

El treball social sanitari en altres àmbits

Ángel Luis Arricivita Amo

PID_00208144

Índex

Introducció.....	5
1. El treball social sanitari en emergències.....	7
1.1. Concepte i característiques d'urgència i emergència sanitària	10
1.2. Concepte d' <i>atenció sanitària urgent</i>	12
1.3. Situacions d'urgència i emergència sanitària	12
1.4. Marc legislatiu	13
1.4.1. L'atenció sanitària i social en la Llei sobre protecció civil i la Norma bàsica sobre protecció civil	13
1.4.2. Els treballadors socials sanitaris en els plans d'emergència de Protecció Civil	15
1.4.3. L'atenció d'urgència en la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut. Els treballadors socials sanitaris en els plans d'urgència i emergència sanitària	16
1.4.4. Protocol nacional d'actuació medicoforense i de policia científica en successos amb víctimes múltiples. L'atenció sanitària, social i psicològica	17
1.4.5. L'Estratègia de Seguretat Espanyola	19
1.4.6. Codi penal. L'omissió del deure d'auxili	19
1.4.7. El consentiment informat en situacions greus per a la salut	20
1.4.8. Accions urgents en el marc de la Llei de salut pública ..	21
1.5. Premisses en el treball social sanitari en emergències	22
1.6. Atenció del treballador social sanitari en urgències i emergències sanitàries des de l'atenció primària	23
1.7. Atenció del treballador social sanitari en urgències i emergències sanitàries des d'atenció especialitzada	29
2. El treball social sanitari en la coordinació de trasplantaments.....	37
2.1. L'Organització Nacional de Trasplantaments	37
2.2. La coordinació autonòmica de trasplantament d'òrgans i teixits	38
2.3. Protocol d'extracció i trasplantament	38
2.3.1. Logística d'extracció	39
2.3.2. Preparació per a extreure els òrgans	41
2.3.3. Reposició i anàlisi posterior de l'extracció	43
2.3.4. Registre de donació i trasplantament	44
2.3.5. Temps d'isquèmia	45
2.4. Treball social sanitari en trasplantament	45

2.5. Conclusions	50
Bibliografia	53

Introducció

En les diverses situacions d'emergència s'hi poden veure implicades o afectades des de diverses persones o famílies, un grup i un barri, fins a un poble o una ciutat; fins i tot, en un cas extrem, un país sencer. Des del moment de l'impacte, i en una primera valoració, s'estableixen grups d'afectats i de més vulnerabilitat, la qual cosa permet, a més d'un abordatge més organitzat, una coordinació entre els treballadors socials dels diferents serveis cridats a intervenir: hospitals, centres de salut, serveis socials comunitaris, equips psicossocials forenses, etc.

Els grups d'afectats que necessiten atenció del dispositiu sanitari són els següents:

- Persones supervivents que resulten ferides i que cal que siguin hospitalitzades.
- Persones supervivents ferides que no requereixen hospitalització (ferits lleus).
- Persones que ingressen cadàver al centre sanitari.
- Qualsevol intervingent en l'emergència que, pel risc inherent a la seva activitat professional, pugui resultar ferit o mort.
- La xarxa social informal de cadascun dels grups esmentats (familiars, amics, veïns, companys de feina, etc.).

Els treballadors socials sanitaris dels diferents establiments es veuen compromesos, juntament amb la resta dels seus companys d'equip, en la resolució de l'emergència.

Aquesta part del mòdul del postgrau aborda precisament aspectes relacionats amb el treball específic dels treballadors socials sanitaris, tant d'atenció primària com d'atenció especialitzada, quan es veuen involucrats en emergències, sia individuals, o col·lectives, o grans emergències o catàstrofes. Finalment, apuntarem que el contingut està completament d'acord amb les solucions plantejades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en el Dia Mundial de la Salut el 2009 amb el lema "Per salvar vides: fem que els hospitals siguin segurs en les situacions d'emergència".

"Per salvar vides: fem que els hospitals siguin segurs en les situacions d'emergència"

Organización Mundial de la Salud (2009). *Para salvar vidas: hagamos que los hospitales sean seguros en las situaciones de emergencia* (pàg. 21-27).

<http://www.who.int/world-health-day/2009/whd-brochurelowres-sp_small.pdf>

Referència bibliogràfica

G. J. Seynaeve (ed.) (2001). *Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. A European Policy Paper: concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters* (pàg. 13 i 22). Brussel·les: Ministry of Public Health.

