



Urgències

EL TREBALL SOCIAL ALS SERVEIS D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIES

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Comissió de Treball Social de centres d'aguts

ABRIL 2015

Volem dedicar aquest document a tots els treballadors socials que desenvolupen la seva tasca en els serveis d'urgències hospitalàries, aquells interessats en iniciar-s'hi perquè els serveixi de guia i als altres professionals sanitaris que cada dia desenvolupen el seu treball al costat de tots ells.

També volem dedicar-lo a l'Aroa, al Nil, al Martí, al Miquel i a l'Adrià, nascuts durant el procés d'elaboració d'aquest document.

MEMBRES DEL GRUP DE TREBALL

Índex

A. Enquadrament: d'on partim?	3
1. Presentació	3
2. Introducció	3
3. Justificació	5
4. Objectius	6
5. Història del Treball Social en l'àmbit hospitalari	6
6. Marc legal	9
B. Context: On som?	10
1. Urgències, un escenari de treball	10
C. Treball Social al servei d'urgències hospitalàries: Què fem?	16
1. El per què del Treball Social al servei d'urgències hospitalàries	16
2. El treballador/a social al servei d'urgències hospitalàries	17
3. Funcions i competències del treballador/a social al servei d'urgències hospitalàries	19
D. Població susceptible d'intervenció social: Amb qui?	21
E. Intervenció: En què ens basem?	22
1. Models d'intervenció	22
2. Aspectes ètics del Treball Social al Servei d'Urgències Hospitalàries	23
F. Metodologia de treball: Com ho fem?	28
1. Tècniques en Treball Social	28
2. Origen de la demanda	30
G. Reflexions	33
H. Bibliografia	34

A. ENQUADRAMENT: D'ON PARTIM?

1. Presentació

Durant l'any 2009, la Comissió de Treball Social d'aguts del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) es va marcar com a objectiu conèixer la situació actual dels serveis d'urgències hospitalàries de diferents hospitals catalans, per tal de poder identificar el rol actual del treballador/a social en el marc d'aquest servei.

L'any 2010, moguts per la inquietud d'aprofundir en aquest tema, es va crear un grup de treball integrat per treballadores socials que desenvolupen habitualment la seva tasca en els serveis d'urgències hospitalàries. El grup de treball representa una mostra del què seria la realitat dels hospitals catalans ja que hi participen professionals d'hospitals de primer, segon i tercer nivell i, amb una presència a urgències, que passa de treballar a demanda i sense exclusivitat al servei, fins a una dedicació de 24 hores els 365 dies de l'any.

Aquest grup de treball va estar format per treballadores socials de deu hospitals de tots els nivells assistencials que es troben mensualment per treballar amb un doble objectiu: en primer lloc, conèixer la realitat dels treballadors/es socials dels diferents serveis d'urgències hospitalàries. En segon lloc, elaborar un document específic del rol del Treball Social en aquest àmbit, donant a conèixer el seu paper i rellevància com un professional més dels equips d'urgències hospitalàries.

El document que es presenta a continuació és fruit de l'anàlisi i les reflexions dels membres d'aquest grup de treball, el qual ha estat aprovat per la resta de membres de la Comissió de Treball Social de centres d'aguts del CSC.

2. Introducció

En els últims anys, la nostra societat ha experimentat canvis importants a tots els nivells, així com també en matèria de sanitat. La població està immersa en constant moviment, creant nous escenaris, noves realitats que, conjuntament, conformen noves necessitats sanitàries i socials. En aquests sentit, el model sanitari s'ha d'encaminar a donar resposta als nous reptes i s'ha d'adaptar a la població que ha d'atendre.

Volem destacar aquelles transformacions més rellevants de caire demogràfic, com ara l'envelliment demogràfic, l'últim fenomen migratori internacional i la conseqüent transformació de les llars.

L'envelliment demogràfic

El primer gran canvi en la nostra societat rau en l'augment de l'esperança de vida i la baixa natalitat. Aquestes dues transformacions amplien el col·lectiu de persones grans, el qual suposa un dels factors més rellevants quant al futur del model sanitari. Les projeccions de població realitzades per l'Idescat per a l'any 2015 preveu que la població de persones més grans de 80 anys a Catalunya passi del 4.7% al 5.9%.

Moltes vegades més anys vol dir més patologies. Patologies que es converteixen en malalties cròniques i en persones amb pluripatologies que els provoquen més dependència i discapacitat en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD), requerint més atenció continuada i integral.

Aquest fet s'ha convertit en una preocupació política i social creixent, sobretot en termes de despesa pública i sostenibilitat financera per l'augment de recursos i dispositius sanitaris i socials que això suposa. En aquest sentit caldria plantejar-se si l'augment del nombre de persones grans s'ha de traduir o no en un augment paral·lel del nombre de persones que esdevindran dependents. A Catalunya, el 75% de la despesa sanitària és produïda per malalts amb malalties cròniques o per persones amb pluripatologia que, sovint, estan a càrrec de persones del cercle familiar d'edat avançada. Aquest augment de l'envelliment provoca que es vagin introduint nous abordatges i nous programes com són el model d'atenció a la cronicitat avançada, el programa d'atenció al pacient crònic complex, etc.

El fenomen migratori internacional

Un altre canvi significatiu dels últims anys és l'onada migratòria. Una nova realitat que també està present en molts àmbits de la vida social, política i sanitària. La immigració pot provocar la reaparició de malalties ja eradicades, barreres idiomàtiques, problemes d'integració, i nous reptes als quals hem de poder donar resposta.

Una de les principals característiques del fenomen migratori és la rapidesa amb la qual s'ha acollit un gran volum de població immigrant. Tot i que cal mencionar que, Catalunya ja havia estat receptora de persones immigrants durant bona part del segle passat, allò que ha canviat en les darreres dècades ha estat la procedència de la immigració, que ha passat de ser interna a ser internacional.

Cal destacar, segons les últimes dades relatives a la immigració i l'emigració, que tot i que Catalunya sempre s'ha caracteritzat per ser territori d'acollida, des del 2009 i a causa de la cruesa de la crisi econòmica, es caracteritza per una disminució moderada de la immigració i un important augment de l'emigració (des del 2009 l'emigració ha experimentat un creixement entre el 8 i 9% anual).

La transformació de les llars

Un altre fenomen latent a la nostra societat actual són els canvis en les estructures familiars. La família és una de les institucions més importants i amb més continuïtat al llarg de la nostra història però, al mateix temps, és una de les més sensibles als canvis socials, i/o econòmics. Aquests canvis incideixen tant en les funcions relacionals com en les de socialització i d'ajuda mútua i, plantegen la necessitat de nous i més serveis externs de suport que donin resposta a les necessitats específiques de cadascuna de les noves fórmules de convivència.

La diversitat familiar a Catalunya és un fet cada vegada més visible. Avui dia podem trobar en la societat catalana formes de convivència que se sumen a la clàssica estructura familiar biparental, és a dir, a la formada per un pare, una mare i fills/es. La disminució de la mida de les llars catalanes, una reducció de la natalitat, un augment del nombre de divorcis i ruptures de parella, un increment de les parelles de fet i un descens de la nupcialitat, entre altres, donen pas a noves estructures familiars.

Actualment podem parlar de famílies biparentals, famílies homoparentals (formades per dues persones del mateix sexe i fill/es), famílies monoparentals (un home o una dona que decideixen ser pares sols de forma voluntària), famílies reconstruïdes (matrimonis separats i amb fills que refan la seva vida amb persones solteres, separades o divorciades amb fills també...), entre d'altres.

Tots els canvis exposats provoquen que el sistema sanitari ha d'anar encaminat a donar noves respostes i alternatives potenciant, en l'àmbit hospitalari, la interrelació amb els altres nivells assistencials, amb un model més obert a la comunitat i amb una importància creixent de les alternatives a l'ingrés hospitalari com és l'hospitalització a domicili, la cirurgia sense ingrés, els hospitals de dia, els recursos socials de suport a domicili, etc.

En aquest sentit, és important que el model sanitari es basi en una atenció integral i de l'actuació de tot l'equip multidisciplinari, per tal que, a la persona que acut a un servei d'urgències hospitalàries, se li pugui donar una alternativa sense que no vegi minvada la seva qualitat assistencial ni la seva qualitat de vida.

3. Justificació

L'inici del grup de Treball Social a urgències parteix de l'interès de la Comissió de Treball Social d'aguts del Consorci de Salut i Social de Catalunya l'any 2009 de conèixer quina és la realitat professional que desenvolupen els treballadors/es socials als serveis d'urgències hospitalàries i, més concretament, quina és la seva presència en aquests serveis.

L'evolució del model sanitari ha provocat una demanda creixent de la figura del treballador social dins dels equips d'urgències hospitalàries. La seva finalitat principal és poder

donar resposta als problemes socials, derivats de la manca de salut, que incideixen directament en la vida de les persones.

S'ha dut a terme una recerca bibliogràfica i una recollida de dades dirigida en els hospitals públics i/o concertats de la Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT) en la qual es constata la heterogeneïtat de models d'intervenció i la manca de documentació escrita específica respecte al paper del Treball Social al servei d'urgències hospitalàries*.

Aquesta constatació justifica la necessitat d'elaborar un document escrit amb els següents objectius.

4. Objectius

Objectius generals

- * Definir el Treball Social als serveis d'urgències hospitalàries.
- * Elaborar un document marc pels professionals dels serveis d'urgències respecte al rol del Treball Social en aquest àmbit.

Objectius específics

- * Cercar documentació històrica del Treball Social als serveis d'urgències hospitalàries.
- * Contextualitzar el servei d'urgències hospitalàries com a escenari de treball.
- * Homogeneïtzar i protocolitzar la intervenció social als serveis d'urgències hospitalàries.
- * Difondre el rol professional del treballador social als serveis d'urgències hospitalàries.
- * Oferir el document com a eina de docència per a professionals i/o estudiants de Treball Social.

