

Procesos de toma de decisiones en trabajo social sanitario: formación, ética y método en la práctica profesional

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

Recepción: 28/10/25. Revisión: 27/02/26. Aceptación: 18/03/26

Para citar: Hernández Moscoso, Balma Soraya; Giró Subirats, Alba; Gago Cornudella, Aida, y González Sanchís, Tania. (2026). Procesos de toma de decisiones en trabajo social sanitario: formación, ética y método en la práctica profesional. *Revista de Treball Social*, 230, 105-134. <https://doi.org/10.32061/RTS2026.230.05>

Resumen

El trabajo social sanitario, como especialización del trabajo social, aborda los aspectos psicosociales vinculados a los procesos de salud y enfermedad y desempeña un papel clave en el acompañamiento a pacientes y familias en contextos de alta complejidad. En el ámbito sanitario, y de manera inherente a la experiencia de la enfermedad, los procesos de toma de decisiones están presentes de forma continua y atraviesan tanto la práctica clínica como la intervención social.

1 Trabajadora social sanitaria. Servicio de Atención Paliativa Pediátrica y Paciente Crónico Complejo. 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

La creciente complejidad de los escenarios de intervención, la presencia de conflictos éticos y las tensiones derivadas del contexto institucional plantean interrogantes relevantes sobre el conocimiento, la formación y el uso de herramientas para la toma de decisiones éticas en la práctica cotidiana.

El objetivo de este estudio es analizar cómo toman decisiones las trabajadoras sociales sanitarias, explorando su formación en ética y bioética, las perspectivas éticas que orientan su intervención y el uso de métodos o herramientas para la toma de decisiones. También se recogen dificultades percibidas y necesidades formativas expresadas. Se realiza una investigación observacional y descriptiva mediante la administración de cuestionarios a trabajadoras sociales sanitarias del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Los resultados muestran que los conflictos éticos son percibidos como frecuentes, generando malestar moral. Aunque la mayoría de las profesionales refiere haber recibido formación, esta se adquiere principalmente de manera informal. Se observa la coexistencia de diversas perspectivas éticas sin una adscripción homogénea.

Palabras clave: Trabajo social sanitario, ética, bioética, toma de decisiones, conflicto ético.

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. Introducción

El trabajo social contribuye al bienestar de las comunidades mediante la intervención en las interacciones humanas y en su relación con el entorno. Históricamente, la profesión ha estado vinculada al cuidado de la salud de la población (Colom, 2010; Porcel, 2008), entendida como un elemento central para el desarrollo de la autonomía personal. En el ámbito sanitario, la práctica del trabajo social se articula en coherencia con los principios de la bioética (Beauchamp y Childress, 1999), sin desvincularse de los valores propios de la disciplina, recogidos también en los códigos deontológicos profesionales (Banks, 1997).

En el contexto sanitario, los procesos de toma de decisiones forman parte inherente de la experiencia de la enfermedad y pueden adquirir una mayor complejidad cuando aparecen conflictos éticos (Bertran et al., 2021). Pese a ello, la formación en bioética para los profesionales sanitarios en España continúa siendo limitada (Basagni, 2023). Las trabajadoras sociales sanitarias, como integrantes del sistema sanitario, desarrollan una intervención con una marcada dimensión valorativa donde los aspectos emocionales desempeñan un papel relevante en el acompañamiento a pacientes y familias, constituyendo un elemento significativo en los procesos de toma de decisiones (Cortina, 2007). Como otros profesionales del ámbito sanitario, las trabajadoras sociales pueden experimentar una carencia de herramientas específicas para la toma de decisiones, situación que podría relacionarse con una formación centrada prioritariamente en el cumplimiento de deberes, en detrimento del desarrollo del razonamiento moral y la reflexión crítica (Cuenca y Román, 2023a).

Este estudio tiene como finalidad explorar la formación en ética, la perspectiva teórica personal y el uso de un método para la toma de decisiones por parte de las trabajadoras sociales sanitarias. En un momento en el que se reivindica el valor añadido de la trabajadora social como profesional sanitaria, resulta pertinente analizar el conjunto de competencias implicadas en su ejercicio, entre ellas el acompañamiento a pacientes y familias en la toma de decisiones complejas y la resolución de conflictos éticos (Kangasniemi et al., 2021).

2. Objetivos

El objetivo general de este estudio es analizar cómo toman decisiones las trabajadoras sociales sanitarias en su práctica profesional.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Conocer la formación de las trabajadoras sociales sanitarias en ética, bioética y toma de decisiones.
- Explorar las perspectivas éticas que orientan su práctica profesional.
- Analizar el uso de métodos o herramientas para la toma de decisiones éticas.

- Identificar las principales dificultades y necesidades percibidas en los procesos de toma de decisiones.

3. Marco teórico

3.1. Filosofía moral y perspectivas éticas: aproximación a los fundamentos de la toma de decisiones

A lo largo de la historia, las sociedades han buscado criterios para determinar qué decisiones son moralmente adecuadas y cómo orientar la acción en situaciones complejas. Este campo del conocimiento ha desarrollado diversos marcos teóricos que responden a contextos históricos, sociales y culturales específicos, sin ofrecer respuestas unívocas ni universales a los dilemas morales (Idareta, 2023; Montero y Morlans, 2009).

Aristóteles sistematiza la ética como teoría, articulándola en torno a las virtudes entendidas como las cualidades humanas que se cultivan y permiten actuar de manera correcta. Durante la Edad Media, la reflexión filosófica se entrelaza con la religión cristiana, de modo que el juicio moral queda subordinado a los valores teológicos. Con el Renacimiento, el pensamiento humanista recupera los clásicos y desplaza a Dios en favor de la razón. En el siglo xvii, Descartes sitúa la ética en el marco del racionalismo, presentándola como la capacidad del ser humano para analizar de manera objetiva sus decisiones. Posteriormente, Hobbes, Locke y Rousseau defienden la necesidad de un pacto social que garantice los derechos individuales y la convivencia colectiva mediante normas consensuadas. Durante la Ilustración, Hume sostiene que las decisiones morales no se rigen por la razón, sino por las pasiones, atribuyendo a las emociones un papel determinante en la acción humana. Desde esta tradición ilustrada, Kant formula el imperativo categórico como un principio universal que obliga a actuar conforme a normas que son válidas para toda la humanidad.

Frente a la ética deontológica se desarrolla la perspectiva teleológica, formulada por pensadores utilitaristas como Bentham y Stuart Mill, quienes sostienen que lo moralmente correcto es aquello que produce el mayor bienestar para el mayor número de personas. Desde una perspectiva crítica, Karl Marx se centra en las condiciones materiales y estructurales y en las relaciones de poder que limitan la posibilidad de tomar decisiones libremente. Nietzsche rompe con las estructuras morales tradicionales y plantea la necesidad de que cada individuo construya sus propios principios rectores. En el siglo xx, esta línea de pensamiento se consolida con el existencialismo de autores como Jean-Paul Sartre y Simone de Beauvoir, quienes abordan la toma de decisiones en un mundo desprovisto de verdades absolutas.

En el siglo xx, autores como Nozick y Rawls retoman la propuesta del contrato social, combinando el respeto a las libertades individuales con la exigencia de normas orientadas al bien común. Desde una posición distinta, la ética dialógica, desarrollada por Otto Apel y Jürgen Habermas, plantea una construcción moral basada en el consenso alcanzado

mediante el diálogo. Hans Jonas (2004) amplía esta idea incorporando las consecuencias de las decisiones humanas sobre el medio ambiente y las generaciones futuras. En una línea convergente, Emmanuel Lévinas sitúa la responsabilidad hacia el otro como eje central de toda decisión moral. De forma paralela, Lawrence Kohlberg plantea una teoría del desarrollo moral basada en la progresiva interiorización de principios éticos universales, centrados en la justicia y el razonamiento lógico-formal.