Per a endinsar-nos en el treball social sanitari en trasplantament, hem de conèixer primer el sistema espanyol de l'Organització Nacional de Trasplantament. Aquest sistema es remunta al 1979 i s'hi regula, a Espanya, l'extracció i el trasplantament d'òrgans i teixits (Llei 30/1979, de 27 d'octubre). És un sistema reticular format pels tres àmbits: nacional, regional i hospitalari.

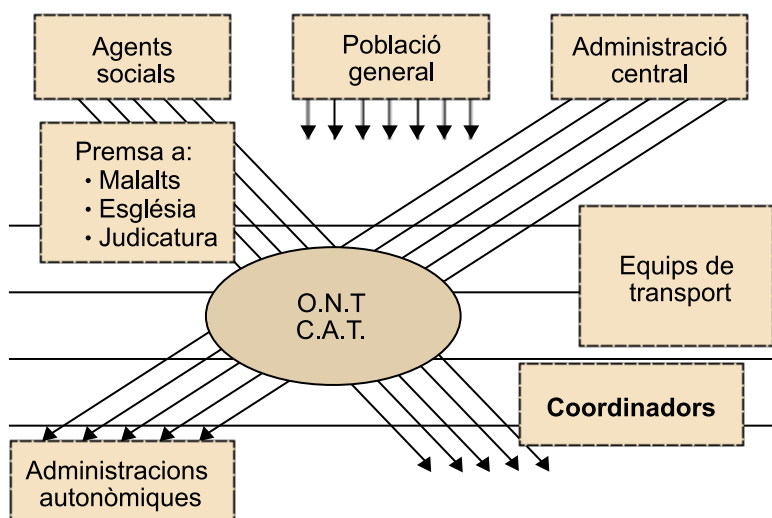
La coordinació autonòmica de trasplantaments d'òrgans i de teixits en la comunitat canària, on exercim, neix el 1991. El 1998 es crea la plaça de treball social sanitari, com a tècnic en la coordinació autonòmica.

Les funcions dels treballadors socials sanitaris en aquesta plaça són les pròpies d'un tècnic en administració, especialment les de promoure, col·laborar, participar i conèixer els pacients susceptibles de trasplantaments dins i fora de la comunitat.

El 1999 elaborem un protocol d'intervenció psicosocial per al pacient i els seus familiars. Hi desglossem la intervenció en els tres àmbits de salut: atenció primària, especialitzada i serveis centrals. Ho fem amb la idea de promoure millores en la intervenció amb els pacients susceptibles de trasplantaments abans, durant i després d'aquest procés. En el protocol hi van participar els treballadors socials sanitaris del Servei Canari de la Salut i els responsables de cada servei competent en cada òrgan i teixit.

És un treball en equip en què intervenen els agents socials i professionals sanitaris. Us informarem de tots els procediments, per compartir coneixements i experiències, i ens endinsarem en el més important de la matèria, tenint en compte l'emplaçament geogràfic i l'organització del Sistema Nacional de Salut.

El fet que puguem disposar de les tècniques de la informació i la comunicació per a l'estudi contribueix a una llibertat i un enriquiment professional més grans. Esperem aportar elements en la vostra proactivitat professional.



1. El treball social sanitari en emergències

El treball en el marc sanitari, i concretament quan es parla d'emergències, requereix conèixer alguns termes d'ús habitual. És el cas de conceptes com *urgència*, *emergència* o *catàstrofe*.

D'entrada, cal dir que no hi ha una definició exclusiva ni consensuada de cadascun d'aquests termes, si bé hi ha característiques que els conceptuen:

1) **Urgència.** Tal com el defineix el *Diccionario de la lengua española* de la Reial Acadèmia de la Llengua Espanyola (DRAE), és un "caso urgente". És a dir, es tracta d'una situació (persones, problemes i context, interrelacionats) que requereix actuació immediata, en aquest cas sanitària.

La urgència també es defineix com a emergència individual o, com és el cas dels plans d'emergència i protecció civil, emergència de nivell zero (0). És a dir, es tracta de situacions que desborden la capacitat de resposta de la persona o la família, però no la del servei al qual recorren, en aquest cas el servei sanitari d'urgències o servei d'urgències sanitàries. Alhora, la demanda i percepció de necessitat d'atenció urgent no ha pas de coincidir amb el fet que objectivament ho sigui.