5. Història del Treball Social en l'àmbit hospitalari

La història del Treball Social està documentada, però la documentació del Treball Social hospitalari i, en especial, el que fa referència al servei d'urgències, és molt precària, gairebé inexistent.

L'atenció social en el marc hospitalari s'inicia amb serveis d'atenció a les persones, als hostals, on s'oferien aliments calents, roba neta, cura de ferides, etc. Els hospitals de Catalunya, com la majoria d'altres hospitals de la resta del món, eren centres atesos

* Veure model de fitxa a la pàg. 50

principalment per congregacions religioses, d'atenció a les persones malaltes i d'acollida a peregrins.

Va ser el Dr. Richard C. Cabot, qui l'any 1905 va crear el primer lloc de treball per als professionals del Treball Social en el camp sanitari al Massachussets General Hospital. Aquest primer lloc de treball va ser per a Pelton Garnet i posteriorment per a Ida Cannon, ja que la primera va emmalaltir de tuberculosi poc després d'assumir el càrrec i es va veure obligada a retirar-se. Cannon va desenvolupar la seva feina durant quaranta anys i va ser pionera en molts programes per a la millora de la salut dels pacients, va realitzar classes d'art per a pacient psiquiàtrics i va realitzar la investigació sobre els factors socials que incrementaven la probabilitat de desenvolupar tuberculosi, entre altres.

A Catalunya, el 1932, Ana Maria Llatas d'Agustí va dirigir a Barcelona la primera escola de Treball Social d'Espanya, la *Escuela de Asistencia Social para la Mujer*, amb la finalitat de donar formació tècnica a les persones que es volien dedicar a les tasques assistencials. Va ser en aquest precís moment quan en els plans d'estudis es va incloure durant el segon curs de formació l'especialitat d'assistent social sanitària.

Durant la Guerra Civil (1936-1939), la República es va preocupar de donar atenció a la salut i va crear, per primera vegada, un Ministeri específic en el qual es van posar les bases per una infraestructura de sanitat i es va intentar d'ajustar l'estructura bàsica dels Serveis de Salut amb els Serveis Socials.

Més endavant, durant la dictadura franquista (1939-1975), José Antonio Girón de Velasco va posar en marxa una atenció sanitària segons la ideologia del sistema; un model individualista sense cap planificació prèvia (els ambulatoris i hospitals es van ubicar segons la voluntat del dirigent) i amb una orientació purament tecnològica i farmacològica.

Al llarg dels anys 40 i 50, l'Església o la Falange van ser qui van donar legitimitat i aixopluc a gairebé totes les iniciatives de formació d'assistents socials.

El 1953 es va inaugurar a Barcelona la tercera escola més antiga de l'Estat espanyol, la *Escuela de Visitadoras Sociales Psiquiátricas*. La seva fundació es produïa per iniciativa del Dr. Ramon Sarró Burbano, catedràtic de Psiquiatria de la Universitat de Barcelona. L'escola depenia jurídicament de la Sección Femenina. La idea de crear aquesta escola va sorgir després de la visita del Dr. Sarró durant quatre mesos als Estats Units, on es va convèncer de la necessitat de crear un personal auxiliar de psiquiatria per tal d'ajudar en l'abordament i resolució dels problemes socials dels individus.

Durant el transcurs dels anys, i revisant els plans d'estudis de les diferents escoles, es pot anar veient com en tota la formació dels assistents socials, hi ha un gran pes en la formació en matèria de psicologia, psiquiatria i posteriorment, en medicina general. Hi havia molt més pes en la formació sanitària que en la formació en matèria de Treball Social. Es dipositava el *savoir faire* de l'assistent social en les capacitats personals, la formació moral i en la transmissió pràctica. No va ser fins el període 1957-1968 quan es van introduir tot un seguit de matèries específiques com són el servei social de grup, el desenvolupament comunitari i els mètodes de Treball Social.

En motiu dels inicis del Treball Social i la formació que es rebia, es podria donar per entès que l'exercici professional en el qual s'ocupaven més llocs de treball hauria d'haver estat el camp de la salut, a inici de la dècada dels 70, només el 19,53% eren ocupacions al camp de la salut, per sota dels camps de treball 23,01%, ensenyament 20,92% i comunitat social amb el 36,72%.

Si es parla més concretament de l'existència de la figura del treballador social als diferents hospitals de Catalunya, val a dir que possiblement el centre que va ser pioner en incorporar el treballador social entre els seus professionals, va ser l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, el 1952. No obstant això, va ser l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, l'any 1967, qui va crear el primer departament d'assistència social de Catalunya i un dels primers d'Espanya, després de la incorporació del Treball Social dos anys abans. Aquest departament comptava amb vuit professionals.

Altres hospitals que van incloure el treballador social durant la dècada dels seixanta van ser l'Hospital de Santa Tecla de Tarragona (1961), l'Hospital Clínic de Barcelona, Mútua de Terrassa i l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa el 1968.

D'aquesta manera, tots els hospitals van anar incorporant els treballadors socials dins de la seva plantilla de personal, ja fos per donar una atenció compartida entre l'atenció a planta i la d'urgències, com per donar-la de forma exclusiva al servei d'urgències hospitalàries.

De la resta d'hospitals de Catalunya veiem que va ser a la dècada dels 80 quan incorporen la figura de l'assistent social. Coincidint amb aquest moment, és el 1986 quan la professió esdevé Diplomatura de Treball Social.

Cal senyalar que al procés d'acreditació d'hospitals d'aguts del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, es recull com a requeriment que *“l'organització disposi d'una unitat funcional d'atenció social, amb una persona responsable identificable, per donar resposta als problemes socials derivats de les necessitats assistencials dels seus clients”* i que un informe del Defensor del Pueblo, elaborat amb la col·laboració, entre d'altres, del Síndic de Greuges de Catalunya, es destaca que *“la demanda d'assistència urgent per col·lectius de persones en situació vulnerable (discapacitat, risc social, maltractament o violència, malaltia mental) precisaria d'una major dotació de personal especialista en Treball Social en els serveis d'urgències. S'acusa especialment la manca d'aquests professionals en els horaris de tarda i nit”*.

En quan al Treball Social en un servei d'urgències hospitalàries en Catalunya, destaquem que dels 38 hospitals amb els quals hem contactat, cinc d'ells compten amb Treball Social a urgències en dedicació exclusiva. En la resta, és a demanda.

6. Marc legal

La instauració de la democràcia fa que, des dels anys 80 fins a l'actualitat, els treballadors socials participin en la construcció i posada en marxa d'una reforma sanitària que ha fet possible el desenvolupament de la xarxa d'internament del SISCAT. Com a resultat, comencen a créixer les Unitats de Treball Social dins del sistema de salut i, és a partir de la normativa sobre acreditació de centres assistencials de 1982, que es fa constar que els hospitals han de comptar amb una Unitat de Treball Social.

La Llei 15/1990 de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya, en el seu article 64, indica que *“el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, ha de formular els criteris generals de la planificació sanitària i ha de fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics d'inclusió a assolir en el Pla de Salut de Catalunya”*. Aquesta previsió de la Llei s'hauria de desenvolupar amb una concepció integral i integrada de l'atenció sanitària, contemplant l'ésser humà des de totes les seves dimensions, biopsicosocial, amb la implementació d'equips multidisciplinaris que garanteixin que l'usuari tingui una valoració integral i una continuïtat assistencial.

Els nivells d'intervenció del nostre col·lectiu són de caràcter assistencial, preventiu i de promoció de la salut, i així es va recollir al document *Funcions i competències dels Treballadors Socials en el camp sanitari* creat per la Comissió de Salut del Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, l'any 2004-2005.

Per la seva banda, la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, al seu article 10 sobre el contingut de la història clínica, contempla que *“la història clínica ha de tenir un número d'identificació i ha d'incloure les dades següents: c) Dades socials: Informe social, si escau”*.

I el *Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud*, a l'annex 1 sobre el conjunt de dades de l'informe clínic a l'alta, contempla *“antecedents: antecedents socials i professionals”*; i a l'annex III sobre el conjunt de dades de l'informe clínic d'urgències, incorpora *“antecedents: antecedents socials i professionals”*.

B. CONTEXT: ON SOM?

1. Urgències, un escenari de treball

Abans d'aprofundir en el perfil i funcions del treballador social als serveis d'urgències hospitalàries, cal contextualitzar la nostra tasca en aquests serveis i ubicar-nos en el concepte urgència.

No parlarem del context material, que dependrà de cada servei, sinó de les connotacions que acompanyen a aquest escenari de treball.

a. Urgència, el concepte objectiu i subjectiu: denominadors comuns

Concepte objectiu

De les definicions objectives que es poden trobar sobre el concepte urgència/urgent introduïm les següents:

- * Si cerquem a un diccionari, trobarem la definició d'urgència: “Que no comporta cap retard. Necessitat urgent. Un cas urgent.”
- * Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una urgència és: “l'aparició fortuïta (imprevista o inesperada) en qualsevol lloc o activitat d'un problema de causa diversa i gravetat variable que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part del subjecte que el pateix o de la seva família”. Per tant es pot dir que urgència és una situació en la qual no existeix risc imminent de mort però que es requereix assistència mèdica en un temps reduït segons la condició per a evitar complicacions majors.
- * En el “Model d'atenció a les urgències” realitzat per un grup d'experts l'any 2012, dins del “Pla de Salut 2011-2015” del Departament de Salut de Catalunya, es defineix les urgències com: “Les demandes d'atenció immediata que abasten situacions de complexitat diferents, (des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent) i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments.
- * Si cerquem a un diccionari la definició d'urgent: “Que precisa una acció o solució ràpida” o “Que precisa ser solucionat amb immediatesa”.

Concloem el concepte d'urgència/urgent com aquelles circumstàncies súbdites i imprevisibles que poden comprometre la vida de la persona o la seva estabilitat emocional.