Desde una crítica feminista a las éticas centradas en la justicia o la responsabilidad contextual, autoras como Carol Gilligan y Joan Tronto desarrollan la denominada ética del cuidado. Esta perspectiva sostiene que la deliberación moral no puede desligarse de los vínculos relacionales ni de los contextos de cuidado en los que se interpreta la acción humana. En una línea crítica con el individualismo moral, el comunitarismo, representado por autores como MacIntyre (1993), propone recuperar las tradiciones compartidas como fuente de sentido ético. La hermenéutica, con Gadamer como principal exponente, concibe la ética como un proceso interpretativo que tiene en cuenta el contexto histórico y cultural de cada sujeto.

A comienzos del siglo XXI se consolidan diversas corrientes filosóficas contemporáneas. Entre ellas pueden distinguirse dos orientaciones: la filosofía analítica y la filosofía posmoderna. La filosofía analítica, de inspiración científico-racional, se centra en el análisis riguroso de hechos concretos, evitando la formulación de teorías universales. En contraste, las corrientes posmodernas cuestionan el racionalismo clásico, poniendo en duda la existencia de una verdad absoluta y defendiendo la diversidad de voces y perspectivas.

En el marco del pluralismo ético contemporáneo, adquieren relevancia debates clásicos como el del determinismo y el indeterminismo. Desde posiciones deterministas se sostiene que la acción humana está condicionada por factores como el entorno físico, la biología humana y las estructuras sociales. Por el contrario, la perspectiva indeterminista defiende la posibilidad de una autonomía personal sin condicionantes.

Desde una perspectiva crítica, resulta necesario señalar que el desarrollo de la mayoría de estas corrientes ha estado atravesado por el sesgo de género. La ética académica ha contribuido históricamente a la exclusión de las mujeres del espacio deliberativo. Esta exclusión se observa tanto en los tratados clásicos como en los textos ilustrados, como muestran, por ejemplo, las propuestas educativas de Rousseau para las mujeres o los discursos de inferioridad femenina presentes en las ciencias naturales y médicas del siglo XIX, con autores como Darwin o Freud (De Miguel, 2021). La revisión contemporánea de este legado, a través de la recuperación de autoras y de la incorporación de enfoques feministas (Sorlí, 2023), constituye una tarea imprescindible para cualquier marco teórico que aspire a una comprensión crítica de la deliberación moral.

A efectos de clarificar el recorrido presentado y facilitar la lectura del pluralismo ético descrito, las principales corrientes abordadas pueden agruparse, de manera orientativa, en los siguientes grandes enfoques que han informado históricamente la reflexión sobre la toma de decisiones:

- Enfoques centrados en la virtud y el carácter moral, que ponen el acento en la prudencia y en las disposiciones éticas del sujeto.
- Perspectivas normativas y deontológicas, basadas en deberes, principios y normas universales.
- Modelos teleológicos o consecuencialistas, orientados a la evaluación de las consecuencias de la acción.
- Éticas de la responsabilidad, del cuidado y del otro, que incorporan la relación, la vulnerabilidad y el contexto en la deliberación moral.
- Enfoques críticos, feministas y posmodernos, que cuestionan la neutralidad moral y visibilizan las relaciones de poder, género y desigualdad.

Este recorrido por las principales corrientes filosóficas permite situar los procesos de toma de decisiones en el trabajo social sanitario dentro de un marco de pluralismo ético, desde el cual se articulan el análisis ético-profesional y la deliberación práctica ante situaciones de complejidad clínica y social.

3.2. La ética en trabajo social: del código deontológico a las herramientas prácticas

En el ámbito del trabajo social, la ética se ha ido configurando como un componente relevante en el desarrollo histórico y profesional.

A lo largo de su desarrollo como marco ético-profesional, la deontología en trabajo social ha atravesado distintos periodos. En sus primeras formulaciones, la ética profesional se asoció a prácticas de beneficencia, arraigadas en tradiciones religiosas y caritativas. Como respuesta crítica a estos orígenes, la deontología evolucionó hacia un enfoque institucionalizado y normativo, orientado a la legitimación del trabajo social como disciplina académica y profesional.

Este enfoque fue posteriormente reinterpretado para incorporar la creciente complejidad social, dando lugar a una ética reflexiva y deliberativa, sin renunciar a los valores que han caracterizado históricamente a la profesión. En etapas más recientes, la ética profesional se ha conceptualizado como una herramienta práctica, desplazando el énfasis hacia principios operativos y procesos de deliberación, más que hacia formulaciones valorativas abstractas (Idareta, 2017).

De este modo se configuran los códigos deontológicos, que recogen los principios destinados a orientar la práctica profesional (FITS, 2018). Estos documentos actúan como marcos de referencia, al ofrecer criterios ante la incertidumbre moral y los conflictos éticos, así como protección frente a presiones institucionales o políticas. Al mismo tiempo, los códigos deontológicos constituyen una garantía para la población, en la medida en que contribuyen a prevenir prácticas abusivas o negligentes.

No obstante, diversos autores han señalado que su utilidad práctica puede verse limitada por su carácter normativo y por formulaciones

generales que no siempre proporcionan respuestas claras ante situaciones concretas, lo que puede situar a las trabajadoras sociales en escenarios de ambivalencia (Rodríguez, 2017). En este contexto, se plantea la necesidad de avanzar hacia una ética profesional que incorpore herramientas validadas y procesos de deliberación colectiva.

Entre las herramientas para la resolución de dilemas éticos descritas en la literatura (Úriz et al., 2017, Úriz e Idareta, 2017), se encuentra el modelo de Reamer, que plantea una secuencia estructurada de pasos orientada a identificar los conflictos éticos, analizar los principios en tensión y valorar las distintas opciones de actuación.

En esta misma línea, el modelo agregado de Loewenberg y Dolgoff propone un proceso progresivo compuesto por once pasos que guían la toma de decisiones. Otras propuestas incorporan dimensiones complementarias al análisis principal. Así, el modelo de Congress (2000) introduce la deliberación sobre las consecuencias de las decisiones, mientras que el enfoque de Taylor (2021) adopta una perspectiva crítica que integra la gestión del riesgo y el análisis estructural de las desigualdades sociales.

A partir de la evolución histórica de la ética profesional y de la necesidad de integrar distintas dimensiones, Cuenca y Román (2023b) proponen un marco ético renovado que no se limite a la enumeración de principios, sino que permita su revisión y adaptación continua de forma participativa, atendiendo a los retos actuales del ejercicio profesional. Las autoras subrayan la importancia de un compromiso colectivo que incorpore la ética de manera transversal en la formación, en las organizaciones y en la cultura profesional, con el objetivo de crear un *ethos* compartido que no solo oriente la práctica, sino que contribuya activamente a su transformación.

En conclusión, la ética en trabajo social se articula en dimensiones normativas, deliberativas y prácticas. Su ejercicio riguroso no se limita al conocimiento del código deontológico, sino que requiere la incorporación de herramientas específicas que faciliten el análisis ético en contextos de incertidumbre y conflicto, así como la integración sistemática de la reflexión moral en la práctica profesional cotidiana.

3.3. La ética clínica: origen y consolidación de la bioética

La práctica sanitaria ha estado históricamente atravesada por decisiones de alta carga moral; sin embargo, no fue hasta el siglo xx cuando estas comenzaron a analizarse de manera sistemática.

A partir de la década de 1960, el desarrollo de técnicas como la diálisis, la ventilación mecánica o la nutrición parenteral transformó de forma sustancial la práctica médica. De manera paralela, salieron a la luz situaciones graves relacionadas con la investigación biomédica, como el estudio de Tuskegee en Estados Unidos, en el que se negó tratamiento a hombres afroamericanos con sífilis; los experimentos con menores de familias desfavorecidas en el Hospital Willowbrook; o la obtención no consentida de las células HeLa de Henrietta Lacks, utilizadas durante décadas sin reconocimiento ni compensación para su familia (Montero y Morlans,

2009). Estos episodios, entre otros casos, pusieron de manifiesto que los avances científicos, en ausencia de una regulación normativa y de una reflexión ética adecuada, podían contribuir a la perpetuación de abusos sobre colectivos especialmente vulnerables.

