cultural de cada subjecte.

A principis del segle XXI es consoliden diversos corrents filosòfics contemporanis, entre els quals es poden distingir dues orientacions: la filosofia analítica i la filosofia postmoderna. La filosofia analítica, d'inspiració científic-racional, se centra en l'anàlisi rigorosa de fets concrets, evitant la formulació de teories universals. En contrast, els corrents postmoderns qüestionen el racionalisme clàssic, posant en dubte l'existència d'una veritat absoluta i defensant la diversitat de veus i perspectives.

En el marc del pluralisme ètic contemporani, adquireixen rellevància debats clàssics com el del determinisme i l'indeterminisme. Des de posicions deterministes se sosté que l'acció humana està condicionada per factors com l'entorn físic, la biologia humana i les estructures socials. Per contra, la perspectiva indeterminista defensa la possibilitat d'una autonomia personal sense condicionants.

Des d'una perspectiva crítica, resulta necessari assenyalar que el desenvolupament de la majoria d'aquests corrents ha estat travessat pel biaix de gènere. L'ètica acadèmica ha contribuït històricament a l'exclusió de les dones de l'espai deliberatiu. Aquesta exclusió s'observa tant en els tractats clàssics com en els textos il·lustrats, com mostren, per exemple, les propostes educatives de Rousseau per a les dones o els discursos d'inferioritat femenina presents en les ciències naturals i mèdiques del segle XIX, amb autors com Darwin o Freud (De Miguel, 2021). La revisió contemporània d'aquest llegat, a través de la recuperació d'autores i de la incorporació d'enfocaments feministes (Sorlí, 2023), constitueix una tasca imprescindible per a qualsevol marc teòric que aspiri a una comprensió crítica de la deliberació moral.

Per aclarir el recorregut presentat i facilitar la lectura del pluralisme ètic descrit, els principals corrents abordats poden agrupar-se, de manera orientativa, en els següents grans enfocaments que han informat històricament la reflexió sobre la presa de decisions:

- Enfocaments centrats en la virtut i el caràcter moral, que posen l'accent en la prudència i en les disposicions ètiques del subjecte.
- Perspectives normatives i deontològiques, basades en deures, principis i normes universals.
- Models teleològics o conseqüencialistes, orientats a l'avaluació de les conseqüències de l'acció.
- Ètiques de la responsabilitat, de la cura i de l'altre, que incorporen la relació, la vulnerabilitat i el context en la deliberació moral.
- Enfocaments crítics, feministes i postmoderns, que qüestionen la neutralitat moral i visibilitzen les relacions de poder, gènere i desigualtat.

Aquest recorregut pels principals corrents filosòfics permet situar els processos de presa de decisions en el treball social sanitari dins d'un marc de pluralisme ètic, des del qual s'articulen l'anàlisi ètica-professional i la deliberació pràctica davant de situacions de complexitat clínica i social.

3.2. L'ètica en treball social: del codi deontològic a les eines pràctiques

En l'àmbit del treball social, l'ètica s'ha anat configurant com un component rellevant en el desenvolupament històric i professional.

Al llarg del seu desenvolupament com a marc ètic-professional, la deontologia en treball social ha travessat diferents períodes. En les seves primeres formulacions, l'ètica professional es va associar a pràctiques de beneficència, arrelades en tradicions religioses i caritatives. Com a resposta crítica a aquests orígens, la deontologia va evolucionar cap a un enfocament institucionalitzat i normatiu, orientat a la legitimitat del treball social com a disciplina acadèmica i professional.

Aquest enfocament va ser posteriorment reinterpretat per incorporar la creixent complexitat social, donant lloc a una ètica reflexiva i deliberativa, sense renunciar als valors que han caracteritzat històricament la professió. En etapes més recents, l'ètica professional s'ha conceptualitzat com una eina pràctica, desplaçant l'èmfasi cap a principis operatius i processos de deliberació, més que cap a formulacions valoratives abstractes (Idareta, 2017).

D'aquesta manera es configuren els codis deontològics, que recullen els principis destinats a orientar la pràctica professional (FITS, 2018). Aquests documents actuen com a marcs de referència, perquè ofereixen criteris davant la incertesa moral i els conflictes ètics, així com protecció davant de pressions institucionals o polítiques. Al mateix temps, els codis deontològics constitueixen una garantia per a la població, en la mesura en què contribueixen a prevenir pràctiques abusives o negligents.

No obstant això, diversos autors han assenyalat que la seva utilitat pràctica pot veure's limitada pel seu caràcter normatiu i per formulacions generals que no sempre proporcionen respostes clares davant de situacions

concretes, la qual cosa pot situar les treballadores socials en escenaris d'ambivalència (Rodríguez, 2017). En aquest context, es planteja la necessitat d'avançar cap a una ètica professional que incorpori eines validades i processos de deliberació col·lectiva.

Entre les eines per a la resolució de dilemes ètics descrites en la literatura (Úriz et al., 2017, Úriz i Idareta, 2017), es troba el model de Reamer, que planteja una seqüència estructurada de passos orientada a identificar els conflictes ètics, analitzar els principis en tensió i valorar les diferents opcions d'actuació.

En aquesta mateixa línia, el model agregat de Loewenberg i Dolgoff proposa un procés progressiu compost per onze passos que guien la presa de decisions. Altres propostes incorporen dimensions complementàries a l'anàlisi principal. Així, el model de Congress (2000) introdueix la deliberació sobre les conseqüències de les decisions, mentre que l'enfocament de Taylor (2021) adopta una perspectiva crítica que integra la gestió del risc i l'anàlisi estructural de les desigualtats socials.

A partir de l'evolució històrica de l'ètica professional i de la necessitat d'integrar diferents dimensions, Cuenca i Román (2023b) proposen un marc ètic renovat que no es limiti a l'enumeració de principis, sinó que en permeti la revisió i adaptació contínua de manera participativa, atesos els reptes actuals de l'exercici professional. Les autores subratllen la importància d'un compromís col·lectiu que incorpori l'ètica de manera transversal en la formació, en les organitzacions i en la cultura professional, amb l'objectiu de crear un ethos compartit que no només orienti la pràctica, sinó que contribueixi activament a transformar-la.

En conclusió, l'ètica en treball social s'articula en dimensions normatives, deliberatives i pràctiques. El seu exercici rigorós no es limita al coneixement del codi deontològic, sinó que requereix la incorporació d'eines específiques que facilitin l'anàlisi ètica en contextos d'incertesa i conflicte, així com la integració sistemàtica de la reflexió moral en la pràctica professional quotidiana.

3.3. L'ètica clínica: origen i consolidació de la bioètica

La pràctica sanitària ha estat històricament travessada per decisions d'alta càrrega moral; no obstant això, no va ser fins al segle xx quan aquestes van començar a analitzar-se de manera sistemàtica.

A partir de la dècada de 1960, el desenvolupament de tècniques com la diàlisi, la ventilació mecànica o la nutrició parenteral va transformar de manera substancial la pràctica mèdica. De manera paral·lela, van sortir a la llum situacions greus relacionades amb la recerca biomèdica, com l'estudi de Tuskegee als Estats Units, en el qual es va negar tractament a homes afroamericans amb sífilis; els experiments amb menors de famílies desfavorides a l'Hospital Willowbrook; o l'obtenció no consentida de les cèl·lules HeLa de Henrietta Lacks, utilitzades durant dècades sense reconeixement ni compensació per a la seva família (Montero i Morlans, 2009). Aquests episodis, entre altres casos, van posar de manifest que els

avanços científics, en absència d'una regulació normativa i d'una reflexió ètica adequada, podien contribuir a la perpetuació d'abusos sobre col·lectius especialment vulnerables.

També els debats al voltant de la definició de vida i mort en pacients en coma o en estat vegetatiu persistent, així com els relacionats amb la interrupció voluntària de l'embaràs, van posar de manifest la necessitat d'aclarir qui pren les decisions, com es prenen i d'acord amb quins criteris.