Concepte subjectiu

Des d'una visió subjectiva, la urgència és una percepció. Dependrà de la vivència que tingui la persona de la circumstància per la qual estigui passant. Sovint no comporta risc vital i és producte d'un procés que es viu com a urgent per la impotència i desorientació que genera. La rapidesa amb la qual s'acut per a rebre atenció mèdica la determina la persona que la pateix. No sempre es diferencia allò urgent d'allò important, i a l'inrevés.

Tant si la urgència és objectiva com subjectiva, hi ha denominadors comuns que afecten a tothom:

- * La **preocupació**: inquietud, por o intranquil·litat que es té pel fet causal d'acudir a un servei d'urgències hospitalàries.
- * La **vulnerabilitat**: és freqüent que, als serveis d'urgències hospitalàries, els professionals, les famílies i pacients es sentin vulnerables a causa de la situació física o emocional en la qual es troben.
- * La **informació**: la demanda d'informació és constant per part de tots els actuant implicats, el personal assistencial, el pacient i la família.

b. Què caracteritza un servei d'urgències hospitalàries?

Els serveis d'urgències hospitalàries són de **lliure accés** i faciliten l'atenció mèdica les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, la qual cosa fa que s'atengui un ampli ventall de situacions tant a nivell clínic com a nivell sociofamiliar.

En aquests serveis mai no se sap què passarà, ni en quin ordre, freqüència, ni intensitat. Això és inherent al seu funcionament, marcant la pròpia dinàmica del servei i el ritme de treball. Aquests fets generen una **incertesa constant** en diferents aspectes com en el número de pacients, la gravetat de cadascun, la seva evolució i les possibles complicacions que fan que no es pugui predir què passarà a continuació.

Són serveis polivalents en els quals, en un mateix moment, es poden atendre situacions de salut lleus, que no comprometen la vida, com haver d'actuar en situacions de risc vital. Per aquest motiu, el servei i els professionals que hi treballen han de tenir desenvolupada la seva **capacitat d'adaptació constant i ràpida**.

L'atenció mèdica és continuada, l'espai físic i el número de professionals està definit, però no el flux de pacients que sol·liciten assistència mèdica urgent que fa que el servei sempre estigui en **constant moviment**.

En aquest context, els diferents professionals han de **prendre decisions** i les han de prendre de **forma ràpida**, tenint en compte que aquestes poden no ser les definitives i es poden anar replantejant segons l'evolució. A més, en ocasions, es depèn de la intervenció d'altres especialitats mèdiques per poder donar una resposta adequada.

Totes aquestes característiques sotmeten el servei d'urgències hospitalàries a la **pressió assistencial** que afecta pacients, professionals i altres nivells assistencials.

c. Les polaritats

Els cicles vitals configuren i formen la nostra vida, i dins d'aquests cicles trobem polaritats, aspectes oposats d'una mateixa realitat que donen sentit a la nostra vida quotidiana.

Quan com a professionals i/o pacients estem als serveis d'urgències hospitalàries vivim amb diversos aspectes oposats. Les polaritats poden influir o condicionar el nostre treball i, per aquest motiu, és essencial conèixer-les i determinar en quina mesura ens afecten a nosaltres i a la nostra intervenció. Algunes d'aquestes polaritats són:

Dia – Nit: una de les característiques més significatives dels serveis d'urgències hospitalàries és que es tracta d'uns serveis en funcionament tots els dies de l'any, les 24 hores del dia. Això posa de manifest la polaritat dia-nit com la de llum-fosc, fet que pot provocar la desorientació en algunes persones.

Salut – Malaltia: des del punt de vista mèdic, la línia entre els conceptes de salut i malaltia és molt fràgil; i partint d'un diagnòstic ràpid, podem passar d'un estat a l'altre.

Vida – Mort: als serveis d'urgències hospitalàries, el procés vida-mort es pot produir de manera imprevista i traumàtica, provocant sentiments de ràbia, tristesa i desolació.

Patiment – No patiment: davant de situacions de patiment, en molts casos, el malalt i/o les famílies demanen mesures per tal d'evitar-lo.

Dolor – No dolor: mitjançant un tractament farmacològic i urgent, les persones passen de patir dolor a no tenir-lo, al marge de l'evolució de la malaltia.

Soroll – Silenci: en un mateix espai pot conviure un nivell de soroll elevat (línies de telèfon, megafonia, alarmes d'incendi, alarmes de seguretat, etc.) amb espais de silenci com poden ser les UCI, boxes, etc.

Rapidesa – Lentitud: sovint, quan les persones s'adrecen al servei d'urgències hospitalàries esperen rebre una atenció immediata. La immediatesa de l'atenció, però, està determinada en funció del risc vital i no per la percepció d'urgència que pugui tenir la persona que s'adreça al servei.

Tecnologia – Persona: la tecnologia mèdica i el tracte personal i humà conviuen constantment al Servei d'urgències hospitalàries.

Èxit – Frustració: la polaritat èxit-frustració es pot donar, per exemple, en l'èxit d'una intervenció quirúrgica que tècnicament hagi anat bé, però pot conviure amb la frustració que no hagi servit per a millorar la qualitat de vida de la persona i, per tant, tampoc la seva situació clínica.

Esperança – Desesperança: l'esperança de curació o salvació pel fet d'estar en un hospital pot conviure amb la desesperança de la constatació que poc es pot fer per millorar una determinada situació.

Seguretat – Inseguretat: la persona que és atesa al servei d'urgències hospitalàries es pot sentir segura per diversos motius: pel fet d'estar en el lloc adequat a la seva situació (centre sanitari), pel fet d'obtenir un diagnòstic mèdic encertat, etc.; però aquesta seguretat pot conviure també amb la inseguretat del fet d'estar en mans d'un professional desconegut, per a rebre un determinat diagnòstic, inseguretat per no saber quantes hores haurà d'estar al servei, si s'haurà de quedar ingressat, etc.

Comunicació – Incomunicació: polaritat relacionada amb la manca de comunicació que, de vegades, pot ser causada pel propi llenguatge tècnic utilitzat pels professionals, per una possible barrera idiomàtica en atendre persones que desconeixen l'idioma, o per altres motius.

Aquest conjunt de polaritats formen part del marc de treball de tots els professionals dels serveis d'urgències hospitalàries i permeten d'entendre la complexitat d'elements que interfereixen en la seva activitat.

d. Qui acudeix al servei d'urgències hospitalàries?

Els pacients que habitualment acudeixen al servei d'urgències hospitalàries els podríem classificar:

- * Pacient derivat amb criteri mèdic des de qualsevol dispositiu de la xarxa de serveis sanitaris: atenció primària de salut o centre sociosanitari. Els criteris de derivació poden ser per una atenció a una emergència o per una patologia que ha de ser atesa en l'àmbit hospitalari (en el nivell de complexitat que li pertoca), incloent una descompensació de la patologia crònica de base, que compromet la vida del pacient.
- * Pacient que percep que allò que li preocupa no pot esperar i, per tant, és urgent.
- * Pacient que acut per descompensació de les patologies associades al cicle vital, com l'ancianitat, o per trastorns psiquiàtrics, o per simptomatologia derivada d'algun tòxic.
- * Pacient que arriba al servei a criteri de la família, sovint desbordada per la situació, sense una clara indicació mèdica urgent.

e. Equipatge emocional que els pacients i famílies porten als serveis d'urgències hospitalàries

La figura que emergeix d'aquest context de feina, urgències, està formada per un ambient tensional, de preocupació, de vulnerabilitat i demanda d'informació, i encara ens falta l'equipatge emocional amb el qual les famílies i pacients viuen l'estada al servei.

Assenyalem, en primer ordre, l'**excepcionalitat**. La quotidianitat de les persones no passa per un servei d'urgències hospitalàries. En general, no ho tenim planificat en la nostra activitat diària.

En segon terme, la **pèrdua de control temporal**. Moltes persones pateixen la pèrdua de control temporal respecte a les seves vides o a les circumstàncies que els han portat al servei d'urgències hospitalàries. De cop, un succés important per a la persona, està en mans d'uns professionals no escollits. La pèrdua de control temporal ens porta a la **incertesa**, que és un dels factors d'estrès per excel·lència.

La percepció de canvi. Qui acut al servei d'urgències hospitalàries experimenta, per petit que sigui, algun canvi físic o emocional. Un cúmul de circumstàncies: la causa que ha propiciat l'ingrés, l'edat del pacient, el diagnòstic, el pronòstic, la possible manca de suport familiar, etc., provoquen una allau de sentiments i reaccions. Sovint són situacions que poden provocar estrès, impacte emocional, agressivitat, tristesa, confusió i desemparament. Tot aquest moviment emotiu es manifesta, amb més o menys intensitat o transparència, en funció de les habilitats personals de què disposi cada persona.

De vegades les persones **creuen i confien** que la tecnologia ho pot tot i dipositen l'expectativa de curació al professional del servei. Cal tenir en compte les creences de tipus religiós i/o personals.

Els serveis d'urgències hospitalàries són un lloc on s'inicien processos però no sempre es tanquen al mateix servei: s'atenen, es canalitzen, es deriven, es contenen però no sempre la intervenció es correspon amb les **expectatives del pacient i família** quan arriben al servei.

f. Les expectatives que es generen al voltant dels serveis d'urgències hospitalàries

La necessitat que té l'ésser humà de resoldre els problemes de salut de manera immediata genera expectatives en els serveis d'urgències hospitalàries que no sempre es compleixen. Algunes d'aquestes tenen a veure amb les pròpies característiques del servei (fàcil accés, disponibilitat 24h 365 dies l'any,...) i amb la percepció del concepte d'urgent del propi usuari.

Les expectatives més habituals són:

- * Persona que acut al servei per conèixer el diagnòstic, el tractament i el pronòstic.
- * Persona que acut a la recerca de solucions, tot i que el diagnòstic ja el saben i necessiten que l'escollin, trobar nous tractaments, altres opinions, etc.
- * Persona que consulta per a obtenir un diagnòstic més esperançador en consonància amb la tecnologia del centre.
- * Persona que espera un ingrés que els proporcioni un marge de temps per a reorganitzar-se, assimilar la situació, pensar, etc.

