

MANUAL

DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

INDICE

Pag.

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. DESARROLLO CONCEPTUAL DE UTS.....	4
3. DISEÑO Y EQUIPAMIENTO DE UTS.....	5
4. FUNCIONES GENERALES DE TT.SS.....	6
5. ORGANIGRAMA.....	7
6. EL PORTAVOZ DE LA UNIDAD DE T.S.....	8
7. SERVICIOS GENERALES.....	8
8. CARTERA SERVICIOS.....	11
9. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.....	12
9.1 EL TRABAJO SOCIAL EN URGENCIAS.....	12
9.2 CONSULTAS EXTERNAS.....	14
9.3 ALTA HOSPITALARIA.....	15
9.4 EXITUS EN SITUACIONES DE INDOCUMENTADOS SIN RECURSOS Y/O SIN FAMILIA.....	17
9.5 REPATRIACIONES.....	18
9.6 UNIDAD DE PRESOS.....	19
9.7 CASOS DE IVE.....	21
9.8 RECIEN NACIDOS PARA ADOPCION.....	23
9.9 MALTRATO-RIESGO EN INFANCIA.....	27
9.10 ATENCIÓN TEMPRANA.....	29
9.11 EXITUS DE RECIEN NACIDOS Y/O NO NATOS.....	30
9.12 ADQUISICIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO.....	30
9.13 CUIDADOS PALIATIVOS.....	31
9.14 EQUIPOS DE SALUD MENTAL.....	33
9.15 VIOLENCIA DE GENERO DESDE SALUD MENTAL.....	35
9.16 UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIATRICA.....	36
9.17 UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIATRICA.....	40
9.18 UNIDAD DE PATOLOGIA DUAL.....	42
9.19 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	43
9.20 HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA.....	44
9.21 UNIDAD DE LARGA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA.....	45
9.22 PROTOCOLO DE ATENCION EN GESTION DE CASOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GRAVE Y PROLONGADA.....	47
9.23 PROTOCOLO DE VOLUNTARIADO.....	64
9.24 CAMAS SOCIO SANITARIAS.....	66
9.25 OTRAS ACTIVIDADES COMUNES.....	67
9.26 PROTOCOLO DE REUNIONES.....	68
9.27 ATENCION A LA MUJER EMBARAZADA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.....	71
10. INSTRUMENTOS DE TRABAJO.....	85
HOJA DE INTERCONSULTA DE ENFERMERÍA.....	85
HOJA DE EVOLUCION CLÍNICA.....	86
HOJA DE INTERVENCIÓN SOCIAL.....	87
DOCUMENTO DE DERIVACIÓN.....	88
SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA.....	89
INFORME SOCIAL.....	90
FICHA DE VOLUNTARIADO.....	91
CONSENTIMIENTO.....	92
CAMA SOCIO SANITARA.....	93
11. DIRECTORIO.....	94
12. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJO SOCIAL.....	95

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Trabajo Social (UTS) del Complejo Asistencial Universitario de León (en adelante CAULE) se organizan según los Principios Constitucionales de la Ley General de Sanidad de 1986 que garantiza:

“La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las circunstancias de enfermedad o pérdida de la salud, tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación de las Administraciones Públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales”

Los Servicios de Trabajo Social constituyen un elemento indispensable en el ámbito sanitario desde la concepción socio sanitaria actual. Esta concepción se basa en una atención integral del paciente. Los Trabajadores Sociales colaboran en la consecución de esta atención integral de la persona enferma, de su entorno familiar, grupo o comunidad para el logro de una mayor calidad de la asistencia sanitaria.

Está ya constatado, el papel fundamental que los factores sociales, tienen sobre la génesis y la evolución de las enfermedades. La función primordial de la unidad de Trabajo Social Hospitalario es la de contemplar los aspectos socio sanitarios que inciden en la situación de enfermedad y en la necesidad de cuidados de los pacientes.

El Trabajo Social como disciplina de las ciencias sociales, tiene por objeto el estudio y la transformación de una realidad social. A través de un método científico que se constituye como proceso de ayuda, por el cual el profesional, utilizando las técnicas y los procedimientos de la profesión, promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a este a superar las dificultades y los conflictos derivados de su interrelación con el entorno y con otros individuos.

Las UTS deben aportar alternativas y soluciones a las dificultades y problemáticas sociales que surgen en el trascurso de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de la salud.

La intervención del profesional, en todos sus ámbitos de intervención (menores, adultos, tercera edad, drogodependientes, discapacitados, enfermos mentales...), debe hacerse de acuerdo a los Principios y la Ética Profesional que rigen nuestro trabajo diario: autonomía, individualidad, justicia social, actitud exenta de juicio, confidencialidad

Los TS intervienen según la situación del paciente, en el ingreso, estancia y alta hospitalaria, así como en el área de las consultas externas y urgencias. Analiza en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, posibilidades de rehabilitación en su entorno, utilizando los recursos existentes de la forma más racional para conseguir la recuperación y evitar o distanciar los sucesivos ingresos.

2. DESARROLLO CONCEPTUAL DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL.

El CAULE dispone de una Unidad de Trabajo Social que atiende a las necesidades de la población, estableciendo los mecanismos oportunos para garantizar la atención integral del paciente, familia, grupo o comunidad y conseguir una mayor calidad de la asistencia sanitaria.

Se consideran usuarios de las UTS del CAULE todos aquellos pacientes y sus familiares que demandan intervención social, que estén hospitalizados o que acudan al hospital a seguir o recibir algún tratamiento, así como los pacientes que acuden a los equipos de salud mental.

La atención al paciente se concibe desde una perspectiva de asistencia integral, lo que implica una actuación social que va desde la detección del riesgo social hasta la finalización o derivación de la problemática planteada a los servicios de atención primaria o socio sanitaria. Estará integrada en un plan de intervención con objetivos concretos orientados a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y redes de apoyo, incidiendo en la utilización adecuada de los recursos humanos y materiales disponibles.

El modelo así descrito se concreta en El Plan Anual de Gestión que cada año elabora la Unidad de Trabajo Social y aprueba la Gerencia del CAULE.

En CAULE, la UTS es un servicio con dependencia de la Dirección de Gerencia, diferenciado y con características específicas, ejerciendo las funciones de Responsable de la Unidad un Diplomado en Trabajo Social, pendiente de nombramiento.

3. DISEÑO Y EQUIPAMIENTO DE LA UTS.

La Unidad de Trabajo Social esta identificada y con accesibilidad libre de barreras arquitectónicas. Con una estructura física propia y diferenciada con las condiciones de asilamiento que se necesitan para disponer de la confidencialidad requerida. El número de profesionales vendrá dado por las necesidades del servicio. Contarán con un despacho individualizado, despacho común o lugar de reuniones, espacio para el personal administrativo, si lo hubiera. Zona de recepción o espera de familiares, zona de vestuario y aseo.

Respecto a las comunicaciones, contarán con teléfono con líneas externas e internas, telefax, sistemas informáticos e integrados a la red hospitalaria con servicio de correo electrónico y acceso a internet, presencia en la página web del hospital y sistema de localización interna (busca) durante las horas de servicio. Los Trabajadores Sociales irán uniformados con la bata del CAULE y debidamente identificados. El horario de trabajo es de 8 a 15 horas y los permisos y vacaciones se regirán por lo establecido en la legislación.

3.1- Ubicación y Localización

Servicios Generales:

- **Edificio Principal:** Tres despachos ubicados en la planta 0 en los extremos del ala oeste. Dos en dirección norte y uno en dirección sur.
- **Edificio Monte San Isidro:** Dos despachos, uno ubicado en la planta baja y otro en la planta primera (Unidad de Paliativos).

Psiquiatría:

- Edificio Principal. Despacho ubicado en la planta -1, en el área de psiquiatría. Unidad de Agudos y Hospital de Día.
- **Edificio Santa Isabel:**
 - Larga Estancia y Comunidad Terapéutica. Un despacho en la planta tercera.
 - Unidad de Rehabilitación: Un despacho en la segunda planta.
 - Patología Dual : Un despacho en la primera planta
 - UCP. Unidad de Convalecencia Psiquiátrica. Un despacho en la planta baja.
 -
- **Equipos de Salud Mental:**
 - ESM I. Edificio San Antonio Abad. Planta baja.
 - ESM II y V. Centro de Salud Mental Independencia. Planta baja
 - ESM III. Centro de Salud de Condesa. Planta 4ª.
 - ESM IV. Centro de Salud José Aguado. Planta 2º

4. FUNCIONES GENERALES

En el Código Deontológico se recoge:

Artículo 1.- Definición de diplomado en Trabajo Social.:

Diplomado en Trabajo Social es la persona física que está en posesión del título de diplomado en Trabajo Social, obtenido en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de cualquier universidad española o de las de la Comunidad Europea con competencia reconocida, y de aquellos países con los que existen acuerdos bilaterales de reciprocidad. El título de diplomado en Trabajo Social y la inscripción en el Colegio profesional provincial o autonómico de su lugar de trabajo, facultan para el ejercicio de esta profesión.

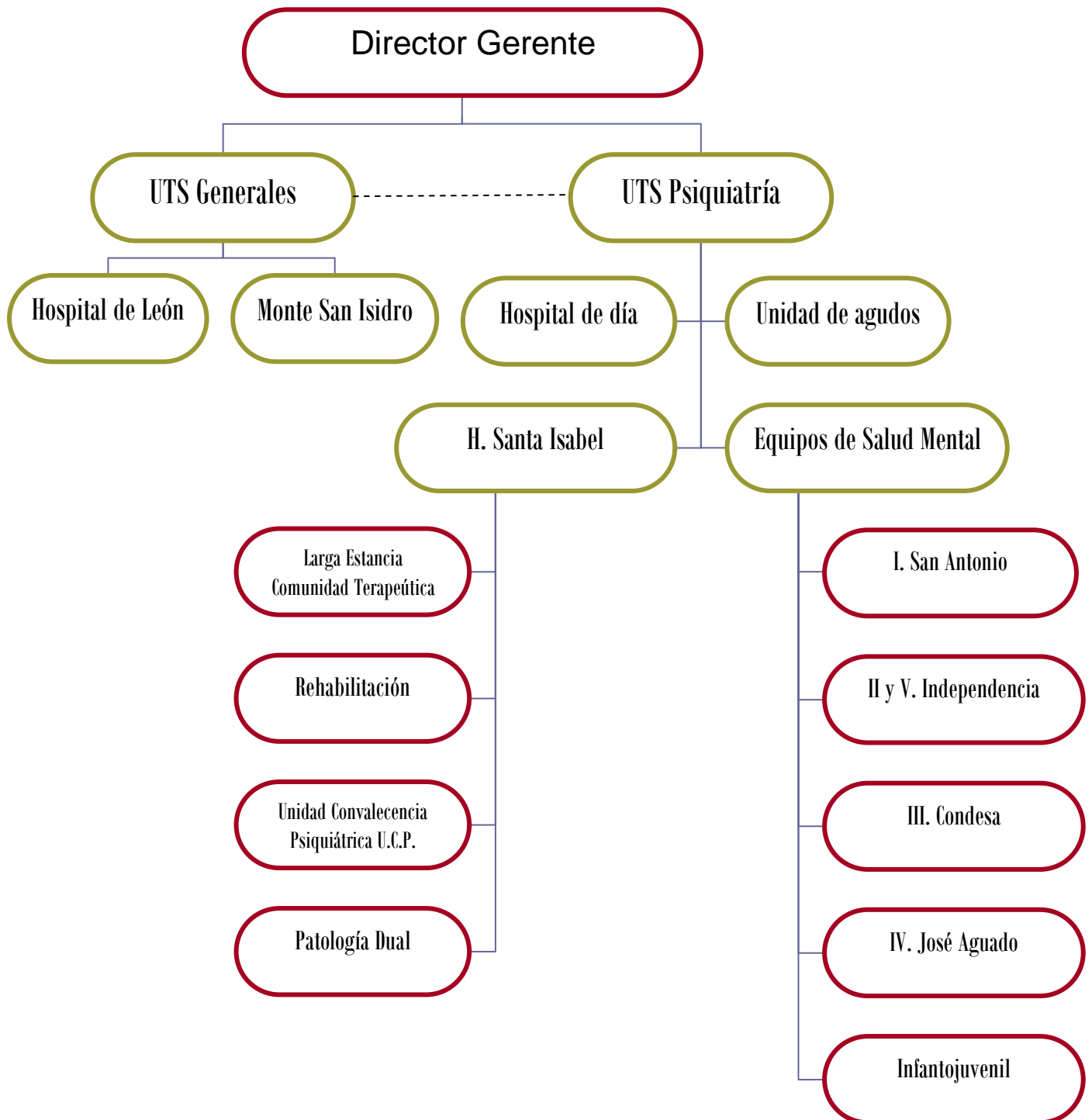
Artículo 2.- Funciones generales de los diplomados en Trabajo Social.

Los Trabajadores Sociales se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel microsocial, social intermedio y macrosocial.

De ello se desprende:

- Información
- Investigación
- Prevención
- Asistencia
- Promoción
- Mediación
- Planificación
- Dirección
- Evaluación
- Supervisión
- Docencia

5. ORGANIGRAMA



6- EL PORTAVOZ DE LA UTS

El portavoz de la UTS será un Diplomado en Trabajo Social del CAULE. Funciones:

1. Servir de vector de información y comunicación con los miembros del grupo.
2. Convocar las reuniones de trabajo y moderar las mismas (las reuniones deberán ser mensuales y tendrán carácter obligatorio)

7- SERVICIOS GENERALES

FUNCIONES

1.- Valoración, Información, Orientación y Asesoramiento:

a) Fundamentación: La asistencia integral dentro del sistema sanitario supone el desarrollo de las acciones necesarias para que el ciudadano pueda conocer y acceder a todos aquellos recursos de los que dispone la comunidad.

b) Objetivo: El objetivo de esta acción es facilitar los canales y circuitos de acceso a la información. Identificar los recursos que no conoce el paciente.

c) Funciones y actividades: Las actividades concretas son:

- Primera visita y entrevistas al paciente y/o familiares
- Informar sobre los derechos, deberes y recursos socio sanitarios existentes.
- Movilización y promoción de los recursos humanos y materiales.

d) Población: Todos los pacientes del Hospital

2.- Diagnóstico y Tratamiento Social:

a) Fundamentación: Conocer la situación socio familiar del paciente con carencias o dificultades derivadas de su problema de salud.

b) Objetivo: Identificar y definir los problemas e integrar el diagnóstico social en la historia clínica del paciente para completar el tratamiento.

c) Funciones y actividades:

- Visitas, interconsultas a profesionales que participan en el tratamiento que puedan completar el diagnóstico y/o tratamiento social.
- Entrevistas a familias, pacientes y redes sociales par ala exploración social.
- Correlación de lían formación obtenida para el diagnóstico
- Observación directa del paciente y análisis de los documentos aportados
- Valoración de las áreas de necesidad e identificación del sistema de apoyo social
- Elaboración del informe social que recoja el diagnóstico y tratamiento

d) Población: Todos los pacientes del Hospital

3.- Soporte Psicosocial:

a) Fundamentación: La pérdida de la salud, la atención hospitalaria y el ingreso, son situaciones estresantes para el paciente y la familia que en ocasiones precisa soporte y apoyo profesional.

b) Objetivo: Disminuir el estrés generado debido a la atención hospitalaria y equilibrar las relaciones del núcleo de intervención. Facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo asistencial.

c) Funciones y Actividades:

- Realizar las visitas y entrevistas sucesivas
- Determinar la posibilidad de intervención o derivación
- Demandar la interconsulta a otros profesionales cuando proceda
- Trabajar con el equipo asistencial la situación y el estado psicosocial del paciente
- Coordinar con otros niveles asistenciales.

d) Población: Pacientes y familiares en los que se detecte síntomas externos de estrés o lo manifiesten expresamente.

4.- Tramitación de Acceso a Recursos:

a) Fundamentación: Existen situaciones que una vez establecida la necesidad y el tratamiento a seguir, es necesario activar recursos sociales y comunitarios, lo cual no implica la necesidad de permanencia del paciente en el hospital.

b) Objetivo: Garantizar la rehabilitación e integración del individuo en su entorno habitual.

c) Funciones y Actividades:

- Realizar entrevistas
- Informar y asesorar al paciente y a la familia de las características de los recursos disponibles
- Obtener la documentación necesaria para la tramitación del recurso idóneo
- Gestión activa para actualizar la información de trámites ya iniciados
- Informe social y/o derivación al recurso pertinente
- Mantener actualizada la información de la red de recursos

d) Población: Pacientes que por su diagnóstico precisen recursos.

5.- Coordinación con Servicios y Programas Socio-Sanitarios

a) Fundamentación: La actividad asistencial desarrollada en la atención especializada hace necesario que exista un canal de comunicación entre los diferentes servicios y niveles implicados en la misma.

b) **Objetivo:** Ofrecer una atención integral e integrada de los pacientes en su ámbito territorial, proporcionándoles los recursos socio sanitarios más adecuados para garantizar una eficiencia y continuidad de cuidados dentro del Sistema de Bienestar Social.

c) **Funciones y Actividades:**

- Unificación de los objetivos terapéuticos
- Puesta en común del diagnóstico y tratamiento social con otros profesionales
- Coordinación de dispositivos y recursos sociales.

d) **Población:** Todos los pacientes del hospital que estén en tratamiento social.

6.-Evaluación.

Para la evaluación de la actividad, la UTS debe seguir un sistema de fijación de indicadores, que son variables que sirven para medir los cambios. Como indicadores básicos para la evaluación podemos resaltar:

- **Indicadores de actividad:**
 - Número de pacientes nuevos y antiguos atendidos durante el año . Este indicador puede calcularse por servicios, especialidades médicas...
 - Número de entrevistas realizadas
 - Número de gestiones totales
- **Indicadores para evaluar los programas de intervención**
 - Demandas sociales que hace el paciente a la UTS
 - Necesidades diagnosticadas por la UTS
 - Adecuación del recurso. Si se ha encontrado un recurso adecuado a la necesidad.

8.-CARTERA DE SERVICIOS

En general los colectivos a los que se dirige la intervención del trabajador social sanitario son:

- Menores
- Mujer
- Tercera Edad
- Discapacidad
- Inmigrantes y Refugiados
- Personas sin hogar
- Dependencias
- Salud Mental
- Persona en situación de riesgo en general.

9.-PROTOCOLOS:

9.1.- EL TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social Hospitalario lo asociamos a enfermedad, pero no es común asociarlo a las Urgencias Sociales.

La persona que acude a urgencias, viene por una preocupación asociada a su salud física o psíquica, pero ambas pueden ir asociadas a múltiples factores que justifican la intervención del trabajo social.

La calidad asistencial en la atención al paciente que quiere ofrecer el Complejo Asistencial Universitario de León justifica la dedicación de una Trabajadora Social a **demanda** en este servicio.