También los debates en torno a la definición de vida y muerte en pacientes en coma o en estado vegetativo persistente, así como los relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, pusieron de manifiesto la necesidad de clarificar quién toma las decisiones, cómo se toman y con base a qué criterios.

De este modo surge la bioética como una ética aplicada. Aunque el término ya había sido utilizado en 1927 por Fritz Jahr, fue Van Rensselaer Potter quien, en 1970, lo consolidó como un marco de reflexión sobre el impacto de las nuevas tecnologías en las personas y el medio ambiente. A partir de hitos normativos, como el informe Belmont (Observatori de Bioètica i Dret, 1979), centrado en la investigación con seres humanos, y de la creación de instituciones académicas como el Hastings Center y el Kennedy Institute of Ethics, la bioética se ha configurado como un campo específico de conocimiento.

En este contexto se desarrollaron distintos modelos destinados a orientar la toma de decisiones en situaciones clínicas de elevada complejidad. El principialismo (Beauchamp y Childress, 1999) plantea cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que deben ser ponderados en cada caso concreto. El casuismo (Jonsen et al., 2022) propone un razonamiento basado en el análisis de casos evitando la aplicación rígida de marcos teóricos abstractos. El método deliberativo (Gracia, 2019) articula un proceso ordenado, racional y compartido, orientado a la toma de decisiones prudentes y al reconocimiento de la pluralidad de valores y perspectivas implicadas.

El desarrollo de la bioética en Cataluña no constituyó una repetición de las corrientes internacionales, sino que respondió a un proceso propio, vinculado a la progresiva institucionalización de la reflexión ética en el ámbito sanitario. En este contexto, el médico jesuita Francesc Abel desempeñó un papel central como impulsor de los primeros comités de ética asistencial y como promotor de la formación especializada a través del Institut Borja de Bioètica, que se consolidó como referente a escala estatal (Montero y Morlans, 2009).

Durante la década de los noventa, la bioética continuó desarrollándose en Cataluña gracias a la contribución de profesionales procedentes de distintos ámbitos disciplinares, entre los que destacan Marc Antoni Broggi, Lúdia Buisán, Jordi Camí, Joan Viñas, Màrius Morlans y el mismo Abel. En 1991 se fundó la Societat Catalana de Bioètica, entidad que resultó clave para la elaboración de las primeras disposiciones de acreditación de comités éticos, tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica asistencial. Ese mismo año se creó una Comissió Assessora de Bioètica, considerada el antecedente directo del actual Comitè de Bioètica de Catalunya, constituido formalmente en 2004 bajo la presidencia de Victoria Camps.

Este proceso se caracterizó por una concepción de la ética clínica integrada en la práctica asistencial, diferenciándose de otros enfoques más normativos o estrictamente principialistas, al situar la reflexión ética como un componente estructural del cuidado y de la toma de decisiones en salud.

Este desarrollo histórico de la bioética permite comprender el marco institucional y deliberativo en el que actualmente se inscriben los procesos de toma de decisiones en el ámbito sanitario. En este contexto, las trabajadoras sociales sanitarias participan progresivamente en espacios como los comités de ética asistencial, contribuyendo desde el análisis de los determinantes sociales, la vulnerabilidad y la dimensión relacional del cuidado a la deliberación interdisciplinaria y al análisis ético-profesional.

3.4. Ética en trabajo social sanitario: una propuesta de “socialprudencia”

El trabajo social sanitario (en adelante, TSS), como especialización del trabajo social, aborda los aspectos psicosociales vinculados a los procesos de salud y enfermedad (Colom, 2010). Su práctica se inscribe en el ámbito de la ética asistencial, dado que las decisiones profesionales inciden en la calidad de vida y en el bienestar de las personas atendidas. En este marco, se han incorporado progresivamente al ámbito sanitario diversas perspectivas éticas contemporáneas, especialmente aquellas sensibles a los componentes relacionales, emocionales y contextuales de la intervención, como la ética del cuidado, la ética de la compasión o los enfoques construccionistas (Úriz, Ballesteros e Idareta, 2013).

Partiendo de este marco, Martín (2019) propone una reformulación de los principios clásicos de la bioética, adaptándolos al contexto sanitario y a la dimensión relacional. Esta reformulación ética se articula con base en los siguientes principios:

- Dignidad: valor intrínseco de toda persona en tanto que sujeto de derechos y deberes. Remite al reconocimiento profesional de los derechos individuales y colectivos, así como a la generación de espacios que permitan su expresión.
- Autonomía: dimensión funcional y práctica de las capacidades y competencias de las personas para tomar decisiones sobre su vida. El acompañamiento ético implica garantizar el acceso a la información adecuada y evitar influencias externas indebidas.
- Vulnerabilidad: condición inherente a la experiencia humana que puede manifestarse como fragilidad y pérdida de autonomía (temporal o permanente, real o autopercebida), que puede generar dependencia de otras personas.
- Justicia e igualdad: promoción del bienestar a través de la garantía de la igualdad de oportunidades, de trato y de derechos. Implica asegurar la equidad en la distribución de recursos, atendiendo tanto a las necesidades objetivas como a las condiciones materiales de vida.
- Solidaridad y colaboración: expresión de la responsabilidad colectiva frente a la vulnerabilidad, sustentada en los víncu-

los y en las redes de apoyo que permiten articular respuestas compartidas de acompañamiento y cuidado.

- **Beneficencia:** orientación de la acción profesional hacia el mayor bienestar posible de las personas atendidas, integrando de manera coherente los principios anteriores en los procesos de toma de decisiones.

Desde este enfoque, diversos autores han propuesto el desarrollo de una bioética social (Busquets, 2009; Canimas, 2009) como ampliación crítica de la concepción biomédica tradicional, incorporando la dimensión social como elemento central para la comprensión del comportamiento humano y de los procesos de toma de decisiones. Esta perspectiva integra el reconocimiento del contexto sociocultural, histórico y político como factor modulador de los procesos de atención y cuidado (Pellicer y Hernández, 2022).

En la actualidad, la práctica del TSS se desarrolla en un entorno condicionado por parámetros clínicos. Aunque la trabajadora social dispone de marcos teóricos, códigos deontológicos y metodologías consolidadas, en los equipos multidisciplinares la toma de decisiones tiende a priorizar los criterios biomédicos. Esta dinámica puede derivar en procesos de tokenización del rol de la trabajadora social, entendidos como formas de participación tardía, limitada o instrumental, frecuentemente circunscritas a la gestión de recursos materiales. En contextos marcados por la inmediatez, la sobrecarga asistencial y un rol profesional centrado en tareas administrativas, las profesionales recurren con mayor frecuencia al intercambio informal con colegas para afrontar los dilemas éticos que emergen en los procesos de toma de decisiones (Idareta e Iturralde, 2018). Estas prácticas, si bien funcionales en el corto plazo, pueden contribuir a una menor visibilización del aporte específico del TSS al análisis ético dentro de los equipos.

Así, la deliberación constituirá el proceso mediante el cual la trabajadora social puede ponderar diversos factores antes de intervenir, valorando “los argumentos de una y otra opción, de ahí la imagen que representa a la justicia, a fin de poder decidir cuál es la mejor alternativa o, cuando esto no es posible, la menos lesiva” (Montero y Morlans, 2009, p. 153). La deliberación ofrece, además, un marco dialógico que favorece un clima de respeto mutuo entre profesionales con bagajes axiológicos diversos, enmarcados en sus respectivos códigos deontológicos.

La virtud que orienta la deliberación es la prudencia, entendida como la capacidad de valorar riesgos y beneficios en cada situación concreta, manteniendo la perspectiva necesaria para modular la influencia de factores emocionales y salvaguardar los derechos humanos (Montero y Morlans, 2009). En este marco, la decisión prudente no persigue la certeza absoluta, sino la razonabilidad; decisiones distintas pueden considerarse igualmente prudentes cuando se fundamentan en un proceso de reflexión riguroso.