- * Persona que espera que, a partir de la visita al servei, hi haurà una millora de la seva simptomatologia i/o respecte a la seva autonomia en les activitats de la vida diària.

També existeix la creença i l'expectativa, tant dels diferents professionals com de l'entorn sociofamiliar, que amb l'atenció al servei d'urgències hospitalàries es resoldran de forma immediata les dificultats socials i familiars.

La confusió i simbiosi que, pacients i famílies, estableixen entre urgències i immediatesa juntament amb les expectatives dels professionals de serveis externs, poden generar un cert sentiment d'incomprensió, sentint-se perjudicats i que percebin que no han rebut allò que esperaven. És tasca important per part dels professionals del servei ajudar els usuaris a ajustar les seves expectatives a la realitat dels serveis d'urgències hospitalàries.

C. TREBALL SOCIAL AL SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIES: QUÈ FEM?

1. El per què del Treball Social al servei d'urgències hospitalàries

El procés assistencial al servei d'urgències hospitalàries s'inicia en el moment en què el pacient arriba i es perllonga fins que es dona l'alta mèdica del servei. Durant aquest procés es realitza una valoració de salut del pacient, en la qual és important que l'equip assistencial detecti les possibles situacions de risc o problemàtica social. L'abordatge d'aquestes situacions requereix d'un professional especialitzat en Treball Social.

El Treball Social en l'àmbit sanitari té com a objecte d'estudi l'individu i les seves famílies amb relació a l'estat de salut, potenciant les seves capacitats i utilitzant els recursos socials necessaris amb la finalitat de mantenir i/o millorar la qualitat de vida. És en aquest procés d'estudi quan el treballador/a social esdevé integrat en l'equip assistencial.

El treballador/a social és un professional amb habilitats, aptituds i formació acadèmica per a realitzar la valoració dels aspectes socials, modificar actituds i fer un bon acompanyament de les persones i/o famílies.

Aquesta valoració integral permet de disposar d'una visió més acurada del pacient, detectar aspectes de salut que condicionen situacions socials de risc i aspectes socials que influeixen en la situació de salut dels pacients. Precisa alhora d'una coordinació amb els altres professionals de l'equip assistencial.

La valoració social des de l'inici del procés al Servei d'urgències hospitalàries permet d'evitar la utilització de recursos innecessaris, els reingressos i el retard de les altes; i afavoreix la sortida de la persona del servei amb el suport adient en cada situació.

Disposar de la valoració integral, permetre la coordinació entre els diferents professionals assistencials i la immediatesa en el procés aporta un valor afegit a la intervenció de l'equip multidisciplinari en el context dels serveis d'urgències hospitalàries, que alhora proporciona una major qualitat assistencial en benefici dels pacients.

El Treball Social en els serveis d'urgències hospitalàries és un engranatge més de tots els serveis que l'usuari, malalt i/o família poden precisar, que tracta directament la problemàtica generada per la situació de malaltia i la seva resolució.

2. El treballador/a social al servei d'urgències hospitalàries

a. Perfil professional del treballador/a social

La descripció de competències i capacitats requerides per a desenvolupar una ocupació i, les seves condicions de desenvolupament, és el que defineix el perfil professional.

El treballador/a social és el professional que té una comprensió àmplia de les estructures i processos vitals del comportament humà, que el capacita per a intervenir en les situacions que viuen persones, famílies, grups, organitzacions i comunitats; assistint, gestionant conflictes, exercint mediació i promovent el canvi social.

Concretament, el professional del Treball Social al servei d'urgències actua en un context on convergeixen les vessants social i sanitària de les persones i els grups familiars afectats per situacions de malaltia, d'estrès agut o mort. El Treball Social sanitari proposa la concepció global de la persona i la necessitat d'un enfocament integral, tant en la valoració de necessitats com en la implementació dels programes d'intervenció.

Aquesta figura professional ha de tenir la titulació universitària de diplomad/da i/o grau en Treball Social, preferiblement amb una formació complementària específica en el camp de la salut. És recomanable un període de pràctiques supervisades en un servei d'urgències i estar col·legiat.

És necessari realitzar una formació continuada tant en aspectes propis del Treball Social com en coneixements sobre els processos de salut.

Les persones que treballin com a treballadors socials han de tenir unes competències específiques pròpies. Unes, en funció de les habilitats i coneixements de tipus tècnic i organitzatiu; i unes altres, de caràcter més transversal, en les quals les competències cognitives i emocionals adquireixen un pes específic.

b. Capacitats del treballador/a social

Les capacitats i aptituds són essencials i estan estretament lligades al rol professional ja que faciliten una correcta realització de les activitats i responsabilitats professionals. A continuació, s'enumeren algunes d'aquestes capacitats del treballador/a social en relació als diferents aspectes de la seva tasca diària al servei d'urgències hospitalàries.

Capacitats en relació amb la intervenció:

- * Prioritzar i organitzar la intervenció social
- * Prendre decisions davant situacions socials d'urgència
- * Treballar en els diferents àmbits d'actuació
- * Atendre casos de temàtica molt diversa

- * Reaccionar davant els imprevistos de caràcter tècnic o pràctic, potenciant la creativitat per a la seva resolució
- * Gestionar conflictes
- * Capacitat de contenció, mediació i negociació
- * Conèixer els recursos i serveis disponibles al territori
- * Discernir adequadament la idoneïtat d'un recurs o intervenció

Capacitats en relació amb l'equip assistencial:

- * Adaptar-se als equips de les diferents especialitats mèdiques i disciplines, establint tasques de coordinació i de treball en equip
- * Conèixer les altres disciplines de l'equip
- * Mantenir una relació / comunicació fluïda amb els membres de l'equip assistencial
- * Conèixer els processos bàsics de salut propis de la intervenció al servei
- * Adaptar-se i ser flexible a l'entorn físic i ambiental, als diferents torns i als ritmes de treball
- * Ser receptiu davant la crítica. Capacitat d'autocrítica
- * Ser coherent amb la tasca professional, tenint en compte el projecte del servei
- * Obtenir la confiança i credibilitat de la resta de professionals
- * Participar activament en la vida acadèmica del servei

Capacitats en relació amb el pacient i/o la seva família:

- * Conèixer el perfil de la població atesa
- * Reflexionar i actuar des d'una visió global i integral de la persona
- * Planificar l'atenció segons la intensitat, gravetat i vulnerabilitat de la situació de salut de la persona
- * Comprendre, acompanyar i oferir suport als pacients i a les seves famílies
- * Mostrar assertivitat, empatia i escolta activa
- * Evitar emetre judicis de valor
- * Prendre la distància professional adequada per mantenir l'objectivitat
- * Saber activar i gestionar les capacitats personals del pacient/família
- * Facilitar la comprensió dels aspectes de salut per orientar al pacient/família
- * Gestionar l'estrès i la pressió del pacient /família

c. Habilitats personals recomanades

Desenvolupar unes capacitats i aptituds concretes per a treballar en els serveis d'urgències hospitalàries és tan important com potenciar les habilitats personals per a facilitar la tasca del treballador/a social.

- * Equilibri emocional
- * Capacitat d'autocontrol
- * Serenitat en situacions d'estrès
- * Seguretat en un mateix
- * Resistència a la fatiga física i psicològica
- * Tolerància a la frustració
- * Gestió dels conflictes

- * Capacitat per a prendre decisions en situacions de molt estrès
- * Maneig de situacions d'alerta
- * Agilitat, determinació i resolució
- * Habilitats comunicatives
- * Assertivitat, empatia i escolta activa
- * Interpretació del llenguatge no verbal
- * Gestió del silenci
- * Comprensió i acompanyament de les emocions
- * Sentit de d'humor

3. Funcions i competències del treballador/a social al servei d'urgències hospitalàries

En un hospital són ben conegudes, en general, les funcions bàsiques dels metges/es, infermers/es, auxiliars... però i les del treballador/a social? Ho tenim clar? Quin és el rol al servei d'urgències hospitalàries d'un professional del Treball Social? Quines són les seves competències? El fet que el treballador/a social sigui un professional versàtil pot comportar una dificultat en la definició dels límits en la intervenció i, per tant, en les funcions a desenvolupar. La diversitat dels hospitals segons els nivells, les directrius de la institució i la presència de la nostra disciplina, pot ampliar el ventall de les funcions i competències que, de manera sintetitzada, hem intentat de reflectir.

És important definir-les ja que sovint el desconeixement pot generar confusió en les àrees competencials de cada disciplina.

Les funcions i competències del treballador/a social en el camp sanitari ja han estat descrites en altres publicacions. En aquest document i dins l'especificitat en l'àmbit de les urgències hospitalàries, volem destacar les més significatives.

El servei d'urgències hospitalàries és un dels serveis en el qual el treball és intens i els professionals que l'integren estant sotmesos a molta pressió. Les pròpies característiques del servei fan que la dinàmica de les intervencions de tot l'equip assistencial sigui ràpida i immediata. En aquest context, la integració d'un treballador/a social resulta rellevant en les següents funcions:

a. Funcions vers l'equip interdisciplinari

- * Facilitar la comunicació entre el pacient/família i l'equip del servei d'urgències hospitalàries.
- * Aportar a la resta de l'equip professional la valoració i diagnòstic social per planificar la intervenció de manera conjunta.