D'aquesta manera sorgeix la bioètica com una ètica aplicada. Encara que el terme ja havia estat utilitzat el 1927 per Fritz Jahr, va ser Van Rensselaer Potter qui, el 1970, el va consolidar com un marc de reflexió sobre l'impacte de les noves tecnologies en les persones i el medi ambient. A partir de fites normatives, com l'informe Belmont (Observatori de Bioètica i Dret, 1979), centrat en la recerca amb éssers humans, i de la creació d'institucions acadèmiques com el Hastings Center i el Kennedy Institute of Ethics, la bioètica s'ha configurat com un camp específic de coneixement.

En aquest context es van desenvolupar diferents models destinats a orientar la presa de decisions en situacions clíniques d'elevada complexitat. El principalisme (Beauchamp i Childress, 1999) planteja quatre principis: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia, que han de ser ponderats en cada cas concret. El casuisme (Jonsen et al., 2022) proposa un raonament basat en l'anàlisi de casos evitant l'aplicació rígida de marcs teòrics abstractes. El mètode deliberatiu (Gracia, 2019) articula un procés ordenat, racional i compartit, orientat a la presa de decisions prudentes i al reconeixement de la pluralitat de valors i perspectives implicades.

El desenvolupament de la bioètica a Catalunya no va constituir una repetició dels corrents internacionals, sinó que va respondre a un procés propi, vinculat a la progressiva institucionalització de la reflexió ètica en l'àmbit sanitari. En aquest context, el metge jesuïta Francesc Abel va exercir un paper central com a impulsor dels primers comitès d'ètica assistencial i com a promotor de la formació especialitzada a través de l'Institut Borja de Bioètica, que es va consolidar com a referent a escala estatal (Montero i Morlans, 2009).

Durant la dècada dels noranta, la bioètica va continuar desenvolupant-se a Catalunya gràcies a la contribució de professionals procedents de diferents àmbits disciplinaris, entre els quals destaquen Marc Antoni Broggi, Lídia Buisán, Jordi Camí, Joan Viñas, Màrius Morlans i el mateix Abel. El 1991 es va fundar la Societat Catalana de Bioètica, entitat que va resultar clau per a l'elaboració de les primeres disposicions d'acreditació de comitès ètics, tant en l'àmbit de la recerca com en la pràctica assistencial. Aquest mateix any es va crear una Comissió Assessora de Bioètica, considerada l'antecedent directe de l'actual Comitè de Bioètica de Catalunya, constituït formalment el 2004 sota la presidència de Victoria Camps.

Aquest procés es va caracteritzar per una concepció de l'ètica clínica integrada en la pràctica assistencial, diferenciant-se d'altres enfocaments més normatius o estrictament principialistes, en situar la reflexió ètica com un component estructural de la cura i de la presa de decisions en salut.

Aquest desenvolupament històric de la bioètica permet comprendre el marc institucional i deliberatiu en el qual actualment s'inscriuen els processos de presa de decisions en l'àmbit sanitari. En aquest context, les treballadores socials sanitàries participen progressivament en espais com els comitès d'ètica assistencial, contribuint des de l'anàlisi dels determinants socials, la vulnerabilitat i la dimensió relacional de la cura a la deliberació interdisciplinària i a l'anàlisi ètica-professional.

3.4. Ètica en treball social sanitari: una proposta de "socialprudència"

El treball social sanitari (d'ara endavant, TSS), com a especialització del treball social, aborda els aspectes psicosocials vinculats als processos de salut i malaltia (Colom, 2010). La seva pràctica s'inscriu en l'àmbit de l'ètica assistencial, atès que les decisions professionals incideixen en la qualitat de vida i en el benestar de les persones ateses. En aquest marc, s'han incorporat progressivament a l'àmbit sanitari diverses perspectives ètiques contemporànies, especialment les sensibles als components relacionals, emocionals i contextuals de la intervenció, com l'ètica de la cura, l'ètica de la compassió o els enfocaments construccionistes (Úriz, Ballesteró i Idareta, 2013).

Partint d'aquest marc, Martín (2019) proposa una reformulació dels principis clàssics de la bioètica, adaptant-los al context sanitari i a la dimensió relacional. Aquesta reformulació ètica s'articula d'acord amb els següents principis:

- Dignitat: valor intrínsec de tota persona com a subjecte de drets i deures. Remitent al reconeixement professional dels drets individuals i col·lectius, així com a la generació d'espais que en permetin l'expressió.
- Autonomia: dimensió funcional i pràctica de les capacitats i competències de les persones per prendre decisions sobre la seva vida. L'acompanyament ètic implica garantir l'accés a la informació adequada i evitar influències externes indegudes.
- Vulnerabilitat: condició inherent a l'experiència humana que pot manifestar-se com a fragilitat i pèrdua d'autonomia (temporal o permanent, real o autopercebuda), que pot generar dependència d'altres persones.
- Justícia i igualtat: promoció del benestar a través de la garantia de la igualtat d'oportunitats, de tracte i de drets. Implica assegurar l'equitat en la distribució de recursos, atenent tant les necessitats objectives com les condicions materials de vida.
- Solidaritat i col·laboració: expressió de la responsabilitat col·lectiva enfront de la vulnerabilitat, sustentada en els vincles i en les xarxes de suport que permeten articular respostes compartides d'acompanyament i cura.
- Beneficència: orientació de l'acció professional cap al benestar més gran possible de les persones ateses, integrant de manera

coherent els principis anteriors en els processos de presa de decisions.

Des d'aquest enfocament, diversos autors han proposat el desenvolupament d'una bioètica social (Busquets, 2009; Canimas, 2009) com a ampliació crítica de la concepció biomèdica tradicional, incorporant la dimensió social com a element central per a la comprensió del comportament humà i dels processos de presa de decisions. Aquesta perspectiva integra el reconeixement del context sociocultural, històric i polític com a factor modulador dels processos d'atenció i cura (Pellicer i Hernández, 2022).

En l'actualitat, la pràctica del TSS es desenvolupa en un entorn condicionat per paràmetres clínics. Encara que la treballadora social disposa de marcs teòrics, codis deontològics i metodologies consolidades, en els equips multidisciplinaris la presa de decisions tendeix a prioritzar els criteris biomèdics. Aquesta dinàmica pot derivar en processos de tokenització del rol de la treballadora social, entesos com a formes de participació tardana, limitada o instrumental, sovint circumscrites a la gestió de recursos materials. En contextos marcats per la immediatesa, la sobrecàrrega assistencial i un rol professional centrat en tasques administratives, les professionals recorren amb més freqüència a l'intercanvi informal amb col·legues per afrontar els dilemes ètics que emergeixen en els processos de presa de decisions (Idareta i Iturralde, 2018). Aquestes pràctiques, si bé funcionals a curt termini, poden contribuir a una visibilització inferior de l'aportació específica del TSS a l'anàlisi ètica dins dels equips.

Així, la deliberació constituirà el procés mitjançant el qual la treballadora social pot ponderar diversos factors abans d'intervenir, valorant "els arguments d'una opció i d'una altra, d'aquí la imatge que representa la justícia, a fi de poder decidir quina és la millor alternativa o, quan això no és possible, la menys lesiva" (Montero i Morlans, 2009, p. 153). La deliberació ofereix, a més, un marc dialògic que afavoreix un clima de respecte mutu entre professionals amb bagatges axiològics diversos, emmarcats en els seus respectius codis deontològics.

La virtut que orienta la deliberació és la prudència, entesa com la capacitat de valorar riscos i beneficis en cada situació concreta, mantenint la perspectiva necessària per modular la influència de factors emocionals i salvaguardar els drets humans (Montero i Morlans, 2009). En aquest marc, la decisió prudent no persegueix la certesa absoluta, sinó la raonabilitat; decisions distintes poden considerar-se igualment prudents quan es fonamenten en un procés de reflexió rigorós.