Trasladada al TSS, la prudencia no se concibe únicamente como una virtud moral individual, sino como un principio rector de la práctica profe-

sional, entendido como una forma de sabiduría práctica situada (Idareta, 2021). Este enfoque se sustenta en competencias específicas, entre las que destacan el respeto a los derechos humanos y al código deontológico, así como la adopción de una perspectiva laica, democrática y feminista. En este marco se propone el concepto de *socialprudencia*, que proporciona una base para la deliberación profesional orientada a integrar los factores sociales en la toma de decisiones, evitando tanto el relativismo cultural como la subordinación asistencialista y el paternalismo, y reforzando la aportación específica del TSS en los equipos sanitarios.

La socialprudencia no remite únicamente a la prudencia entendida como virtud moral individual, sino a una forma específica de sabiduría práctica profesional que se construye en la intersección entre la reflexión ética y el análisis de los factores sociales que condicionan la intervención. Esta forma de prudencia resulta especialmente relevante en situaciones habituales de la práctica sanitaria, como las decisiones relativas al alta hospitalaria de personas sin red que asegure el cuidado, la gestión de procesos de final de vida atravesados por creencias y tradiciones diversas, o la valoración del riesgo social en contextos de alta vulnerabilidad. En estos escenarios, cuando la intervención del TSS es tardía o queda relegada a un rol instrumental, la toma de decisiones tiende a reducirse a criterios clínicos u organizativos, invisibilizando la dimensión relacional. La socialprudencia permite, así, anticipar la intervención social, legitimar su aportación en los equipos interdisciplinarios y contribuir a decisiones más integrales que no disocien lo clínico de lo social.

4. Método y participantes

La investigación se diseña como un estudio unicéntrico y prospectivo de carácter observacional y descriptivo en el Servicio de Trabajo Social del hospital materno infantil Sant Joan de Déu de Barcelona.

Este diseño responde a los objetivos del estudio. El enfoque permite describir el fenómeno en un marco institucional homogéneo, evitando introducir una variabilidad que podría dificultar la interpretación de los resultados en esta fase exploratoria. Por otro lado, el carácter prospectivo y observacional resulta adecuado para recoger información actual sobre prácticas, percepciones y necesidades formativas sin intervenir sobre ellas.

Aunque existen alternativas metodológicas de gran interés, estas responderían a otros objetivos como comparar culturas organizativas o analizar procesos deliberativos en casos concretos. En este trabajo se opta por un diseño descriptivo orientado a generar una base empírica inicial.

Atendiendo a la bibliografía existente sobre la temática objeto de estudio, se plantean las siguientes hipótesis de investigación, que los resultados deberán verificar o refutar:

- Los procesos de toma de decisiones en la intervención del trabajo social sanitario tienden a realizarse de manera automatizada, obviando en algunos casos la evidencia científica disponible.

- La formación específica en toma de decisiones y en bioética o ética aplicada entre las trabajadoras sociales sanitarias es escasa y, cuando existe, se centra en principios éticos clásicos, con un limitado conocimiento de métodos estructurados de toma de decisiones.
- Los procesos de toma de decisiones se encuentran fuertemente contextualizados por valores y creencias personales de las profesionales.

4.1. Selección de la muestra

La población diana de estudio está constituida por todas las trabajadoras sociales sanitarias ($n = 19$) del servicio de trabajo social, incluida la profesional que ocupa el cargo de dirección del servicio. Siendo una población pequeña y claramente delimitada, y siendo la investigadora principal miembro del propio servicio, se optó por invitar a participar a la totalidad de la población, sin calcular un tamaño muestral específico, configurándose así una muestra intencional no probabilística.

Los criterios de inclusión fueron: ser trabajadora social sanitaria vinculada al servicio de trabajo social o a la dirección que lo acoge, independientemente del rol desempeñado (asistencial, coordinación o gestión), y manifestar de forma explícita el interés en participar en el estudio. Esta decisión responde al objetivo de captar el mayor número de percepciones intentando disponer de diversas edades, años de experiencia laboral y posición organizativa en la muestra manteniendo constante el marco estructural.

Como criterios de exclusión se establecieron: ser estudiante en prácticas o expresar de manera explícita la no voluntad de participar.

La muestra quedó conformada por 14 profesionales. Las respuestas de cada una se identifican con un número entero entre paréntesis.

4.2. Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizaron dos estrategias complementarias: una revisión de la literatura y la autoadministración de dos cuestionarios.

La revisión de la literatura se llevó a cabo el primer trimestre de 2025 mediante una búsqueda bibliográfica narrativa en bases de datos científicas (PubMed, Web of Science, Scopus y Dialnet). Se seleccionaron artículos y documentos relevantes en función de su pertinencia temática con los objetivos del estudio. Como criterios de inclusión se consideraron publicaciones académicas y literatura especializada en el ámbito sanitario, priorizando el material relacionado con filosofía moral, ética de la intervención social y bioética y la toma de decisiones en TSS. Se excluyeron documentos no vinculados con el tema o materiales no académicos. Esta revisión tuvo una finalidad contextual orientada a situar los resultados empíricos en el marco teórico existente (Bowen, 2009).

En cuanto a la recogida de datos empíricos, se utilizaron dos cuestionarios. Ambos cuestionarios se administraron en un único momento temporal (abril 2025), tras la aceptación voluntaria de participación.

El primero fue el Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE) (Idarreta, 2023), instrumento validado que permite identificar la orientación ético-teórica de las profesionales mediante ítems con escalas de respuesta tipo Likert. A este cuestionario se añadieron preguntas sociodemográficas con el objetivo de facilitar la descripción de la muestra. El segundo instrumento fue un cuestionario elaborado *ad hoc* y administrado a través de la plataforma Google Forms, que incluía variables sociodemográficas, preguntas sobre formación en ética y bioética, y sobre el uso de métodos o herramientas para la toma de decisiones. Este cuestionario combinó preguntas cerradas de respuesta múltiple y tipo Likert con preguntas abiertas de carácter descriptivo, diseñadas para recoger ejemplos y estrategias habituales en la práctica profesional. Como variables sociodemográficas se recogieron el sexo, la edad y los años de experiencia.

Dado el carácter exploratorio y descriptivo del estudio, y la naturaleza breve de las respuestas abiertas, no se aplicaron procedimientos de doble codificación porque no habría aportado un valor añadido significativo al análisis. La consistencia del proceso analítico se garantizó mediante el uso de instrumentos claramente definidos y alineados con los objetivos de la investigación. Las autoras llevaron a cabo una lectura interpretativa, contrastando las aportaciones con los marcos teóricos revisados y discutiendo las interpretaciones para asegurar la coherencia. El análisis se realizó contrastando las aportaciones de las participantes con los principales enfoques éticos y modelos de toma de decisiones presentes en la literatura especializada.

4.3. Análisis de datos

Los datos bibliográficos se abordaron mediante una revisión analítica de la literatura, orientada a identificar los principales temas y enfoques relevantes en relación con la ética, la bioética y la toma de decisiones en TSS. Esta revisión permitió contextualizar el estudio, elaborar el marco teórico y orientar la discusión.

Las respuestas abiertas de los cuestionarios se analizaron mediante un análisis temático de carácter descriptivo y exploratorio (Labra et al., 2020; Braun y Clarke, 2006; Cohen y Manion, 2002), orientado a identificar patrones recurrentes en las prácticas de las trabajadoras sociales. El proceso analítico se basó en una lectura detallada y comparativa de las respuestas, agrupando los contenidos por afinidad y contrastándolos de manera iterativa con los objetivos del estudio, sin pretender la construcción de un sistema categorial formal ni el desarrollo de teoría. El software Atlas.ti se utilizó como herramienta de apoyo para la organización y gestión del material cualitativo.