- * Sensibilitzar la resta de l'equip sobre la realitat social i les repercussions en la salut de cada persona.
- * Facilitar el seguiment social i la continuïtat assistencial dels malalts del Servei d'urgències hospitalàries, coordinant amb la xarxa social comunitària en cas d'alta o amb el treballador social del propi hospital, en cas d'ingrés.
- * Participar activament en plans de millora del servei i en l'elaboració i la revisió de protocols d'intervenció en situacions o problemàtiques específiques.

b. Funcions d'intervenció social vers l'usuari i/o família

Són funcions comunes en l'atenció hospitalària l'anàlisi de la demanda, la valoració i elaboració del diagnòstic social, el pla d'intervenció, així com també la mobilització dels recursos personals/familiars/xarxa informal/comunitaris i la informació i orientació al recurs més adient en cada situació. En un Servei d'Urgències Hospitalària el temps delimitarà la nostra assistència i intervenció per tal que el professional de Treball Social pugui:

- * Detectar de forma precoç situacions de fragilitat/vulnerabilitat social per tal d'iniciar la intervenció i preveure possibles necessitats a l'alta.
- * Prioritzar l'atenció a les situacions d'urgències i la planificació de les intervencions a realitzar.
- * Reconèixer les expectatives del pacient i/o família o d'altres professionals de la xarxa comunitària amb l'objectiu d'ajustar-les a la realitat del Servei d'urgències hospitalàries.
- * Conèixer la cartera de serveis de la xarxa comunitària.
- * Registrar la intervenció realitzada en la història clínica del malalt.
- * Derivar i realitzar informes socials d'aquells pacients amb risc sociosanitari.
- * Hem de destacar que en un entorn d'urgències, el Treball Social suposa un valor afegit en la contenció emocional tant en malalts com en familiars, en situacions crítiques. En aquest context, el treballador/a social és competent per a:
- * Col·laborar en la identificació i localització de familiars d'aquells pacients que arribin sols, en estat crític o siguin èxits o reconeguts cadàver i, dels que no hi ha dades identificatives.
- * Ajudar la família a elaborar i acceptar la gravetat o el desenllaç de la situació crítica.
- * Atendre les persones que són ateses per violència: de gènere i/o agressió sexual, gent gran, infància, tant en l'àmbit familiar com institucional.

D. Població susceptible d'intervenció social: Amb qui?

El perfil de la població que acut als serveis d'urgències hospitalàries és molt divers, tant per la franja d'edat (infància, adults, gent gran), per la patologia (crònica, aguda, terminal), com pel gènere i risc d'exclusió social per manca de recursos econòmics o d'accessibilitat.

A continuació s'anomena una relació de les persones objectes de la intervenció del treballador/a social:

- * Pacient que viu sol, sense suport familiar o amb suport deficient i amb pèrdua d'autonomia física i/o psíquica.
- * Pacient que necessita ajuda per a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i el cuidador principal presenta limitacions.
- * Pacient dependent per ABVD que es queda sense cuidador principal de forma sobtada (mort, malaltia greu, ingrés inesperat, intervenció quirúrgica urgent...).
- * El pacient és el principal cuidador d'altres familiars o té persones a càrrec i la seva patologia mèdica o pèrdua sobtada de salut li impedeix fer-ho.
- * Pacient amb família amb signes d'esgotament i/o claudicació.
- * Pacient en condicions higièniques deficientes, desnutrició atribuïbles a dèficit d'atenció familiar i/o social.
- * Pacient amb malaltia crònica, mal complidor de tractament i/o visites programades.
- * Pacient amb debut de malaltia greu que no té nucli afectiu de suport.
- * Pacient que viu sol i té animals a càrrec.
- * Pacient amb malaltia crònica que fa reiterades visites al Servei d'urgències hospitalàries.
- * Pacient amb condicions de vida desfavorables: habitatges insalubres i/o manca d'equipaments i condicions d'habitabilitat.
- * Pacient amb sospita o maltractament manifest, tant físic, psicològic i/o negligència. Infància, gent gran i dona. Violència de gènere o intrafamiliar.
- * Situacions de risc amb infància i gestants.
- * Família amb necessitat d'informació de recursos o prestacions.
- * Pacient sense habitatge o sense domicili fix.
- * Pacient amb manca de recursos materials o econòmics que dificulten la sortida del servei.
- * Pacient amb problemes d'addicció a substàncies tòxiques.
- * Altres situacions susceptibles d'intervenció social detectades per l'equip assistencial.

E. Intervenció: En què ens basem?

1. Models d'intervenció

El Treball Social Hospitalari es basa en el concepte de salut com un estat de benestar físic, mental i social. Per tal de promoure aquest concepte de salut integral, el Treball Social utilitza metodologies pròpies dirigides als processos psicosocials d'individus i famílies, a la planificació sanitària i al desenvolupament de polítiques sanitàries preventives

En el cas del Treball Social en els serveis d'urgències hospitalàries, la intervenció social es focalitza en l'impacte emocional que la malaltia genera en els pacients/usuaris i/o el seu entorn, per mitjà d'un diagnòstic i tractament de les seves relacions interpersonals que assegurí o millori el retorn al seu entorn habitual. Aquesta actuació s'emmarca dins els equips de salut contribuint a l'eficàcia de la intervenció i la gestió del temps dins els dispositius amb els quals compta l'hospital per garantir la cura dels seus pacients/usuaris.

Segons el document *Treball Social Hospitalari. Models teòrics* (Consorti de Salut i Social de Catalunya, maig 2009), el treballador social utilitza el **mètode bàsic** com a model d'intervenció realitzant una valoració sociofamiliar, un pla de treball, una execució i una avaluació que permet d'abordar qualsevol situació. De forma més específica, el **mètode científic** i el **model centrat en la tasca** permeten d'ajustar la intervenció al temps limitat, al funcionament propi d'aquestes institucions, a la percepció del problema del pacient i a l'objectiu concret a aconseguir. També el **model d'intervenció en crisi** permet d'actuar en determinades situacions que es perceben com a crisi per la persona i el seu entorn, però que pot no ser adequat per manca de temps.

Ángel Luis Arricivita en el llibre *Manual de trabajadoras sociales y otros profesionales de ayuda* (2013, p. 85-87), apunta que el Treball Social disposa de diferents models teòrics vinculats al Treball Social, entre els quals en destaca tres: el model de crisi, el model sistèmic i el model psicosocial o model científic de casos (*casework*).

El **model de crisi** seria el més utilitzat pels professionals d'ajuda en situacions de catàstrofes o d'extrema tensió.

Pel que fa al **model sistèmic**, aquest aporta un plantejament globalitzador del fets socials: d'allò individual a la xarxa social, d'allò particular a allò general, amb una visió circular considerant a la persona dins una xarxa de relacions com família, treball, amics, professionals, etc.

A nivell d'intervenció d'urgències hospitalàries, el **model psicosocial** és el model d'intervenció més utilitzat pels treballadors socials, ja que facilita la intervenció amb individus/família tant a nivell de diagnòstic, de tractament, provisió de serveis i prevenció, en aquelles circumstàncies en què la seva salut es veu amenaçada, alterada o deteriorada de forma més o menys sobtada.

Els/les treballadors/es socials dins els serveis d'urgències hospitalàries poden desenvolupar un model concret o utilitzar conjuntament diferents models d'intervenció segons sigui la problemàtica a tractar. La intervenció del treballador social estarà vinculada a l'especificitat del context d'actuació en el camp de la salut.

2. Aspectes ètics del Treball Social al Servei d'Urgències Hospitalàries

El Treball Social, com totes les professions que estan al servei de les persones, integra aspectes ètics en la seva pràctica professional, ja que els seus objectius s'orienten a aconseguir uns valors i un bé desitjable per a la persona, els grups o les comunitats.

Tenint en compte els aspectes ètics i el marc de referència, la tasca dels treballadors/es socials es desenvolupa, acompanyada d'altres aspectes com són la vulnerabilitat, tant del pacient, com del personal assistencial, i sense espai ni temps per a la reflexió i la presa de decisions en equip, ¿com incorporar en l'orientació i resolució de problemes aquests aspectes ètics dins l'atenció socio sanitària en un servei d'urgències?

Els treballadors socials contribueixen al desenvolupament de les persones mitjançant l'acceptació d'aquests principis ètics bàsics, els quals s'han de tenir en compte i respectar en l'exercici de la professió.

Alguns dels principis ètics dels quals parteix la intervenció social són:

Respecte a la dignitat personal i no discriminació

Tot ésser humà té un valor, independentment del seu origen, ètnia, edat, sexe, orientació sexual, i creences, i del lloc que ocupa en la societat on viu, i és mereixedor de l'ajut professional específic.

Acceptació

El treballador/a social posa el seu treball al servei de les persones, els grups o les comunitats i els accepta tali com són, sense que això vulgui dir acceptar tota mena de conductes.

Autonomia i dret a decidir

Tot ésser humà té dret a prendre les seves pròpies decisions i que li siguin respectades, mentre no interfereixi en el dret dels altres. El treballador/a social ha d'informar a les per-

sones usuàries de les seves possibilitats i dels límits de la seva intervenció, dels objectius que persegueix, de les seves conseqüències i dels recursos disponibles. Cal destacar que aquest dret al consentiment informat també es d'aplicació al malalt que ingressa a urgències, i que els únics supòsits que exoneren de l'obligació al consentiment informat del pacient són les situacions d'urgència de caràcter vital, i les que suposen un risc per a la salut pública.

A més, sempre s'han de respectar les instruccions expressades pel pacient al document de voluntats anticipades, i garantir que aquest és accessible des dels sistemes d'informació dels serveis d'urgències de l'hospital.

Intimitat

Tothom té dret al respecte per la intimitat física i de pensament durant l'assistència sanitària: pot decidir qui ha d'estar present durant els actes sanitaris, té dret a protegir la seva privacitat durant la seva assistència i que la seva informació sigui tractada de forma confidencial.

Confidencialitat

La confidencialitat és el dret que té la persona atesa de manera que la informació obtinguda durant la seva assistència, sigui un secret entre ella i els professionals que l'atenen.

El treballador/a social té el deure de preservar aquest dret en totes les matèries i dades que conegui de l'usuari, i fer un ús responsable de la informació obtinguda de la seva activitat professional, fins i tot més enllà de la intervenció assistencial. Cal ser restrictius i curosos a l'hora d'utilitzar-la o compartir-la amb altres professionals.

Per garantir la confidencialitat cal que s'informi directament a la persona atesa o a la persona que ella designi.