PROTOCOLO

Las situaciones problema que dan lugar a la intervención del Trabajador Social en urgencias vienen dadas por la población de riesgo que usa este servicio

Pacientes con problemáticas socio-sanitarias:

- Enfermos geriátricos que viven solos
- Enfermos sin familia que no pueden facilitar datos
- Cualquier adulto incapaz de cuidar de si mismo y sin soporte social

Pacientes con problemáticas específicas

- Menores
- Hiperfrecuentadores
- Personas indigentes
- Personas extranjeras
- Personas sin identificación

Diagnostico de riesgo:

- Enfermos y familias donde el diagnostico está relacionado con enfermedades terminales o degenerativas y/o de descompensación con desorden psiquiátrico

Objetivo

El Objetivo del Trabajo Social en urgencias es el de facilitar el alta en los casos que ésta se requiera y que se produzca en las mejores condiciones posibles para el paciente, y facilitar por añadidura la disponibilidad en este servicio

- El servicio de Trabajo Social recibe la demanda
- La Trabajadora Social visita el servicio y contacta con el facultativo que ha generado la interconsulta para ponderar la petición
- La T. Social se entrevista con el paciente y /o familia si procede.

- Valora la situación
- Inicia gestiones con los organismos relacionados con la problemática planteada
- Comunica resultados al facultativo
- Comunica al paciente y/o a los familiares y cuidadores el recurso idóneo gestionado, sugerido o encontrado
- Facilita la información pertinente con direcciones y número de teléfono si procede
- El facultativo genera alta de Urgencias
- La Trabajadora Social despide al paciente y/o familiares
- Refleja en el ICU las gestiones realizadas y firma

Emisión de documento de alta, cuando proceda

9.2. EL TRABAJO SOCIAL EN CONSULTAS EXTERNAS

INTRODUCCIÓN

Las TT.SS de Servicios Generales atienden la demanda de las consultas externas según la distribución preestablecida de antemano.

PROTOCOLO

1.-Objetivo:

Proporcionar la información adecuada al paciente que acude a Consultas Externas y realizar las gestiones que precise y que estén dentro de nuestras competencias y posibilidades para contribuir a su bienestar.

2.-Definición:

Conjunto de gestiones que debe realizar la Trabajadora Social para garantizar la continuidad de cuidados y resolver las problemáticas sociales que se le pueden presentar a los pacientes que acuden a consultas externas y que requieren de nuestra atención.

3.-Protocolo:

- Recepción de la demanda:
 - del S. Médico
 - de Enfermería
 - Paciente/Familia
 - Otros
- Comprobar la identidad del paciente (P. Informático)
- Visitar al paciente/familia en la zona de consultas (si procede)
- Citarlo en el despacho de T, Social (Preservar intimidad)
- Realizar entrevista (Escuchar la demanda)
- Analizar dicha demanda
- Contrastar con los profesionales que proceda
- Coordinarse con los Servicios Sociales y las TT.SS de Atención Primaria
- Informar del recurso idóneo
- Emitir documento de derivación
- Registrar la actividad en el Programa Informático
- Abrir proceso de seguimiento si procede

9.3. EL TRABAJO SOCIAL AL ALTA HOSPITALARIA

1.- Objetivo:

Realizar la intervención adecuada y la información necesaria al paciente y a sus familiares sobre recursos y gestiones a realizar, para que la incorporación de éste a su domicilio o a centro residencial (si lo precisa), se realice con la garantía de la continuidad de cuidados, la autonomía y el bienestar que necesita, después de que estos se hayan visto alterados por la enfermedad sobrevenida.

2.- Definición:

Conjunto de gestiones y que debe realizar la Trabajadora Social para favorecer la continuidad de cuidados del paciente fuera del medio hospitalario coordinándose con los otros profesionales implicados.

3.- Protocolo:

- Recepción de la demanda:
 - Trabajador Social
 - Servicio Médico
 - Enfermería:
 - Familia
 - Otros Trabajadores Sociales
 - Otros
- Verificar la identidad del paciente o representante legal.(si cabe)
- Identificar al cuidador principal si lo hubiese (consultar programa informático)
- Visita al paciente en planta y/o entrevista con familiares y/o cuidadores
- Inicio de Gestiones por parte de la Trabajadora Social receptora de la demanda:
 - Recogida de datos
 - Llamadas de acceso a recursos
 - Coordinación con personal sanitario
 - Gestiones con otros Trabajadores Sociales
 - Contactos con otros organismos
 - Identificar las necesidades (Confirmar o descartar riesgo Social)
 - Consensuar con el paciente y la familia la resolución final.
- Informar a los familiares si existen de los tramites a seguir
- Facilitarles los impresos, guías y formas de contacto con organismos públicos y privados, Servicios sociales próximos al domicilio etc
- Confirmar con el supervisor de planta o el profesional directo del paciente el recurso aceptado y modificar los datos del paciente
- Dejar constancia en el documento de derivación del riesgo detectado y del recurso utilizado para la nueva situación del paciente en el programa informático.
- Despedir al paciente y confirmarle de las gestiones que se hayan realizado desde el Hospital.

- Registrar en documento preestablecido
- Seguimiento al alta en los casos que lo requieran

4.- Pacientes en Exclusión Social

- Confirmar si existe distocia social al alta
- Informar y coordinarse con profesionales de planta
- Facilitar igualmente aunque el paciente muestre rechazo de los recursos de emergencia
- Proporcionar información debidamente documentada de direcciones, nº de teléfonos y horarios de estos recursos de emergencia.
- Avisar telefónicamente del alta a los centros susceptibles de ayuda de emergencia. con los que se haya contactado anteriormente.
- Proporcionar ropa si precisa.
- Registrar la gestión en la aplicación informática

9.4. EL TRABAJO SOCIAL AL ALTA POR EXITUS EN SITUACIONES DE INDOCUMENTADOS, SIN RECURSOS Y/O SIN FAMILIA

Protocolo.

- Se recibe llamada de planta o de deposito de (Jefe de Celadores) avisando de un cuerpo que no es reclamado.
- Iniciar gestiones para que en el menor tiempo posible sea retirado de las cámaras,
- Localizar con los datos existentes si puede haber algún familiar o persona allegada o amistades que puedan hacerse responsables del cuerpo.
- Contactar con servicios sociales de emergencia,; albergues, comedores, casas de acogida susceptibles de proporcionar datos útiles.
- En última instancia elaborar informe de las gestiones realizadas si procede o informar telefónicamente de las gestiones realizadas a los servicios jurídicos del Hospital para que se pueda proceder a la inhumación del cadáver en los plazos que contempla el decreto.
- Registrar en la aplicación informática.

9.5 .EL TRABAJO SOCIAL EN REPATRIACIONES

PROTOCOLO:

- VIVOS:

- 1.- Documentados- Contactar con Cruz Roja
- 2.- Indocumentados - Contactar con la Comisaría de Policía Nacional
- 3.- En ambos casos, se contacta con Consulados y Embajadas.

- FALLECIDOS:

A través de la secretaria del Servicio Nacional de Migración y/o Consulados y Embajadas.

Documentos que se deben presentar para la solicitud de repatriación a la secretaria Nacional del Migrante, SENAMI- Madrid

De la persona fallecida:

- 1.- Copia de la Cedula de Identidad y/o pasaporte
- 2.- Certificado de defunción (Serán necesario 2 originales)
- 3.- Informe del Trabajador Social del Hospital, que indique la situación medica de la persona desde que ingreso y causas medicas. Situación socio-económica que demuestre su situación de vulnerabilidad (prestamos, Hipotecas)

De la persona que solicita la repatriación del fallecido:

- 1- Copia de la Cedula de Identidad
- 2- Copia del libro de familia
- 3- Carta de solicitud a SENAMI.

9.6. EL TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE PRESOS

Introducción:

La Administración Penitenciaria y la Administración Sanitaria formalizarán convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria. A todos los presos de los Centros Penitenciarios se les garantizará una atención integral medico sanitaria equivalente al conjunto de la población y será el Sistema Nacional de Salud quien preste la Asistencia Especializada.

Ubicación:

Los pacientes privados de libertad deberán de estar bajo la supervisión de las Fuerzas Públicas (policía nacional), cuando estén hospitalizados.

Se dispone de una “unidad específica” en la planta 5ª del Hospital Virgen Blanca, con el fin de mantener la discreción y seguridad necesaria.

Objetivos:

. La T. Social actuará de enlace entre el preso y el centro penitenciario en aquellos aspectos que son de índole socio sanitario, así como con otros profesionales.

. Proporcionará la información y realizará la intervención adecuada al igual que otro paciente hospitalizado.

Definición:

Conjunto de gestiones que debe realizar la Trabajadora Social para favorecer una buena coordinación intrahospitalaria y entre instituciones públicas.

Demanda:

A petición de:

- . Paciente
- . Enfermería
- . Médico
- . Centro Penitenciario

PROTOCOLO:

Recibida la demanda, la TS visita al paciente en la planta. Se valora la situación planteada y se pone en contacto con la Supervisora de la prisión (Elisa. Teléfono: 987.87.74.21).

Entre ambas y una vez conocida la demanda se gestiona bien por parte del Centro Penitenciario ó por parte de la TS de Salud, la petición.

Demandas más frecuentes

1. Del paciente:

- . Información a sus familiares de su ingreso o situación sanitaria
- . Falta de enseres personales
- . Problemáticas familiares
- . Conflictos personales
- . Mediación en las visitas familiares que lo requieran

2. Del personal sanitario:

Se seguirá el mismo protocolo que con cualquier otro paciente hospitalizado, salvo en aquellas cuestiones que sea necesario autorización del centro penitenciario.

3. Del Centro Penitenciario:

- . Avisos a presos
- . Información sobre partos en reclusas o familiares de presos
- . Información para facilitar permisos excarcelarios y consentimiento de visitas.

9.7. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CASOS DE IVE (Interrupción voluntaria de embarazo)

Usuario: Mujer gestante que desea interrumpir embarazo

Objetivo: Procedimiento para la tramitación de interrupción voluntaria de embarazo en el Sistema de Salud de Castilla y León, con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, BOE n.º 55 de 4 de marzo. Regulado por Instrucción de 1 de julio de 2010 emitida por la Gerencia Regional de Salud.

Definición: Programa de actuación del Trabajador Social para facilitar información y trámite hacia la mujer que solicita interrupción voluntaria del embarazo. Coordinación con la Gerencia de Salud de Área del SACYL.

Protocolo:

- Entrevista con la paciente y recoger su demanda.
- Información sobre las condiciones previstas en la ley, y Centros acreditados.
- Condiciones para la cobertura por el SACYL.
- Revisar la información clínica que presenta comprobando que su situación se acoge a la normativa indicada para el supuesto del art. 14 o el supuesto del art. 15 en sus modalidades de a, b o c.

Supuesto art. 14.

- Derivación a los servicios de atención primaria, excepto en los casos de hospitalización.

Supuesto art. 15b.

- Informar a la mujer gestante que todos sus datos están sometidos a confidencialidad a través de un procedimiento que así lo garantiza.
- Gestión con Admisión para pedir nº de historia anonimizado. Etiquetas.
- Proporcionar la información contenida en el sobre para el supuesto del art. 15b comprobando que lleva la información correcta.
- El sobre llevará adherido “Modelo CyL-Ley 2/2010” debidamente cumplimentado., según el procedimiento que indica la Instrucción: Este documento consta de dos partes separables: a) el ejemplar para la mujer (que debe adherirse al sobre que se le entrega) y b) el ejemplar que quedará archivado en el centro sanitario. La cumplimentación de los datos del documento en ningún caso será realizada por la interesada. Los datos recogidos en ambos ejemplares deberán ser coincidentes. Deberá recoger el sello del centro en el espacio designado. Se reflejará la denominación del centro sanitario en el que se hace la entrega del sobre.

El código para registro en el documento lleva el siguiente formato: Los dígitos de identificación del centro. En el CAULE son 240191. Siguen las iniciales del nombre (primera en caso de que sea nombre compuesto) e inicial del primer apellido de la mujer, en mayúsculas. Seguido la hora de entrega del sobre (formato: hhmm) seguida de: Fecha de entrega del sobre (formato: ddmmaaaa).

Llevará la fecha de entrega del sobre en el apartado correspondiente. Deberá ser firmado por el responsable de la entrega, con su nombre y apellidos. En ningún caso se recabará la firma de la interesada

- Facilitar modelo de solicitud interrupción voluntaria de embarazo
- Fotocopiar documentos: Informe médicos, ecografías, tarjeta sanitaria, y solicitud firmada.
- Entregar a la solicitante los informes médicos originales, copia de la solicitud y etiqueta con nº de historia anonimizado. Solicitud de ayudas por desplazamiento.
- Recibir la firma de la solicitante sobre la entrega del sobre informativo.
- Informar que recibirá telefónicamente la cita de fecha y hora para que la IVE pueda realizarse en el correspondiente centro autorizado.
- Preparar sobre para enviar a la Gerencia de Salud de Área con los documentos: Solicitud modelo original, fotocopias de los informes médicos y ecografías, fotocopia de la tarjeta sanitaria, etiquetas con el nº de historia anonimizado.
- Esta documentación será dirigida a D. Francisco Martínez Abruña y se enviará por correo interno a través del Registro.
- Archivar documentos en carpeta específica de forma que se garantice la confidencialidad y en caso necesario, permita cotejar los datos del documento entregado con los del ejemplar archivado (“Modelo CyL-Ley 2/2010”).

Nota: Las situaciones que se produzcan fuera de lo recogido en este protocolo se comentarán con secretaria del Dr. D. Francisco Pérez Abruña, Dña. Amparo Castañón en el teléfono: 987245160

9.8. EL TRABAJO SOCIAL CON RECIÉN NACIDOS PARA ADOPCIÓN

Usuario:

Recién nacido en el Hospital sin tutores

Objetivo:

Poner en marcha dispositivo de la acción de protección establecida en la Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León, en su título III, capítulo 1, para reparar la situación de desamparo que presenta el menor recién nacido en el Hospital.

Definición:

Programa de actuación del Trabajador Social para facilitar el cumplimiento de la normativa y favorecer la continuidad de cuidados del menor al alta hospitalaria, coordinándose con los profesionales implicados:

Protocolo:

- Recibir aviso por parte del personal de enfermería (Nidos-Servicio de Obstetricia)
- Comprobar datos recogidos en la ficha de admisión.
- Proceder a la visita con la madre biológica, paciente ingresada para conocer su decisión respecto al ejercicio de tutoría sobre el recién nacido
- Informar a la paciente sobre recursos sociales, prestaciones familiares establecidas por la legislación actual
- Verificada la renuncia, visitar al recién nacido en Nidos. Establecer registro de identidad (A veces el personal de enfermería ya ha dado nombre al menor. Los apellidos son los correspondientes a la madre biológica)
- Gestión telefónica con Servicio de Protección a la Infancia comunicando situación y establecer cita para entrevista con la paciente antes de ser alta hospitalaria.
- Visita a la paciente para comunicar momento de la entrevista con los técnicos del Servicio de Protección a la Infancia donde ratificará su renuncia en documento oficial.
- Gestión en Admisión para modificar la ficha de ingreso y se envíen a Nidos las etiquetas con los datos relativos a Protección de la Infancia.
- Comprobar en Admisión que no se enviarán los datos del r . n. al Centro de Salud . (Hay un protocolo de seguimiento con la matrona)
- Comunicación escrita a la Dirección Gerencia del CAULE, que es quien envía la comunicación oficial de desamparo a la Gerencia de Servicios Sociales (ver modelo)
- Participar en la entrevista de los técnicos de Protección a la Infancia con la madre biológica, en la firma del documento de renuncia. Se firma como testigo en los casos que así se solicite, en calidad de T. Social del CAULE.
- Facilitar a los técnicos, la documentación relativa al parto que emite el servicio médico o la matrona a efectos de realizar la inscripción del nacimiento en el Registro Civil.

- Seguimiento con servicio médico y enfermería de la evolución del recién nacido para preparar el acogimiento al alta hospitalaria.
- Comunicación telefónica del alta hospitalaria a la Sección de Protección a la Infancia.
- Entrevista con los técnicos y acogedores provistos del documento de autorización para recoger al menor . Coordinación con servicio médico y enfermería para facilitar los correspondientes informes médicos del alta hospitalaria.
- Comunicación escrita a Dirección Gerencia del CAULE de la fecha de alta, adjuntando el documento de autorización.
- Archivar expediente en la carpeta específica.

Sr. Gerente:

Le comunico que el día (ddmmaaaa) ha sido dada de alta en el Servicio de Pediatría el recién nacido tutelado por la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Comunicada la situación de alta hospitalaria a este Organismo, informan que el recién nacido será recogido el día (ddmmaaaa) por:

(La persona debidamente autorizada)

El menor será recogido por la persona autorizada en la fecha acordada.

Fecha

Firma

Sr. Gerente:

Dando cumplimiento a la normativa vigente, le comunico que en fecha (ddmmaaaa) se ha producido la hospitalización en el Servicio de Pediatría, Sección Nidos, de un niño/niña nacido/a en ese día, que ha sido dejado/a para adopción.

Se ha contactado con los técnicos del Servicio de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, para proceder a la entrevista con la madre y recoger la renuncia mediante escrito protocolario, que se ha realizado el día (ddmmaaaa).

Se les hace entrega del parte facultativo de parto a efectos de trámite de inscripción de la recién nacida en el Registro Civil.

El nombre es :

Está pendiente de ser enviado a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales el parte facultativo del Servicio de Pediatría, así como la comunicación oficial mediante escrito de esa Dirección Gerencia.

Fecha

Firma

9.9. EL TRABAJO SOCIAL EN SITUACIÓN DE MALTRATO-RIESGO EN INFANCIA

Usuario:

Menor en situación de desprotección o de riesgo (maltrato)

Objetivo:

Participar en la coordinación interinstitucional e interprofesional para una mayor eficacia y calidad en la protección y atención a los menores objeto de maltrato o sospechas de ello, según se establece en el art. 5 de la Ley 14/2002 de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León.

Definición:

Papel del trabajador Social en coordinación con los Servicios Médicos y Servicios de Protección a la Infancia tras la detección de situación de maltrato o riesgo, y actividad encaminada a facilitar al menor y familia la atención que permita cubrir sus necesidades. Colaborar en la acción protectora.