2) **Emergència.** El DRAE, en les diverses accepcions (dues de les quals, referides al marc sanitari) la conceptua com un fet d'aparició sobtada que implica perill i requereix actuació immediata. En qualsevol cas, comporta l'"acción y efecto de emerger", és a dir, es tracta de situacions que sobrepassen l'àmbit quotidià, habitual, del treball diari dels dispositius d'atenció urgent.

Una emergència pot desbordar la capacitat de resposta d'un dispositiu d'atenció urgent, encara que no ha pas d'arribar a passar per força, això, sinó que depèn de factors com la quantitat de persones que cal atendre, els mitjans humans i materials disponibles o el grau d'exigència de les intervencions.

En l'emergència, la subjectivitat de la demanda i percepció d'ajuda de la persona, la família o la col·lectivitat coincideix amb l'evidència objectiva d'aquesta ajuda de risc o perill, en aquest cas, per a la salut o la vida.

L'emergència requereix una coordinació dels diversos serveis intervinents: policies, sanitaris, bombers, treballadors socials, etc.

Adreça web

www.rae.es

Referència bibliogràfica

X. Allué (1999). *Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas* (pàg. 18 i 19). Saragossa: Mira Editores.

Urgència i emergència –sense adjectivar– són dos conceptes que, al marge de les possibles interpretacions conceptuals de cadascun, en el marc sanitari tendeixen a considerar-se equivalents, i tots dos tenen com a factor comú que les situacions que es caracteritzen com a tals exigeixen rapidesa d'actuació.

3) Catàstrofe. És una emergència d'abast àmpliament col·lectiu "que produce gran destrucción o daño" (DRAE). Es caracteritza perquè hi ha un elevat nombre d'afectats i, en general, inclou pèrdues humanes i desorganització social.

No tota situació d'emergència és una catàstrofe.

Un esdeveniment pot representar una urgència en un context i ser una emergència en un altre. Així mateix, una emergència en un context pot ser una catàstrofe en un altre.

Exemple

Un terratrèmol d'intensitat 6 en l'escala de Richter pot ser una catàstrofe en una localitat del Perú i, no obstant això, pot ser que aquest fenomen, amb la mateixa intensitat, gairebé no generi situacions d'atenció urgent a Tòquio. Això està associat directament amb els conceptes de *risc*, *vulnerabilitat* i *capacitat*, i també amb la interrelació entre uns i altres.

4) Risc. Significa probabilitat que s'arribin a produir danys.

Exemple

Risc d'infart (probabilitat que es produeixi un infart), risc d'incendis forestals (probabilitat que es produeixin incendis forestals), etc.

Els plans d'emergències i protecció civil estableixen els riscos territorials i especials a què es pot veure sotmesa una població.

El pla d'urgències i emergències sanitàries d'un determinat territori informa dels riscos més probables de suscitar una atenció sanitària immediata.

El pla d'emergències d'un hospital determina, entre altres aspectes, els riscos en aquest espai sanitari.

5) Vulnerabilitat. És la característica d'una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran "de ser herida o recibir lesión [...]" (DRAE) a causa de la materialització dels riscos determinats. La vulnerabilitat pot ser física, social o psicològica.

Exemple

Els nadons són un grup d'alta vulnerabilitat (en les tres dimensions esmentades) davant una catàstrofe.

Referència bibliogràfica

C. Martín (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria* (pàg. 21). Barcelona: Icaria Editorial.

6) Capacitat. És la qualitat o característica que permet afrontar, de manera efectiva, la materialització dels riscos. Igual que en els conceptes de *vulnerabilitat* i *risc*, es pot aplicar a una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran. També pot ser física, social i psicològica.

Exemple

Els bombers tenen capacitat resolutiva en incendis de tot tipus.

Com més capacitats menys vulnerabilitat. A això hi contribueix que hi hagi mesures de prevenció i que es duguin a terme activitats preventives, i la participació de la població i el nivell de desenvolupament d'una societat.

7) Esdeveniments vitals estressants. Són experiències percebudes com a negatives o no volgudes per les persones que les viuen i que exigeixen un reajustament en la vida dels afectats. Per exemple, la instauració d'una malaltia greu, un accident de cotxe, un embaràs no volgut, una separació de parella, una jubilació, un canvi de feina. És a dir, la persona pot viure aquestes situacions com a perill, desafiament, amenaça, dany o pèrdua.