Cal tenir en compte tres situacions específiques: menors de 16 anys, persones incapacitades i peticions judicials:

- * Els menors de 16 anys, si tenen capacitat natural per comprendre i decidir, tenen dret a ésser atesos sense la presència dels seus pares.
- * En cas d'incapacitat de la persona atesa, aquesta persona ha d'ésser informada en funció del seu grau de comprensió, sense perjudici d'haver d'informar qui en té la representació.
- * En cas de peticions judicials, actuacions de la policia judicial per a judicis ràpids, i actuacions de la fiscalia cal especificar clarament quina informació es sol·licita i per a qui és. Només és d'obligació facilitar-la davant del jutge i, sabent prèviament, que se'n eximeix del nostre deure de confidencialitat.

Participació

Cal facilitar la presa de decisions informades, a través de la participació del pacient o del seu responsable legal.

Responsabilitat i competència

El treballador/a social té el deure de posar els seus coneixements i la seva competència professional al servei del treball que li ha estat encomanat i d'utilitzar, de manera justa, i sense atorgar privilegis, els recursos que li ofereix la societat.

Drets humans

El treballador/a social ha de respectar els drets fonamentals dels individus i dels grups, reconeguts en la Declaració Universal dels Drets Humans de les Nacions Unides, així com també altres acords internacionals que en deriven.

Aquests principis bàsics són vàlids per a tots els àmbits d'intervenció del Treball Social. El treballador/a social ha d'establir sempre la seva actuació a partir d'aquests principis per tal d'assegurar una correcta atenció al pacient i a la seva família.

En el context del Treball Social als serveis d'urgències hospitalàries resulta especialment important de mantenir presents aquests aspectes, de la mateixa manera que s'han de considerar els principis fonamentals de la bioètica; els quals han de informar, des de l'ètica, l'exercici de la medicina.

Els quatre principis bàsics de la bioètica que hem de tenir en compte són la **no-maleficència, la beneficència, l'autonomia i la justícia**.

Combinar tots aquests aspectes en una mateixa intervenció de manera que l'atenció al servei d'urgències es produeixi en condicions òptimes per al malalt i/o la família, pot fer que algú, en algun moment, es pugui sentir perjudicat (justícia); perquè no tan sols s'ha d'intentar que la situació resulti una càrrega més lleugera (no maleficència), sinó que cal encaminar-la cap a la millora i el seguiment de la situació del malalt i/o la família (beneficència), tenint en compte les seves demandes (autonomia) sense interferir en la dinàmica del servei.

Per obtenir l'equilibri entre la visió ètica/bioètica i la intervenció assistencial, cal tenir en compte les següents particularitats:

- * Individualitzar els problemes i les condicions en què es desenvolupen. Tenir en compte l'impacte que provoca en la persona, la percepció de canvi bruscat en la seva quotidianitat. Els diagnòstics són generals. La persona sobre la qual es diagnostica és individual.
- * Cal mesurar i consensuar els beneficis que la tecnologia i la ciència pot aportar al malalt.

No tot el que és tècnicament possible, és èticament viable. No tot és vida, quan aquesta vida hauria d'anar acompanyada de qualitat de vida.

- * Atenció personalitzada i/o atenció emocional. Tenir cura dels espais i moments en què es desenvolupa la transmissió d'informació dels aspectes assistencials mesurant les possibilitats i opcions.
- * Responsabilitat i preocupació ètica. Els professionals són responsables de les seves accions, en tant que són intencionades i cal mesurar les conseqüències que se'n deriven.
- * Tenir l'ètica incorporada evitant transferir les conviccions personals a la pràctica professional.
- * Els principis ètics de la intervenció sanitària: limitacions i competències assistencials que ens vénen donades per polítiques sanitàries.
- * Les limitacions i competències del professional (què demana la institució als seus professionals?, quina resposta espera del professional, el pacient o la família?, quin marc de competència marca el codi deontològic?).

Les intervencions realitzades des del servei d'urgències, marcades per la rapidesa i l'emergència de l'actuació del treballador/a social, poden generar situacions de conflicte.

Un dels conflictes que es pot donar amb més facilitat als serveis d'urgències hospitalàries, més que en qualsevol altre servei, és el fet d'haver d'atendre i prendre decisions de forma ràpida, sovint no es pot comptar amb el temps suficient per planificar correctament tota la intervenció i, fins i tot, de vegades, no es pot disposar del temps necessari per informar i atendre al pacient i/o als seus familiars. En aquest sentit, és important, doncs, que el treballador/a social prengui consciència d'aquesta dificultat i, tot i que hagi d'actuar amb rapidesa, sigui capaç de preveure i d'elaborar un pla de treball adaptat a la peculiaritat del servei.

Un altre dels conflictes pot ser el generat pel fet que els professionals que intervenen des del servei d'urgències hospitalàries habitualment no són els professionals de referència de l'usuari i sovint diferents professionals poden atendre a un sol pacient (canvis de torn, etc.). És recomanable, doncs, que determinades decisions, sobretot en el cas de persones amb malaltia crònica, es puguin prendre amb certa antelació, des dels equips referents de la persona (CAP, PADES, etc.), emmarcades dins el pla de treball individualitzat. Per aquest motiu, és essencial d'establir canals de comunicació entre tots els serveis que permetin evitar que s'hagin de prendre decisions precipitades en el context del servei d'urgències hospitalàries i que assegurin que s'actua d'acord amb la voluntat del pacient.

La complexitat del context hospitalari i, més concretament, del servei d'urgències hospitalàries, fa que un dels grans reptes del treballador social sigui el de procurar que la rapidesa i l'emergència de la seva actuació no condicioni o afecti, en la menor mesura possible, la seva correcta intervenció; i no eximeixi, ni sigui incompatible amb el fet de donar contingut ètic a les nostres decisions assistencials.

Si sorgeixen conflictes ètics/bioètics en la intervenció de l'equip assistencial, podem recórrer al Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) de l'hospital que és l'òrgan expert en aquests temes.

El CEA és un òrgan consultiu multidisciplinari que té com a objectius principals assessorar als usuaris del centre i a ajudar als professionals en tot allò relatiu a la correcta prestació dels serveis de salut. El CEA fomenta també la sensibilitat del centre cap a la Bioètica, la formació en aquest àmbit dels professionals que hi treballen, i l'aplicació dels drets i deures dels malalts en l'àmbit de salut tal i com està establert en les lleis i normatives vigents.

Per a la consecució d'aquests objectius, el CEA basa la seva tasca en el seguiment dels principis fonamentals de la Bioètica universalment establerts, així com en les recomanacions, consensos, normativa i legislació emesos pels organismes competents.

F. Metodologia de treball: Com ho fem?

En Treball Social s'utilitza un mètode de treball que permet una intervenció ordenada, no casual, i que s'emmarca dintre d'un model teòric de referència, amb la peculiaritat que en els serveis d'urgències hospitalàries, es desenvolupa en un espai de temps reduït.

La primera part del mètode consisteix en realitzar un **estudi de la situació sociofamiliar i la seva dinàmica**, és a dir, es valoren aspectes importants de la situació familiar, dels seus recursos i del seu entorn. Es situa allò que més preocupa a la persona/família i, si no hi ha demanda explícita, es posa especial atenció en detectar les necessitats per tal d'identificar la situació del problema. S'indaga sobre les intervencions que s'han realitzat prèviament i els resultats obtinguts i, es tracten possibles dificultats per part de la persona/família en deixar-se ajudar. Es fomenta la implicació del malalt/família provocant una interacció i intercanvi bidireccional professional-usuari. Es prioritza la urgència i es defineix l'estratègia més eficaç.

En definitiva, es realitza una recollida de dades per poder fer una anàlisi de la situació i una interpretació que permeti d'**emetre un diagnòstic social**. Per a realitzar aquesta part metodològica s'utilitzen les entrevistes, l'observació, la confrontació i la coordinació amb altres professionals, entre d'altres.

A continuació, **s'elabora un pla de treball d'intervenció** per a cada cas, que ha de ser obert, flexible, temporal i realitzable. S'estableixen uns objectius i es planifica una intervenció pactada prèviament amb la persona/família i amb els altres professionals. La gestió de recursos i la coordinació són parts indispensables dins del pla de treball.

1. Tècniques en Treball Social

La tècnica utilitzada per excel·lència en Treball Social és l'**entrevista**, la qual es desenvolupa dins d'un procés de relació.

El ritme del servei fa que les entrevistes no es puguin programar, ni preparar ni emmarcar adequadament i, de vegades, per falta d'espai no es pot garantir la confidencialitat desitjada.

A partir de l'entrevista s'obtenen les dades per a la comprensió del cas, es clarifica la demanda, es determina i s'activa l'ajuda. Es mantenen tantes entrevistes com es consideri necessari durant l'estada al servei, ja sigui amb la persona atesa o amb la seva família, sempre tenint en compte les característiques de la situació.

A grans trets, els objectius de les entrevistes són múltiples i amb finalitats diverses. Aquests objectius poden ser modificats durant l'entrevista i el treballador/a social anirà incorporant altres tècniques destinades a facilitar l'ajuda.

L'entrevista a urgències facilita:

- * Expressió de sentiments: es dóna l'oportunitat d'expressar els propis sentiments, la seva situació, les seves expectatives i reaccions davant del procés.
- * Contenció: recollir aquelles emocions que transfereix la persona mitjançant l'escolta activa.
- * Suport: el treballador/a social mostra empatia i comprensió respecte a la situació que la persona està vivint, donant reconeixement i seguretat.
- * Exploració: implica, per part del treballador social, conèixer els problemes, sentiments i comportaments de la vida quotidiana i de l'experiència; les capacitats, els vincles i el recolzament extern de la persona.
- * Orientació: l'orientació consisteix en oferir l'opció de pensar i prendre les pròpies determinacions manifestant sempre respecte, confiança i capacitat per a poder decidir.
- * Col·laboració: implicació d' altres persones significatives o necessàries per a donar suport a la persona i família.

En el Treball Social és fonamental l'**observació i la confrontació** de les realitats que estem analitzant amb altres professionals.