Protocolo:

- Recibir aviso:
 - 1.- Servicio Médico / Enfermería
 - 2.- Servicio de Protección a la Infancia
- 1.-Servicio Médico / Enfermería
- Comprobar datos ficha de Admisión
 - Comprobar existencia del parte de lesiones, si las hay. Hay copia en el servicio de Admisión de Urgencias
 - Entrevista con el menor y familia. Recogida de datos de la situación familiar, comprobación de los existentes.
 - Revisar aspectos jurídicos de la denuncia si los hay.
 - Informar al Servicio de Protección a la Infancia vía teléfono o FAX
 - Esperar respuesta de este comunicado
 - Entrevista con menor y familia, información sobre las gestiones realizadas
 - Definir cuidador del menor al alta
 - Coordinar con Servicio Médico el alta hospitalaria, quedando garantizada la atención al menor a su salida del Hospital.
 - Realizar documento de derivación normalizado si procede para el seguimiento posterior.
 - Registrar y archivar

2.- Servicio de Protección a la Infancia (ya hay inicio de expediente)

- Comprobar incidencia hospitalaria: hospitalización, nacimiento, consultas externas, servicio de Urgencias.
- Gestión intrahospitalaria de localización e información con servicio médico o enfermería si procede.
- Consultar aplicación informática
- Facilitar la información a la sección de Protección a la Infancia.
- Esperar respuesta del Servicio de Protección a la Infancia. La comunicación de Tutela la recibe la Dirección Gerencia del CAULE.
- Los técnicos del Servicio de Protección a la Infancia realizan entrevista con el menor y familiares en la que comunican su decisión.
- Identificar cuidador del menor al alta hospitalaria
- Coordinar con Servicio Médico y Enfermería el alta del menor
- Registrar y archivar

9.10. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

Usuario:

Población infantil de 0-6 años que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos.

Objetivo:

El principal objetivo de la Atención Temprana es prevenir futuras alteraciones y potenciar al máximo las capacidades de desarrollo del niño/a, posibilitando de la forma más completa su autonomía personal e integración en el medio familiar, escolar y social.

Definición:

Es la asistencia al niño/a disminuido física o mentalmente, para un diagnóstico educativo sanitario, lo más precoz que los medios disponibles lo permitan, con vistas a la recuperación y reinserción social. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar. El papel del T. S. es de coordinación entre el Servicio de Pediatría, Neonatología y O.R.L. con el equipo de Atención Temprana del Centro Base.

Protocolo:

- Desde los Servicios de Pediatría / Neonatología/ ORL, realizan estudio. Todos aquellos niños/as que reúnan algunos de los factores de riesgo indicados en el programa de Atención Temprana, son derivados al T. Social, mediante informe médico y hoja de protocolo de Atención Temprana (se adjunta modelo)
- Se realiza entrevista con los padres donde se les informa de los trámites a seguir y el contenido del programa, así como los recursos sociales disponibles.
- Se establece cita , si es posible telefónicamente, con Srta. Camino, T. Social del Centro Base, facilitando los datos relativos al niño/a.
- Si no es posible el contacto telefónico, se envía la documentación por FAX al Centro Base de atención a Minusválidos, desde donde procederán a citar a la familia, en plazo aproximado de 15 días.
- El equipo de Atención Temprana realiza el programa de intervención, tratamiento y seguimiento si procede.

9.11. EL TRABAJO SOCIAL AL ALTA POR EXITUS DE RECIÉN NACIDOS Y/O NO NATOS.

Protocolo.

- Se recibe llamada de planta o de depósito de (Jefe de Celadores) avisando de la existencia de un bebé o feto.
- Verificar si se ha solicitado autopsia /necropsia.
- Entrevista con la familia para informar del procedimiento a seguir.
- En caso de los no natos, si el peso es superior a 500 gramos, la ley dicta el trato del cuerpo como un éxitus por lo que la familia ha de hacerse cargo de la inhumación.
- En caso de bebés nacidos vivos, al menos un minuto, han de inscribirse en el registro civil para posteriormente realizar los trámites funerarios..
- Registrar en la aplicación informática.

9.12. PROTOCOLO PARA ADQUISICIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO

1.- Material Ortoprotésico

a) Préstamo:

- Información, orientación.
- Derivación a la Trabajadora Social del Centro de Salud correspondiente.

b) Compra:

- Información y orientación.
- Se les facilita la solicitud.
- Se les recuerda la documentación que deben acompañar a la solicitud y entregar en la Gerencia de Salud de Área:

- Fotocopia DNI
- Fotocopia Tarjeta Sanitaria
- Factura de la Ortopedia (con fecha posterior a la solicitud)
- Fotocopia de la 1º hoja de la Cartilla bancaria.

La demanda puede ser por parte del médico o del paciente/familiar.

Excepciones:

- Cuando la situación social del paciente lo requiere.
- Se contacta con la ortopedia que elige el paciente/familia para que acerquen al hospital el material requerido.
- Se entrega la documentación en la Gerencia de Salud.

2.- Camas Articuladas

- Valoración socio-sanitaria de la necesidad de la cama
- Contacto con el Servicio de mantenimiento del Hospital para préstamo del recurso, si hay existencias. (Sr. Antonino)
- Entrega del documento de compromiso de devolución a dicho Servicio.

9.13. EL TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos son el tipo de atención socio sanitaria que se debe prestar al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación terminal. El trabajo en la Unidad es un trabajo del equipo multiprofesional en el que todos los profesionales participan en la mejora de la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

PROTOCOLO DE TRABAJO

1. Visita a la unidad.

- Lectura del parte de incidencias y consulta de historias.
- Contacto con el personal sanitario de la unidad.
- Recogida de la hoja de interconsulta de los nuevos ingresos.

2. Reunión de Equipo. Participación diaria en la reunión del equipo multidisciplinar para valorar la situación de cada paciente.

- Participación activa en el conocimiento de los aspectos sociales
- Aportación de los datos recogidos. Valoración de la situación social y evaluación de las necesidades y recursos existentes para su resolución.
- Participación en la elaboración del plan de actuación interdisciplinar de cada paciente.
- Organizativas. Coordinación y derivación hacia los recursos sociales y sanitarios garantizando la continuidad en la atención.
- Reuniones familiares. En momentos puntuales y ante decisiones importantes en las que entran en conflicto las posiciones de varios familiares, el equipo se reúne con la familia para mediar y solucionar el problema concreto.

3. Visita a los pacientes en sus habitaciones:

- Nuevos ingresos.
 - Presentación de la Unidad de trabajo social.
 - Identificación del cuidador principal
 - Recogida de datos iniciales
 - Valoración conjunta con el paciente los objetivos y actuaciones a llevar a cabo.
- Seguimientos.
 - Visita diaria y valoración conjunta de las necesidades que van surgiendo en el proceso diario (vivencia de la enfermedad, y preocupaciones socio familiares. Relaciones familiares y grado de relación y comunicación, aspectos no resueltos...)
 - Descubrir sus propios recursos para afrontar cada situación.
 - Informar, orientar, facilitar recursos de la comunidad y efectuar una derivación adecuada, ofreciendo seguridad y continuidad en la atención.

4. Entrevistas con los familiares e intervención familiar. En esta unidad es fundamental crear una relación de ayuda adecuada para abordar temas y necesidades latentes no solo del paciente en su ingreso sino también del resto de la unidad familiar. Se trabajan aspectos como son:

- Participación en la toma de conciencia e inicio del cambio

- Apoyo psicosocial
- Ayuda en la reorganización de la vida familiar
- Prevención de situaciones de riesgo- (Adelantarse a las necesidades futuras)
- Nexo de unión entre el paciente y los familiares con el equipo médico, con las instituciones externas e incluso entre los propios familiares
- Mediación Familiar
- Acompañamiento en el duelo

5. Información y orientación sobre el acceso a recursos.

- Recursos Sanitarios
 - Centros concertados
 - Atención Domiciliaria: ESAD y AECC y Atención Primaria
 - Reingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos
- Recursos Sociales (Públicos o Privados)
 - Cuidadores en Hospital: Empresas o particulares
 - Ley de dependencia
 - SAD (Servicio de ayuda a domicilio)
 - Teleasistencia
 - Centros de estancias diurnas
 - Residencias: estancias temporales o plazas residenciales
 - Programas de voluntariado
 - Prestaciones ortoprotésicas, ayudas técnicas.
 - Prestaciones económicas:
 - Contributivas (pensiones de invalidez, viudedad, orfandad, prestación en favor de familiares, auxilio por defunción...)
 - No Contributivas (PNC, RAI, Renta Garantizada de Ciudadanía)
 - Coordinación y derivación a otros recursos: Asociaciones, Centros de Acción Social, Centro de salud.....
 - Apoyo psico social para ayudar en el conocimiento de los propios recursos de los individuos (percepción incorrecta del trabajador social como gestor de recursos materiales)
 - Postmortem: trámites funerarios, seguros....

6. Inclusión de la hoja de interconsulta en la Historia clínica.

7. Apoyo en el duelo y seguimientos al alta (en algunos casos)

9.14. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

Los Equipos de salud Mental, se constituyen como el eje de articulación y prestación de los servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área Sanitaria. Estos equipos tienen un carácter multidisciplinar, formados por profesionales de la psiquiatría, la psicología, enfermería y el trabajo social. Los equipos están concebidos según los principios de la psiquiatría comunitaria, es decir, insertos en la comunidad

Las funciones de los ESM son, en líneas generales, preventiva, asistencial, de investigación y docente. Los objetivos de estos equipos son:

- Atención ambulatoria y/o domiciliaria a pacientes derivados de los dispositivos sanitarios.
- El seguimiento y control de pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización.
- La atención a consultas urgentes o pacientes en crisis
- La derivación a pacientes que precisen tratamiento en régimen de ingreso a otros dispositivos con el informe de derivación normalizado.
- El desarrollo de programas de reinserción de pacientes psiquiátricos crónicos

PROTOCOLO

Recepción de la demanda.

Los pacientes llegan derivados de dispositivos sanitarios (Atención Primaria y Unidades de Ingresos de la Red Asistencial), solicitando atención psiquiátrica y/o psicológica.

Para ser atendidos por la Trabajadora Social, el paciente tiene que estar incluido en la Red de Salud Mental y podrá ser derivado por cualquier miembro del ESM, desde otros dispositivos, detectado por la propia profesional o solicitado por la familia o por el propio paciente.

Todas las derivaciones a los dispositivos de la red irán acompañadas de la Valoración e Informe Social correspondiente.

Agenda de Trabajo:

8.00 Reunión de equipo:

- Información de nuevos casos, aportaciones sobre casos en seguimiento e informaciones varias.

8.30 Revisión

9.00 Revisión

9.30 Revisión

10.00 Caso Nuevo

11.00 Revisión

11.30 a 12.30 Gestiones varias, llamadas telefónicas....

12.30 Revisión
 13.00 Revisión
 13.30 Revisión.
 14.00 Revisión

Se trabaja con tres tipos de pacientes:

1. Pacientes nuevos

-Entrevista inicial con el paciente y/o familiar:

- recogida de datos
- identificación de la demanda explícita e implícita
- información y orientación
- acuerdo de la intervención a seguir
- derivación a otros dispositivos
- establecimiento del seguimiento y /o alta

2. Pacientes en seguimiento

- Entrevista de seguimiento
- Apertura de la historia social, si procede
- Asesoramiento continuado
- Implicación de la red familiar
- Visitas domiciliarias

3. Pacientes en Gestión de casos. (Se adjunta protocolo- Anexo)

Todo el trabajo realizado queda recogido en la historia única utilizada por todos los profesionales del equipo. Así como en el soporte informático de Trabajo social del CAULE . Se realiza la estadística mensual.

Los primeros miércoles de cada mes las Trabajadoras Sociales de Equipos de Salud Mental tenemos una reunión de trabajo, con el siguiente contenido:

- Intercambio de información así como de la existencia de nuevos recursos.
- Trabajo sobre temas comunes que afectan a todos los equipos
- Visitas institucionales y contactos con diversas entidades
- Difusión y presentación del programa de Gestión de Casos a dispositivos relacionados directamente con el mismo.
- Elaboración de documentación. Protocolo, informe social, encuesta de calidad, manual de funcionamiento....

9.15. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL.

INTRODUCCIÓN

Según la ley 13/2010 de 9 de Diciembre Contra la Violencia de Género en castilla Y León se entiende por violencia de género:

“Cualquier acto de violencia hacia las mujeres, que se ejerce contra ellas por el hecho de serlo, y que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada.”

En la actualidad existen diferentes formas de violencia contra las mujeres:

Violencia física
 Violencia sexual
 Violencia psicológica
 Violencia económica
 Tráfico y trata de mujeres y niñas con fines de explotación
 Violencia originada por aplicación de tradiciones culturales que atenten o vulneren los derechos humanos
 Acoso sexual
 Acoso laboral por razón de género

PROTOCOLO

- Recepción de la demanda. Para ser atendidos por la trabajadora social
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta- seguimiento:
 - Valoración y atención de los problemas sociales existentes.
 - Informar de los recursos adecuados a su situación: sanitarios, jurídicos, sociales.
 - Derivación y/o seguimiento con su consentimiento a otros recursos de tratamiento especializados.
- Incluir en el registro común, de casos de violencia de género de Castilla Y León y remitirlo a la técnico responsable.

9.16. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL SANTA ISABEL

La Unidad de Rehabilitación Hospitalaria del Hospital Santa Isabel de León, ofrece en régimen de internamiento de duración media hasta un año, un tratamiento de rehabilitación psicosocial dirigido a personas con una enfermedad mental grave y prolongada que produce un gran deterioro en la autonomía, capacidades y habilidades básicas y dificulta la integración normalizada en el ámbito social y familiar.

A lo largo del ingreso la T. Social como miembro integrante del Equipo Terapéutico de la Unidad, valora continuamente los aspectos sociofamiliares y económicos de todos los pacientes hospitalizados y dependientes de esta Unidad, contribuyendo diariamente a completar el diagnóstico social aportando datos del entorno del paciente con vistas a su integración socio-familiar-laboral, acercando los recursos sociales y asistenciales, promoviendo la participación activa de los familiares, gestionando recursos que conduzcan a la búsqueda de una alternativa a la hospitalización cuando por diversos motivos no es posible el retorno al medio familiar.

PROTOCOLO

- Lectura parte de incidencias y planteamiento de intervención.
- Preparación de la Reunión de buenos días. Recabar información de la actualidad a través de prensa escrita digital y selección de noticias de interés para los pacientes.
- Coparticipación en la Reunión de buenos días, para todos los pacientes y, codirigida por la Psicólogo y Trabajadora Social estando presente el personal de enfermería. Tiene como objetivo: Conocer, informar, dinamizar, comunicar, orientar, recordar, reforzar, observar, acerca de todos aquellos aspectos de interés terapéutico.
- Participación en la reunión del Equipo terapéutico, donde se pone en común la información sobre los pacientes y donde se elaboran las estrategias y las líneas generales de actuación., donde se valoran individualmente las distintas áreas: clínica, psicológica, social y de autonomía.
- Atención a pacientes y/o familiares que lo soliciten a petición de la T.S y/o del Equipo terapéutico.
- Recepción y coordinación de las peticiones de valoración de ingreso en la Unidad que vienen remitidos bien por los Equipos de Salud Mental, bien por las UHP, bien de la UCP. Se establecen los contactos correspondientes para fijar día y hora para ser visto en la Unidad y efectuar la entrevista de valoración.

1. Entrevistas de valoración

- Recepción y acogida. Las entrevistas se hacen simultáneamente tanto el médico con el paciente, como la T.S. con el /los familiares que le acompañan.
- Recogida de datos y sucesos relevantes, demandas de la familia, soluciones intentadas.
- Incorporación del Psiquiatra a la entrevista que está manteniendo la TS y la familia, para conjuntamente acordar el procedimiento del ingreso si así se establece, y recibir la información necesaria e importante que esta recibiendo la TS de ésta.
- Información y entrega de la Guía del usuario específica de la Unidad.
- Explicación de las necesidades al ingreso si procediera y petición de la documentación necesaria: DNI, tarjeta sanitaria, certificado de discapacidad, de incapacidad, de tutoría, y otros informes que se consideren de importancia, tales como de carácter policial, penal, ordenes de alejamiento.
- Mostrar la Unidad a la familia, sus dependencias, su funcionamiento, si se considera oportunos en ese momento.
- Conjuntamente, se fija día y hora del ingreso.
- Elaboración de una hoja de seguimiento que recoge la información reunida.

2. Ingresos

- Nueva entrevista de acogida a la familia y recogida de datos.
- Recogida de documentación.
- Elaboración de objetivos y estrategias a corto plazo: fijación de contactos, visitas, firma de la hoja de responsabilidad.
- Apertura de la Historia Social
- Aportación de los datos del paciente a la administración del Hospital.

3. Visitas domiciliarias:

- Permiten un acercamiento a la realidad familiar y recupera lazos afectivos, siempre que se considere necesario para establecer un correcto diagnóstico de la situación socio-familiar, fundamentalmente en los procesos graves .
- Se realizan siempre por la Trabajadora Social, suele ser acompañada por el Psiquiatra y/o otros miembros del equipo.

4. Supervisión de los pisos protegidos:

- Son un recurso residencial, inmerso en un barrio próximo al Hospital, que se podría definir como un lugar donde viven dos grupos de cuatro pacientes cada uno, en un clima familiar, que ofrece una alternativa estable y normalizada de alojamiento y actúa como soporte complementado con una supervisión y tutela terapéutica de un Equipo Asistencial flexible y ajustado a las diferentes necesidades de cada piso y usuarios.

- Están supervisados diariamente por dos Auxiliares de Enfermería.

- La supervisión de la T.S. se lleva a cabo haciendo un seguimiento semanal en la actualidad (en los comienzos fue más continuo), que tiene como finalidad el contemplar, atender, observar y evaluar la situación de los pacientes.

- Se atiende a problemas burocráticos, organización del tiempo libre o cualquier demanda o problemática que puedan plantear tanto los pacientes como de funcionamiento del piso.

El Objetivo principal es:

- Proporcionar la rehabilitación de personas con enfermedad mental larga y prolongada.
- Recuperar habilidades perdidas
- Fomentar la autonomía y el apoyo mutuo
- Fortalecer las relaciones personales
- Favorecer el retorno al medio social
- Favorecer la utilización de recursos comunitarios .
- Observación .

5. Salidas a la ciudad

Según la planificación realizada previamente en la Reunión de Buenos días, se realizan las mañanas de los jueves, con un grupo de pacientes de la Unidad, en el transporte público, para realizar visitas de tipo cultural como museos, exposiciones , paseos, conocimiento del entorno, es decir todo aquello que sea definido como interesante de conocer y que promueva la autonomía, participación, conocimiento etc, que forma parte de la rehabilitación del paciente.

Las funciones del T.S. en la UR:

- Elaboración de informes sociales e Historias Sociales
- Elaboración de hojas de seguimiento e intervención
- Información, orientación y asesoramiento de recursos
- Participación como miembro del Equipo terapéutico
- Registro en el sistema informático del CAULE

1. Atención Directa.

- Trabajo individual o familiar
- Trabajo en el equipo multidisciplinar
- Intervención social: Con el paciente, con la familia, en el entorno, dirigido a la utilización de recursos.
- Trabajo grupal: Referido a la intervención en programas específicos dentro de la URP.