Traslladada al TSS, la prudència no es concep únicament com una virtut moral individual, sinó com un principi rector de la pràctica professional, entès com una forma de saviesa pràctica situada (Idareta, 2021). Aquest enfocament se sustenta en competències específiques, entre les quals destaquen el respecte als drets humans i al codi deontològic, així com l'adopció d'una perspectiva laica, democràtica i feminista. En aquest marc es proposa el concepte de *socialprudència*, que proporciona una base per a la deliberació professional orientada a integrar els factors socials en la

presa de decisions, evitant tant el relativisme cultural com la subordinació assistencialista i el paternalisme, i reforçant l'aportació específica del TSS en els equips sanitaris.

La socialprudència no remet únicament a la prudència entesa com a virtut moral individual, sinó a una forma específica de saviesa pràctica professional que es construeix en la intersecció entre la reflexió ètica i l'anàlisi dels factors socials que condicionen la intervenció. Aquesta forma de prudència resulta especialment rellevant en situacions habituals de la pràctica sanitària, com les decisions relatives a l'alta hospitalària de persones sense xarxa que assegurui la cura, la gestió de processos de final de vida travessats per creences i tradicions diverses, o la valoració del risc social en contextos d'alta vulnerabilitat. En aquests escenaris, quan la intervenció del TSS és tardana o queda relegada a un rol instrumental, la presa de decisions tendeix a reduir-se a criteris clínics o organitzatius, invisibilitzant la dimensió relacional. La socialprudència permet, així, anticipar la intervenció social, legitimar-ne l'aportació en els equips interdisciplinaris i contribuir a decisions més integrals que no dissociïn el que és clínic del que és social.

4. Mètode i participants

La recerca es dissenya com un estudi unicèntric i prospectiu de caràcter observacional i descriptiu en el Servei de Treball Social de l'hospital matern infantil Sant Joan de Déu de Barcelona.

Aquest disseny respon als objectius de l'estudi. L'enfocament permet descriure el fenomen en un marc institucional homogeni, evitant introduir una variabilitat que podria dificultar la interpretació dels resultats en aquesta fase exploratòria. D'altra banda, el caràcter prospectiu i observacional resulta adequat per recollir informació actual sobre pràctiques, percepcions i necessitats formatives sense intervenir-hi.

Encara que hi ha alternatives metodològiques de gran interès, aquestes respondrien a altres objectius, com comparar cultures organitzatives o analitzar processos deliberatius en casos concrets. En aquest treball s'opta per un disseny descriptiu orientat a generar una base empírica inicial.

Atesa la bibliografia existent sobre la temàtica objecte d'estudi, es plantegen les següents hipòtesis de recerca, que els resultats hauran de verificar o refutar:

- Els processos de presa de decisions en la intervenció del treball social sanitari tendeixen a fer-se de manera automatitzada, obviant en alguns casos l'evidència científica disponible.
- La formació específica en presa de decisions i en bioètica o ètica aplicada entre les treballadores socials sanitàries és escassa i, quan n'hi ha, se centra en principis ètics clàssics, amb un coneixement limitat de mètodes estructurats de presa de decisions.

- Els processos de presa de decisions es troben fortament contextualitzats per valors i creences personals de les professionals.

4.1. Selecció de la mostra

La població diana d'estudi està constituïda per totes les treballadores socials sanitàries (n = 19) del servei de treball social, inclosa la professional que ocupa el càrrec de direcció del servei. Com que era una població petita i clarament delimitada, i la investigadora principal era membre del propi servei, es va optar per convidar a participar la totalitat de la població, sense calcular una grandària mostral específica, i així es va configurar una mostra intencional no probabilística.

Els criteris d'inclusió van ser: ser treballadora social sanitària vinculada al servei de treball social o a la direcció que l'acull, independentment del rol exercit (assistencial, coordinació o gestió), i manifestar de manera explícita l'interès a participar en l'estudi. Aquesta decisió respon a l'objectiu de captar el nombre més gran de percepcions intentant disposar de diverses edats, anys d'experiència laboral i posició organitzativa en la mostra mantenint constant el marc estructural.

Com a criteris d'exclusió es van establir: ser estudiant en pràctiques o expressar de manera explícita la no voluntat de participar.

La mostra va quedar conformada per 14 professionals. Les respostes de cadascuna s'identifiquen amb un nombre enter entre parèntesis.

4.2. Recollida de dades

Per a la recollida de dades es van utilitzar dues estratègies complementàries: una revisió de la literatura i l'autoadministració de dos qüestionaris.

La revisió de la literatura es va dur a terme el primer trimestre de 2025 mitjançant una cerca bibliogràfica narrativa en bases de dades científiques (PubMed, Web of Science, Scopus i Dialnet). Es van seleccionar articles i documents rellevants en funció de la seva pertinència temàtica amb els objectius de l'estudi. Com a criteris d'inclusió es van considerar publicacions acadèmiques i literatura especialitzada en l'àmbit sanitari, prioritzant el material relacionat amb filosofia moral, ètica de la intervenció social i bioètica, i la presa de decisions en TSS. Es van excloure documents no vinculats amb el tema o materials no acadèmics. Aquesta revisió va tenir una finalitat contextual orientada a situar els resultats empírics en el marc teòric existent (Bowen, 2009).

Quant a la recollida de dades empíriques, es van utilitzar dos qüestionaris. Tots dos qüestionaris es van administrar en un únic moment temporal (abril 2025), després de l'acceptació voluntària de participació.

El primer va ser el Qüestionari d'Autoavaluació Ètica (C-AE) (Idarreta, 2023), instrument validat que permet identificar l'orientació ètic-teòrica de les professionals mitjançant ítems amb escales de resposta tipus Likert. A aquest qüestionari es van afegir preguntes sociodemogràfiques

amb l'objectiu de facilitar la descripció de la mostra. El segon instrument va ser un qüestionari elaborat *ad hoc* i administrat a través de la plataforma Google Forms, que incloïa variables sociodemogràfiques, preguntes sobre formació en ètica i bioètica, i sobre l'ús de mètodes o eines per a la presa de decisions. Aquest qüestionari va combinar preguntes tancades de resposta múltiple i tipus Likert amb preguntes obertes de caràcter descriptiu, dissenyades per recollir exemples i estratègies habituals en la pràctica professional. Com a variables sociodemogràfiques es van recollir el sexe, l'edat i els anys d'experiència.

Atès el caràcter exploratori i descriptiu de l'estudi, i la naturalesa breu de les respostes obertes, no es van aplicar procediments de doble codificació perquè no hauria aportat un valor afegit significatiu a l'anàlisi. La consistència del procés analític es va garantir mitjançant l'ús d'instruments clarament definits i alineats amb els objectius de la recerca. Les autores van dur a terme una lectura interpretativa, contrastant les aportacions amb els marcs teòrics revisats i discutint les interpretacions per assegurar la coherència. L'anàlisi es va dur a terme contrastant les aportacions de les participants amb els principals enfocaments ètics i models de presa de decisions presents en la literatura especialitzada.

4.3. Anàlisi de dades

Les dades bibliogràfiques es van abordar mitjançant una revisió analítica de la literatura, orientada a identificar els principals temes i enfocaments rellevants en relació amb l'ètica, la bioètica i la presa de decisions en TSS. Aquesta revisió va permetre contextualitzar l'estudi, elaborar el marc teòric i orientar la discussió.