Una eina habitual en la feina del treballador social és la **coordinació, basada en compartir, entre professionals, aquella informació necessària relacionada amb el pacient i/o família, amb la finalitat d'establir un pla de treball conjunt.**

Aquesta coordinació pot ser interna (reunions de treball dins del mateix equip) i/o externa (amb serveis i equips de l'entorn comunitari). Alguns dels serveis/equips amb els quals ens podem coordinar són:

- * Xarxa sanitària (CAP, CSMIJ, CSM, CASD, UFAM –Unitat Funcional d'Abusos a Menors–, altres hospitals)
- * Xarxa no sanitària.
- * Serveis Socials d'Atenció Primària (SSAP).
- * Residències i centres de dia.
- * Serveis d'atenció domiciliària.
- * Direcció General d'atenció a la infància i a l'adolescència (DGAIA).
- * Equip d'atenció a la infància i a l'adolescència (EAIA).
- * Equip d'atenció psicopedagògica (EAP).
- * Centre d'atenció al disminuït (CAD).
- * Centre d'atenció a la dona (CAD).
- * Justícia i equips psicosocials dels jutjats.

- * Cossos de seguretat ciutadana.
- * Escoles bressol, escoles (ordinàries i d'educació especial).
- * Altres organismes oficials (Seguretat Social, OBS, etc.).
- * Associacions, Fundacions, ONGs i recursos privats.

Una altra eina del Treball Social és la **derivació**, que consisteix en **remetre al pacient i/o família a un altre servei, amb l'objectiu de procurar la continuïtat assistencial per assolir el pla de treball establert conjuntament.**

El treballador/a social es planteja derivar un pacient i/o família en algun dels següents supòsits, entre d'altres:

- * Quan la vinculació del pacient amb l'hospital és puntual o escassa per incompliment de visites programades, en situacions de risc de la seva salut.
- * El pacient precisa determinats recursos o prestacions que depenen d'altres serveis, institucions.
- * Quan el pacient i/o família requereix seguiment per l'equip més proper a la zona on resideix.
- * Davant d'una situació de risc en la qual s'estableix un pla conjunt d'actuació o de seguiment.

2. Origen de la demanda

La demanda d'intervenció del treballador/a social als serveis d'urgències hospitalàries es pot iniciar de diferents maneres: a demanda (del propi pacient, de la seva família, de l'equip assistencial o d'altres professionals externs), a partir de protocols i/o procediments d'actuació o a partir d'indicadors de risc.

A demanda

Quan s'aborda un procés d'intervenció amb una persona, s'ha de clarificar quin és el tipus de demanda, ja que la manera com es presenti pot condicionar l'actuació o l'abordatge de la situació.

A continuació, es detallen els tipus de demanda existents:

Demanda explícita: la persona acut al treballador/a social verbalitzant una necessitat concreta. El professional haurà de clarificar l'existència d'altres necessitats i/o problemàtica afegida.

Demanda implícita: la persona acut al treballador/a social sense una necessitat i/o problemàtica definida. La demanda real pot estar encoberta per una altra demanda més superficial. El professional haurà d'intentar identificar quina és la necessitat real, clarificar-la amb el pacient/família, ajudar-lo a prendre consciència.

Demanda inespecífica: la persona presenta malestar, es mostra confusa, planteja qüestions contradictòries, pateix una pèrdua temporal de la capacitat d'anàlisi i desconeix allò que necessita. El professional haurà d'ajudar a la persona a superar aquest estat emotiu, abordar la situació per etapes, poder clarificar, prioritzar i reformular la demanda.

La demanda pot ser originada, com a la resta de serveis hospitalaris, pel pacient, familiars, equip assistencial i professionals externs. Per les característiques i dinàmica del servei, difícilment podrem planificar la nostra feina i originar-la per iniciativa pròpia.

Podem identificar diferents trets diferencials segons l'origen de la demanda:

Pacient, família i/o entorn social: la demanda pot ser realitzada pel propi pacient, la seva família i/o el què anomenem entorn social. Aquest entorn engloba totes aquelles persones vinculades al pacient de manera formal o informal i que no són part de la seva família (veïns, coneguts, treballadors familiars, cuidadors...). Fins i tot ens podem trobar que la demanda ens la facin persones sense vinculació habitual al pacient (vianants, consolats, etc.).

Algunes vegades la demanda pot ser originada per l'esgotament del cuidador principal que genera un risc de claudicació. En aquests casos serà important clarificar la demanda per poder oferir el suport i adequar el recurs adient a l'alta del servei.

Equip assistencial: pot detectar situacions susceptibles de risc social que motiven la demanda de la nostra intervenció. Cada cop més, les funcions del Treballador Social del servei d'urgències, són més conegudes per la resta de professionals i això pot fer que les demandes rebudes per la seva part s'ajustin més a les nostres funcions que fa uns anys.

Tot i això, de vegades, ens arriben demandes que no són pròpies de la nostra professió però que tampoc ho són de cap professional en concret.

Professionals externs: sol·liciten la nostra intervenció quan el pacient és conegut per ells. Els professionals externs poden no conèixer la dinàmica del servei i l'accés als recursos socio-sanitaris i, per aquest motiu, les seves demandes no sempre coincideixen amb el mateix pla de treball.

Per protocols/procediments d'actuació

Per tal de facilitar i homogeneïtzar la intervenció social s'han elaborat tant procediments com protocols d'actuació. Ambdós garantiran una intervenció acurada i el més objectiva possible sense diferència del professional que intervingui.

A continuació, es detallen alguns dels protocols i procediments en els quals intervé el/la treballador/a social:

- * De violència intrafamiliar i de gènere.
- * D'agressió sexual.
- * D'atenció al maltractament i/o agressió sexual a menors.
- * D'èxitus.
- * De donacions múltiples i/o coordinació amb unitat de donació d'òrgans.
- * De seguiment i/o coordinació de malalts provinents de residències.
- * De seguiment i/o coordinació de malalts provinents de centre sociosanitari.
- * De maltractament i negligència a gent gran.
- * D'intervenció social a pacients i familiars d'aquests a urgències i a unitats de crítics.
- * D'atenció a les persones sense sostre.

Per indicadors de risc

Els **indicadors de risc** són paràmetres que ajuden a detectar situacions de fragilitat social i serveixen com a eina per activar la intervenció del treballador/a social.

Una situació de **fragilitat social** és qualsevol tipus de mancança a nivell personal, social o sanitària que, de manera transitòria o permanent, pugui afectar negativament en la reorganització del malalt i el seu entorn.

Els indicadors poden variar segons els canvis socials i econòmics que esdevenen a cada societat i ajuden a detectar les poblacions més vulnerables. Quan aquestes situacions de fragilitat social se sumen a problemes de salut imprevistos, les urgències hospitalàries es converteixen en el punt de confluència en el qual es detecta un gran nombre de situacions de risc.

Els indicadors de risc més habituals estan recollits a l'apartat "D. Població susceptible d'intervenció social" d'aquest document.

G. Reflexions

Els treballadors socials que intervenen en el camp hospitalari i, especialment en àrees d'urgències, sovint tenen competències i funcions poc definides i que poden variar d'un hospital a un altre. El Treballador Social és un professional polivalent i, de vegades, pot resultar difícil delimitar el seu camp d'intervenció. Això fa que en determinats hospitals, als serveis d'urgències, aquests professionals tenen un rol molt definit i necessari dins la intervenció en la millora de la salut i, en d'altres hospitals, s'intervé a demanda i, només en determinades circumstàncies, es requereix de la seva presència.

És necessari que el Treballador Social d'Urgències tingui un coneixement ampli de les característiques del servei que li permeti de proporcionar l'atenció més adequada tenint en compte que el pacient hi passarà poques hores i la intervenció estarà basada en la immediatesa. Aquest coneixement i la integració al servei ens aportarà la seguretat en el nostre treball diari i facilitarà la nostra intervenció.

El Treballador Social pot actuar de forma proactiva, participa en la presa de decisions i en l'elaboració de procediments, protocols, guies, com a part de l'equip del servei. El Treballador Social del servei d'urgències d'un hospital ha de ser una persona amb un perfil determinat i amb habilitats per abordar situacions específiques, crítiques i d'alta càrrega emocional; la por, l'angoixa i el desconcert estan presents en la majoria de les situacions en què es troben les persones que atenem.

Els treballadors socials que intervenim en l'àmbit d'urgències observem que, a causa de la situació de crisi actual, algunes de les persones que utilitzen el servei, ho fan per obtenir la resposta que no troben en cap altre servei o per situacions de manca de recursos econòmics.

La nostra tasca, com a disciplina, implica que quasi sempre treballem sols; no podem delegar ni consensuar les decisions que s'hagin de prendre. A causa de la idiosincràsia del servei, en ocasions, no és possible trobar espais de reunió amb altres professionals, per no poder retardar una intervenció urgent o no poder delegar-la. Es tracta d'un servei absorbent i, per això, és necessari un elevat control emocional i expertesa.

Pensem que la presència del treballador social, com a part de l'equip assistencial d'urgències, facilita l'atenció continuada i millora la qualitat assistencial del pacient i del funcionament del propi servei.

La tasca del treballador social en els serveis d'urgències té una cabuda inqüestionable que només depèn de la voluntat de contemplar i donar valor a la salut com un *tot* i, especialment, en aquells moments en els què els processos de la malaltia comporten major fragilitat a la persona fent-la més vulnerable.

H. Bibliografia

Abordar el conflicte moral. De la intel·ligència ètica personal a la intel·ligència ètica compartida. Revista Educación Social nº 17, Enero-Abril, 2001. pp. 74-87. Fundació Pere Tarrés, Barcelona. Monogràfic de Ètica. *

Codi d'ètica i deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona, maig de 2000.

Código deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, España.

Diccionari de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2010.

Diccionario práctico de Trabajo Social. Rafael Arredondo Quijada. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, 2010.