2. Atención Indirecta.

- Coordinación con Servicios Sociales y Sanitarios
- Gestiones
- Documentación
- Planificación y evaluación de la actividad
- Formación

Al finalizar el proceso de intervención que coincidirá con el tiempo de hospitalización, se realiza una evaluación de los objetivos, de los recursos utilizados y de la situación social. Se emite informe de alta y documento de derivación.

9.17. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA

La unidad de convalecencia psiquiátrica prestará a los pacientes en subagudos atención en régimen de hospitalización para reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o una recaída.

Se trata de hospitalización en régimen de media estancia de cuatro meses.

El objetivo es conseguir una remisión de los síntomas y una estabilización clínica del enfermo mediante tratamiento psiquiátrico y psicológico para que así el paciente se pueda reincorporar en sus actividades cotidianas de la comunidad.

PROTOCOLO

El/la trabajadora social acude a la unidad tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes) en jornada laboral completa.

1 Previo al ingreso el trabajador social valorará junto con el equipo el caso que se deriva y solicitará de otros trabajadores sociales o profesionales cuantos informes sociales y datos relevantes conozcan sobre la situación del paciente.

2. En el momento del ingreso, la acogida y primer contacto del paciente y familiares que le acompañan, a través de:

- Primera entrevista con los familiares de cada paciente que ingresa y del mismo para conocer los aspectos sociofamiliares y económicos de interés así como detectar la problemática social que requiera tratamiento.
- Información de las necesidades personales del paciente durante el ingreso y documentación necesaria a aportar.
- Información del protocolo de funcionamiento de la Unidad
- Abrirá una historia social donde incluirá toda la documentación requerida del paciente.

3. Durante el ingreso el trabajador social ofrecerá apoyo a la integración familiar, favoreciendo el acogimiento entre paciente y familia a través de:

- a) Apoyo emocional al paciente y familiares
- a) Información, orientación y asesoramiento sobre recursos sanitarios y sociales y prestaciones
- c) Solicitud de dichos recursos

4. Apoyo a la integración social, informando sobre la disponibilidad de recursos comunitarios como puntos de anclaje social:

- Centros culturales y recreativos.
- Talleres ocupacionales y laborales.
- Incorporación en grupos de autoayuda u otras actividades.

5. Intervendrá en la corrección de actitudes sociales marginadoras

6. Promoción y demanda de medidas generales para la prevención de la discapacidad: recursos sociales laborales, educacionales..

Otras funciones:

- El trabajador social participará en las reuniones de equipo que se realizan en la Unidad. En las reuniones los distintos profesionales pondrán en común las incidencias y cuanta información se vaya recopilando sobre las distintas áreas para así establecer las líneas de intervención y posibles objetivos.
- El trabajador social confeccionará un informe de valoración social que se unirá a la historia clínica y lo remitirá en el momento de la derivación al trabajador social del recurso para un seguimiento social. Así como hojas de seguimiento de cada paciente y registro en el CAULE de datos obtenidos
- Se llevarán a cabo visitas domiciliarias con el objetivo de:
 - Obtener, verificar y ampliar información en el domicilio del cliente.
 - Estudiar y observar el ambiente social y familiar en que está inserto.
 - Proporcionar información a la familia del cliente, sobre el estado de avance de la intervención del caso.
 - Control de situaciones socio-familiares y seguimiento del plan de intervención.
 -
- Los trabajadores sociales de la unidad tendrán contacto periódico con los trabajadores sociales de los ESM y CEAS u otros recursos para la coordinación de la intervención.

9.18. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL

La Unidad de Patología Dual se trata de una unidad de referencia regional, de atención hospitalaria psiquiátrica especializada en población con discapacidad intelectual, enfermedad mental y graves trastornos de conducta. El régimen de hospitalización es de media estancia con un tiempo máximo de seis meses.

Los objetivos del ingreso son conseguir una remisión de la sintomatología y una estabilización clínica del usuario mediante tratamiento psiquiátrico y psicológico especializado y terapias de reeducación y rehabilitación, con la finalidad de que el usuario vuelva a reincorporarse a sus actividades cotidianas en el contexto comunitario, centro de procedencia o en su domicilio.

En esta Unidad, la estancia es temporal y tiene un carácter rehabilitador intensivo, con el fin de que la persona pueda después continuar participando activamente en la comunidad.

PROTOCOLO

El/la trabajadora social acudirá dos veces por semana (martes y jueves) en jornada laboral completa.

- El equipo acuerda la fecha del ingreso y el trabajador social contactará con los familiares e instituciones responsables del paciente para comunicarle la misma, así como la documentación necesaria relativa al paciente y lista de necesidades que tendrán que aportar en el momento del ingreso.
- En el momento del ingreso mantendrá una entrevista con el paciente, la familia y/o las personas responsables que le acompañen para una valoración de la situación social e informará a los mismos del funcionamiento de la unidad.
- Abrirá una Historia Social a la que adjuntará toda la documentación sobre paciente recopilada que permita llevar a cabo distintos trámites (certificado de discapacidad, pensiones, ingresos en residencias, etc)
- El trabajador social asistirá a las reuniones del equipo terapéutico, fundamental para la puesta en común de toda la información relativa a los pacientes permitiendo el trabajo en equipo.
- Colaborará en la gestión de recursos y mantendrá contacto con dispositivos residenciales de cara al alta del paciente.
- Contacto periódico con profesionales de los recursos a los que acuden a diario los pacientes ingresados o futuros (talleres de ASPRONA, ALFAEM, etc) para el intercambio de información de posibles contingencias
- Contacto telefónico con los familiares o tutores para concretar posibles necesidades de los paciente, facilitando mutuamente la información necesaria para hacer un seguimiento adecuado de la situación sociofamiliar del paciente.
- Realizará un informe social al alta que se derivará al dispositivo correspondiente, garantizando una adecuada coordinación con otros profesionales.

9.19. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El Objetivo del Trabajo Social en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica es el de facilitar el alta en los casos que ésta se requiera y que éste se produzca en las mejores condiciones posibles para el paciente.

Protocolo:

- El servicio de Trabajo Social recibe la derivación, siempre proveniente de un psiquiatra de planta, aunque también puede ser detectada la necesidad de intervención a través de la supervisora de enfermería, cualquier otro dispositivo o la propia familia.
- La T.S., según criterio, contacta con el facultativo que ha generado la interconsulta, revisa la historia clínica del paciente y contacta con servicios o dispositivos y otras unidades de trabajo social que puedan conocer el caso.
- Se entrevista con el paciente y /o familia según proceda.
- Valora la situación y la consensua con el facultativo de referencia.
- Inicia gestiones con los organismos relacionados con la problemática planteada
- Comunica resultados al facultativo y a los familiares y/o cuidadores y al propio paciente.
- Facilita la información pertinente con direcciones y número de teléfono si procede.
- El facultativo genera alta de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica previas derivaciones pertinentes, si procede, por parte de la T.S.
- La T.S contesta por escrito la derivación que a su vez recibió al inicio, quedando incluida en la historia clínica del paciente

Particularidades de la Unidad:

- Se realizará siempre valoración social en todos los pacientes que sean derivados a otros dispositivos.
- Los pacientes que sean derivados desde esta Unidad a Hospital de Día de Psiquiatría, puesto que es la misma T.S., ésta podrá realizar la valoración social inicial tanto en planta, como a su ingreso en dicho dispositivo.

9.20. EL TRABAJO SOCIAL EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRIA

Objetivos:

- Conocer la situación socioeconómica familiar del paciente para lograr la más óptima inserción en su comunidad al alta clínica.
- Detectar posibles necesidades sociales que puedan entorpecer su recuperación clínica.
- Informar al resto del equipo sobre la situación socioeconómica familiar del paciente para facilitar la intervención clínica.

Valoración Social:

- 1.- Datos personales
- 2.- Composición familiar: obtención de una visión general de los apoyos con los que cuenta.
- 3.- Historia social: conocimiento de la trayectoria del paciente hasta el momento actual.
- 4.- Datos socioeconómicos: situación económica, calificación de discapacidad, de dependencia, incapacitación legal...
- 5.- Valoración social: teniendo en cuenta su trayectoria social y todos los datos socioeconómicos.

Intervención Social:

Cuando la situación lo requiera.

9.21. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LARGA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA DE REFERENCIA REGIONAL DE LEÓN

INTRODUCCION

La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia se define como un dispositivo destinado a pacientes que presentan trastorno mental grave y prolongado que hayan agotado la posibilidad de tratamiento en los Servicios de Media Estancia de la Red Comunitaria de Salud Mental (unidades de Rehabilitación Hospitalaria, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Convalecencia Psiquiátrica...), además presentar dificultad o imposibilidad para recibir soporte asistencial en estructuras residenciales de la Red (residencias, viviendas supervisadas ...).

PERFIL DE LOS PACIENTES:

- Presencia de sintomatología psiquiátrica persistente y continuada
- Necesidad de atención médica continuada y a largo plazo en una unidad hospitalaria
- Circunstancias personales, familiares y sociales que condicionan o limitan o dificultan su vida de forma independiente y normalizada

PROTOCOLO DE TRABAJO SOCIAL.:

- Contacto con personal de la Unidad para conocimiento de situación general
- Asistencia – participación en la Reunión de “Buenos Días” con los pacientes y personal de la Unidad.
- Asistencia a la reunión del Equipo Multidisciplinar
 - Conocimiento de situación de la Unidad y pacientes
 - Puesta en común de incidencias a atender
 - Elaboración conjunta y consensuada del plan de actividad para los pacientes y unidad
 - Coordinación del trabajo del equipo
 - Seguimiento de actividad
- Atención a pacientes y familias (entrevistas, intercambio de información, gestiones...)
- Recepción de ingresos
 - Conocimiento de casos para ingreso
 - Gestiones específicas previas, si procede, para el ingreso de pacientes
 - Recepción de paciente: entrevista con él, con acompañantes (familia-personal de institución ...)
 - Recogida – atención a documentación
 - Organización conjunta de actividad social derivada y seguimiento coordinación a la misma
 - Contacto – seguimiento con profesionales T.S y otros, de instituciones en relación

- Coordinación interna (centro)
 - Con profesionales T.S.
 - Con otros profesionales del centro
- Coordinación externa:
 - Con profesionales T.S. de centros, instituciones ...
 - Con otros profesionales de centros, instituciones....
- Visitas:
 - Domiciliarias a pacientes, familia ...
 - Institucionales en relación y de interés profesional
- Actividad de soporte asistencial:

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Es una unidad dentro de la anterior, los pacientes.....

- Estudio, planificación, desarrollo y valoración de la actividad desarrollada
- Registro de la actividad diaria desarrollada, específica y general
- Atención y actualización de las Historias Sociales
- Elaboración de documentación interna propia y para la Unidad
- Elaboración de documentación externa para profesionales T.S y para entidades, instituciones en relación
- Gestiones derivadas de la actividad: con pacientes, familias, instituciones, profesionales en relación ...
- Otra actividad:
 - Coordinación – comunicación interna con los profesionales T.S de la Unidad de T. S.
 - Actualización sobre normativa, legislación, documentación
 - Participación en la actividad específica de la Unidad de T. S del Hospital
 - Asistencia – participación en actividades institucionales externas
 - Actividad de seguimiento- coordinación institucio

9.22 .PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN GESTIÓN DE CASOS EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA

PROTOCOLO DE
ATENCIÓN EN GESTIÓN
DE CASOS EN
PACIENTES CON
ENFERMEDAD MENTAL
GRAVE Y
PROLONGADA

*“Todo paciente cronicado es subsidiario de
una mejora hacia una situación más normalizada”
Christenfeld*

PRESENTACIÓN

En el mes de junio del año 2010 por encargo del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Universitario de León, Dr. Javier Álvarez Rodríguez se constituye un grupo de trabajo formado por las Trabajadoras Sociales de los cinco Equipos de Salud Mental del Área de León, con el objetivo de elaborar un documento base de propuesta para la “Actuación en Gestión de Casos”

M^a del Carmen Bardón García
M^a Victoria Carpintero Santamarta
Clara Eugenia González Arguello
M^a José Martínez Fernández

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN GESTIÓN DE CASOS A PERSONAS CON EMGP

1. Introducción. Marco legal.
2. Enfermedad mental grave y prolongada.
 - 2.1 Población diana.
 - 2.2 Objetivos generales.
 - 2.3 Objetivos específicos.
3. Proceso o modelo de atención
 - 3.1 Principios del modelo.
 - 3.2 Fases del proceso
4. Proyecto de gestión de casos desde el Trabajo Social.
 - 4.1 Localización.
 - 4.2 Naturaleza o motivación del proyecto.
 - 4.3 Fundamentación legal.
 - 4.4 Objetivos.
 - a) Objetivo General.
 - b) Objetivos Específicos
 - 4.5 Actuaciones (para cada objetivo específico).
 - 4.6 Recursos.
 - a) Humanos.
 - b) De infraestructura.
 - 4.7 Instrumentos y técnicas
 - 4.8 Evaluación.

1. INTRODUCCIÓN.

Durante la segunda mitad del siglo pasado han tenido lugar una serie de profundas transformaciones en la asistencia psiquiátrica en los países occidentales.

Diferentes circunstancias como la disponibilidad de fármacos eficaces para el alivio de los trastornos psiquiátricos más graves, la fuerte influencia ejercida por los movimientos en pro de los derechos civiles de los pacientes, el fuerte incremento de la población ingresada en los hospitales psiquiátricos tras la segunda guerra mundial, insostenible para las arcas públicas, todo ello condujo a la expansión del proceso conocido como desinstitucionalización de los enfermos mentales.

Este proceso se mostró eficaz en cuanto a la salida de los pacientes de los hospitales, pero no en cuanto a la inserción de los pacientes en la vida social de su comunidad de pertenencia.

La desinstitucionalización no era garantía de continuidad de los cuidados que los pacientes requerían; a menudo quedaban desconectados de los servicios comunitarios y sin beneficiarse de sus posibles aportaciones.

Ante esta situación se empieza a hablar del movimiento de la **Psiquiatría Comunitaria** con una premisa clara que es la asistencia comunitaria como alternativa real al Hospital Psiquiátrico incluso también para los pacientes con trastornos más severos.

Se puede decir por tanto que el objetivo es solventar gran parte del déficit que sobre la atención a los trastornos mentales se viene detectando, garantizando la continuidad de los cuidados, utilizando la figura del **responsable, tutor o gestor de caso**

Estos diferentes tipos de actuaciones tiene en común el establecimiento de una relación de ayuda que haga posible la integración de la persona en los procesos sociales normalizados generando el sentimiento de pertenencia a la comunicada en su medio de vida cotidiano.

MARCO LEGAL.

La atención integral a la población con trastornos mentales, requiere una red de servicios psiquiátricos completos y adecuados, así como de la existencia de una red de equipamientos sociales, bien dimensionados.

El derecho de todos los ciudadanos a la protección a la salud, viene reconocido en el **ámbito constitucional**, concretamente en los art. 43, 44. El artículo 40 establece: *“los poderes públicos atenderán a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que atenderán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I de la Constitución otorga a los ciudadanos”*.

Como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica en abril de 1985, se adoptaron una serie de Recomendaciones y Propuestas por una Comisión Ministerial constituida para la Reforma de la Psiquiatría. A tal fin, se promulgó la Ley 14/1986 de 25 de abril, **Ley General de Sanidad**.

Dicha ley en su art. 18.8 ordena que: *“las administraciones públicas a través de sus órganos competentes promoverán actuaciones para la protección y mejora de la salud”*. El Cap. III, se dedica especialmente a la Salud Mental;... *“Se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”*.

Habida cuenta de los antecedentes descritos, la Oficina Regional Europea de la **OMS**, incluye entre sus objetivos prioritarios la mejora del bienestar psicosocial de la población y la oferta de servicios mejores y más eficaces a las personas con problemas de salud mental.

En el 2001, un informe sobre la salud mental de la OMS, en el cap. 1 establece: *“Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes”*.

La **Unión Europea**, en el 2005, en su Declaración sobre la Salud Mental, se dirige a: *“Ofrecer una atención integral a las personas con problemas graves de salud mental”*.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el 2007, considera como estrategia en salud mental *“... implantar por las comunidades autónomas,*

mecanismos eficientes de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garantice la atención integral de las personas”.

Por tanto, la salud mental constituye un elemento esencial en el bienestar de cada individuo y en el desarrollo de las relaciones sociales.

2. TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PROLONGADO.

2.1 POBLACIÓN DIANA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

2.2 OBJETIVOS GENERALES.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursa con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.*

El tratamiento farmacológico debe complementarse con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, que se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos.

2.1 Población Diana.

Criterios de Inclusión: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

- **Diagnósticos:** Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una efectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluye a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las

categorías diagnosticadas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastorno de conducta alimentaria grave.
 - Trastornos esquizofrénicos.
 - Trastorno esquizotípico.
 - Trastornos delirantes persistentes.
 - Trastornos delirantes inducidos.
 - Trastornos esquizoafectivos.
 - Otros trastornos psicóticos no orgánicos-
 - Trastorno bipolar.
 - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
 - Trastornos depresivos graves recurrentes.
 - Trastorno obsesivo compulsivo grave.
- Duración de la enfermedad: Evolución del trastorno de 2 años o más y deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 12 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.
 - Presencia de discapacidad: Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Según la definición del NIMH, esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continuada e intermitente:
 - Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
 - Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
 - Dificultades para establecer y mantener sistemas de apoyo social personal.
 - Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria. Como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.

- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

Criterios de Exclusión:

- Personas con trastornos mentales en la infancia y adolescencia (menor de 18 años).
- Personas afectadas de trastornos mentales secundarios a enfermedades médicas.
- Personas cuyo trastorno se incluye en categorías psicóticas pero de carácter transitorio o episódico.
- Personas cuyo diagnóstico principal es abuso de sustancias; discapacidad intelectual moderada-grave; trastornos generalizados del desarrollo que llegan a adultos, o trastorno mental orgánico.
- Personas con trastornos de personalidad que no presenten sintomatología psicótica.

2.2 Objetivos Generales.

1. Establecimiento de una relación de ayuda que haga posible la integración de la persona en los procesos socio-sanitarios normalizados generando el sentimiento de pertenencia a la comunidad en su medio de vida cotidiano.
2. Fomentar el desarrollo y crecimiento personal.
3. Mayor participación comunitaria.
4. Recuperación y adaptación a la enfermedad.
5. Descenso en los niveles de sobrecarga vividos por la familia.
6. Enlace entre el sistema institucional y el sistema de atención comunitario.
7. Mejorar la coordinación entre los profesionales de los diferentes servicios como agente dinamizador que favorezca la integración.

2.3 Objetivos Específicos.

1. Garantizar la atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada.
2. Garantizar la adherencia y continuidad al tratamiento psiquiátrico.
3. Favorecer la vida autónoma y la integración en la comunidad.