Les diverses situacions d'urgència, emergència o catàstrofe (accident, terratrèmol, incendi, agressió, etc.), generalment, representen per als qui hi estan implicats un esdeveniment vital estressant. És a dir, es pot generalitzar que emergència és equivalent a esdeveniment vital estressant; l'emergència, per tant, és un estressor.

8) Crisi. El pare de la psiquiatria preventiva, Gerald Caplan, la va definir de la manera següent:

"Una pertorbació d'una situació estable, que es caracteritza perquè és sobrevinguda, provocada per una situació estressant o un esdeveniment precipitant, que afecta una persona o un grup que fins llavors tenia un nivell adequat de funcionament, de manera que els provoca un desequilibri" (Caplan, 1964).

N. Golan (1992). *Treatment in Crisis Situation* (pàg. 8). Nova York: The Free Press. [Citat a: M. J. Escartín Caparrós. *Manual de trabajo social (modelos de práctica profesional)* (pàg. 134). Alacant: Aguaclara].

Veure's involucrat en una situació d'emergència pot ser un fet estressant per a una persona i arribar a generar-li una crisi a ella o al seu entorn immediat.

En la comunitat, les catàstrofes o grans emergències se solen catalogar com a períodes de crisi.

Referència bibliogràfica

A. Barrón (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones* (pàg. 39-41). Madrid: Siglo XXI.

Les emergències, com a estressors que poden ser per a moltes persones, se circumscriuen al grup de les crisis accidentals, és a dir, les desencadenades per un element imprevist en la vida de la persona, la família o la col·lectivitat, a diferència de les crisis del desenvolupament o evolutives, que són generades per factors previsibles en el cicle vital.

9) Xarxa social. És l'entramat general de familiars, persones pròximes, professionals i organitzacions de què disposa una persona afectada, en aquest cas per una emergència, per a recórrer-hi en demanda d'ajuda (suport social).

10) Suport social.

"Proceso interactivo mediante el cual la/s persona/s reciben de su red: apoyo emocional (expresiones de afecto, cariño, sentimientos de aceptación, seguridad, pertenencia y reconocimiento); apoyo informacional (información, orientaciones, sugerencias...); apoyo material o instrumental (alimentos, prestación de dinero, etcétera); y apoyo evaluativo (que le ayude a una evaluación personal)".

A. Barrón (1996). *Op. cit.* (pàg. 15-18).

Està àmpliament demostrat que el suport social actua com un amortidor de l'impacte dels estressors sobre les persones i, en conseqüència, sobre la repercussió negativa que té en la salut. És a dir, la vivència estressant d'una emergència es pot veure esmorteïda per les diverses formes de suport social conegudes.

1.1. Concepte i característiques d'urgència i emergència sanitària

La urgència i emergència sanitària es pot definir de la manera següent:

"Crisis sobrevenida en el estado físico y/o psicológico de la persona, o una colectividad, que pone en peligro o alto riesgo su vida y/o su salud, incluso su seguridad; y conlleva una pérdida de autonomía de dicha persona y/o de su familia, o en su caso, de una colectividad, para hacer frente a la situación imprevista y a los problemas y necesidades psicosociales derivados de la misma".

Á. L. Arricivita (2009). *Psicosocial y emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social* (pàg. 49). Osca: Á. L. Arricivita.

Per tant, aquest és el criteri d'atenció urgent del treballador social sanitari.

La urgència i emergència sanitària es caracteritza pels aspectes següents:

- Hi ha un dèficit o una crisi en l'estat de salut que requereix resposta de personal específic, és a dir, l'equip sanitari.
- Cal prioritzar la resposta sanitària sobre la resta, perquè està en perill o molt en perill la vida o la salut dels afectats.

Referències bibliogràfiques

K. A. Slaikeu (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación* (2a. ed., pàg. 15-19). Mèxic: Editorial Manual Moderno.