El análisis se desarrolló desde una perspectiva crítica y feminista (Kincheloe y McLaren, 2005; Amorós y De Miguel, 2005), prestando atención a los condicionantes estructurales.

Las variables cuantitativas se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando R y Python. A partir de los datos sociodemográficos incorporados al Cuestionario de Autoevaluación Ética, se exploraron posibles asociaciones con las perspectivas éticas identificadas, mediante pruebas chi-cuadrado y ANOVA, con una finalidad descriptiva y exploratoria. Se presentan en tanto por ciento.

4.4. Aspectos éticos de la investigación

Para minimizar posibles influencias indebidas y garantizar la no maleficencia, la investigación se presentó inicialmente en una reunión ordinaria de equipo, donde se explicó de forma clara el objetivo del estudio y se incidió de manera explícita en el carácter voluntario de la participación, asegurando que la decisión de participar o no hacerlo no tendría ningún tipo de consecuencia profesional. Todas las trabajadoras sociales del servicio tuvieron la misma oportunidad de participar, garantizando así un principio de justicia en la selección y el trato a las participantes, sin discriminación ni sesgos derivados de su posición o rol dentro del equipo.

El respeto a la autonomía se aseguró mediante la provisión de información completa y comprensible sobre el estudio, el derecho a no participar o a retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificación. Se informó a las participantes de que la investigadora principal podía reconocerlas durante la fase de recogida, pero se garantizó la anonimización posterior de los datos y la imposibilidad de reidentificación en el análisis y la difusión de los resultados.

En relación con la confidencialidad y la protección de datos, se aseguró que los cuestionarios fueran enviados únicamente a aquellas profesionales que aceptaron participar, incluyendo en el correo electrónico la hoja informativa y el consentimiento informado. Los datos recogidos fueron almacenados de forma segura, con acceso restringido a la investigadora principal, y utilizados exclusivamente con fines de investigación y publicación científica (se espera conservarlos durante un año tras la publicación de este artículo y posteriormente se eliminarán). Con el fin de garantizar el rigor metodológico y el respeto a los principios éticos de la investigación con personas, el proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la investigación del hospital [PIC-62-24].

4.5. Limitaciones del estudio

Cabe señalar que, pese a la existencia de estudios empíricos recientes que abordan la toma de decisiones éticas en trabajo social y en contextos sanitarios (por ejemplo, Úriz, Ballester, Viscarret et al., 2013), la literatura específica centrada en trabajadoras sociales sanitarias y métodos de decisión en entornos hospitalarios es limitada.

Desde el punto de vista práctico, siendo la investigadora principal parte del servicio estudiado, algunas profesionales podrían haber percibido una falta de libertad para expresar abiertamente sus opiniones o haber sucumbido a la deseabilidad social. El uso de cuestionarios autoadministrados restringe las opciones de respuesta y la exploración de matices. A su vez, las profesionales más sensibilizadas con la ética han podido presentar mayor predisposición a participar influyendo en el perfil de las respuestas.

Finalmente, aunque la muestra utilizada es representativa de la población estudiada, sus resultados podrían no ser extrapolables a otras instituciones o contextos sanitarios. En consecuencia, los hallazgos deben leerse como descriptivos y situados, útiles para orientar líneas de investigación posteriores, comparativas y con mayor diversidad institucional.

5. Resultados

El servicio de TSS objeto de estudio pertenece al hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Cataluña) y depende de la dirección de Calidad y Experiencia de Paciente. Las trabajadoras sociales sanitarias, mayoritariamente mujeres, son especialistas en infancia y pediatría, si bien cada una interviene en uno o varios dispositivos del centro, entre los que se incluyen salud mental, oncología, neonatología, atención paliativa, urgencias y cuidados intensivos, entre otros.

Algunas profesionales están integradas de manera estable en determinados servicios, realizando intervenciones protocolizadas y/o proactivas, mientras que otras intervienen de forma reactiva mediante interconsulta. Esta organización favorece una participación variable en las dinámicas de los distintos equipos asistenciales, con presencia frecuente de las profesionales en procesos de toma de decisiones clínicas.

El servicio dispone de 20 trabajadoras sociales. Una de las trabajadoras sociales del equipo forma parte del Comité de Ética Asistencial del hospital.

5.1. Cuestionario *ad hoc*

El grupo que ha respondido a la encuesta ($n = 14$) está compuesto en un 86% por mujeres, con una media de edad de 40 años. Las respuestas reflejan una amplia variabilidad en los años de experiencia profesional como trabajadoras sociales, con una media de 12,5 años, así como en los ámbitos laborales previos al ejercicio en el contexto hospitalario (tabla 1).

Todas las trabajadoras sociales coinciden en que su práctica profesional implica la toma de decisiones complejas, y un 64% considera que los conflictos éticos son inherentes a su trabajo.

Tabla 1. Ámbito laboral previo al contexto hospitalario

Ámbito	Porcentaje
Siempre en el ámbito sanitario	21%
Servicios sociales	29%
Discapacidad	7%
Tercer sector	14%
Justicia	21%
Adultos mayores	7%

Fuente: Elaboración propia.

La formación en ética y filosofía se ha adquirido en distintos momentos de la trayectoria profesional y a través de diversas modalidades de aprendizaje. Un 79% de las participantes ha obtenido conocimientos en este ámbito mediante la asistencia a jornadas y congresos, y un 64% a través de formación continua en cursos específicos. Siete personas, la mitad de la muestra, mencionaron los estudios universitarios de grado como un punto de partida para su aprendizaje en ética, mientras que cuatro se consideran autodidactas en la materia. Una proporción menor ha cursado estudios de posgrado específicos (7%).

La tabla 2 ilustra la formación específica en bioética, mostrando que la mayoría de las participantes ha adquirido este tipo de formación a través de congresos y cursos especializados.

Tabla 2. Formación de las profesionales en bioética

Momento académico	Porcentaje
Grado	36%
Postgrado específico en bioética	14%
Formación continua específica en bioética	57%
Asistencia a jornadas y congresos (específicos o no)	71%
Autodidacta	29%
Docente	7%
Sin formación	14%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla 3 la formación específica en métodos y herramientas para la toma de decisiones éticas. Un 57% ha recibido forma-

ción continua, habiendo un 21% sin formación específica en métodos y herramientas.

Tabla 3. Formación de las profesionales en modelos y/o herramientas específicas para la toma de decisiones

Momento académico	Porcentaje
Grado	14%
Postgrado específico de filosofía/ética/bioética	14%
Formación continua específica	57%
Asistencia a jornadas y congresos (específicos o no)	50%
Autodidacta	21%
Docente	7%
Sin formación	21%

Fuente: Elaboración propia.

A la pregunta “¿Usas un método para la toma de decisiones?”, siete personas respondieron negativamente. Al preguntarles cómo afrontaban sus decisiones éticas cuando no disponían de una herramienta o método, las respuestas fueron diversas: “Teniendo en cuenta aspectos teóricos y características de la familia” (6); “Cumpliendo la normativa y los protocolos del lugar de trabajo” (10); “Identificando riesgos y beneficios” (12); “Identifico principios en conflicto y determino la decisión menos negativa” (5); “Hablo con la familia” (7).

Una de las trabajadoras sociales apeló a principios vinculados al trabajo social:

Pensando en el mayor bienestar y protección para el paciente, teniendo en cuenta los criterios de igualdad, justicia, equidad y responsabilidad (5).

Otra participante señaló que discute el caso con profesionales de otras disciplinas:

Realizamos una reunión semanal en la que cada rol profesional expone, desde su vertiente, lo que considera. Realizo hipótesis e intento trabajar a partir de ellas para poder construir el plan conjunto con la familia (4).