4. Proporcionar soporte social, incluido el alojamiento.
5. Coordinar las atenciones sociales, apoyando el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socioeconómico y familiar en las mejores condiciones posibles.
6. Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno.
7. Evitar situaciones de marginación y abandono.
8. En definitiva y como resumen de objetivos se trata de hacer un seguimiento al paciente a fin de que pueda permanecer el mayor tiempo posible en su hábitat y evitar de ése modo ingresos en Unidades de Larga Estancia, miniresidencias, etc.

3. PROCESO O MODELO DE ATENCIÓN

3.1 PRINCIPIOS DEL MODELO

3.2 FASES DEL PROCESO

Desde que comienza el movimiento de la Psiquiatría Comunitaria (en Estados Unidos en los años 60 y en España en los años 80), se han desarrollado diferentes tipos de atención en la comunidad:

- Tratamiento asertivo comunitario de Mary Amtest y Leonard Stein.
- Case Management. Según Kanter contempla varios modelos
 - Modelos de cuidados de mantenimiento.
 - Modelo de agencia de servicios.
 - Modelo clínico.
 - Modelo intensivo.

Por último, la Gestión de Casos por tutorías. Según Torrey: *“es un programa en el campo de la Salud Mental, donde la persona o equipo que lo desarrolle es el responsable de proporcionar al paciente la ayuda necesaria para que pueda optar, con la información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brinden, a la asistencia que necesite garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer todos los objetivos del paciente”*.

La Gestión de Casos es un modelo de trabajo que garantiza la toma a cargo del paciente y su acompañamiento durante el proceso de rehabilitación o recuperación hacia una mayor autonomía. El gestor de casos debe proporcionar al paciente toda la información necesaria, suficiente y útil sobre servicios, recursos, tratamientos y oportunidades.

3.1 Principios del modelo

1.- Atención centrada en la persona: el eje de actuación es el paciente. Cada persona habrá de disponer de unos objetivos de actuación que se adapten a sus necesidades clínicas y sociales particulares, considerando al enfermo mental como persona con capacidad de elegir y participar en la planificación de su futuro.

2.- Continuidad de cuidados. Las personas con trastornos mentales que entren en el programa tendrán asegurada la continuidad de atención.

3.- Atención integral y promoción de la autonomía personal. En la atención se tendrán en cuenta los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se ven afectados por la enfermedad mental grave y prolongada. Será una atención biopsico-social. Los apoyos se basaran en el principio de apoyo a la autonomía.

4.- Integración en la comunidad y participación. El lugar de atención ha de ser el entorno natural del paciente. Este modelo de atención busca en la medida de lo posible garantizar la permanencia del individuo en su familia y en su entorno.

5.- Coordinación de sistemas, recursos y profesionales. Este modelo de atención exige la coordinación entre las redes de asistencia psiquiátrica y de servicios sociales. Se deben establecer cauces de comunicación y decisión conjunta que favorezcan que las prestaciones de los diversos sistemas de atención a las personas con trastornos mentales sean complementarias entre sí.

6.- Efectividad y eficiencia en la utilización de recursos. La intervención conjunta y coordinada de la atención psiquiátrica-social a las personas con trastornos mentales, permite agilizar la asignación del recursos disponible más adecuado a la evolución vital de la persona, mejorando a su vez las posibilidades de permanencia e integración en la comunidad, previniendo situaciones con riesgo de marginación. Se deben utilizar todos los recursos posibles atendiendo al principio de normalización.

3.2 Fases del Proceso.

Contemplamos al menos cuatro fases:

1. Detección del caso.
2. Valoración de necesidades y recursos.
3. Elaboración de un Plan de intervención continuada.
4. Seguimiento del caso.

La **detección** de la persona con enfermedad mental grave y prolongada, se realiza normalmente desde los niveles comunitarios de intervención ya sean de la red sanitaria y/o social, los cuales por proximidad con la persona afectada y con su entorno son quienes primero observan la situación o reciben la demanda de ayuda. En cualquier caso será el Equipo de Salud Mental quien aglutinará la información sobre la persona con el fin de valorarla, complementarla y responsabilizarse del proceso de atención individual.

La **valoración de necesidades** es una fase fundamental del proceso de atención debe contemplar todos los aspectos e información relativa al paciente y a su familia, solo así el plan de intervención resultará eficaz.

Paralelamente a la valoración de necesidades se realizará una propuesta de los **recursos** aplicar. Estos recursos pueden ser de carácter social o bien sanitario (dispositivos o programas de la red de asistencia psiquiátrica). Se trataría de unificar todos los recursos socio-sanitarios existentes en el área.

Cada paciente incluido en el programa tendrá un **Plan de intervención continuada (PIC)** en cuyo diseño participaran todos los profesionaes del Equipo de Salud Mental. El PIC será compartido con profesionales de otros dispositivos sociales y sanitarios que puedan contribuir a garantizar la continuidad de cuidados y la atención en momentos puntuales (crisis).

Se hacen necesarios que exista un profesional de referencia que será el responsable de la coordinación de recursos, siendo a su vez el interlocutor con el paciente, la familia y la red asistencial. Este profesional de referencia será el gestor del caso del Equipo de Salud Mental de Distrito (Trabajador/a Social).

En la elaboración del PIC se implicará al paciente y su familia.

Se hará un **seguimiento** periódico del paciente y su familia procurando que se cumplan los objetivos. Si se produjera cualquier cambio en la situación que motivara la modificación de objetivos y/o de los recursos aplicados los profesionales implicados en el PIC de atención, definirán una nueva propuesta de actuación. Se trata de conectar al paciente en todo momento con el recurso adecuado.

4. PROYECTO DE GESTIÓN DE CASOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

4.1 Localización.

Ubicación del proyecto: Zonas Básicas de Salud de León y correspondientes a los cinco Equipos de Salud Mental.

Descripción:

- Distrito 1: “San Antonio Abad”: Astorga I, Astorga II, La Bañeza I, La Bañeza, II, Cabrera, Rivera del Órbigo.
- Distrito 2: “Independencia”: Crucero, Babia, La Magdalena, Matallana de Torio, San Andrés del Rabanedo, Armunia.
- Distrito 3: “Condesa”: San Esteba, Condesa, Cuenca del Bernesga.
- Distrito 4: “José Aguado”: José Aguado I, José Aguado II, Cistierna, Riaño, Ribera del Esla.
- Distrito 5: “Independencia”: Boñar, Nocado. Mansilla de las Mulas, Santa María del Páramo, Valencia de Don Juan, Sahagún de Campos, Valderas.

4.2 Naturaleza o Motivación del Proyecto.

La continuidad de cuidados en pacientes con Trastorno Mental Grave y prolongado.

La adecuada atención a las personas que sufren trastorno mental severo, garantizando su permanencia en la comunidad, exige cubrir un conjunto de áreas que trasciende la perspectiva clínica para entrar claramente en lo que ha dado en llamarse la atención socio sanitaria con recursos específicos que facilitan apoyos en determinadas áreas del funcionamiento social de las personas.

4.3 Fundamentación Legal.

En Castilla y León se han venido desarrollando en los últimos años diversos documentos estratégicos que abordan el tema de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

- Decreto 83/1989, de 18 de mayo: organización y funcionamiento de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. *“Los ESM de Distrito se consideran como el eje de articulación... asumirán las siguientes funciones: desarrollo de programas y reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos”*.
- Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (1991) contemplaba los objetivos generales que hacían referencia a la integración de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria general.
- Ley 1/93, de 6 de abril: ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León: *“atención socio sanitaria, especialmente a los enfermos crónicos, en coordinación con los servicios sociales”*.
- II Plan de Salud de Castilla y León (1998); *“en el 2007 se ofertarán recursos que garanticen la continuidad de cuidados de los enfermos mentales”*.
- Plan Sociosanitario de Castilla y León (2003) establece: estrategia 1; desarrollar la gestión de procesos y la gestión de casos.
- Acuerdo 58/2003 de 24 de abril, por el que se aprueba la Estrategia Regional de Salud mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León (2003), Línea Estratégica 3: Mejorar accesibilidad y desarrollar programas específicos; *“Desarrollo de programas dirigidos a garantizar la continuidad de cuidados e integración social de las personas con EMGP”*.
- III Plan de Salud de Castilla y León, para el periodo 2008-2012: Desarrollar el programa de –gestor de casos- en enfermedad mental grave y prolongada, e incluir el 80% de los pacientes con esta patología en dicho programa.

4.4 Objetivos.

A – Objetivo General:

Mejorar la atención socio sanitaria de la persona con EMGP garantizando su pertenencia en la comunidad, en condiciones razonables de estabilidad sintomatológica, funcionalidad e integración social.

B – Objetivos Específicos:

1. Detectar los casos susceptibles de gestión.
2. Elaboración del PCI
3. Establecer relación terapéutica con el paciente y su familia.
4. Posibilitar el control de la adherencia del paciente al ESM y al tratamiento.
5. Promover el auto cuidado
6. Favorecer la información y formación familiar
7. Potenciar un apoyo individualizado del paciente.
8. Promover la inserción comunitaria.
9. Implicar a todos aquellos profesionales y recursos que intervienen en la atención al paciente.
10. Favorecer la accesibilidad tanto del paciente como de su familia a todos los recursos necesarios y/o existentes.

4.5 Actuaciones.

1. Detectar los casos susceptibles de gestión.

Selección de aquellos casos derivados por los profesionales de estos dispositivos que requieran una atención continuada, la selección se llevará a cabo mediante entrevistas individualizadas con el paciente y con su familia.

2. Elaboración del PIC.

En reuniones y/o interconsultas puntuales con otros profesionales implicados en el caso se programaran las intervenciones a llevar a cabo con el paciente en función de los objetivos propuestos. Finalmente el PIC, se elaborará con colaboración del paciente y la implicación de su familia

3. Establecer relación terapéutica con el paciente y su familia.

Se programarán visitas domiciliarias y entrevistas con el ESM tanto con el paciente y su familia. En las primeras entrevistas se informará tanto al paciente como a su familia del programa y se acordará su inclusión.

4. Posibilitar el control de la adherencia del paciente al ESM y al tratamiento.

En estrecha colaboración con otros profesionales del equipo (psiquiatras, psicólogos y enfermera) se le facilitará el acceso a los mismos así como a los

programas que estos puedan realizar (seguimiento de los pacientes con litio y clozapina) mediante consulta y contacto telefónico.

5. Promover al auto cuidado.

Información y derivación a programas de enfermería; bien del propio ESM o de otros dispositivos: cuidado de imagen, hábitos de higiene, toma de medicación.

6. Favorecer la información y formación familiar.

Mediante entrevistas individuales entre el paciente y/o la familia con distintos profesionales que intervienen en el caso.

Facilitando el acceso a talleres de psico educación familiar y charlas informativas en todo lo referente a la enfermedad.

Favoreciendo la participación en grupos de autoayuda en el entorno.

7. Potenciar un apoyo individualizado del paciente.

Otorgando la disponibilidad preferente en situaciones de crisis para conectar al paciente con el recursos adecuado (cita preferente con otros profesionales, ingreso en otros dispositivos).

8. Promover la inserción comunitaria.

Contacto y coordinación con recursos comunitarios (CEAS, asociaciones, centros de adultos, centros de formación laboral, centros especiales de empleo...) con el fin de conocer los programas que en todo momento se están realizando.

Determinación de los recursos comunitarios necesarios, en función de las necesidades detectadas en el paciente.

Derivación o puesta en contacto con los recursos seleccionados que pueden ser: El mismo paciente facilitando el teléfono, dirección.. etc; previo contacto entre el gestor y el recurso; acompañamiento del paciente al recurso.

9. Implicar a todos aquellos profesionales y recursos que intervienen en la atención al paciente.

Siendo la persona de contacto y referencia para otros profesionales y recursos que interviene en el caso, contemplando varias dimensiones: discusión acerca de los pacientes, compartiendo responsabilidades y realizando una supervisión continua.

10. Favorecer la accesibilidad tanto del paciente como de su familia a todos los recursos necesarios y/o existentes.

Trabajando el adiestramiento en habilidades de la vida diaria, como pueden ser: Obtención y administración de recursos (alimentarios, económicos, alojamiento). Tareas del cuidado del hogar. Habilidades de gestión instrumental (uso del transporte, medios de comunicación, manejo del dinero y gestiones diversas).

4.6 Recursos.

A) Humanos:

Todos los profesionales de los ESM: psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería (enfermeras y auxiliares), auxiliares administrativos, gestores de casos (trabajadoras sociales).

Pacientes y familiares.

Profesionales de otros dispositivos (de CEAS, Juzgados, asociaciones varias...) voluntariado...

B) De infraestructura:

Los propios de la Red de Asistencia Psiquiátrica:

- Centro donde se ubican los ESM.
- Hospital de día.
- CRPS
- Unidad psiquiátrica de hospitalización de agudos.
- Unidad de rehabilitación
- Unidad de convalecencia psiquiátrica (UCP).
- Unidades duales de referencia regional de atención a los trastornos del comportamiento alimentario.
- Unidad de larga estancia de referencia regional.

Otros dispositivos: socio-sanitarios, judiciales, laborales...

4.7 Instrumentos y técnicas.

Desde el Trabajo Social: entrevistas individuales, grupales, interconsultas con otros profesionales, reuniones de equipo (internas y externas), visitas domiciliarias (observación directa, medios de transporte), gestiones telefónicas y documentación:

- Informe social (ver anexo)
- Historia social (ver anexo)
- Hoja de evolución (ver anexo)
- PIC (ver anexo)
- Protocolos de derivación

4.8 Evaluación.

Indicadores cuantitativos

- Número de casos detectados en el programa
- Número de casos incluidos en el programa
- Estadísticas varias: nº de visitas domiciliarias, nº de gestiones, nº de llamadas telefónicas.

Indicadores cualitativos

- Participación del paciente en:
 - Vinculación con la Red de Asistencia Psiquiátrica.
 - Valoración de enfermería
 - Mejora de las habilidades de la vida diaria
 - Uso de recursos comunitarios
- Implicación familiar:
 - Relaciones intrafamiliares.
 - Relaciones con los profesionales.
 - Participación en programas de psicoeducación

9.23. PROTOCOLO PARA LA ADECUADA ACTUACIÓN DEL VOLUNTARIADO EN EL CAULE

OBJETIVO:

Asegurar mediante acompañamiento social la atención al paciente y/o a los familiares que lo precisen y cuya necesidad haya sido debidamente contrastada tanto por la Trabajadora Social debidamente implicada como por el personal responsable de planta, de consultas o de cualquier otro dispositivo del CAULE que atiende a pacientes susceptibles de precisar este servicio.

DEFINICIÓN:

Conjunto de gestiones que deben realizar Cruz Roja y las TT.SS del CAULE para asegurar un acompañamiento de calidad en todo el Complejo Hospitalario cuyos pacientes precisen de la atención del voluntariado.

PROTOCOLO:

Detección de la demanda:

La detección de la demanda puede producirse por los colectivos que señalamos

- Trabajadora Social
- Personal de Planta
- Personal Medico
- Familia
- Otros

Valoración de la demanda:

- La Trabajadora Social implicada valora la demanda
- Estudia el perfil del paciente y o familia
- Pondera el tipo de cuidador adecuado
- Hace una primera aproximación del horario
- Contrasta con el personal implicado la valoración.

Traslado de la demanda:

- La Trabajadora Social directamente implicada se pone en contacto con Cruz Roja.
- Le traslada su valoración
- Le indica el perfil del enfermo y/o familia
- Le comunica horarios posibles
- Sugiere tipo de actividad adecuada. Lectura, paseo. Compañía.

Valoración de Cruz Roja de la demanda:

- Análisis de la demanda
- Selección del voluntariado
- Comunicación del voluntario seleccionado

-Presentación del Voluntario.

Puesta en marcha del Voluntariado:

- El voluntario contacta directamente con la Trabajadora Social implicada
- Presenta ficha de inicio de la actividad
- Se le facilita una libreta de incidencias
- La Trabajadora Social le indica la sala para dejar sus enseres
- Usa su ropa identificativa.
- Recibe verbalmente su tarea:
 - Peticiones del usuario que deberá atender
 - Peticiones que no deberá atender
 - Situaciones emocionales del paciente
 - Si debe pasear al paciente
 - Si puede leer/conversar. etc
 - Sencillamente estar...
- La Trabajadora social acompaña y presenta a la persona voluntaria a los distintos profesionales directamente implicados; supervisora/or ,facultativos, del dispositivo sanitario En el caso de paciente hospitalizado
- Acompaña al voluntario a la habitación del paciente para presentarlo a él y a su familia
- Se le informa de los horarios en los que va a estar con el paciente.
- La Trabajadora Social se coordina con Cruz Roja para transmitir la conformidad de datos
- El voluntario comunica a la Trabajadora Social cualquier incidencia a lo largo de la actividad
- El voluntario así mismo, comunica el fin de la actividad.
- Firma ficha de fin de actividad y queda copia con la Trabajadora Social implicada y con Cruz Roja.

Tareas del voluntario en régimen abierto y consultas:

- El voluntario se presenta a la trabajadora Social que inició la demanda
- Presenta ficha de inicio de actividad
- Recibe tareas:
 - Acompañamiento a consultas/gestiones/compras
 - Actividades de ocio
 - Paseos
- La Trabajadora Social pone en contacto voluntario y paciente y o familia.
- La Trabajadora social se coordina con Cruz Roja
- El voluntario/a Comunica incidencias
- Presenta ficha de fin de tareas

9.24. PROTOCOLO PARA CAMAS SOCIOSANITARIAS

OBJETIVO:

El objetivo es acortar los periodos de hospitalización de los enfermos en el Hospital de Agudos (CAULE), al tiempo que se organizan los cuidados intermedios, a menor coste en el Centro Concertado Paralelamente, la Unidad de Trabajo Social gestionará el recurso adecuado para el alta hospitalaria definitiva

CRITERIOS DE VALORACIÓN

1. Situación Clínica.
 - Grado de autonomía y posibilidades de recuperación.
 - Limitaciones en el campo visual y auditivas, incontinencia, dificultad en la movilidad, desorientación temporoespacial, incoherencia en la comunicación, trastornos de memoria, incapacidad de seguir los tratamientos prescritos, úlceras o curas de tratamiento hospitalario.
2. Situación familiar y de convivencia.
 - Relaciones familiares.
 - Nivel de atención de las personas con las que convive (identificación del cuidador, cargas familiares, nivel de dependencia del cuidador).
3. Situación económica de la unidad familiar.
4. Vivienda: condiciones de habitabilidad, barreras arquitectónicas.
5. Recursos formales e informales.
6. Recursos sociales utilizados y posibilidad de acceso.
7. Tiempos de espera del recurso tramitado.

PROTOCOLO:

- La Trabajadora Social valora la necesidad de cama sociosanitaria.
- Lo comenta con el paciente, familia y con el personal médico
- Coordinación con OH Regla
- Realización de derivación en documento(ver anexo) y se lleva a planta para que, junto con el informe médico se envíe a admisión para que conste la petición de cama sociosanitaria
- Coordinación del alta a nivel hospitalario y con la Regla.
- Seguimiento del caso.
- Cierre del caso cuando la TS de la OH Regla remite el alta.