A. Fernández; B. Rodríguez (2002). *Intervención en crisis* (pàg. 11 i 12). Madrid: Editorial Síntesis.

- Es tracta d'una situació sobrevinguda, és a dir, una "venida repentina e imprevista" (DRAE), que pot afectar una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran (barri, poble, ciutat, etc.).
- És de caràcter negatiu, perquè posa en perill o molt en perill la vida o la salut de la persona o les persones afectades.
- Tant l'una com l'altra, urgència i emergència, al marge dels aspectes diferenciadors de caràcter tècnic, fins i tot cultural, en el camp de la salut poden ser semblants; la característica comuna és que requereixen actuacions contra rellotge.
- Compromís en grau divers de la salut, l'autonomia, la vida i la seguretat dels afectats.
- Convergència simultània d'aspectes concatenats i interrelacionats els uns amb els altres: afectació de l'esfera física o psicològica; pèrdua d'autonomia; instauració fulminant i imposada d'un nou ara i aquí; ruptura de la rutina diària; i generació de problemes o necessitats psicosocials característics de la situació plantejada.
- La urgència i emergència sanitària té un abast variable. Pot afectar una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran (barri, poble, ciutat, etc.). Dependent del nombre d'afectats, l'emergència és de diversos tipus: individual o familiar, és a dir, afecta una persona o un nucli familiar (per exemple, una dona maltractada); col·lectiva, cas en què compromet un grup de persones o famílies (per exemple, un accident d'autobús); i de gran emergència o catàstrofe, en què hi ha un elevat nombre de persones afectades (per exemple, l'accident aeri de Madrid-Barajas l'estiu del 2008).
- Conseqüències habituals de la intervenció: ingrés hospitalari, mort o convallescència (a casa o en un centre sociosanitari).
- Hi ha una necessitat de resposta específica i especialitzada tant de recursos humans (equip sanitari multidisciplinari) com de materials i d'infraestructures (equips de reanimació, unitats de cures intensives (UCI) mòbils, boxs, banc de sang, etc.).
- Cal coordinar l'atenció sanitària amb la resta d'intervencions. El treballador social sanitari és el professional clau en aquesta coordinació amb la resta de dispositius de l'emergència.

Referència bibliogràfica

X. Allué (1999). *Op. cit.* (pàg. 9).

Referència bibliogràfica

Samur Social. Un compromiso con los ciudadanos y la solidaridad. Memoria 1.º año de actuación. Junio 2004 - junio 2005 (2005) (pàg. 23). Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

1.2. Concepte d'atenció sanitària urgent

L'atenció sanitària d'urgència, o atenció sanitària urgent, és una prestació del Sistema Nacional de Salut recollida a la cartera de serveis comuns¹, de la mateixa manera que s'hi preveuen l'atenció primària, l'atenció especialitzada, etc. L'atenció sanitària queda recollida en aquesta cartera de la manera següent:

"L'atenció d'urgència és la que es presta al pacient en els casos en què la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. S'ha de dispensar tant en centres sanitaris com fora d'aquests centres, incloent-hi el domicili del pacient i l'atenció *in situ*, durant les 24 hores del dia, mitjançant l'atenció mèdica i d'infermeria, i amb la col·laboració d'altres professionals".

⁽¹⁾Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 16 de setembre de 2006, núm. 222, pàg. 32664.

L'atenció sanitària urgent és la intervenció, tant de prevenció primària, secundària com terciària, que ofereix un equip sanitari multidisciplinari a una persona, un grup o una col·lectivitat davant l'existència o previsió que hi hagi una situació d'urgència i emergència sanitària.

1.3. Situacions d'urgència i emergència sanitària

Es tracta d'emergències, en qualsevol dels nivells d'afectació, en què l'atenció és habitual des dels equips de 061, d'urgències hospitalàries i de centres de salut, principalment. Els treballadors socials sanitaris aborden la problemàtica psicosocial sorgida en aquestes situacions. Vegem-ne ara algunes:

- Infart agut de miocardi.
- Accident cerebrovascular agut.
- Traumatisme cranioencefàlic.
- Intoxicacions agudes.
- Urgències diabètiques.
- Urgències psiquiàtriques.
- Crisis convulsives.
- Insuficiència respiratòria aguda.
- Cremades.
- Accidents amb múltiples víctimes o emergència col·lectiva.
- Catàstrofes.
- Accidents de tot tipus, amb poques persones afectades: de trànsit, laborals, en activitats esportives de risc (barranquisme, escalada, ràfting, etc.), domèstics, etc.
- Situacions de maltractament infantil.
- Violacions i altres agressions a dones.
- Maltractament a persones grans.
- Mort sobtada.
- Intoxicacions alimentàries, epidèmies, plagues, contaminació bacteriològica, etc.

1.4. Marc legislatiu

1.4.1. L'atenció sanitària i social en la Llei sobre protecció civil i la Norma bàsica sobre protecció civil

La protecció civil es pot interpretar de dues maneres diferents, que en cap moment no són excloents. D'una banda, per la mateixa connotació del terme, com a concepte, això és, *protecció civil* (en minúscules); i, de l'altra, com a organisme o servei públic, això és, *Protecció Civil* (en majúscules).