Les respostes obertes dels qüestionaris es van analitzar mitjançant una anàlisi temàtica de caràcter descriptiu i exploratori (Labra et al., 2020; Braun i Clarke, 2006; Cohen i Manion, 2002), orientat a identificar patrons recurrents en les pràctiques de les treballadores socials. El procés analític es va basar en una lectura detallada i comparativa de les respostes, agrupant els continguts per afinitat i contrastant-los de manera iterativa amb els objectius de l'estudi, sense pretendre la construcció d'un sistema categorial formal ni el desenvolupament de teoria. El programari Atlas.ti es va utilitzar com a eina de suport per a l'organització i gestió del material qualitatiu.

L'anàlisi es va desenvolupar des d'una perspectiva crítica i feminista (Kincheloe i McLaren, 2005; Amorós i De Miguel, 2005), parant esment als condicionants estructurals.

Les variables quantitatives es van analitzar mitjançant estadística descriptiva utilitzant R i Python. A partir de les dades sociodemogràfiques incorporades al Qüestionari d'Autoavaluació Ètica, es van explorar possibles associacions amb les perspectives ètiques identificades, mitjançant proves khi-quadrat i ANOVA, amb una finalitat descriptiva i exploratòria. Es presenten en tant per cent.

4.4. Aspectes ètics de la investigació

Per minimitzar possibles influències indegudes i garantir la no maleficència, la recerca es va presentar inicialment en una reunió ordinària d'equip, on es va explicar de manera clara l'objectiu de l'estudi i es va incidir de manera explícita en el caràcter voluntari de la participació, assegurant que la decisió de participar o no fer-ho no tindria cap mena de conseqüència professional. Totes les treballadores socials del servei van tenir la mateixa oportunitat de participar, garantint així un principi de justícia en la selecció i el tracte a les participants, sense discriminació ni biaixos derivats de la seva posició o rol dins de l'equip.

El respecte a l'autonomia es va assegurar mitjançant la provisió d'informació completa i comprensible sobre l'estudi, el dret a no participar o a retirar-se en qualsevol moment sense necessitat de justificació. Es va informar les participants que la investigadora principal podia reconèixer-les durant la fase de recollida, però es va garantir l'anonimització posterior de les dades i la impossibilitat de reidentificació en l'anàlisi i la difusió dels resultats.

En relació amb la confidencialitat i la protecció de dades, es va assegurar que els qüestionaris fossin enviats únicament a aquelles professionals que van acceptar participar, incloent al correu electrònic el full informatiu i el consentiment informat. Les dades recollides van ser emmagatzemades de manera segura, amb accés restringit a la investigadora principal, i utilitzades exclusivament amb finalitats de recerca i publicació científica (s'espera conservar-les durant un any després de la publicació d'aquest article i posteriorment s'eliminaran). Amb la finalitat de garantir el rigor metodològic i el respecte als principis ètics de la recerca amb persones, el projecte va ser avaluat i aprovat pel comitè d'ètica de la recerca de l'hospital [PIC-62-24].

4.5. Limitacions de l'estudi

Cal assenyalar que, malgrat l'existència d'estudis empírics recents que aborden la presa de decisions ètiques en treball social i en contextos sanitaris (per exemple, Úriz, Ballester, Viscarret et al., 2013), la literatura específica centrada en treballadores socials sanitàries i mètodes de decisió en entorns hospitalaris és limitada.

Des del punt de vista pràctic, com que la investigadora principal forma part del servei estudiat, algunes professionals podrien haver percebut una falta de llibertat per expressar obertament les seves opinions o haver sucumbit a la desitjabilitat social. L'ús de qüestionaris autoadministrats restringeix les opcions de resposta i l'exploració de matisos. Al seu torn, les professionals més sensibilitzades amb l'ètica han pogut presentar una predisposició més gran a participar influïent en el perfil de les respostes.

Finalment, encara que la mostra utilitzada és representativa de la població estudiada, els resultats podrien no ser extrapolables a altres institucions o contextos sanitaris. En conseqüència, les troballes han de

llegir-se com a descriptius i situats, útils per orientar línies de recerca posteriors, comparatives i amb més diversitat institucional.

5. Resultats

El servei de TSS objecte d'estudi pertany a l'hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Catalunya) i depèn de la direcció de Qualitat i Experiència de Pacient. Les treballadores socials sanitàries, majoritàriament dones, són especialistes en infància i pediatria, si bé cadascuna intervé en un o diversos dispositius del centre, entre els quals s'inclouen salut mental, oncologia, neonatologia, atenció pal·liativa, urgències i vigilància intensiva, entre d'altres.

Algunes professionals estan integrades de manera estable en determinats serveis, realitzant intervencions protocol·litzades i/o proactives, mentre que unes altres intervenen de manera reactiva mitjançant interconsulta. Aquesta organització afavoreix una participació variable en les dinàmiques dels diferents equips assistencials, amb presència freqüent de les professionals en processos de presa de decisions clíniques.

El servei disposa de 20 treballadores socials. Una de les treballadores socials de l'equip forma part del Comitè d'Ètica Assistencial de l'hospital.

5.1. Qüestionari *ad hoc*

El grup que ha respost l'enquesta ($n = 14$) està compost en un 86% per dones, amb una mitjana d'edat de 40 anys. Les respostes reflecteixen una àmplia variabilitat en els anys d'experiència professional com a treballadores socials, amb una mitjana de 12,5 anys, així com en els àmbits laborals previs a l'exercici en el context hospitalari (taula 1).

Totes les treballadores socials coincideixen que la seva pràctica professional implica la presa de decisions complexes, i un 64% considera que els conflictes ètics són inherents al seu treball.

Taula 1. Àmbit laboral previ al context hospitalari

Àmbit	Percentatge
Sempre en l'àmbit sanitari	21%
Serveis socials	29%
Discapacitat	7%
Tercer sector	14%
Justícia	21%
Adults grans	7%

Font: Elaboració pròpia.

La formació en ètica i filosofia s'ha adquirit en diferents moments de la trajectòria professional i a través de diverses modalitats d'aprenentatge. Un 79% de les participants ha obtingut coneixements en aquest àmbit mitjançant l'assistència a jornades i congressos, i un 64% a través de formació contínua en cursos específics. Set persones, la meitat de la mostra, van esmentar els estudis universitaris de grau com un punt de partida per al seu aprenentatge en ètica, mentre que quatre es consideren autodidactes en la matèria. Una proporció inferior ha cursat estudis de postgrau específics (7%).

La taula 2 il·lustra la formació específica en bioètica, mostrant que la majoria de les participants ha adquirit aquest tipus de formació a través de congressos i cursos especialitzats.

Taula 2. Formació de les professionals en bioètica

Moment acadèmic	Percentatge
Grau	36%
Postgrau específic en bioètica	14%
Formació contínua específica en bioètica	57%
Assistència a jornades i congressos (específics o no)	71%
Autodidacta	29%
Docent	7%
Sense formació	14%

Font: Elaboració pròpia.

S'observa a la taula 3 la formació específica en mètodes i eines per a la presa de decisions ètiques. Un 57% ha rebut formació contínua, i n'hi ha un 21% sense formació específica en mètodes i eines.

Taula 3. Formació de les professionals en models i/o eines específiques per a la presa de decisions

Moment acadèmic	Percentatge
Grau	14%
Postgrau específic de filosofia/ètica/bioètica	14%
Formació contínua específica	57%
Assistència a jornades i congressos (específics o no)	50%
Autodidacta	21%
Docent	7%
Sense formació	21%

Font: Elaboració pròpia.

A la pregunta “Fas servir un mètode per a la presa de decisions?”, set persones van respondre negativament. En preguntar-los com afrontaven les decisions ètiques quan no disposaven d’una eina o mètode, les respostes van ser diverses: “Tenint en compte aspectes teòrics i característiques de la família” (6); “Complint la normativa i els protocols del lloc de feina” (10); “Identificant riscos i beneficis” (12); “Identifico principis en conflicte i determino la decisió menys negativa” (5); “Parlo amb la família” (7).