9.25. ACTIVIDADES COMUNES A LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL CAULE

- Actividades formativas:

- Cursos
- Jornadas
- Seminarios

-Asistencia a reuniones:

- De la Unidad de Trabajo Social CAULE
 - General
 - Equipos de Salud Mental.
- Multidisciplinar
- Multisectorial

- Participación Institucional:

- Asistencia a Comisiones
 - Comité de Ética Asistencial
 - Comisión de Área de Psiquiatría
 - Comisión de Trabajo Social de Salud de Castilla y León
 - Comité de Coordinación de Integración de Personas Drogodependientes
 - Comité Técnico-Asistencial
- Participación en grupos de trabajo a nivel regional y/o provincial.

- Docencia:

- Comité de Docencia Psiquiatría
- Ponencia.
- Sesiones de Educación al Grupo de Pacientes con enfermedad renal crónica avanzada
- Impartición de talleres.

9.26. PROTOCOLO DE REUNIONES DE GRUPO DE TRABAJADORES SOCIALES DEL CAULE

Naturaleza y contenido

Las Trabajadoras Sociales del CAULE se reúnen mensualmente con carácter ordinario y de forma extraordinaria cuando se precise.

Tareas

1.-Este grupo de trabajo tendrá como tareas:

- Elaborar, programas y protocolos de actuación y/ o cualquier documento que sirva para una mayor efectividad y operatividad en el trabajo.
- Elaborar el Plan Anual de Gestión..
- Mantener un contacto periódico con otros profesionales como atención primaria., asociaciones e instituciones con carácter socio sanitario.
- Elección y renovación de la portavoz y secretaria de forma rotatoria.

2.- Funciones de cada uno de los miembros:

a) Portavoz

- Convocar, dirigir y moderar todas las reuniones.
- Enviar a todos los miembros, la documentación e información relativa al grupo
- Firmar, conjuntamente con el secretario , las actas o cualquier otro documento que así lo requiera
- Servir de nexo de unión, vector y comunicación con la Dirección.
- Cuando requiera ser sustituido, lo asumirá el que haya sido ultimo portavoz.

b) Funciones de la secretaria:

- Cursar las convocatorias y ordenes del día de cada reunión
- Redactar las actas
- Archivar y custodiar toda la documentación
- Todas aquellas funciones que deba hacer conjuntamente con la portavoz
- En caso de ausencia. será sustituida por el miembro del grupo que haya ejercido la última de secretaria.

c) Funciones de los miembros:

- Asistir y participar activamente en las reuniones de trabajo
- Proponer la convocatoria de reuniones extraordinarias
- Proponer a la portavoz, con la debida antelación los temas a tratar que sean de interés para el grupo.

Las Reuniones:

- **Lugar:** Edificio H. Monte San Isidro
- **Periodicidad:** Mensual, coincidiendo con el último viernes de mes.

- **Horario:** En horario laboral.

- **Derechos y Obligaciones:**

- Todos los participantes tendrán voz y voto
- Ningún miembro podrá delegar en otro su voto
- La asistencia a las reuniones es obligatoria.
- Se comunicará a la portavoz la no asistencia.
- Se comenzarán la reuniones a la hora señalada con la mitad más uno de los miembros.
- En segunda convocatoria , se inicia con las personas que asistan a la misma .
- Los acuerdos alcanzados serán vinculantes para todos los miembros del grupo.

- **Reuniones ordinarias**

- Se convoca con una semana de antelación , con el orden del día que será elaborado por la portavoz .
- Se tratarán los temas que vengan recogidos en el orden del día.
- Se podrá invitar a distintos profesionales cuando se considere oportuno para el grupo.
- Las reuniones serán moderadas por la Portavoz.

- **Reuniones extraordinarias:**

- Podrán ser propuestas por la portavoz y/o por al menos un miembro del grupo a criterio de la portavoz.
- La convocatoria también podrá hacerse de forma verbal o telefónica.
- No podrán tratarse temas diferentes al que motivó la celebración.

Estas reuniones son de trabajo y se seguirán las pautas del portavoz/moderador.

De las Votaciones

- Cada integrante tendrá derecho a voto. Y será intransferible
- Las decisiones serán adoptadas por mayoría simple.
- En caso de empate en una votación, se realizará una nueva votación.
- Una vez que se anuncie que comienza la votación, ningún integrante podrá interrumpirla, salvo para cuestionar la forma en que se este efectuando la votación.
- Cuando se deba elegir a la portavoz, resultará electa la candidata que en la primera votación obtengan la mayoría de los votos emitidos
- En caso de empate entre candidatas, se procederá a una segunda votación entre ellas.

Documentos

- En la medida de lo posible, Se distribuirá a los participantes copias de todos los documentos que se vayan a tratar en la reunión.

- Se enviará con una semana de antelación a través de la portavoz por correo interno, electrónico, etc.

Actas

- Será el relato del contenido de la reunión, deberá contener al menos, los siguientes puntos :

Lugar, día y hora de la celebración

Asistentes

Ausencias (Justificadas y no justificadas)

Enumeración de los temas tratados

Acuerdos realizados

Fecha de la próxima reunión

Firma y visto bueno del portavoz y secretario

- Se realizará en un libro de Actas, que custodiará la secretaria.

El libro de Actas estará a disposición de cualquier miembro del grupo para su consulta.

La información del acta será facilitada oficialmente por la portavoz.

Modificaciones

- Este documento será revisado, al menos, cada dos años.

- Por operatividad, el grupo, en cualquier momento y de manera puntual, podrá decidir , siempre, por mayoría absoluta, una modificación a cualquiera de los puntos recogidos en este reglamento.

9.27. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA EN SITUACION DE VULNERABILIDAD



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE LAS CONSEJERÍAS DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, SANIDAD Y EDUCACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y APOYO A LA MUJER EMBARAZADA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.

Valladolid, a 29 AGO. 2013

REUNIDOS

De una parte, **Dña Milagros Marcos Ortega**, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, nombrada por Acuerdo 9/2011, de 27 de junio, del Presidente de la Junta de Castilla y León, en ejercicio de las competencias previstas en el artículo 26.1.I) de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de Castilla y León,

De de otra, **D. Antonio Sáez Aguado**, Consejero de Sanidad, nombrado por Acuerdo 9/2011, de 27 de junio, del Presidente de la Junta de Castilla y León, en ejercicio de la competencia referida en el artículo 26.1.I) de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Y de otra, **D. Juan José Mateos Otero**, Consejero de Educación, nombrado por Acuerdo 9/2011, de 27 de junio, del Presidente de la Junta de Castilla y León, en ejercicio de la competencia referida en el artículo 26.1.I) de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Los comparecientes, que actúan en función de sus respectivos cargos, se reconocen mutua y recíprocamente la capacidad legal necesaria para suscribir este Protocolo, y a tal efecto



EXPONEN

Son muchas las ocasiones en las que la mujer ha de enfrentarse a un embarazo en circunstancias adversas para ella y su entorno más cercano, como la falta de una relación familiar estable, minoría de edad, inestabilidad laboral o carencia de recursos económicos y en las que la ausencia de información suficiente y del apoyo necesario conducen a que el aborto sea la única alternativa que la misma contempla para resolver su situación.

Conscientes de esta situación, los poderes públicos han de ofrecer a las mujeres con dificultades de diversa índole en su embarazo, la información precisa sobre los diferentes recursos existentes encaminados a prestarles la atención necesaria, de tal manera que puedan adoptar su decisión conociendo todas las alternativas.

En el ejercicio de una política de apoyo a la mujer embarazada, para alcanzar mayores cuotas de justicia social y de sensibilización a nuestra sociedad sobre la importancia y el valor personal y social de la maternidad, mediante Ley 14/2008, de 18 de diciembre, se crea y regula una red de apoyo a la mujer embarazada, con objeto de articular los recursos sanitarios, sociales, educativos, laborales y cuales quiera otros, prestando información sobre los mismos y canalizando a la mujer embarazada a cada uno de los diferentes sistemas, cuando sea necesario.

La gestación, la lactancia y la crianza de un hijo son situaciones que generan nuevas responsabilidades. Pero algunas circunstancias sitúan a la mujer en una posición de especial vulnerabilidad respecto de sus derechos.

En ocasiones, una mujer embarazada se encuentra con dificultades, ya que parte de la sociedad puede considerar que un embarazo genera limitaciones que pueden dificultar el desarrollo de su proyecto vital y que su hijo le va a impedir ejercer todas sus capacidades. Además, en algunos casos, el momento en el que una mujer se queda embarazada es considerado como un "problema" exclusivamente de ella, como única responsable.



Debido a esta actitud social, el embarazo y la llegada de un nuevo ser humano a veces es percibido más como un problema que como una alegría o esperanza. Por esta razón, es necesario que se valore la gestación en su justa medida, y se adopten iniciativas en diversos ámbitos para su protección.

La mujer sola embarazada tiene mayores dificultades de mantenerse en una situación de integración social, disminuye considerablemente su accesibilidad a un trabajo estable y, en consecuencia, dificulta su capacidad de acceso a una vivienda, y la posibilidad de cubrir las necesidades básicas de la familia.

Estas dificultades en las mujeres solas embarazadas se detectan especialmente en las mujeres inmigrantes, pues la falta de una red familiar en el país de acogida agrava su situación.

También se vienen detectando situaciones de mujeres embarazadas que se ven abocadas a abortar por las grandes dificultades socioeconómicas en que viven.

Por todo lo expuesto, se pretende por parte de las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades, Sanidad y Educación poner en marcha una serie de actuaciones que tienen como finalidad contribuir a compensar estas situaciones de dificultad, posibilitando que la mujer siga adelante con su embarazo.

Con objeto de definir y coordinar las actuaciones a realizar por cada una de ellas, se formaliza este Protocolo que se regirá por las siguientes,

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- OBJETO

El objeto de este Protocolo es definir y coordinar las actuaciones a realizar por las tres Consejerías firmantes, dirigidas a la atención y apoyo a la mujer embarazada que tenga dificultades en su gestación por razón de edad, situación económica, social, familiar, laboral o por



cualquier otro motivo que puedan derivar en un supuesto de especial vulnerabilidad.

SEGUNDA.- ÁMBITO

Se extiende a todas las actuaciones en relación con el apoyo a la mujer embarazada residente en Castilla y León en el marco de la Ley 14/2008, por la que se crea y regula una red de apoyo a la mujer embarazada, tanto las que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, como las que no estándolo, tengan dificultades en su embarazo que puedan derivar en dicha situación.

A estos efectos se entiende por situaciones de especial vulnerabilidad de la mujer embarazada las derivadas de alguna de estas circunstancias:

- Minoría de edad sin apoyo familiar, económico, laboral o social.
- Estilos de vida incompatibles con el adecuado cuidado de su embarazo y del niño en sus primeros meses de vida.
- Falta de competencias o disposición para el cuidado durante el embarazo, que pueda afectar gravemente al desarrollo del feto.

TERCERA.- COMPROMISOS DE LAS CONSEJERÍAS

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

- Desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades se atenderá los casos que se deriven desde los diferentes organismos o departamentos de acuerdo con el proceso establecido en la estipulación cuarta del presente Protocolo, tratando de ayudar a estas familias a cuidar a sus hijos desde el embarazo, aportándoles las herramientas necesarias para resolver o minimizar las dificultades que pueden encontrar durante el embarazo y hasta el primer año y medio de vida del niño.



- Poner en marcha un Programa específico de atención prenatal cuyos objetivos serán:
 - Generar adecuadas condiciones prenatales y post parto en las madres y padres que favorezcan el desarrollo integral del niño.
 - Promover el buen trato hacia la infancia
 - Modificar el estrés ambiental y problemática social que influye en las conductas de cuidado de los padres.
 - Prevenir y resolver problemas emocionales, de comportamiento, de relación y de desarrollo en el niño y en su familia.
- Determinar sistemas de información y asesoramiento para las mujeres que presenten alguna dificultad no considerada de especial vulnerabilidad respecto a su embarazo.
- Llevar a cabo una permanente coordinación con los profesionales de otros organismos y departamentos, especialmente vinculados a los servicios sociales de primer y segundo nivel, los del sistema de salud y los del sistema educativo, sobre todo en cuestiones relativas a la formación de esos profesionales sobre el sistema de servicios sociales.

Consejería de Sanidad:

- Serán considerados embarazos de alto riesgo, conforme a los criterios sanitarios establecidos al efecto, los de aquellas mujeres que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad y poder así recibir las prestaciones y servicios establecidos para estos supuestos.
- Reforzar la coordinación e información mutua entre los trabajadores sociales de Atención Primaria o Especializada con los de los CEAS, en los supuestos de mujeres embarazadas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad y que, por criterios médicos, no se consideren embarazos de alto riesgo, para hacer un seguimiento del cumplimiento de las revisiones y/o controles médicos periódicos.



- Asesoramiento sanitario personalizado: programación de cita sanitaria con carácter inmediato y preferente a las embarazadas en situación de vulnerabilidad con los trabajadores sociales de Atención Primaria o Especializada que corresponda, para proporcionar información sobre los recursos, una vez estudiado el caso de cada mujer.
- Elaboración o adaptación de Protocolos de atención a colectivos de especial vulnerabilidad, especialmente dirigidos a embarazadas adolescentes, embarazadas con riesgo social, embarazada de alto riesgo clínico, embarazadas con drogodependencia, y embarazadas víctimas de violencia de género.
- Recabar el consentimiento de la mujer para poder efectuar la cesión de datos de carácter personal correspondientes a otros organismos, a los efectos exclusivos de poder abordar su problemática y poder atender sus necesidades concretas. *(Modelo en Anexo I).*
- 3 - Proporcionar formación a los profesionales de la salud en materia de apoyo integral a la mujer embarazada con especiales problemas para mejorar su atención.
- Coordinarse con los profesionales del ámbito de los servicios sociales en todo el proceso.

Consejería de Educación:

- Proporcionar asistencia personalizada por parte del Equipo de Orientación Educativa o departamento de orientación del centro educativo a la alumna embarazada que curse estudios en cualquiera de los niveles del sistema educativo. En el caso de menores de edad, esta asistencia será extensiva a su entorno familiar más cercano.
- Establecer, dentro del cupo autorizado al centro, un sistema de tutorías individualizado que facilite el seguimiento y apoyo de la joven en las diferentes materias de la etapa o nivel educativo que cursa.



- Flexibilizar la obligatoriedad de la alumna de asistir a clase de acuerdo con las dificultades que pueda presentar el embarazo de la mujer, así como del calendario de evaluaciones y exámenes.
- Flexibilizar el horario de presencia de la alumna en el centro durante los meses de lactancia.
- Considerar en el ámbito académico de Formación Profesional, la renuncia de matrícula sin pérdida de plaza en el centro educativo.
- Facilitar la flexibilización de las enseñanzas de bachillerato, fraccionando cada curso en dos partes, si fuera necesario, y, en su caso, hacer uso de la anulación de matrícula en la forma recogida en la normativa vigente.
- Proporcionar formación y educación afectivo-sexual en el ámbito escolar.
- Coordinarse con los profesionales del ámbito de servicios sociales en todo el proceso.

X

CUARTA.- PROCESO DE ACTUACIÓN

Para la intervención de los diferentes profesionales de los distintos sistemas el proceso de actuación por fases será el siguiente (*esquema en Anexo II*):

1.- Detección

Cualquier profesional o sistema que detecte una situación de una mujer embarazada que precise de algún apoyo por su posible situación de vulnerabilidad, lo pondrá en conocimiento, mediante el modelo de notificación previsto en el anexo III, del trabajador social del Centro de Acción Social (CEAS) de su territorio.

u
u/



2.-Valoración del caso

Recibida la notificación por los profesionales del CEAS, procederán a valorar el caso, y se coordinarán con el notificante para obtener los datos de que se disponga.

Tras la valoración efectuada se determinará si la notificación está bien realizada o de no estarlo se derivará al recurso correspondiente.

3.- Plan de Intervención

Una vez llevada a cabo la valoración del caso y determinada la situación de especial vulnerabilidad, se procederá del siguiente modo:

- Desde el CEAS se derivará el caso al equipo multidisciplinar específico del Programa de apoyo a la familia (PAF) de su Corporación Local
- A partir de ese momento, estudiada la situación del caso, el citado equipo procederá a elaborar el plan de intervención que corresponda.
El plan referido recogerá actuaciones concretas referidas a las siguientes áreas:
 - o Área de apoyo personal, para la ayuda en la aceptación de su situación.
 - o Área de promoción de su salud
 - o Área de educación y cuidados prenatales y postnatales.
 - o Área socio-laboral y formativa.
 - o Área de apoyos familiares y sociales.
- En el diseño del plan de intervención se contará con la necesaria coordinación con profesionales de otras áreas afectadas, especialmente con el sistema de salud, así como, para los casos de violencia de género, con las secciones de mujer de los Departamentos Territoriales de Familia e Igualdad de Oportunidades, mediante los sistemas que se determinen por cada ámbito.



- En aquellos casos que la situación así lo exija, se llevarán a cabo las adaptaciones o modificaciones que el plan precise con la misma coordinación referida en el punto anterior.

4.- Ejecución del Plan de intervención familiar.

La ejecución del Plan por parte de los profesionales del equipo de apoyo a familia incluye trabajo educativo en el domicilio familiar y puede tener una duración de hasta año y medio tras el nacimiento del niño.

La ejecución de dicho Plan requiere la aceptación por parte de la interesada y, en su caso, de su familia; si no se aceptara voluntariamente la intervención propuesta se tratará, en todo caso, de garantizar un seguimiento de la familia por la Corporación Local.

Este plan habrá de llevarse a cabo en permanente coordinación con los siguientes servicios:

- Con el CEAS de su Corporación Local.
- Con el sistema de salud correspondiente, tanto para la madre como para su hijo.
- Con las Secciones de Mujer del Departamento Territorial de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Con los servicios de salud mental.
- Con los recursos de atención a drogodependientes.
- Con el centro docente y otros servicios educativos, si cursa estudios en cualquiera de los niveles no universitarios del sistema educativo.
- Con los equipos de protección a la infancia de la correspondiente Gerencia Territorial de Servicios Sociales, a efectos de determinar una posible situación de desprotección, así como para poder informar sobre las medidas de acogimiento familiar y adopción, como asesoramiento a la familia.



- Con otros profesionales que intervengan en el caso.
- Con los voluntarios de asociaciones, como recurso de apoyo.

5.- Notificación

Se dará traslado al notificante de la información sobre el resultado de la evaluación realizada, por parte del CEAS correspondiente.

QUINTA.- SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

Se crea una Comisión de Seguimiento, constituida por dos representantes de cada una de las partes firmantes del Protocolo, con la finalidad de evaluar la aplicación de los compromisos adquiridos y su posible mejora y/o modificación.