Respecte a la primera accepció, la Llei 2/1985, sobre protecció civil, sorgida amb el propòsit de ser el marc de referència del sistema, entén la protecció civil de la manera següent:

"Protecció física de les persones i dels béns, en situació de greu risc col·lectiu, calamitat pública o catàstrofe extraordinària, en què la seguretat i la vida de les persones poden perillar i sucumbir massivament, la protecció civil constitueix l'afirmació d'una àmplia política de seguretat".

Llei 2/1985, de 21 de gener, sobre protecció civil. *Butlletí Oficial de l'Estat* (núm. 22/1985).

Aquesta definició té el fonament legislatiu en la mateixa Constitució espanyola, que en l'article 15 estableix el següent:

"Tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, ningú no pugui ser sotmès a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants".

Protecció Civil, amb referència a l'altre significat del terme, és l'organisme o servei públic present a les administracions públiques (Administració civil de l'Estat –Direcció General de Protecció Civil i Emergències–, comunitats autònomes, entitats locals, etc.) que té l'encàrrec següent, recollit en l'article 1 de la Llei 2/1985:

"L'acció permanent dels poders públics, en matèria de protecció civil, s'orienta a l'estudi i prevenció de les situacions de risc greu, catàstrofe o calamitat pública i a la protecció i auxili de persones i béns en els casos en què es produeixin aquestes situacions".

El 1992 sorgeix la Norma bàsica sobre protecció civil, prevista en l'article 8 de la Llei amb el propòsit d'establir "les directrius essencials per a l'elaboració dels plans territorials [...] i dels plans especials, per sectors d'activitat, tipus d'emergència o activitats concretes".

La Llei i la Norma bàsica són els dos documents legislatius clau en matèria de protecció civil i emergències a escala nacional, a partir dels quals s'articulen tots els plans i els projectes sobre la matèria en les administracions.

En la Norma bàsica es determina que els plans d'emergència (territorials i especials) han de definir les següents mesures mínimes de protecció a la població:

Referència bibliogràfica

Reial decret 407/1992, de 24 d'abril, pel qual s'aprova la Norma bàsica sobre protecció civil. *Butlletí Oficial de l'Estat* (núm. 105/1992).

- Control d'accessos.
- Avisos a la població.
- Refugi o aïllament en el domicili mateix o en llocs de seguretat.
- Evacuació en les diferents variants.
- Assistència sanitària.

Com a mesures d'auxili, han de concretar, entre d'altres, les següents:

- Recerca, rescat i salvament.
- Primers auxilis.
- Evacuació (transport).
- Classificació, control i evacuació d'afectats amb finalitats d'assistència sanitària i social.
- Assistència sanitària primària.
- Alberg d'emergència.
- Proveïment.

Convé assenyalar també que l'article 1 de l'esmentada Llei 2/1985, sobre protecció civil, estableix el següent:

"Sense perjudici del que disposin les lleis especials, la protecció civil en cas de guerra té per objecte:

- L'autoprotecció.
- El servei d'alarma.
- Els refugis.
- L'evacuació, dispersió i alberg.
- L'auxili, rescat i salvament.
- L'assistència sanitària i social.
- La rehabilitació de serveis públics essencials".

A partir de la Norma bàsica cada comunitat autònoma ha elaborat el seu propi pla territorial d'emergències o de protecció civil.

En vista del que hem exposat fins ara, des del començament de la protecció civil, l'assistència sanitària és vista com a mesura primordial, tant de protecció com d'auxili a la població, quan es produeixen, seguint la mateixa Llei 2/1985, situacions:

"[...] de greu risc col·lectiu, calamitat pública o catàstrofe extraordinària, en què la seguretat i la vida de les persones poden perillar i sucumbir massivament [...]".

D'una banda, com a assistència sanitària global, que inclou tant l'especialitzada com la primària; i, de l'altra, assenyala específicament, l'assistència sanitària primària (atenció primària de salut).

De la mateixa manera, l'assistència social, oferta pel Sistema de Serveis Socials, queda recollida com a actuació d'auxili, de costat amb la sanitària, tant en temps de pau com quan hi ha un conflicte bèl·lic.