Dilemas ètics en la intervenció professional, en Actas de Jornadas sobre Servicios Sociales de Atención Primaria. "Dilemas ètics en la nostra pràctica. Entre el control y la inserción. Ayuntamiento de Barcelona y Colegios Oficiales de Psicólogos, Educadores Sociales y Diplomados en Trabajo Social de Cataluña. Barcelona, 1998, pp.25-32. *

Document consultiu **Perfils professionals dels serveis que configuren la xarxa bàsica de responsabilitat pública del Sistema Català de Serveis Socials.** Basat en el Decret Legislatiu 284/1996, i aprovat el 13 de desembre de 1996 pel Comitè d'experts en formació de recursos humans en l'àmbit dels serveis socials, adscrits al Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya.

El Treball Social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Pilar Porcel i Omar. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears.

Estat dels Serveis Socials a Catalunya. Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013. Generalitat de Catalunya.

Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari. Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Novembre 2004, març 2005.

Guia d'actuació del Treballador Social al Servei d'Urgències. M. Isabel Arjona, M. Teresa Cantos, Anna Centellas i Laura Rubio. Hospital Universitari de Bellvitge. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Desembre 2008

L'emigració des de Catalunya. Relatòria de la Conferència. Barcelona, 29 d'abril de 2013.

La intervención del Trabajador Social en la emergencia. Cristina Milián, Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats i M. Isabel Romero García. Grupo de Trabajo Social para la Intervención en Desastres y Emergencias. "Servicios Sociales y Política Social", núm. 69. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 1º trimestre 2005. A Revista "Servicios Sociales y Política Social", núm. 69. Monogràfic: Dimensión Comunitaria en el Trabajo Social (I). Març 2005.

La formación en ética profesional: reflexión y diálogo. Relato de una experiencia compartida, en Cuadernos de Trabajo Social, núm. 11, 1998, Universidad Complutense de Madrid.

La vocación docente: una experiencia vital. En Ars Brevis, Anuario de la Cátedra Ramón Llull-Blanquerna 2001, Monográfico sobre Ética Docente, pp. 285-303, Universidad Ramón Llull, Barcelona, Junio, 2002.

Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo. Madrid, enero 2015.

Manual para Trabajadores Sociales y otros profesionales de la ayuda. Ángel Luis Arricivita. Amo, Psicosocial y Emergencias. Huesca, 2013.

Miradas hacia la vida. Ganar al perder. Cristina Milián, María Antonia Plaxats. Colección "Muy Personal". Ed. Océano-Ámbar, abril 2005.

Model d'intervenció social a l'Hospital de Sabadell. Consorci Sanitari Parc Taulí. Unitat de Treball Social. Desembre 2010.

Modelo docente y ética profesional. Actas del Tercer Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social organizado por la EUTS de la Universidad de Barcelona. 29,30,31 de Marzo 2000. Ed. Mira.

Red social y vida cotidiana: un universo solidario. (A propósito de Diario de una buena vecina). Revista Servicios Sociales y Política Social. Nº 51, tercer trimestre, Madrid, 2000. pp.23-51, Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Co-autora: Silvia Navarro Pedreño.

Perfil professional del Treballador Social en atenció precoç. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Novembre 2011.

Perfil professional del Treballador Social en serveis socio-sanitaris. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Octubre 2005.

Perfil y formación del Trabajador Social en la emergencia. Cristina Milián, Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats i M. Isabel Romero García. Grupo de Trabajo Social para la Intervención en Desastres y Emergencias). "Servicios Sociales y Política Social", núm.

70. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 2n trimestre 2005. En la Revista "Servicios Sociales y Política Social", núm. 70. Monogràfic: Dimensión Comunitaria en el Trabajo Social (I).

Pla de Salut 2011-2015. Model d'Atenció a la cronocitat avançada. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Programa de prevenció i atenció a la cronocitat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Trabajo Social en Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Cristina Milián Valle. I Congreso Nacional de Trabajo Social Hospitalario. Juny 2007.

Ética y Valores en el Trabajo Social. Banks, S. Madrid, Paidós. 1997.

Ética y Trabajo Social. Bermejo, F.J. Madrid, U.P. Comillas.(Cap. I, pp.15-40. Cap. IV, pp. 105-153 y cap. VI, pp. 165-172). 1996.

La Ética en el Trabajo Social, Bermejo, F, en *Revista de Trabajo Social*, núm. 146, Junio, 1997, pp. 59-67.

Ética de las profesiones. Bermejo, F. El T. Social. Bilbao, Desclée. 2002

Código de Ética de los Trabajadores Sociales de Cataluña. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social. Barcelona, 1989.

Código Internacional. F.T.I.S. La Ética del trabajador social. Principios y criterios, en la revista *Trabajo Social Hoy*, núm. 1. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS., Madrid, 1993.

Concepto de Ética y su aplicación en el Trabajo Social. LÓPEZ, M.L. Jornadas de T. Social, Hospital de S. Rafael, Madrid, Junio. 2002.

Monográficos sobre Ética y Trabajo Social en la revista *RTS*. años 1988 y 1997.

Monográfico sobre Ética en la revista *Trabajo Social Hoy*, núm. 1. Colegio Oficial de Diplomados en T. Social y AA.SS., Madrid, 1993.

Los valores en la práctica del Trabajo Social .SALCEDO, D. Madrid, Narcea, 1999

Autonomía y Bienestar. La Ética del Trabajo Social. SALCEDO, D. Granada, Comares. 2001.

Ética de la intervención social. SÁNCHEZ, A.Barcelona, Paidós, 1999

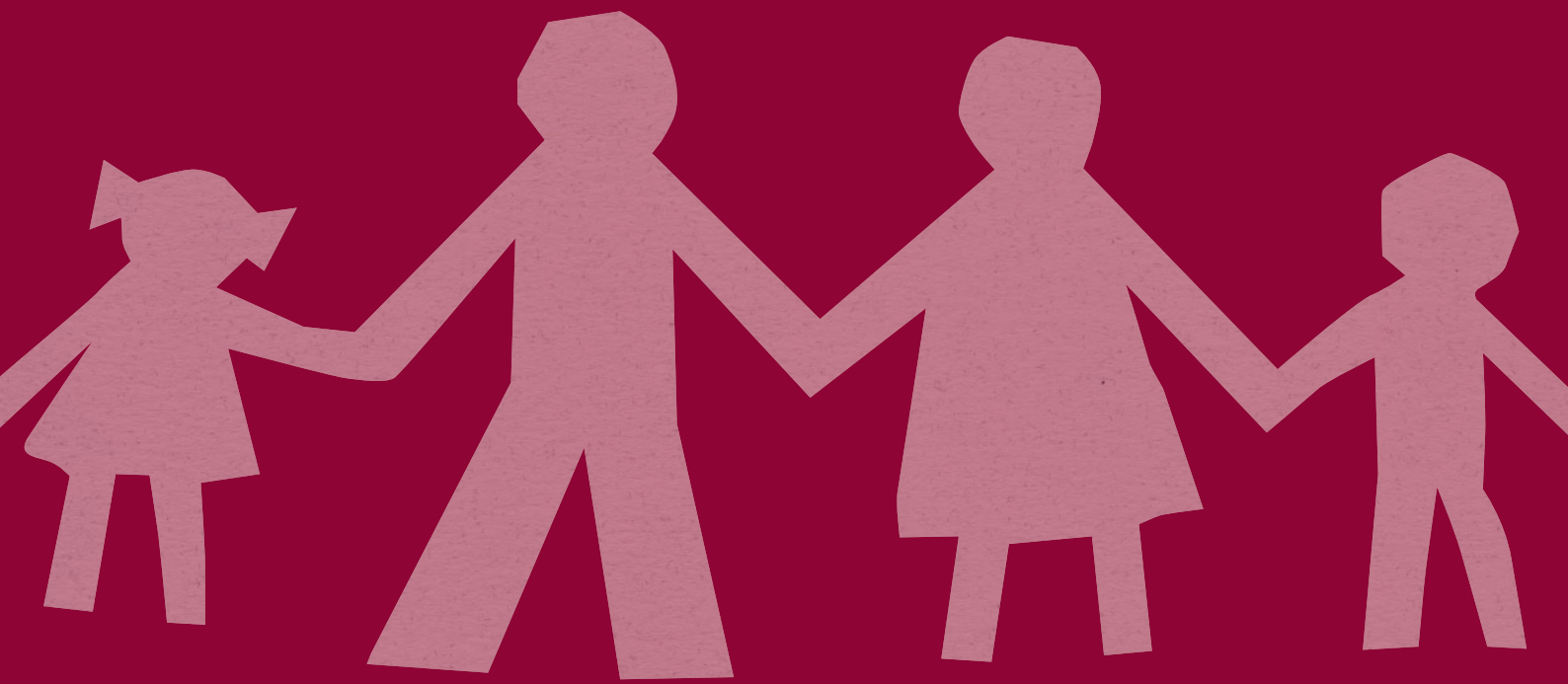
Intervención Comunitaria. Aspectos científicos, técnicos y valorativos. Sánchez, A.; Musitu Ochoca , (coord). Barcelona, EUB.1996.

El Treball Social a Catalunya 1932-1978. Josep Manuel Barbero (director). Montserrat Feu i col·laboradores. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

I la teva com és?: Realitats familiars a Catalunya. I. Montroi, Maite, ed. II. Barrera, Marcel, 1969- III. Catalunya. Secretaria de Polítiques Familiars i Drets de Ciutadania.

Membres del Grup de Treball del Treball Social a les urgències hospitalàries:

Eugènia Alonso Arias	Hospital Clínic de Barcelona
Ester Barris Costa	Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
Sandra Bernabeu Morilla	Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.
Olga Canudas Marín	Hospital Sant Bernabé de Berga
Mireia Fernández Cordero	Hospital de Calella
Carmen Gálvez Bravo	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Meritxell Liarte Peruga	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Cristina Milián Valle	Hospital Clínic de Barcelona
Alícia Moreno Rodríguez	Hospital del Mar de Barcelona
Mercè Pérez Chico	Hospital Parc Taulí de Sabadell
Paquita Tobaruela Rascón	Hospital Universitari Mútua de Terrassa
Cristina Tudó Moix	Hospital de Terrassa



DSC