Y en prueba de conformidad, las partes firman el presente Protocolo por triplicado ejemplar, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

**LA CONSEJERA DE
FAMILIA E IGUALDAD DE
OPORTUNIDADES**



Milagros Marcós Ortega

**EL CONSEJERO DE
SANIDAD**



Antonio Sáez Aguado

**EL CONSEJERO DE
EDUCACIÓN**



Juan José Mateos Otero



ANEXO I

**PROGRAMA DE ATENCIÓN Y APOYO A LA MUJER EMBARAZADA
EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.**

**AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE DATOS CLÍNICOS
REFERIDOS A LA MUJER Y SU EMBARAZO POR SU
PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA**

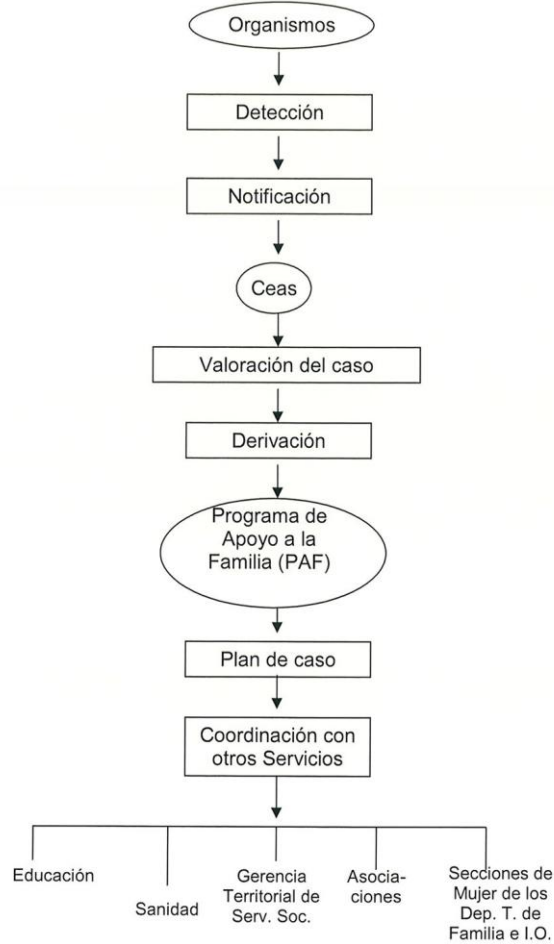
D^a..... nacida el
en, con domicilio en
....., n^o....., piso.....
puerta..... de la localidad de,
provincia de, código postal,
con D.N.I. n^o, doy mi consentimiento
para participar en el programa de atención y apoyo a la mujer
embarazada en situación de vulnerabilidad y autorizo la cesión de los
datos contenidos en mi historia clínica y demás documentación
sanitaria a los Servicios Sociales competentes en materia de protección
a la infancia y apoyo a la familia, de conformidad con lo dispuesto en el
artículo 7.3 en relación con el artículo 11 de la LO 15/1999, de 13 de
diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el artículo 15
de Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la
Historia Clínica, para garantizar el seguimiento y consecución de los
objetivos y finalidades del programa.

Y para que así conste firmo el presente, en a
..... de de

Fdo.



**ANEXO II
ESQUEMA PROCESO DE ACTUACIÓN**





ANEXO III

NOTIFICACIÓN RELATIVA A MUJERES EMBARAZADAS EN POSIBLE SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.

AMBITO PROFESIONAL DEL NOTIFICANTE (Señalar con una X)

- Centro educativo
- Centro sanitario
- Policía
- Otros (especificar) _____

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellidos: _____
 Organismos/Centro de trabajo: _____
 Dirección: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Correo electrónico: _____

DATOS DE LA MUJER

Nombre y Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
 Dirección: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Personas que residen en el domicilio (especificar): _____



POSIBLE SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Concurrencia de indicios en la mujer embarazada relativos a:

- Adolescentes sin apoyo familiar, económico, laboral o social.
- Mujeres con hijos con expediente de protección o que hayan tenido medidas de protección
- En situación de riesgo de exclusión social o sin apoyo del entorno familiar o social.
- Con estilos de vida incompatible con el adecuado cuidado de sus hijos.
- Con problemas de drogadicción o de enfermedad mental.
- Violencia de género.
- Otras situaciones (especificar): _____

NOTIFICACIÓN

- Al CEAS de _____

Fecha y Firma

10. INSTRUMENTOS DE TRABAJO

 Complejo Asistencial de León Altos de Nava, s/n. - Telf. 987. 23 74 00 24080 LEÓN		1.º APELLIDO 2.º APELLIDO NOMBRE EDAD Nº H C PROCEDENCIA	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE RIESGO SOCIAL INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL			
UNIDAD DE ENFERMERÍA	CAMA	FECHA	HORA
Domicilio Teléfono Persona de contacto Motivo del ingreso Diagnóstico de enfermería			
FACTORES DE RIESGO > de 75 años que vive solo/a ó con un compañero anciano. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Demencia. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Úlceras por presión. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado vegetativo. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Síndrome de inmuno deficiencia adquirida. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fracturas de cadera en ancianos. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cáncer terminal. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas en neonatos. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abandono de menores ó personas mayores. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Persona que vive sola, teniendo en cuenta su patología o secuelas presumibles, así como la valoración de su núcleo familiar, no sea recomendable a su vuelta al domicilio. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distocia social (población marginal). Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
RIESGO SOCIAL DETECTADO: 			
FECHA:		FIRMA DE LA ENFERMERA / O RESPONSABLE	
VALORACIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL 			
FECHA:		FIRMA DE T.S.	



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE RIESGO SOCIAL
 INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL



60.06



1ER APELLIDO
2º APELLIDO
NOMBRE
HISTORIA CLÍNICA

HOJA DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Solicitada por:

Fecha:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

VALORACIÓN/ INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL:

Firma

Fecha

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Apellidos y Nombre:
- Fecha de Nacimiento:
- Dirección:
- Teléfono:
- D.N.I.:
- N° de S. Social:
- Fecha de Derivación:

EMITIDO POR:

-Hospital:
-Monte San Isidro:
-Salud Mental:

-Profesional:

DIRIGIDO A:

-Centro de Salud:
-CEAS de:
-Profesional: Trabajadora Social

PROPUESTA:

Fdo. TRABAJADORA SOCIAL



Junta de
Castilla y León

Consejería de Sanidad.
León.



Gerencia de Salud de las Áreas de

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA.

D./D.^a:

D.N.I.: NÚM. SEGURIDAD SOCIAL:

.....

DOMICILIO: NÚM.: PISO:

..... LOCALIDAD:..... CÓDIGO

POSTAL:

TELÉFONOS:

..... O EN SU

NOMBRE D./D.^a: CON

D.N.I.: RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:

*Adquiere el compromiso de devolver la CAMA en este
Centro , una vez que no le sea necesario.*

Y para que conste lo firmo en a de de 201

DEVUELTO/A el de de 201

Concedido/a el de201

Fdo.:
La Trabajadora Social.

INFORME SOCIAL

Dispositivo:

Emitido por:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre y Apellidos:
- Lugar y fecha de nacimiento:
- D.N.I. Nº Seguridad Social
- Estado Civil:
- Domicilio:
- Teléfono:

SITUACIÓN FAMILIAR

TRAYECTORIA VITAL

SITUACIÓN SOCIAL

- Aspectos económicos
- Aspectos Laborales
- Aspectos de interés
- Vivienda

VALORACIÓN SOCIAL

Fecha y firma



FICHA DE ACTIVIDAD DEL VOLUNTARIADO DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

D.N.I:

Dispositivo:

Teléfono de contacto:

Paciente

Familiar **Nombre-----**

Fecha de Inicio:

Horario:

Tareas:

Fecha final:

**Fdo. Trabajador/a Social C. hospitalario
Roja**

**Fdo. Trabajador/a Social Cruz
Roja**

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario, pasará a formar parte de un fichero propiedad de Cruz Roja Española. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición podrán dirigirse a Cruz Roja.



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Ó FAMILIARES

Solicito personal voluntario de Cruz Roja Española para la actividad de acompañamiento en mi nombre o como familiar del paciente y acepto las normas que se me indican y el horario establecido de forma conjunta.

Fecha: 27/08/2013

Fdo. Trabajadora Social Familiar

Fdo. Paciente /

Nota: El voluntario /a de Cruz Roja Española establecerá con la Trabajadora Social de esta entidad las tareas a desarrollar y los horarios convenidos.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario, pasará a formar parte de un fichero propiedad de Cruz Roja Española. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición podrán dirigirse a Cruz Roja.



Servicio de
Trabajo Social
CAULE

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN A CENTRO CONCERTADO A CAMA SOCIOSANITARIA

DATOS DEL PACIENTE:

FECHA DE DERIVACIÓN/ F. ALTA HOSPITALARIA:

FECHA PROBABLE DE ALTA EN CAMA SOCIOSANITARIA:

RESUMEN HISTORIA SOCIAL:

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

RECURSO ALTERNATIVO EN GESTIÓN:

OBSERVACIONES:

León / / 2013

Fdo: Trabajadora Social

RESOLUCIÓN

Fecha de alta en O.H. Ntra. Sra. de Regla:

Domicilio

Ingreso en el Recurso Social

Rechazo de Recurso Social

OBSERVACIONES:

Fdo: Trabajadora Social O. H. Ntra. Sra. de Regla

11. DIRECTORIO

TRABAJADORA SOCIAL	E-MAIL	CENTRO DE TRABAJO	DIRECCIÓN/ SERVICIOS	TELÉFONO	DÍAS DE ATENCIÓN
Mª JOSÉ GARCÍA FERNÁNDEZ	mjgarciarf@saludcastillayleon.es	HOSPITAL		987237400 Ext43200 Busca 163252	De lunes a Viernes
MAMEN OLMO PRIETO	mcolmop@saludcastillayleon.es	HOSPITAL		987237400.Ext42162. Busca 163120	De lunes a Viernes
MARGARITA TAMAME IGLESIAS	mtamame@saludcastillayleon.es	HOSPITAL		987237400 Ext 43400 Busca 163149	De lunes a Viernes
ESTHER BARRERO JUAREZ	ebarrero@saludcastillayleon.es	HOSPITAL MONTE SAN ISIDRO	Medicina Interna	987227250/Ext43812 630617201	De lunes a Viernes
CLARA GONZALEZ ARGUELLO	cgonzalezarg@saludcastillayleon.es	HOSPITAL MONTE SAN ISIDRO	Paliativos	987227250/Ext43831 630617349	L, X y V
		E.S.M I. SAN ANTONIO ABAD	Ed San Antonio	987240125.Ext 43073	Martes y Jueves
MARIAN VALENCIA VIVAS	mavalviv@hotmail.com	HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA UNIDAD DE AGUDOS		987237400 Ext.42438	De lunes a Viernes
CARMEN RODRÍGUEZ ARIAS	crodriguez@saludcastillayleon.es	HOSPITAL SANTA ISABEL	Rehabilitación	987203000Ext43742	De lunes a Viernes
CARMEN GARCÍA BARDÓN	mcgarciaba@saludcastillayleon.es	E.S.M. III. CONDESA	C.S Condesa	987233300Ext42965	L, X y J
		E.S.M. JOSE AGUADO	C.S José Aguado	987211311EXT 41818	Martes y Viernes
JULIA LLAMAZARES LLAMAZARES	jllamazares@saludcastillayleon.es	HOSPITAL SANTA ISABEL	Larga Estancia C. terapeutica	987203000Ext	De lunes a Viernes
Mª JOSÉ MARTINEZ FERNÁNDEZ	mmartinezfer@saludcastillayleon.es	E.S.M II Y V INDEPENDENCIA	C/Independencia	987251512Ext 42855	De lunes a Viernes
HAIDÉ ALONSO GIL	halonsogi@saludcastillayleon.es	HOSPITAL SANTA ISABEL	UCP	987203000 Ext43714	L;X;V
		HOSPITAL SANTA ISABEL	Patología Dual	987203000Ext43733	Martes y Jueves



CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJO SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La deontología es uno de los fundamentos de la existencia de las organizaciones profesionales, ya que sirve de guía para procurar la excelencia profesional y evitar la mala praxis.

El Consejo General del Trabajo Social ha venido utilizando, sin perjuicio de los diferentes códigos deontológicos que los colegios profesionales de cada Comunidad Autónoma haya podido desarrollar, el código deontológico aprobado en Asamblea General de Colegios Oficiales de mayo de 1999, como guía para resolver los problemas éticos y deontológicos en el ejercicio de la actividad profesional.

Tal y como ha reconocido el Tribunal Supremo las normas deontológicas de los colegios o consejos profesionales determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados/as y responden a la potestad pública que la Ley devenga a favor de estas organizaciones para ordenar la actividad profesional, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de la ciudadanía. Por ello, se debe ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional, intentando evitar comportamientos contrarios a la excelencia profesional, de ahí su función preventiva y didáctica.

El desarrollo de nuestra profesión a lo largo de estos años, puso de manifiesto la necesidad de adaptar el código deontológico a las nuevas realidades sociales, a los nuevos usos de las tecnologías de la información y la comunicación y a las nuevas circunstancias legislativas del siglo XXI. Por ello, desde el Consejo General del Trabajo Social se creó una Comisión Deontológica en mayo de 2010 con el objeto de iniciar la actualización de las normas deontológicas adecuándolas al reflejo de la realidad de la práctica profesional.

En noviembre del año siguiente, se presentó un borrador del nuevo Código Deontológico a la Asamblea de Colegios Oficiales de Trabajo Social para que fuera sometido a la opinión general del colectivo profesional con el objetivo de asegurar que el documento resultante tuviera un alcance lo más amplio posible.

Podemos afirmar que la participación de los colegios profesionales en este proceso ha sido modélica, no sólo por el alto nivel de participación que supuso presentar a la Comisión más de trescientas aportaciones, sino por la calidad del análisis contenido en las mismas, que se ha realizado a través de grupos de trabajo de ética o de los representantes elegidos por ellos. Finalizado este proceso, queremos agradecer las valiosas aportaciones recibidas, muchas de ellas reflejadas en el presente documento, resultado del máximo consenso, después de realizar un profundo análisis de la realidad de nuestra organización y su entorno. No podría ser de otra manera, ya que contiene los valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional del conjunto de profesionales del trabajo social. Así el Consejo General se encargará de dotar a este código de la suficiente difusión y publicidad para que sea conocido no sólo por profesionales del trabajo social, sino por las instituciones y por la sociedad en general, ya que la excelencia profesional supone una garantía para todos ellos. Para cimentar nuestro éthos hemos necesitado muchas manos, este código puede ser nuestra segunda morada, habitada desde la esencia de los principios, valores, derechos, deberes y saberes del trabajo social.

Ana I. Lima Fernández
Presidenta del Consejo General del Trabajo Social

TEXTO APROBADO DE FORMA UNÁNIME POR LA ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES EN SU SESIÓN EXTRAORDINARIA DE 09 DE JUNIO DE 2012

PREÁMBULO

El primer código deontológico en trabajo social editado por el Consejo General del Trabajo Social fue aprobado por Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999. Desde entonces, en los siguientes diez años, el código se ha impreso hasta en seis ocasiones.

El presente documento es una actualización del anterior texto, siendo el primer Código Deontológico del siglo XXI que edita el Consejo General del Trabajo Social, y se justifica en la necesidad de ahondar en los principios éticos y deontológicos profesionales atendiendo a las nuevas realidades sociales y a las normas que influyen directamente en la actividad profesional.

Sus objetivos, entre otros, tienen que ver con la necesidad de acotar responsabilidades profesionales, promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos, definir el correcto comportamiento profesional con las personas con la persona usuaria y con otros profesionales, evitar la competencia desleal, mantener el prestigio de la profesión, perseguir el constante perfeccionamiento de las tareas profesionales, atender al servicio a la ciudadanía y a las instituciones, valorar la confianza como factor importante y decisivo en las relaciones públicas y servir de base para las relaciones disciplinarias.

Si el anterior documento estableció un marco de regulación de los principios éticos y criterios profesionales por los que se rige la profesión de trabajo social, el actual código pretende superar las dificultades con las que se ha encontrado la profesión a lo largo de la década siguiente. Este código sirve para confirmar el compromiso de la profesión del trabajo social con la sociedad, incluyendo los avances científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades tanto del profesional del trabajo social como de las personas usuarias.

Respecto al papel del profesional del trabajo social, hemos de tener en cuenta sus funciones:

Se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice.

De ello se desprende:

1 Aprobadas unánimemente en Asamblea Extraordinaria de 29 de septiembre de 2001.

- Información
- Investigación
- Prevención
- Asistencia
- Atención directa
- Promoción e inserción social
- Mediación
- Planificación
- Gerencia y dirección
- Evaluación

- Supervisión
- Docencia
- Coordinación

Para desarrollar sus funciones, los profesionales del trabajo social cuentan con unos instrumentos específicos del trabajo social:

- Historia social, documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.
- Ficha Social, soporte documental de trabajo social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
- Informe Social, dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- Escalas de valoración social. Instrumento científico que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado. Permite elaborar un diagnóstico social
- Proyecto de intervención social, diseño de intervención social que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalizarían y criterios de evaluación.

En base a estas premisas que definen la actividad del trabajador/a social se ha elaborado un Código Deontológico para la profesión del trabajo social en España, documento fundamental para el buen desempeño de la profesión.

Sirvan las presentes normas deontológicas para recoger los derechos y deberes de todos los trabajadores sociales en el ejercicio de su actividad profesional.

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Artículo 1.- El presente Código Deontológico es el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en el Estado español.

Artículo 2.- Los deberes que formula este Código Deontológico, como resultado de la voluntad normativa que corresponde a una entidad de derecho público, obligan a todos/as los/las profesionales del Trabajo Social en el Estado español en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad profesional o contractual en que la practiquen. Asimismo, estos deberes se extienden a las sociedades profesionales registradas en el correspondiente colegio oficial, sin perjuicio de otras regulaciones colegiales.

El Consejo General del Trabajo Social, los Consejos Autonómicos, los Colegios Oficiales del Trabajo Social (en adelante las organizaciones colegiales) podrán estipular y aprobar cuantas normas deontológicas adicionales al presente Código consideren, en el marco competencial y territorial que les corresponda legalmente y siempre que la legislación autonómica les confiera tal facultad.

Las normas dictadas en el ejercicio de dicha potestad serán complementarias y congruentes con las establecidas en el presente Código.

Artículo 3.- El incumplimiento de alguna norma de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos de las respectivas organizaciones y cuya corrección se hará a través del procedimiento sancionador establecido.

Artículo 4.- Las organizaciones colegiales asumen como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la deontología profesional, así como velar por su cumplimiento y dedicarán atención preferente a la difusión de los preceptos de este Código entre todos los/las profesionales y el conjunto de instituciones sociales. Propondrán asimismo que los principios aquí expuestos sean objeto de estudio por el alumnado de Trabajo Social en las universidades.