Convé matisar que, si bé Protecció Civil, tal com hem dit més amunt, va ser gestada al principi per a la feina entorn de situacions de gran magnitud, els canvis que hi ha hagut en la nostra societat han estat molts i han afectat tots els àmbits d'interrelació humana. D'acord amb les noves realitats, les lleis de gestió d'emergències de cada comunitat autònoma que han anat sorgint fins

als nostres dies, igual que els plans territorials i especials, van obrint pas a termes com *gestió i atenció a emergències individuals i també col·lectives, riscos quotidians, emergències no catastròfiques, emergències ordinàries i no ordinàries*.

És a dir, les emergències individuals, les del dia a dia, això és, els accidents i incendis de proporció menor, les agressions a dones, el maltractament a nens, la desaparició de persones, etc., interessin Protecció Civil pel que fa a gestionar-les i atendre-les.

1.4.2. Els treballadors socials sanitaris en els plans d'emergència de Protecció Civil

Tal com va establir al seu moment la Norma bàsica, avui cadascuna de les comunitats autònomes té el seu propi pla territorial d'emergències o de protecció civil i hi preveu l'assistència sanitària. Així mateix, tots els plans especials dissenyats fins ara hi fan referència.

Des d'aquesta planificació autonòmica i en totes les comunitats, hi ha, entre d'altres, el grup de sanitat per a dur a terme les funcions d'atenció sanitària davant les emergències que es declari. Cal advertir que no es tracta d'un dispositiu creat amb aquesta finalitat, sinó que sota el sostre de *grup de sanitat* s'hi aglutinen tots els dispositius amb tasques afins amb l'objectiu de respondre de manera més organitzada.

Sense trobar-se diferències significatives entre els diversos plans territorials en relació amb el desenvolupament del grup de sanitat, es pren com a exemple el Pla territorial de protecció civil d'Aragó, en què figuren funcions del grup de sanitat que, sens dubte, requereixen la participació del treballador social sanitari.

Per exemple:

- Preveure a l'entrada dels hospitals una àrea d'informació de l'estat dels ferits als familiars.
- Donar pautes individuals i col·lectives de conducta d'autoprotecció sanitària adequades a la situació, tant als afectats com als grups d'acció.
- Desencadenar, si cal, plans d'emergència als hospitals a fi que puguin ampliar la seva capacitat de recepció i d'atenció de ferits.

Així mateix, el pla esmentat (pàg. 2204) destaca que hi ha el Grup d'Acció Social (no hi fan referència totes les comunitats i tampoc no fan referència totes a la participació de treballadors socials), entre els integrants del qual destaquen "els assistents socials d'entitats públiques i privades no pertanyents als organismes esmentats abans com hospitals o geriàtrics", o sigui, els treballadors socials sanitaris.

Referència bibliogràfica

Decret 109/1995, de 16 de maig, de la Diputació General d'Aragó, pel qual s'aprova el Pla territorial de protecció civil d'Aragó. *Butlletí Oficial d'Aragó* (núm. 62, pàg. 2203).

És a dir, almenys hi ha un pla d'emergències territorial autonòmic en què consta la referència expressa als treballadors socials sanitaris com a intervinents en situacions d'emergències, i per tant sens dubte hi tenen una responsabilitat. De la mateixa manera, s'apunten funcions del grup de sanitat en què el professional de treball social especialitzat en aquest camp hi ha d'exercir un rol.

1.4.3. L'atenció d'urgència en la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut. Els treballadors socials sanitaris en els plans d'urgència i emergència sanitària

L'atenció d'urgència és una de les prestacions de l'esmentada abans cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i que, per tant, n'hi ha a tot l'Estat espanyol.

Parlar de prestacions i cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut és parlar de possibilitats d'intervenció específica dels treballadors socials sanitaris i de l'atenció d'urgència. Aquesta prestació és una de les moltes que fa la cartera (atenció primària, atenció especialitzada, prestació farmacèutica, etc.). L'atenció d'urgència, segons el Reial decret 1030/2006 i la Llei 16/2003, es pot explicar de la manera següent:

"L'atenció d'urgència és la que es presta al pacient en els casos en què la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. S'ha de dispensar tant en centres sanitaris com fora d'aquests centres, incloent-hi el domicili del pacient i l'atenció *in situ*, durant les 24 hores del dia, mitjançant l'atenció mèdica i d'infermeria, i amb la col·laboració d'altres professionals. [...] s'entén com una atenció integral i contínua que presten l'atenció primària i especialitzada, i els serveis específicament dedicats a l'atenció urgent".