Seis trabajadoras sociales indicaron que a veces utilizaban un método. Al solicitarles que identificaran dicho método, tres dejaron la respuesta en blanco y, de las otras tres, ninguna mencionó un modelo reconocido, tal como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Identificación del método utilizado para la toma de decisiones y la resolución de conflictos éticos

Respuesta
“Valoro más de una alternativa”. (2)
“Contrasto con experiencias anteriores. Me apoyo en mis creencias, valores y principios propios”. (3)
“Aplico coherencia, tengo en cuenta el código de ética”. (8)

Fuente: Elaboración propia.

Una TSS respondió que sí que utilizaba un método de toma de decisiones y lo identificó: “El método de Taylor” (1).

Cuando además se les pregunta cómo se enfrentan a un conflicto ético que no han conseguido resolver de manera individual o mediante la discusión de caso, un 79% consulta con otras trabajadoras sociales del equipo, la mitad lo discute de manera informal, y un 29% se lo plantea a la responsable del servicio. Se observan en la tabla 5 otras opciones consideradas.

Tabla 5. Respuestas a la pregunta: “¿Qué haces ante un conflicto ético que no puedes resolver de manera individual o con una discusión de caso?”

Acción	Porcentaje
Consultar con una compañera trabajadora social.	79%
Consultar o supervisar con mi coordinadora.	29%
Discutir con el equipo de trabajo social de manera informal.	50%
Consultar con el equipo de trabajo social de manera formal.	29%
Pedir supervisión a una compañera con formación en ética.	14%
Consultar a una profesional experta en supervisión.	29%
Consultar con el comité de ética asistencial del hospital.	57%
Consultar con el Consejo de Deontología.	7%

Fuente: Elaboración propia.

A la pregunta de si alguna vez habían tenido que asumir acciones o aceptar decisiones que les generaran malestar moral, un 71% respondió afirmativamente. Asimismo, otro 71% expresó haber tenido que cambiar de opinión debido a presiones externas, señalando las discrepancias con la institución como una de las principales dificultades (86%): “Estar trabajando

en una institución de tipo (anonimizado) influye de manera inexorable en la toma de algunas decisiones” (1); “En alguna ocasión, por ‘mayoría’, he tenido que acatar” (14). Además, un 57% de las personas participantes señaló que el conflicto se producía con sus propios valores, principios y creencias.

Para disminuir las dificultades en la resolución de conflictos éticos y durante la toma de decisiones, el 79% de las trabajadoras sociales demanda más formación en ética y bioética, un 64% solicita más tiempo para reflexionar y la mitad reclama más espacios de encuentro con el equipo: “Creo que hay pocos espacios para comentar situaciones que no sabes cómo resolver” (8).

En relación con los objetivos del estudio, los datos muestran que la toma de decisiones constituye una dimensión estructural de la práctica profesional en el ámbito hospitalario y que los conflictos éticos son percibidos como frecuentes en el ejercicio cotidiano.

En conjunto, estos resultados permiten abordar los objetivos vinculados al análisis de la práctica cotidiana de la toma de decisiones, la formación recibida en ética y bioética y el uso de métodos o estrategias para la resolución de conflictos éticos, aportando elementos descriptivos que permiten contrastar las hipótesis planteadas desde un enfoque exploratorio.

5.2. Cuestionario de Autoevaluación Ética

El cuestionario facilita la identificación de las teorías éticas que contextualizan la práctica profesional. Las personas que lo respondieron (n = 14) fueron en un 79% mujeres, con una media de edad de 38 años y entre seis y diez años de experiencia profesional como trabajadoras sociales. Un 64% de las participantes asistió a un instituto de educación secundaria concertado y un 36% realizó sus estudios de grado en una universidad privada. Un 50% trabajó a media jornada y un 14% a jornada completa mientras cursaba sus estudios universitarios.

Ninguna de las participantes está implicada en movimientos de acción social comunitaria o activismo de carácter social. No obstante, un 36% realiza donaciones económicas a entidades del tercer sector, otro 36% colabora de manera puntual con dichas entidades y un 7% realiza voluntariado de forma continuada. En las tablas 6 y 7 se presentan la tendencia política referida y los aspectos relacionados con la dimensión espiritual.

Tabla 6. Tendencia política referida

Tendencia	Porcentaje
Izquierda	51%
Centro-izquierda	14%
Centro-derecha	14%
Depende de las circunstancias sociales del momento	14%
Prefiere no contestar	7%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Dimensión espiritual

Dimensión espiritual	Porcentaje
Cristianismo	14%
Tradiciones cultural-religiosas sin creencias subyacentes	36%
Tendencias espirituales / Filosofía de vida	14%
Ateísmo	29%
Agnosticismo	7%

Fuente: Elaboración propia.

Las teorías éticas predominantes entre las TSS son el determinismo compatibilista y la ética de la responsabilidad, con menor presencia de la ética del cuidado. Un 86% considera esencial cuidar del otro. La perspectiva ética menos representada en la muestra ha sido el determinismo puro.

La idea de poner siempre el bien común por delante del individual divide al grupo exactamente por la mitad. La mitad de las participantes respalda que la conducta ética por excelencia consiste en “ser imparcial y tratar a todos por igual”, mientras la otra mitad se decanta por la equidad. Un 64% sostiene la idea de exigir los mismos derechos y deberes a todas las personas, frente a un 29% que la rechaza y un 7% que se mantiene neutral.

Aunque casi todas las participantes (86%) coinciden en que la ética implica asumir responsabilidad y combatir las injusticias, esta convicción no se refleja con igual intensidad respecto a la explotación laboral: el 71% sitúa como conducta ética fundamental acabar con la explotación de la clase trabajadora, mientras que casi un 30% muestra reservas al respecto. Por último, un 79% coincide en que no existe una verdad absoluta y que todas las perspectivas son igualmente válidas.

Al aplicar los test estadísticos chi-cuadrado y ANOVA, los *p-values* obtenidos son mayores que 0,05. Así, no se pueden presentar relaciones significativas, pero se obtienen tendencias descriptivas. Desde un enfoque descriptivo de la muestra, se presentan las distribuciones observadas entre las puntuaciones obtenidas en las distintas perspectivas éticas y algunas variables sociodemográficas. En relación con la tendencia política referida, las personas que se identifican con posiciones de izquierda o centro-izquierda obtienen puntuaciones más elevadas en determinismo compatibilista, mientras que en las posiciones de centro-derecha destacan puntuaciones más altas en ética de la responsabilidad.

En función del tipo de universidad de procedencia, las TSS que cursaron estudios en universidades públicas muestran puntuaciones más altas en las perspectivas dialógica y de la justicia, mientras que entre quienes realizaron sus estudios en universidades privadas se observan puntuaciones más elevadas en ética de la responsabilidad. En cuanto a la edad, las TSS de mayor edad presentan puntuaciones más bajas en los

ítems relacionados con la existencia de principios éticos universales. Finalmente, no se observan diferencias relevantes entre las creencias religiosas declaradas y las perspectivas éticas predominantes, ni en relación con los años de experiencia profesional.

Los datos obtenidos a través de este cuestionario permiten dar respuesta al objetivo orientado a identificar las perspectivas éticas que contextualizan la práctica profesional, mostrando la coexistencia de distintos marcos éticos y la ausencia de una adscripción homogénea. A su vez, aportan información descriptiva relevante para explorar la hipótesis relativa a la influencia de valores y creencias personales en los procesos de toma de decisiones.

6. Discusión

Compuesta en su mayoría por mujeres, la muestra describe una notable diversidad en cuanto a edad, experiencias laborales previas, tendencia política y formación en ética. Pese a esta heterogeneidad, todas las profesionales coinciden en que la toma de decisiones complejas es inherente a la práctica del TSS, con una alta presencia de conflictos éticos. Se observa también lo que podría definirse como *distress* o malestar moral (Fantus et al., 2024), relacionado principalmente con discrepancias con la institución y con presiones que han llevado a la mayoría a modificar su opinión en algún momento. Las trabajadoras sociales se sitúan de manera recurrente en posiciones intermedias entre pacientes, familias, equipos clínicos y organización, asumiendo tensiones éticas vinculadas a la autodeterminación, la confidencialidad y la toma de decisiones compartidas (Weng, 2022). En este contexto, aceptar decisiones impuestas por la jerarquía, renunciar a la propia valoración por “razones de servicio” o constatar las limitaciones estructurales pueden añadir una carga emocional significativa al proceso de toma de decisiones.