Una de les treballadores socials va apel·lar a principis vinculats al treball social:

Pensant en el major benestar i protecció per al pacient, tenint en compte els criteris d’igualtat, justícia, equitat i responsabilitat (5).

Una altra participant va assenyalar que discuteix el cas amb professionals d’altres disciplines:

Fem una reunió setmanal en la qual cada rol professional exposa, des del seu vessant, el que considera. Faig hipòtesis i intento treballar a partir d’aquestes per poder construir el pla conjunt amb la família (4).

Sis treballadores socials van indicar que *de vegades* utilitzaven un mètode. En sol·licitar-los que identifiquessin aquest mètode, tres van deixar la resposta en blanc i, de les altres tres, cap va esmentar un model reconegut, tal com s’observa a la taula 4.

Taula 4. Identificació del mètode utilitzat per a la presa de decisions i la resolució de conflictes ètics

Resposta
“Valoro més d’una alternativa”. (2)
“Contrasto amb experiències anteriors. Em baso en les meves creences, valors i principis propis”. (3)
“Aplico coherència, tinc en compte el codi d’ètica”. (8)

Font: Elaboració pròpia.

Una TSS va respondre que sí que feia servir un mètode de presa de decisions i el va identificar: “El mètode de Taylor” (1).

Quan a més se’ls pregunta com s’enfronten a un conflicte ètic que no han aconseguit resoldre de manera individual o mitjançant la discussió de cas, un 79% consulta amb altres treballadores socials de l’equip, la meitat el discuteix de manera informal, i un 29% ho planteja a la responsable del servei. S’observen a la taula 5 altres opcions considerades.

Taula 5. Respostes a la pregunta: “Què fas davant d’un conflicte ètic que no pots resoldre de manera individual o amb una discussió de cas?”

Acció	Percentatge
Consultar-ho amb una companya treballadora social.	79%
Consultar-ho o supervisar-ho amb la meua coordinadora.	29%
Discutir amb l’equip de treball social de manera informal.	50%
Consultar-ho amb l’equip de treball social de manera formal.	29%
Demandar supervisió a una companya amb formació en ètica.	14%
Consultar-ho a una professional experta en supervisió.	29%
Consultar-ho amb el comitè d’ètica assistencial de l’hospital.	57%
Consultar-ho amb el Consell de Deontologia.	7%

Font: Elaboració pròpia.

A la pregunta de si alguna vegada havien hagut d’assumir accions o acceptar decisions que els generessin malestar moral, un 71% va respondre afirmativament. Així mateix, un altre 71% va expressar haver hagut de canviar d’opinió a causa de pressions externes, assenyalant les discrepàncies amb la institució com una de les principals dificultats (86%): “Estar treballant en una institució de tipus (anonimitzat) influeix de manera inexorable en la presa d’algunes decisions” (1); “En alguna ocasió, per ‘majoria’, he hagut d’acatar” (14). A més, un 57% de les persones participants va assenyalat que el conflicte es produïa amb els seus propis valors, principis i creences.

Per disminuir les dificultats en la resolució de conflictes ètics i durant la presa de decisions, el 79% de les treballadores socials demana més formació en ètica i bioètica, un 64% sol·licita més temps per reflexionar i la meitat reclama més espais de trobada amb l’equip: “Crec que hi ha pocs espais per comentar situacions que no saps com resoldre” (8).

En relació amb els objectius de l’estudi, les dades mostren que la presa de decisions constitueix una dimensió estructural de la pràctica professional en l’àmbit hospitalari i que els conflictes ètics són percebuts com a freqüents en l’exercici quotidià.

En conjunt, aquests resultats permeten abordar els objectius vinculats a l’anàlisi de la pràctica quotidiana de la presa de decisions, la formació rebuda en ètica i bioètica i l’ús de mètodes o estratègies per a la resolució de conflictes ètics, aportant elements descriptius que permeten contrastar les hipòtesis plantejades des d’un enfocament exploratori.

5.2. Qüestionari d'Autoavaluació Ètica

El qüestionari facilita la identificació de les teories ètiques que contextualitzen la pràctica professional. Les persones que ho van respondre (n = 14) van ser en un 79% dones, amb una mitjana d'edat de 38 anys i entre sis i deu anys d'experiència professional com a treballadores socials. Un 64% de les participants va assistir a un institut d'educació secundària concertat i un 36% va fer els estudis de grau en una universitat privada. Un 50% va treballar a mitja jornada i un 14% a jornada completa mentre cursava els estudis universitaris.

Cap de les participants està implicada en moviments d'acció social comunitària o activisme de caràcter social. No obstant això, un 36% fa donacions econòmiques a entitats del tercer sector, un altre 36% col·labora de manera puntual amb aquestes entitats i un 7% fa voluntariat de forma continuada. A les taules 6 i 7 es presenten la tendència política referida i els aspectes relacionats amb la dimensió espiritual.

Taula 6. Tendència política referida

Tendència	Percentatge
Esquerra	51%
Centre-esquerra	14%
Centre-dreta	14%
Depèn de les circumstàncies socials del moment	14%
Prefereix no contestar	7%

Font: Elaboració pròpia.

Taula 7. Dimensió espiritual

Dimensió espiritual	Percentatge
Cristianisme	14%
Tradicions cultural-religioses sense creences subjacents	36%
Tendències espirituals / Filosofia de vida	14%
Ateisme	29%
Agnosticisme	7%

Font: Elaboració pròpia.

Les teories ètiques predominants entre les TSS són el determinisme compatibilista i l'ètica de la responsabilitat, amb menys presència de l'ètica de la cura. Un 86% considera essencial cuidar l'altre. La perspectiva ètica menys representada en la mostra ha estat el determinisme pur.

La idea de posar sempre el bé comú per davant de l'individual divideix el grup exactament per la meitat. La meitat de les participants defensa que la conducta ètica per excel·lència consisteix a "ser imparcial i tractar tothom per igual", mentre l'altra meitat es decanta per l'equitat. Un 64% sosté la idea d'exigir els mateixos drets i deures a totes les persones, enfront d'un 29% que la rebutja i un 7% que es manté neutral.

Encara que gairebé totes les participants (86%) coincideixen que l'ètica implica assumir responsabilitat i combatre les injustícies, aquesta convicció no es reflecteix amb la mateixa intensitat respecte a l'explotació laboral: el 71% situa com a conducta ètica fonamental acabar amb l'explotació de la classe treballadora, mentre que gairebé un 30% hi mostra reserves. Finalment, un 79% coincideix que no existeix una veritat absoluta i que totes les perspectives són igualment vàlides.

En aplicar els test estadístics khi-quadrat i ANOVA, els *p-values* obtinguts són superiors a 0,05. Així, no es poden presentar relacions significatives, però s'obtenen tendències descriptives. Des d'un enfocament descriptiu de la mostra, es presenten les distribucions observades entre les puntuacions obtingudes en les diferents perspectives ètiques i algunes variables sociodemogràfiques. En relació amb la tendència política referida, les persones que s'identifiquen amb posicions d'esquerra o centreesquerra obtenen puntuacions més elevades en determinisme compatibilista, mentre que en les posicions de centredreta destaquen puntuacions més altes en ètica de la responsabilitat.

En funció del tipus d'universitat de procedència, les TSS que van cursar estudis en universitats públiques mostren puntuacions més altes en les perspectives dialògica i de la justícia, mentre que entre els que van cursar els estudis en universitats privades s'observen puntuacions més elevades en ètica de la responsabilitat. Quant a l'edat, les TSS de més edat presenten puntuacions més baixes en els ítems relacionats amb l'existència de principis ètics universals. Finalment, no s'observen diferències rellevants entre les creences religioses declarades i les perspectives ètiques predominants, ni en relació amb els anys d'experiència professional.