Las organizaciones colegiales tratarán de que las normas de este Código Deontológico, que representan un compromiso formal de la Institución Colegial y de la profesión ante la sociedad española, por su carácter esencial para el ejercicio de una profesión de alto significado ético, humano y social, pasen a formar parte del ordenamiento jurídico garantizado por los poderes públicos.

Artículo 5.- El Trabajo Social es la disciplina científico-profesional que *“promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”*².

Artículo 6.- Trabajador/a social es la persona física que acredite estar en posesión de cualquier título oficial que faculte para ejercer la profesión de trabajo social obtenido en alguna de las universidades españolas. Los/las profesionales cuyo título de Trabajo Social haya sido expedido por otros Estados miembros de la Unión Europea, deberán presentar la correspondiente credencial de reconocimiento del mismo para el ejercicio de la profesión en España o de su homologación cuando se trate de títulos expedidos por países terceros.

CAPÍTULO II. APLICACIÓN DE PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFESIÓN

Artículo 7.- El Trabajo Social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad³ tal y como se contemplan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴, las instituciones democráticas y el Estado de Derecho. En ellos se basa la actuación profesional, por medio de la aceptación de los siguientes principios.

Principios básicos:

- 1.- Dignidad. La persona humana, única e inviolable, tiene valor en sí misma con sus intereses y finalidades.
- 2.- Libertad. La persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos.
- 3.- Igualdad. Cada persona posee los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias.

De estos principios básicos derivan los siguientes

Principios generales:

- 1.- Respeto activo a la persona, al grupo, o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.
- 2.- Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.

- 3.- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
- 4.- Ausencia de juicios de valor sobre la persona así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.
- 5.- Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad.
- 6.- Personalización exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo en el proceso de intervención con la intencionalidad de derechos y deberes.
- 7.- Promoción integral de la persona, considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales. Supone superar visiones parciales, unilaterales así como integrar la intervención a través de la interprofesionalidad.
- 8.- Igualdad de oportunidades), de derechos, de equidad y de participación desde la convicción de que cada persona tiene capacidades para una mayor calidad de vida.
- 9.- Solidaridad, implicarse en el logro de una sociedad inclusiva, y la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión, estigmatización o subyugación social.
- 10.- Justicia social con la sociedad en general y con las personas con las que se trabaja, dedicando su ejercicio profesional a ayudar a los individuos, grupos y comunidades en su desarrollo y a facilitar la resolución de conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias.
- 11.- Reconocimiento de derechos humanos y sociales y su concreción en el ejercicio real de los mismos.
- 12.- Autonomía ejercida desde la confianza en las capacidades propias de los profesionales, sin coacciones externas.
- 13.- Autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones.
- 14.- Responsabilidad y corresponsabilidad con la persona usuaria, con todos los sujetos que participan en la intervención profesional y con las instituciones.
- 15.- Coherencia profesional conociendo y respetando el proyecto y la normativa de la institución donde trabaja.
- 16.- Colaboración profesional de manera activa, constructiva y solidaria en relación con los/las otros/as profesionales que participan en la intervención profesional con la persona usuaria. Del mismo modo en lo referente a la auto-organización de los/as profesionales del trabajo social en sus estructuras organizativas colegiales.
- 17.- Integridad exige del profesional no abusar de la relación de confianza con la persona usuaria, reconocer los límites entre la vida personal y profesional, y no aprovecharse de su posición para obtener beneficios o ganancias personales.

CAPÍTULO III DERECHOS Y DEBERES DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.

A. RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA

Artículo 8.- Los/as profesionales del trabajo social se comprometen a respetar y promover los principios recogidos en este Código Deontológico.

Artículo 9.- Los/las profesionales del trabajo social ejercen su profesión desde el respeto de los derechos humanos fundamentales de los individuos, grupos y comunidades reconocidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de*

las Naciones Unidas, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y de las Libertades Fundamentales, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007, la Constitución Española de 1978 y todos aquellos recogidos en las declaraciones y convenciones reconocidas por la Comunidad Internacional y ratificadas por España.

Artículo 10.- Los/las profesionales del trabajo social toman decisiones justificadas éticamente, en conformidad con la Declaración Internacional de Principios Éticos de la FITS, los Criterios Éticos Internacionales para los Trabajadores Sociales y cuanto se establece en el presente Código Deontológico.

Artículo 11.- Los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional, tal y como se recogen en el Capítulo IV del presente Código.

Artículo 12.- Los/las profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento.

Artículo 13.- Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.

Artículo 14.- Los/las profesionales del trabajo social trabajan en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas.

Artículo 15.- Los/las profesionales del trabajo social, promoviendo el compromiso y la implicación de la personas usuarias, favorecen que éstas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros. Harán el menor uso posible de medidas legales coercitivas, y sólo las adoptarán en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes.

Artículo 16.- El trabajo social es incompatible con el apoyo, directo o indirecto, a individuos, grupos, fuerzas políticas o estructuras de poder que agredan a otros seres humanos mediante el terrorismo, la tortura u otros medios violentos.

Artículo 17.- Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.

Artículo 18.- El/la profesional del trabajo social tiene el deber de proporcionar, basándose en las características y capacidades de comprensión de la persona usuaria, la información necesaria sobre las disposiciones legislativas y administrativas y sobre los derechos, deberes, ventajas, desventajas, recursos y programas pertinentes. Desde estos conocimientos establece la relación profesional con la persona usuaria, el proceso, los resultados previstos y la posible finalización de la intervención.

Artículo 19.- Cuando por causas diversas no sea posible consensuar las cuestiones que afecten a la persona usuaria, el profesional velará por la elección de los mejores procesos que aseguren que la decisión adoptada es tomada en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de aquel/lla.

Artículo 20.- En los casos en que sea necesario derivar la atención de la persona usuaria a otro servicio, el/la profesional del trabajo social lo hará de la manera más favorable para aquella, procurando la continuidad de la intervención.

Artículo 21.- Cuando la acción o actividad de la persona usuaria, de forma real o potencial, presente un grave riesgo (previsible o inminente) para sí o para otros, se procederá profesionalmente, con el consentimiento del equipo en su caso, a solicitar a quien corresponda la limitación cautelar del derecho de autodeterminación.

Artículo 22.- El/la profesional del trabajo social procurará el desarrollo de procedimientos para que la persona usuaria tenga un comportamiento adecuado en la relación profesional basada en el respeto mutuo.

Artículo 23.- La situación de poder o superioridad que el ejercicio de su actividad pueda conferir al profesional del trabajo social sobre la persona usuaria, nunca será utilizada por aquel/lla para su lucro, interés o beneficio propio.

B. RELACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES

Artículo 24.- En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del trabajo social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad.

Artículo 25.- El/la profesional del trabajo social debe recabar el consentimiento de la persona usuaria para la presencia de terceras personas ajenas al acto de intervención profesional, tales como alumnado en prácticas, profesionales en formación, estudio o investigación, voluntariado, etc-

Artículo 26.- El/la profesional del trabajo social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social.

Artículo 27.- El/la profesional del trabajo social preste desinteresadamente y orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten.

Artículo 28.- El/la profesional del trabajo social debe registrar y archivar debidamente la documentación realizada a fin de poderla transferir o derivar a los profesionales correspondientes para evitar reiteraciones o retrocesos en la actividad profesional.

Artículo 29.- El/la profesional del trabajo social evalúe con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo.

Artículo 30.- Las relaciones entre los/las profesionales del trabajo social deben regirse por los principios de profesionalidad, coordinación, colaboración y respeto recíproco, evitando la competencia desleal.

Artículo 31.- Para participar en la selección de colegas y otros profesionales el/la profesional de trabajo social lo hará de acuerdo con los criterios éticos contenidos en este Código Deontológico. En todo caso deben tenerse en cuenta criterios de igualdad, no discriminación, publicidad, mérito y capacidad.

Artículo 32.- En las peritaciones el/la profesional del trabajo social mantendrá el más absoluto respeto personal al colega) de la parte contraria o al autor/a del trabajo profesional al que se refiera la peritación, evitando cualquier tipo de descalificación subjetiva y ciñéndose a los aspectos técnicos de la cuestión controvertida. Deberá limitarse a emitir contenidos de estricta índole técnica- profesional.

Artículo 33.- Cuando un/a profesional del trabajo social conozca que otro/a colega incumple las normas del presente Código Deontológico debe comunicarlo por escrito a la organización colegial correspondiente.

C. RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES

Artículo 34.- Los/las profesionales del trabajo social se han de implicar profesionalmente en los derechos e intereses de la persona usuaria informando, cuando ello sea necesario, a la autoridad competente y a los organismos colegiales acerca de las violaciones de Derechos Humanos, malos tratos o cualquier actuación cruel, inhumana o degradante de que sea víctima cualquier persona de los que tuviere conocimiento en el ejercicio profesional, incluso cuando las personas consientan la situación en la que se encuentran.

Artículo 35.- El/la profesional del trabajo social asumirá los principios de este Código y la promoción de derechos y deberes sociales en las organizaciones y entidades en las que ejerza su actividad, apoyando responsablemente y de manera activa, en la medida de sus posibilidades, los procesos orientados a la mejora de la calidad de los servicios sociales.

Artículo 36.- El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus objetivos. En caso de que aquellos sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el/la profesional actúe en conformidad con lo establecido en el presente Código. En caso de conflicto entre la dependencia laboral y el respeto a los principios de la profesión que pudieran generar acciones incompatibles con los principios éticos o la calidad o eficiencia profesional en beneficio de la persona usuaria, el/a profesional podrá recabar el apoyo y en su caso el amparo del Colegio Profesional.

Artículo 37.- El/la profesional del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

Artículo 38.- El/la profesional del trabajo social, al informar con regularidad de su actividad a los responsables de la entidad donde preste sus servicios, hágalo dentro de los límites compatibles con la confidencialidad, el secreto profesional y los principios básicos de la profesión, tal y como se desprende de este Código.

Artículo 39.- El/la profesional del trabajo social debe dar a conocer a los/las responsables o directivos/as de la institución u organismo donde presta sus servicios, las condiciones y los medios indispensables para llevar a cabo la intervención social que le ha sido confiada, así como todo aquello que obstaculice su labor profesional.

Artículo 40.- El/la profesional del trabajo social dispondrá de autonomía para elegir y aplicar en la elección y aplicación de las técnicas idóneas, medios y condiciones que favorezcan sus relaciones e intervenciones profesionales. Así mismo, tiene derecho a solicitar de la organización donde preste sus servicios la oportunidad de formarse y actualizarse en todas aquellas materias que repercutan en un mejor desempeño de su acción profesional.

Artículo 41.- El/la profesional del trabajo social, en relación con la organización y el trabajo en equipo, tenga en cuenta que la documentación profesional está sujeta a criterios de confidencialidad, por lo que su uso queda limitado por y para el objetivo

profesional de que se trate. Solicite las medidas de seguridad necesarias para garantizar dicha confidencialidad.

Artículo 42.- El/la profesional del trabajo social debe tener una visión global del trabajo a realizar en la institución u organismo en los que presta sus servicios, y establecer prioridades con criterios objetivos acordes con la misión de la entidad y en función de las necesidades detectadas en la realidad social.

Artículo 43.- El/la profesional del trabajo social, desde el marco de sus competencias profesionales en la organización de la que forma parte, ha de facilitar la cooperación con las entidades y organizaciones afines, cuyas políticas y programas vayan dirigidos a proporcionar servicios adecuados y promover la calidad de vida de los usuarios.

Artículo 44.- El/la profesional del trabajo social vele para que los informes realizados, a petición de su entidad o cualquier otra organización, permanezcan sujetos al deber y al derecho general de la confidencialidad. En cualquier caso la entidad solicitante quedará obligada a no darles difusión fuera del objetivo concreto para el que fue recabado en los términos que se establecen en el siguiente Capítulo.

Artículo 45.- Ante prácticas no éticas de alguna organización o entidad, que lesionen los derechos y/o la dignidad de la persona usuaria, el/la profesional del trabajo social comunicará la situación a la Comisión Deontológica de la respectiva organización colegial.

Artículo 46.- El/la profesional del trabajo social desde su responsabilidad principal hacia la persona usuaria proponga los necesarios cambios de política, procedimientos y actuaciones mediante los canales apropiados con los que cuentan las entidades y organizaciones. En el caso de que éstas limitaran la responsabilidad en su actuación y persistan lesiones y vulneración grave de los derechos de la persona usuaria, si se agotan las vías de soluciones adecuadas, recórrase a instancias superiores o a la más amplia comunidad de intereses.

Artículo 47.- El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto.

CAPÍTULO IV. – LA CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL

Artículo 48.- La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 49.- Están sujetos/as al secreto profesional:

- a. Los/las profesionales del trabajo social cualquiera que sea su titulación, ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.
- b. Los/las profesionales que trabajan en equipo con el/la profesional del trabajo social y que, por su intervención y con independencia de su profesión, tengan conocimiento de cualquier información confidencial.
- c. El alumnado de trabajo social en prácticas y el voluntariado que ocasionalmente intervengan junto al/la trabajador/a social.

El/la profesional del trabajo social solicitará discreción a los/las colaboradores/as, personal administrativo, estudiantes, voluntarios/as o de cualquier otro tipo, que por razón de su profesión manejen información confidencial, haciéndoles saber la obligación de guardar silencio sobre la misma, sin perjuicio de firmar cláusulas de obligación de secreto conforme a la normativa de protección de datos.

Artículo 50.- El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

Artículo 51.- El/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Artículo 52.- El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Artículo 53.- El/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial:

1. De calidad: El/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
2. De consentimiento: Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.

La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que haya de facilitar para la intervención profesional. Deberá explicarse a la persona usuaria cómo trabaja la organización, indicándole que tiene en todo momento el derecho de aceptar, rechazar o retirar el consentimiento, si en algún momento lo estima oportuno, de acuerdo con la normativa vigente.

3. De Cesión de información y advertencia de confidencialidad: El/la profesional del trabajo social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atenderá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.

4. De limitación: El/la profesional del trabajo social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.

5. De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje: El/la profesional del trabajo social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.

6. De Finalidad: La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.

7. De custodia y acceso responsable: El/la trabajador social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

Artículo 54.- Supuestos de exención de la confidencialidad y del secreto profesional
El/la profesional del trabajo social tendrá como prioridad la vida, seguridad e integridad física, psicológica y social de la persona usuaria, dando la información confidencial indispensable en el círculo más restringido posible de la intervención profesional.

Para que el/la profesional pueda romper el secreto profesional debe darse una situación excepcional de suma gravedad que suponga un riesgo previsible e inminente para la persona usuaria, para el/la trabajador/a social o para terceros.

No obstante, el/la profesional no vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:

a. Cuando fuera relevado/a del secreto profesional, por escrito, por la persona usuaria, su representante legal o sus herederos.

b. Cuando reciba orden de informar sobre cuestiones confidenciales por mandato legal o por un órgano judicial. Si a pesar de ello tuviese dudas sobre los límites de la información confidencial solicitada podrá pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica de la estructura colegial correspondiente y plantearlo tanto de forma previa como en el juicio o expediente, para ser eximido de dicha obligación por la autoridad judicial o administrativa.

c. Cuando sea denunciado por un usuario por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse. Si comparece como testigo podrá pedir el relevo conforme al punto b).

d. Cuando la persona usuaria o terceras personas puedan resultar afectadas de una forma injusta y grave.

e. Cuando se realice la intervención social en equipo respecto de la información necesaria para ello, independientemente de si son trabajadores/as sociales o no. Si no lo son se advertirá de la obligación de secreto profesional o de guardar silencio.

Artículo 55.- En caso de duda en la aplicación de los principios y supuestos antes indicados para la ruptura del secreto profesional se atenderá jerárquicamente a los siguientes principios:

a. Prioridad de protección de los derechos fundamentales de la persona usuaria o terceros especialmente protegidos por la Ley.

b. Principio de seguridad.

c. Principio de libertad de decisión.

CAPÍTULO V. – LAS COMISIONES DEONTOLÓGICAS

Art.- 56.- El Consejo General creará una Comisión Deontológica a la que dotará de un Reglamento de Régimen Interno que establecerá el funcionamiento, objeto y funciones de la misma.

En todo caso, la Comisión Deontológica del Consejo General podrá:

a. Realizar actividades formativas y divulgadoras en materia de ética profesional y deontología.

b. Emitir informes generales a petición del Consejo General en materias de su competencia.

c. Emitir informes sobre aspectos específicos en materia de ética y deontología profesional cuando sean solicitados por organismos o instituciones públicas o privadas, previa toma en consideración por el Consejo General.

d. Emitir informes en materias de su competencia a petición de los Colegios Oficiales o Consejos Autonómicos.

Art.- 57.- Las organizaciones colegiales podrán crear sus propias Comisiones Deontológicas de acuerdo con lo previsto en sus Estatutos y en su propia normativa autonómica. En caso de que no la creasen podrán recurrir a la Comisión Deontológica del Consejo General a los fines previstos en el Capítulo 1.

Art.- 58.- Las Comisiones Deontológicas velarán por la deontología profesional con arreglo a lo dispuesto en este Código Deontológico. Sus funciones serán:

a. Elaborar criterios orientativos generales sobre aspectos deontológicos en la intervención profesional.

b. Prestar asesoramiento genérico a los/as profesionales que lo requieran.

c. Dictaminar en casos específicos sometidos a su consideración por las Juntas de Gobierno de los Colegios o Consejos Autonómicos, sea por iniciativa de éstos o a petición de los colegiados.

Art.- 59.- Las Comisiones Deontológicas podrán dictaminar, a petición de los órganos colegiales con competencia en materia sancionadora, en los casos de expedientes disciplinarios seguidos por la comisión de presuntas vulneraciones del Código Deontológico.

En estos casos el dictamen emitido por las Comisiones Deontológicas será preceptivo, pero no vinculante.

DISPOSICIÓN FINAL.- ENTRADA EN VIGOR

PRIMERA El presente Código Deontológico, una vez aprobado por la Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social, se publicará para general conocimiento de los/as profesionales del trabajo social, en el primer boletín de información que se edite, así como en las páginas web de los Consejos Autonómicos y Colegios Oficiales entrando en vigor a los 20 días al siguiente de su aprobación.

Modificación manual; Abril-2014

ALONSO GIL, HAYDEÉ
BARDÓN GARCÍA, CARMEN
BARRERO JUAREZ, ESTHER
GARCÍA FERNÁNDEZ, M^a JOSE
GONZÁLEZ ARGUELLO, CLARA
LLAMAZARES LLAMAZARES, JULIA
MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, M^a JOSÉ
OLMO PRIETO, M^a DEL CARMEN
RODRÍGUEZ ARIAS, M^a CARMEN
TAMAME IGLESIAS, MARGARITA
VALENCIA VIVAS, M^a ANGELES