En relación con la primera hipótesis del estudio, que planteaba que la toma de decisiones constituye una dimensión estructural de la intervención en TSS y que puede verse condicionada por el contexto institucional, los resultados confirman que los conflictos éticos forman parte del ejercicio cotidiano y generan un impacto emocional relevante en las profesionales.

En cuanto a la formación en ética y bioética, los datos evidencian que esta se ha adquirido mayoritariamente fuera de los estudios reglados, fundamentalmente a través de jornadas y cursos de actualización, mientras que la universidad ofrece una base inicial limitada. Esta tendencia se acentúa al analizar la formación en métodos de toma de decisiones, donde la capacitación formal resulta excepcional y muchas profesionales dependen de su iniciativa personal para cubrir vacíos formativos. La ausencia de itinerarios estructurados podría explicar la heterogeneidad observada en las trayectorias formativas (Ruiz, 2021).

Estos resultados se relacionan directamente con la segunda hipótesis planteada, según la cual la formación específica en ética aplicada

y toma de decisiones es escasa y se centra principalmente en principios generales, sin un desarrollo sistemático de herramientas prácticas.

En relación con la formación específica en herramientas para la toma de decisiones, tres trabajadoras sociales afirman no haber recibido ninguna capacitación, mientras que el resto señala disponer de algún conocimiento. Sin embargo, en la práctica apenas se recurre a métodos estructurados de deliberación o estos no se identifican de forma explícita, lo que sugiere que dichas herramientas no están plenamente interiorizadas ni diferenciadas de la reflexión cotidiana. En su lugar, se ponen en marcha estrategias improvisadas, confirmando lo ya señalado por Banks (1997) y, más recientemente, por Cuenca y Román (2023, p. 50): “Muchas trabajadoras sociales actúan siguiendo una sabiduría práctica o recogiendo, de forma inconexa, fragmentos de diferentes teorías relacionadas con su aprendizaje”. Esta situación refuerza el diagnóstico de la literatura que señala que la formación en ética suele ser inconsistente, excesivamente teórica o poco aplicable a la realidad profesional (Basagni, 2023). En el caso concreto del trabajo social, además, durante el grado universitario se priorizan aspectos legales o históricos de la bioética, dejando en un segundo plano los componentes más prácticos (Cuenca y Román, 2023). Este panorama apunta a una carencia de formación sistemática y al predominio de aproximaciones casuísticas dependientes del criterio individual o de la cultura organizativa, lo que puede traducirse en variabilidad e inconsistencia ante decisiones complejas.

Los dilemas éticos identificados en este estudio se sitúan en línea con lo descrito en el contexto sanitario español, donde las trabajadoras sociales afrontan con frecuencia tensiones relacionadas con la autonomía, la confidencialidad, el consentimiento informado y la gestión de información sensible (Viscarret et al., 2022).

Este escenario ayuda a explicar el recurso casi automático de la reflexión informal con otras colegas, del uso del sentido común o de la intuición y/o de la consulta con superiores jerárquicos. Todo ello sugiere que las trabajadoras sociales se apoyan con mayor frecuencia en intercambios informales que en canales formales, como el consejo deontológico profesional, órgano consultivo especializado integrado por trabajadoras sociales con formación y experiencia en asesoría ética (Úriz, Balletero, Viscarret et al., 2013). Esta preferencia por el intercambio inmediato no debe interpretarse únicamente como falta de rigor, sino también como una estrategia de adaptación en instituciones donde el tiempo para el análisis moral es limitado y la presión asistencial dificulta la deliberación pausada.

En relación con la tercera hipótesis, que planteaba la influencia de valores, creencias y marcos éticos personales en la toma de decisiones, los resultados del cuestionario de autoevaluación aportan matices relevantes para la discusión.

Lejos de alinearse rígidamente con una única perspectiva filosófica, las trabajadoras sociales combinan de forma pragmática referencias compatibilistas con una ética de la responsabilidad de inspiración levinasiana. La tendencia al determinismo compatibilista (Dennett, 2003) resulta

coherente con la práctica del trabajo social, ya que reconoce el peso de los condicionantes estructurales y de los ejes de opresión y discriminación (Crenshaw, 1991), al tiempo que preserva la posibilidad de acción y transformación. Este enfoque demanda intervenciones orientadas a la emancipación, incluso en contextos restrictivos (Lee, 2022). Por su parte, la presencia de una ética de la responsabilidad se alinea con la propuesta de trascender los principios normativos hacia una ética de la compasión y de la sensibilidad ante el sufrimiento (Idareta, 2010), reforzando la aproximación casuística detectada en el cuestionario *ad hoc* y la convicción mayoritaria de que no existe una verdad moral absoluta.

Cabe señalar que podría haberse anticipado una presencia más marcada de la ética del cuidado, dado que el trabajo social es una profesión altamente feminizada y en la que históricamente se ha naturalizado la ayuda como parte de las “tareas femeninas” (Fombuena, 2006). Sin embargo, la ética del cuidado no se orienta a reforzar mandatos de género, sino que aboga por la democracia y la igualdad efectiva entre los sexos, evitando que las mujeres queden relegadas al rol de cuidadoras principales (Gilligan, 1982). En este sentido, los resultados muestran que, aunque esta perspectiva no aparezca como referente teórico principal, la valoración del cuidado del otro como dimensión esencial de la intervención está claramente presente, en consonancia con una perspectiva feminista que reconoce la opresión estructural sobre las mujeres (Sorlí, 2023).

Las diferencias observadas entre la tendencia al determinismo compatibilista en profesionales con orientación política de izquierda o centro-izquierda, la mayor presencia de la ética de la responsabilidad en posiciones de centro-derecha, así como entre las trabajadoras sociales formadas en universidades públicas y privadas, no alcanzan significación estadística. No obstante, estas distribuciones sugieren que las convicciones morales pueden verse moduladas, al menos parcialmente, por marcos político-ideológicos y trayectorias formativas. Tampoco resulta extrapolable el hallazgo de que las profesionales de mayor edad tiendan a cuestionar la existencia de principios éticos universales, si bien este fenómeno ha sido descrito en estudios previos que señalan una menor consulta de leyes y códigos deontológicos por parte de profesionales con mayor experiencia, en favor del aprendizaje personal (Ballesteros et al., 2011).

Se identifica así una tensión no resuelta entre universalismo y equidad contextual dentro del grupo: mientras la mitad de las participantes considera que priorizar el interés colectivo constituye la conducta ética por excelencia, la otra mitad expresa reservas. De forma coherente con esta tensión, una proporción relevante rechaza la idea de exigir los mismos derechos y deberes a todas las personas, reforzando el relativismo detectado en otras respuestas, como la negación de verdades morales absolutas.

Estos hallazgos matizan la aparente homogeneidad ética de la profesión y ponen de relieve que cada profesional construye su propio recorrido moral en un contexto marcado por la ausencia de referentes compartidos. Tal como señalan Ballesteros et al. (2011, p. 58), “la ausencia de ‘estándares’ éticos aportados desde la profesión deja a los trabajadores sociales sin

elementos de referencia”, situando la interpretación de los límites éticos en el ámbito del criterio individual.

Se configura así una paradoja recurrente: cuanto mayor es el énfasis en el respeto a la alteridad (a través de la compasión, la contextualización o el relativismo), mayor es también el riesgo de confundirlo con una libertad absoluta para decidir sin método ni sustento teórico. Resulta fundamental clarificar que la diversidad de respuestas ante la complejidad ética no equivale a arbitrariedad ni a decisiones basadas exclusivamente en preferencias personales. Las opciones de intervención pueden y deben adaptarse a cada caso, pero han de apoyarse en procesos deliberativos sistemáticos, en la evidencia científica y en los derechos humanos. En este sentido, se plantea como reto para la profesión la necesidad de diferenciar con claridad entre la adscripción a diversas perspectivas éticas y la actuación caprichosa, incorporando una conciencia crítica de los propios sesgos y el respeto a los códigos deontológicos como salvaguarda colectiva (Gray, 2010).