Les dades obtingudes a través d'aquest qüestionari permeten donar resposta a l'objectiu orientat a identificar les perspectives ètiques que contextualitzen la pràctica professional, mostrant la coexistència de diferents marcs ètics i l'absència d'una adscripció homogènia. Al seu torn, aporten informació descriptiva rellevant per explorar la hipòtesi relativa a la influència de valors i creences personals en els processos de presa de decisions.

6. Discussió

Composta majoritàriament per dones, la mostra descriu una notable diversitat quant a edat, experiències laborals prèvies, tendència política i formació en ètica. Malgrat aquesta heterogeneïtat, totes les professionals coincideixen que la presa de decisions complexes és inherent a la pràctica del TSS, amb una alta presència de conflictes ètics. S'observa també el que podria definir-se com a *distress* o malestar moral (Fantus et al., 2024), relacionat principalment amb discrepàncies amb la institució i amb pressions que han portat la majoria a modificar la seva opinió en algun moment. Les treballadores socials se situen de manera recurrent en posicions intermèdies entre pacients, famílies, equips clínics i organització, assumint tensions ètiques vinculades a l'autodeterminació, la confidencialitat i la presa de decisions compartides (Weng, 2022). En aquest context, acceptar decisions imposades per la jerarquia, renunciar a la pròpia valoració per "raons de servei" o constatar les limitacions estructurals poden afegir una càrrega emocional significativa al procés de presa de decisions.

En relació amb la primera hipòtesi de l'estudi, que plantejava que la presa de decisions constitueix una dimensió estructural de la intervenció en TSS i que pot veure's condicionada pel context institucional, els resultats confirmen que els conflictes ètics formen part de l'exercici quotidià i generen un impacte emocional rellevant en les professionals.

Quant a la formació en ètica i bioètica, les dades evidencien que aquesta s'ha adquirit majoritàriament fora dels estudis reglats, fonamentalment a través de jornades i cursos d'actualització, mentre que la universitat ofereix una base inicial limitada. Aquesta tendència s'accentua en analitzar la formació en mètodes de presa de decisions, en què la capacitació formal resulta excepcional i moltes professionals depenen de la seva iniciativa personal per cobrir buits formatius. L'absència d'itineraris estructurats podria explicar l'heterogeneïtat observada en les trajectòries formatives (Ruiz, 2021).

Aquests resultats es relacionen directament amb la segona hipòtesi plantejada, segons la qual la formació específica en ètica aplicada i presa de decisions és escassa i se centra principalment en principis generals, sense un desenvolupament sistemàtic d'eines pràctiques.

En relació amb la formació específica en eines per a la presa de decisions, tres treballadores socials afirmen no haver rebut cap capacitació, mentre que la resta assenyalava disposar d'algun coneixement. No obstant això, en la pràctica a penes es recorre a mètodes estructurats de deliberació o aquests no s'identifiquen de manera explícita, la qual cosa suggereix que aquestes eines no estan plenament interioritzades ni diferenciades de la reflexió quotidiana. En el seu lloc, es posen en marxa estratègies improvisades, confirmant el ja assenyalat per Banks (1997) i, més recentment, per Cuenca i Román (2023, p. 50): "Moltes treballadores socials actuen seguint una saviesa pràctica o recollint, de manera inconnexa, fragments de diferents teories relacionades amb el seu aprenentatge". Aquesta situació reforça el diagnòstic de la literatura que assenyalava que la formació en ètica

sol ser inconsistent, excessivament teòrica o poc aplicable a la realitat professional (Basagni, 2023). En el cas concret del treball social, a més, durant el grau universitari es prioritzen aspectes legals o històrics de la bioètica, deixant en un segon pla els components més pràctics (Cuenca i Román, 2023). Aquest panorama apunta a una manca de formació sistemàtica i al predomini d'aproximacions casuístiques dependents del criteri individual o de la cultura organitzativa, la qual cosa pot traduir-se en variabilitat i inconsistència davant decisions complexes.

Els dilemes ètics identificats en aquest estudi se situen en línia amb el descrit en el context sanitari espanyol, en què les treballadores socials afronten amb freqüència tensions relacionades amb l'autonomia, la confidencialitat, el consentiment informat i la gestió d'informació sensible (Viscarret et al., 2022).

Aquest escenari ajuda a explicar el recurs gairebé automàtic de la reflexió informal amb altres col·legues, de l'ús del sentit comú o de la intuïció i/o de la consulta amb superiors jeràrquics. Tot això suggereix que les treballadores socials se secunden amb més freqüència en intercanvis informals que en canals formals, com el consell deontològic professional, òrgan consultiu especialitzat integrat per treballadores socials amb formació i experiència en assessoria ètica (Úriz, Ballester, Viscarret et al., 2013). Aquesta preferència per l'intercanvi immediat no ha d'interpretar-se únicament com a falta de rigor, sinó també com una estratègia d'adaptació en institucions on el temps per a l'anàlisi moral és limitat i la pressió assistencial dificulta la deliberació pausada.

En relació amb la tercera hipòtesi, que plantejava la influència de valors, creences i marcs ètics personals en la presa de decisions, els resultats del qüestionari d'autoavaluació aporten matisos rellevants per a la discussió.

Lluny d'alinear-se rígidament amb una única perspectiva filosòfica, les treballadores socials combinen de manera pragmàtica referències compatibilistes amb una ètica de la responsabilitat d'inspiració levinasiana. La tendència al determinisme compatibilista (Dennett, 2003) resulta coherent amb la pràctica del treball social, ja que reconeix el pes dels condicionants estructurals i dels eixos d'opressió i discriminació (Crenshaw, 1991), al mateix temps que preserva la possibilitat d'acció i transformació. Aquest enfocament demana intervencions orientades a l'emancipació, fins i tot en contextos restrictius (Lee, 2022). Per la seva banda, la presència d'una ètica de la responsabilitat s'alinea amb la proposta de transcendir els principis normatius cap a una ètica de la compassió i de la sensibilitat davant del patiment (Idareta, 2010), reforçant l'aproximació casuística detectada en el qüestionari *ad hoc* i la convicció majoritària que no existeix una veritat moral absoluta.

Cal assenyalar que podria haver-se anticipat una presència més marcada de l'ètica de la cura, atès que el treball social és una professió altament feminitzada i en la qual històricament s'ha naturalitzat l'ajuda com a part de les "tasques femenines" (Fombuena, 2006). No obstant això, l'ètica de la cura no s'orienta a reforçar mandats de gènere, sinó que

advoca per la democràcia i la igualtat efectiva entre els sexes, evitant que les dones quedin relegades al rol de cuidadores principals (Gilligan, 1982). En aquest sentit, els resultats mostren que, encara que aquesta perspectiva no aparegui com a referent teòric principal, la valoració de la cura de l'altre com a dimensió essencial de la intervenció està clarament present, d'acord amb una perspectiva feminista que reconeix l'opressió estructural sobre les dones (Sorlí, 2023).

Les diferències observades entre la tendència al determinisme compatibilista en professionals amb orientació política d'esquerra o centreesquerra, la presència més gran de l'ètica de la responsabilitat en posicions de centredreta, així com entre les treballadores socials formades en universitats públiques i privades, no aconsegueixen significació estadística. No obstant això, aquestes distribucions suggereixen que les conviccions morals poden veure's modulades, almenys parcialment, per marcs politicoideològics i trajectòries formatives. Tampoc resulta extrapolable la troballa que les professionals de més edat tendeixin a qüestionar l'existència de principis ètics universals, si bé aquest fenomen ha estat descrit en estudis previs que assenyalen una consulta inferior de lleis i codis deontològics per part de professionals amb més experiència, a favor de l'aprenentatge personal (Ballestero et al., 2011).

S'identifica així una tensió no resolta entre universalisme i equitat contextual dins del grup: mentre la meitat de les participants considera que prioritzar l'interès col·lectiu constitueix la conducta ètica per excel·lència, l'altra meitat expressa reserves. De manera coherent amb aquesta tensió, una proporció rellevant rebutja la idea d'exigir els mateixos drets i deures a totes les persones, reforçant el relativisme detectat en altres respostes, com la negació de veritats morals absolutes.