Por último, las demandas expresadas por las profesionales (mayor formación, más tiempo para la reflexión y espacios compartidos para discutir casos) sugieren una toma de conciencia progresiva de la complejidad ética inherente a la práctica. Estos resultados ponen de relieve una brecha entre el reconocimiento de dicha complejidad y la disponibilidad real de herramientas, tiempos y estructuras institucionales que permitan abordarla de forma sistemática.

Así, la escasa visibilidad y la falta de uso de modelos validados de toma de decisiones, junto con la limitada consulta a órganos deontológicos, refuerzan la necesidad de desarrollar una pedagogía de la socialprudencia, orientada no solo a “saber” ética, sino a “hacer” ética desde una base filosófica sólida y contextualizada (Viscarret et al., 2022).

Esta debería traducirse en propuestas formativas que integren la ética aplicada en la formación de grado y posgrado, espacios regulares de deliberación ética dentro de los equipos sanitarios, y dispositivos de supervisión que legitimen la reflexión moral como parte del quehacer profesional. Una socialprudencia entendida así no solo permitiría reducir el malestar moral, sino también fortalecer el rol de la trabajadora social sanitaria en la toma de decisiones interdisciplinarias, contribuyendo a una atención más integral.

7. Conclusiones

Los resultados muestran una elevada diversidad entre las TSS en relación con su formación en ética, que se adquiere mayoritariamente a través de congresos y cursos específicos, en contraste con la educación formal reglada, donde la presencia de herramientas prácticas para la toma de decisiones y la resolución de conflictos es limitada. Esta situación explica que, aunque la mayoría de las profesionales considere haber recibido formación específica, dicha formación no se traduzca en una aplicación sistemática en la práctica cotidiana, observándose un uso frecuente de

discusiones informales o del sentido común como principales estrategias de afrontamiento.

Ante los conflictos éticos, identificados como frecuentes en la intervención en el ámbito sanitario, se evidencia un malestar moral significativo derivado de decisiones condicionadas por presiones externas y por la falta de apoyo institucional estructurado. Las TSS expresan la necesidad de una mayor formación en ética y bioética, así como de disponer de más tiempo para la reflexión y de espacios de encuentro con equipos interdisciplinarios, lo que apunta a una necesidad estructural de fortalecer el soporte ético en el ámbito sanitario.

El determinismo compatibilista y la ética de la responsabilidad emergen como las teorías predominantes entre las profesionales encuestadas, reflejando un posicionamiento que articula los condicionantes externos con el respeto a la autonomía de los pacientes en los procesos de toma de decisiones y en el acompañamiento social.

Futuros estudios deberían profundizar en el análisis de la relación entre variables sociodemográficas, formativas y contextuales, y entre las teorías éticas predominantes, así como en los métodos de toma de decisiones utilizados. También resultaría pertinente investigar en qué medida el uso de métodos estandarizados para la toma de decisiones éticas incide en la calidad de las intervenciones en el ámbito sanitario y en la reducción del malestar moral entre las TSS, con el fin de minimizar sesgos y prácticas no sistematizadas. En este sentido, resulta pertinente recordar, como señalan Ballesteros et al. (2011, p. 59), que:

La práctica ética debe evitar los riesgos asociados a la burocratización y a una actuación excesivamente impersonal, imparcial y formal, propia de una aplicación rígida de normas, sin renunciar por ello a la flexibilidad necesaria, pero manteniendo un consenso común y fundamentado que evite que una parte sustancial de las decisiones éticas profesionales recaiga exclusivamente en los valores personales.

Los resultados apuntan a la conveniencia de reforzar la formación ética de las trabajadoras sociales sanitarias mediante programas que integren de forma explícita la filosofía moral, la bioética y el uso sistemático de métodos de toma de decisiones, superando enfoques centrados exclusivamente en principios abstractos. También se podrían poner en marcha sesiones clínicas interdisciplinares, supervisión ética o comités accesibles y próximos a la práctica cotidiana que permitan abordar los conflictos éticos de manera estructurada y compartida.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería pertinente ampliar el estudio a otros contextos hospitalarios y realizar análisis comparativos multicéntricos que permitan contrastar los resultados obtenidos. Del mismo modo, investigaciones orientadas a evaluar el impacto del uso de métodos deliberativos estructurados sobre la calidad de las decisiones y el malestar moral de las profesionales podrían aportar evidencia relevan-

te para el desarrollo de modelos formativos y organizativos más sólidos. Finalmente, la exploración del contexto institucional desde la sociología o la antropología de las profesiones, que influyen en cómo las trabajadoras sociales toman decisiones, podría ser otra línea de investigación a seguir desde aquí.

En conclusión, este estudio pone de relieve la relevancia del análisis ético en el trabajo social sanitario, evidenciando tanto los retos como las oportunidades. Los resultados obtenidos muestran que la toma de decisiones se apoya con frecuencia en procesos no sistematizados, condicionados por trayectorias formativas desiguales, valores personales y presiones institucionales, lo que refuerza la necesidad de avanzar hacia marcos más estructurados. La diversidad de perspectivas éticas, de itinerarios formativos y de dinámicas de decisión refleja la complejidad del contexto hospitalario y subraya la importancia de seguir desarrollando herramientas prácticas, recursos profesionales y una actitud socialprudente que fortalezca la intervención. En este sentido, los hallazgos invitan a una reflexión crítica sobre la integración de principios éticos sólidos en la práctica cotidiana, con el objetivo de evitar el relativismo acritico y la subordinación asistencialista, avanzando desde una ética declamada hacia una ética genuinamente deliberativa.

Referencias bibliográficas

- Amorós, Celia, y De Miguel, Ana. (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Minerva Ediciones.
- Ballester, Alberto; Viscarret, Juan José, y 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* (Tesis doctoral, Universidad de Granada). <https://hdl.handle.net/10481/84384>
- Beauchamp, Tom, y Childress, John. (1999). *Principios de ética biomédica*. Masson.
- Bertran Muñoz, Joan; Cambra Lasaosa, Francisco José; Carrera i Carrera, Joan; Esquerda Aresté, Montse; Illa Mestre, Marc; Lorenzo Izquierdo, David, y Roig Carrera, Helena. (2021). Moral distress in healthcare professionals. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 12(1), 235-249. <https://doi.org/10.34810/rjjaev1n12id389313>
- Bowen, Glenn. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.

- Braun, Virginia, y 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, y 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, y 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, y 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., y 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*. Recuperado 3 mayo 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, e 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, y 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, y 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, y 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, y McLaren, Peter. (2005). Repensando la teoría crítica y la investigación cualitativa. En Norman Kincheloe e Yvonna Lincoln (Eds.), *El manual Sage de investigación cualitativa* (p. 303-342). Sage Publications Ltd.
- Labra, Oscar; Castro, Carol; Wright, Robin, y 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. Recuperado 27 mayo 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* (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona). <https://www.tdx.cat/handle/10803/667813#page=1>
- Montero Delgado, Francisco, y Morlans Molina, Màrius. (2009) *Para deliberar en los comités de ética*. Fundación Dr. Robert.
- Observatori de Bioètica i Dret. (1979, abril 18). *Informe Belmont*. Recuperado 4 mayo 2026, de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Pellicer, Eduard, y 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* (Tesis 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, e Idareta, Francisco. (2013). Ethical perspectives in the caring professions. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 345-362.
- Úriz, María Jesús; Ballester, Alberto; Viscarret, Juan Jesús, e 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, e 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, y Ballesterero, 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; Ballesterero, Alberto; Úriz, María Jesús, e 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>