Aquestes troballes matisen l'aparent homogeneïtat ètica de la professió i posen en relleu que cada professional construeix el seu propi recorregut moral en un context marcat per l'absència de referents compartits. Tal com assenyalen Ballestero et al. (2011, p. 58), "l'absència d'estàndards ètics aportats des de la professió deixa els treballadors socials sense elements de referència", situant la interpretació dels límits ètics en l'àmbit del criteri individual.

Es configura així una paradoxa recurrent: com més gran és l'èmfasi en el respecte a l'alteritat (a través de la compassió, la contextualització o el relativisme), major és també el risc de confondre'l amb una llibertat absoluta per decidir sense mètode ni manteniment teòric. Resulta fonamental aclarir que la diversitat de respostes davant la complexitat ètica no equival a arbitrarietat ni a decisions basades exclusivament en preferències personals. Les opcions d'intervenció poden i han d'adaptar-se a cada cas, però han de secundar-se en processos deliberatius sistemàtics, en l'evidència científica i en els drets humans. En aquest sentit, es planteja com a repte per a la professió la necessitat de diferenciar amb claredat entre l'adscripció a diverses perspectives ètiques i l'actuació capritxosa, incorporant una consciència crítica dels propis biaixos i el respecte als codis deontològics com a salvaguarda col·lectiva (Gray, 2010).

Finalment, les demandes expressades per les professionals (més formació, més temps per a la reflexió i espais compartits per discutir casos) suggereixen una presa de consciència progressiva de la complexitat ètica inherent a la pràctica. Aquests resultats posen en relleu una bretxa entre el reconeixement d'aquesta complexitat i la disponibilitat real d'eines, temps i estructures institucionals que permetin abordar-la de manera sistemàtica.

Així, l'escassa visibilitat i la falta d'ús de models validats de presa de decisions, juntament amb la limitada consulta a òrgans deontològics, reforcen la necessitat de desenvolupar una pedagogia de la socialprudència, orientada no només a "saber" ètica, sinó a "fer" ètica des d'una base filosòfica sòlida i contextualitzada (Viscarret et al., 2022).

Aquesta hauria de traduir-se en propostes formatives que integrin l'ètica aplicada en la formació de grau i postgrau, espais regulars de deliberació ètica dins dels equips sanitaris, i dispositius de supervisió que legitimin la reflexió moral com a part del quefer professional. Una socialprudència entesa així no només permetria reduir el malestar moral, sinó també enfortir el rol de la treballadora social sanitària en la presa de decisions interdisciplinàries, contribuint a una atenció més integral.

7. Conclusions

Els resultats mostren una elevada diversitat entre les TSS en relació amb la seva formació en ètica, que s'adquireix majoritàriament a través de congressos i cursos específics, en contrast amb l'educació formal reglada, en què la presència d'eines pràctiques per a la presa de decisions i la resolució de conflictes és limitada. Aquesta situació explica que, encara que la majoria de les professionals consideri haver rebut formació específica, aquesta formació no es tradueix en una aplicació sistemàtica en la pràctica quotidiana, observant-se un ús freqüent de discussions informals o del sentit comú com a principals estratègies d'afrontament.

Davant dels conflictes ètics, identificats com a freqüents en la intervenció en l'àmbit sanitari, s'evidencia un malestar moral significatiu derivat de decisions condicionades per pressions externes i per la falta de suport institucional estructurat. Les TSS expressen la necessitat d'una formació més gran en ètica i bioètica, així com de disposar de més temps per a la reflexió i d'espais de trobada amb equips interdisciplinaris, la qual cosa apunta a una necessitat estructural d'enfortir el suport ètic en l'àmbit sanitari.

El determinisme compatibilista i l'ètica de la responsabilitat emergeixen com les teories predominants entre les professionals enquestades, reflectint un posicionament que articula els condicionants externs amb el respecte a l'autonomia dels pacients en els processos de presa de decisions i en l'acompanyament social.

Futurs estudis haurien d'aprofundir en l'anàlisi de la relació entre variables sociodemogràfiques, formatives i contextuais, i entre les teories ètiques predominants, així com en els mètodes de presa de decisions

utilitzats. També resultaria pertinent investigar en quina mesura l'ús de mètodes estandarditzats per a la presa de decisions ètiques incideix en la qualitat de les intervencions en l'àmbit sanitari i en la reducció del malestar moral entre les TSS, amb la finalitat de minimitzar biaixos i pràctiques no sistematitzades. En aquest sentit, resulta pertinent recordar, com assenyalen Ballestero et al. (2011, p. 59), que:

La pràctica ètica ha d'evitar els riscos associats a la burocratització i a una actuació excessivament impersonal, imparcial i formal, pròpia d'una aplicació rígida de normes, sense renunciar per això a la flexibilitat necessària, però mantenint un consens comú i fonamentat que eviti que una part substancial de les decisions ètiques professionals recaigui exclusivament en els valors personals.

Els resultats apunten a la conveniència de reforçar la formació ètica de les treballadores socials sanitàries mitjançant programes que integrin de manera explícita la filosofia moral, la bioètica i l'ús sistemàtic de mètodes de presa de decisions, superant enfocaments centrats exclusivament en principis abstractes. També es podrien posar en marxa sessions clíniques interdisciplinàries, supervisió ètica o comitès accessibles i pròxims a la pràctica quotidiana que permetin abordar els conflictes ètics de manera estructurada i compartida.

Quant a futures línies de recerca, seria pertinent ampliar l'estudi a altres contextos hospitalaris i fer anàlisis comparatives multicèntriques que permetin contrastar els resultats obtinguts. De la mateixa manera, recerques orientades a avaluar l'impacte de l'ús de mètodes deliberatius estructurats sobre la qualitat de les decisions i el malestar moral de les professionals podrien aportar evidència rellevant per al desenvolupament de models formatius i organitzatius més sòlids. Finalment, l'exploració del context institucional des de la sociologia o l'antropologia de les professions, que influeixen en com les treballadores socials prenen decisions, podria ser una altra línia de recerca a seguir des d'aquí.

En conclusió, aquest estudi posa en relleu la rellevància de l'anàlisi ètica en el treball social sanitari, evidenciant tant els reptes com les oportunitats. Els resultats obtinguts mostren que la presa de decisions se secunda amb freqüència en processos no sistematitzats, condicionats per trajectòries formatives desiguals, valors personals i pressions institucionals, la qual cosa reforça la necessitat d'avançar cap a marcs més estructurats. La diversitat de perspectives ètiques, d'itineraris formatius i de dinàmiques de decisió reflecteix la complexitat del context hospitalari i subratlla la importància de continuar desenvolupant eines pràctiques, recursos professionals i una actitud social prudent que enforteixi la intervenció. En aquest sentit, les troballes conviden a una reflexió crítica sobre la integració de principis ètics sòlids en la pràctica quotidiana, amb l'objectiu d'evitar el relativisme acrític i la subordinació assistencialista, avançant des d'una ètica declamada cap a una ètica genuïnament deliberativa.

Referències bibliogràfiques

- Amorós, Celia, i De Miguel, Ana. (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Minerva Ediciones.
- Ballestero, Alberto; Viscarret, Juan José, i Úriz, María Jesús. (2011). Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España. *Portularia*, 11(2), 47-59.
- Banks, Sarah. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Paidós Ibérica.
- Basagni, Daniela. (2023). *Bioética: perspectivas generales en el marco educativo. Un estudio en Italia y España* (Tesi doctoral, Universidad de Granada). <https://hdl.handle.net/10481/84384>
- Beauchamp, Tom, i Childress, John. (1999). *Principios de ética biomédica*. Masson.
- Bertran Muñoz, Joan; Cambra Lasasa, Francisco José; Carrera i Carrera, Joan; Esquerda Aresté, Montse; Illa Mestre, Marc; Lorenzo Izquierdo, David, i Roig Carrera, Helena. (2021). Moral distress in healthcare professionals. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 12(1), 235-249. <https://doi.org/10.34810/rjlaev1n12id389313>
- Bowen, Glenn. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Braun, Virginia, i Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Busquets, Esther. (2009). Cap a la creació d'una bioètica social. *Quaderns d'acció social i ciutadania*, 6, 32-34.
- Canimas, Joan. (2009). Per què és important l'ètica avui? *Quaderns d'Acció Social i Ciutadania*, 6, 26-31.
- Cohen, Louis, i Manion, Lawrence. (2002). *Métodos de investigación educativa*. La muralla.
- Colom, Dolors. (2010). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Siglo XXI.
- Congress, Elaine. (2000). What social workers should know about ethics: understanding and resolving ethical dilemmas. *Advances in Social Work*, 1(1), 1-26. <https://doi.org/10.18060/124>
- Cortina, Adela. (2007). *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía para el Siglo XXI*. Novel.
- Crenshaw, Kimberle. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.

- Cuenca, Mercedes, i Román, Begoña. (2023a). La formación ética en el Grado en Trabajo Social de las universidades españolas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 30(2), 207-227. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.23428>
- Cuenca, Mercedes, i Román, Begoña. (2023b). Principios éticos y Trabajo Social: cuestiones pendientes. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 49-57. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40348>
- De Miguel, Ana. (2021). *Ética para Celia*. Ediciones B.
- Dennett, Daniel. (2003). The self as a responding –and responsible– artifact. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 39-58. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.003>
- Fantus, Sophia; Cole, Rebecca; Usset, Timothy J., i Hawkins, Lataya E. (2024). Multi-professional perspectives to reduce moral distress: A qualitative investigation. *Journal of Clinical Ethics*, 35(1), 15-29. NIH. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38317421/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales [FITS]. (2018). *Declaración Mundial de los Principios Éticos del Trabajo Social*. Recuperat 3 maig 2026, de <https://www.ifsw.org/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/>
- Fombuena, Josefa. (2006). La influencia de la dimensión de género en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 19, 133-154.
- Gilligan, Carol. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gracia, Diego. (2019). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela.
- Gray, Mel. (2010). Moral sources and emergent ethical theories in Social Work. *The British Journal of Social Work*, 40(6), 1794-1811.
- Idareta, Francisco. (2021). ¿Cuáles son las virtudes morales para ser una buena trabajadora social? Aproximación de la ethica cordis de Adela Cortina al Trabajo Social. *Trabajo Social Global*, 11, 86-104. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.20767>
- Idareta, Francisco. (2023). Teorías éticas en el trabajo social. Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE). *Trabajo Social Hoy*, 100, 111-130. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2023.0019>
- Idareta Goldaracena, Francisco. (2010). Desde la compasión de J. Addams a la responsabilidad para con el otro. *Portularia*, 10(2), 65-75.
- Idareta, Francisco, i Iturralde, Joseba. (2018). Dilemas éticos en Trabajo Social Sanitario. Un estudio de caso. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 79-93. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.04>

- Idareta, Francisco, Úriz, María José, i Viscarret, Juan Jesús. (2017). 150 años de Trabajo Social: propuestas para una genealogía de la deontología profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.5209/CUTS.52428>
- Jonas, Hans. (2004). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder Editorial.
- Jonsen, Albert; Siegler, Mark, i Winslade, William. (2022). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. McGraw-Hill.
- Kangasniemi, Mari; Karki, Suyen; Voutilainen, Ari; Saarnio, Reetta; Viinamäki, Leena, i Häggman-Laitila, Arja. (2021). The value that social workers' competencies add to health care: An integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), 403-414. <https://doi.org/10.1111/hsc.13266>
- Kincheloe, Norman, i McLaren, Peter. (2005). Repensando la teoría crítica y la investigación cualitativa. Dins Norman Kincheloe i Yvonna Lincoln (Eds.), *El manual Sage de investigación cualitativa* (p. 303-342). Sage Publications Ltd.
- Labra, Oscar; Castro, Carol; Wright, Robin, i Chamblas, Isis. (2020). Thematic Analysis in Social Work: A Case Study. En Bala Raju Nikku (Ed.), *Global Social Work - Cutting Edge Issues and Critical Reflections*. IntechOpen. <https://www.intechopen.com/chapters/69520>
- Lee, Eunjung. (2022). Assessment as a site of anti/oppressive social work practice: Negotiating with power and the de/professionalisation of social work. *British Journal of Social Work*, 52(7), 4378-4400. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac038>
- MacIntyre, Alasdair. (1993). Persona corriente y filosofía moral: reglas, virtudes y bienes. *Convivium. Revista de Filosofía*, 5, 63-80. SiSpace. Recuperat 27 maig 2026, de <https://scispace.com/pdf/persona-corriente-y-filosofia-moral-reglas-virtudes-y-bienes-overat829k.pdf>
- Martin, Júlia. (2019). *Cap a l'autonomia de l'adolescent: model d'acompanyament pels professionals assistencials* (Tesi doctoral, Universitat de Barcelona). <https://www.tdx.cat/handle/10803/667813#page=1>
- Montero Delgado, Francisco, i Morlans Molina, Màrius. (2009) *Para deliberar en los comités de ética*. Fundación Dr. Robert.
- Observatori de Bioètica i Dret. (1979, abril 18). *Informe Belmont*. Recuperat 4 maig 2026, de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Pellicer, Eduard, i Hernández, Balma Soraya. (2022). De la beneficencia a la ciencia, de la moral a la ética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 18, 1-12.
- Porcel i Omar, Pilar. (2008). *El treball social en salut, un valor afegit*. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya.
- Rodríguez, Javier. (2017). Por la reflexión moral, contra los códigos de ética en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 97-108.
- Ruiz, María José. (2021). *Cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral en alumnos universitarios y profesionales sanitarios* (Tesi doctoral, Universitat de Lleida). <https://www.tdx.cat/handle/10803/671389#page=1>
- Sorlí, Marta. (2023). Trabajo Social y Feminismo: un tándem indivisible. *Servicios Sociales y Política Social*, 129, 67-80.
- Taylor, Brian. (2021). Risk-managing decision-making: a psycho-social rationality model. *The British Journal of Social Work*, 51(7), 2819-2838. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa094>
- Úriz, María Jesús; Ballester, Alberto, i Idareta, Francisco. (2013). Ethical perspectives in the caring professions. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 345-362.
- Úriz, María Jesús; Ballester, Alberto; Viscarret, Juan Jesús, i Idareta, Francisco. (2013). ¿Qué dilemas éticos encuentran los profesionales del trabajo social en España y cómo los resuelven? *Revista de Treball Social*, 199, 35-45.
- Úriz, María Jesús, i Idareta, Francisco. (2017). La ética en las intervenciones sociales: algunos modelos de resolución de dilemas éticos. *Aldaba*, 42, 39-50.
- Úriz, María Jesús; Idareta, Francisco; Viscarret, Juan Jesús, i Ballester, Alberto. (2017). Methodologies for ethical decision making in social work. *Ljetopis socijalnog rada*, 24(1), 33-54. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v24i1.124>
- Viscarret, Juan Jesús; Ballester, Alberto; Úriz, María Jesús, i Idareta, Francisco. (2022). What ethical dilemmas do social workers face in the healthcare area in Spain? *Social Work in Public Health*. <https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2104414>
- Weng, Suzie S. (2022). Ethics in integrated health care: social workers' perspective. *Ethics & Behavior*, 32(3), 259-272. <https://doi.org/10.1080/10508422.2021.1883431>