Aquest document deixa clar que l'atenció a la urgència sanitària no és una tasca exclusiva de personal mèdic i d'infermeria, sinó que és una atenció integral en què intervenen altres professionals, i si bé no matisa quins, l'experiència constata que entre aquests professionals hi ha els treballadors socials sanitaris.

Alguns departaments o conselleries autonòmiques de salut han arribat a elaborar plans d'atenció sanitària per a situacions que requereixin atenció immediata (urgències i emergències). Aquest és, per exemple, el cas de la Conselleria de Sanitat, Serveis Socials i Família del Govern d'Aragó, que el 2000 –quan era Conselleria de Salut i Consum– va posar en marxa el Pla integral d'atenció a la urgència i emergència sanitària a Aragó, amb l'objectiu següent:

"Asegurar una atención integral a la urgencia y emergencia. Se trata de prestar al paciente atención continuada que se inicia en el momento y, a veces, lugar de presentación del proceso agudo o accidente y finaliza con la reinserción social del afectado. Las urgencias y sobre todo las emergencias suponen episodios que requerirán frecuentemente de la participación de médicos, ATS/DUE e incluso otros profesionales. Por ello, la atención deberá estar organizada alrededor de un equipo multidisciplinario que aporte un cuidado integrado de conjunto y horizontal".

M. J. Amorín; J. F. Burillo (2000). *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón* (pàg. 15). Saragossa: Gobierno de Aragón, Consejería de Salud y Consumo.

Les coincidències entre aquest pla i la prestació d'atenció d'urgència de la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut és evident.

Complementant aquestes coincidències, el Pla integral d'atenció a la urgència i emergència sanitària a Aragó plasma que el treball a urgències i emergències no és un acte puntual sinó una atenció continuada que comença de seguida i s'acaba amb la reinserció social de la persona afectada, i que només es pot arribar a fer amb un equip multidisciplinari.

En vista del que s'ha exposat en el marc sanitari, els treballadors socials sanitaris d'aquest camp tenen una porta oberta a la feina en la urgència i emergència sanitària, en uns casos, i a consolidar la que ja fa, en d'altres.

Legislativament parlant, la participació dels treballadors socials sanitaris en situacions d'urgència i emergència queda més reforçada, sobretot quan, tal com dicta la cartera de serveis, l'atenció d'urgència la presta, entre altres espais, atenció primària, on precisament el treball social és una activitat més.

Les emergències individuals o familiars, com ara el maltractament infantil i les agressions a les dones, requereixen més sovint atenció sanitària urgent. Aquestes dues situacions tenen protocols de detecció i d'atenció en els espais sanitaris de l'Estat espanyol. A tall d'exemple, el Servei Aragonès de Salut inclou en aquests protocols la intervenció dels seus treballadors socials sanitaris, tant en atenció primària com en atenció especialitzada.

1.4.4. Protocol nacional d'actuació medicoforens i de policia científica en successos amb víctimes múltiples. L'atenció sanitària, social i psicològica

Aquest document, recollit en el Reial decret 32/2009², respon a la necessitat de "regular l'assistència tècnica als jutges i tribunals per a la identificació dels cadàvers i la determinació de les causes i circumstàncies de la mort en aquest tipus de situacions".

⁽²⁾Reial decret 32/2009, de 16 de gener, pel qual s'aprova el Protocol nacional d'actuació medicoforens i de policia científica en successos amb víctimes múltiples. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 6 de febrer de 2009, núm. 32, pàg. 12630.

Les situacions en qüestió fan referència a successos als quals la societat actual està cada vegada més exposada, com emergències d'origen natural, accidents de transport col·lectiu o terrorisme, en els quals es produeix un nombre elevat de persones mortes.

Seguint el Reial decret 32/2009, el fet que hi hagi aquest protocol:

"No impedeix que quan concorri l'actuació dels metges forenses i de les forces i cossos de seguretat, que al marge de la seva dependència de l'Administració general de l'Estat o d'una comunitat autònoma actuen dirigits per un jutge, amb un pla de protecció civil s'hagi de produir una actuació coordinada".

L'article 24 (pàg. 12640-12641) del Protocol preveu "l'àrea d'assistència a familiars i obtenció de dades *ante mortem*", la qual al seu torn consta de quatre zones bàsiques:

- El punt d'informació.
- L'oficina de recepció de denúncies.
- La zona d'obtenció de dades *ante mortem* o oficina *ante mortem*.
- La zona d'assistència sanitària, social i psicològica.

El punt d'informació el componen personal d'assistència social i psicològica i personal de les forces i cossos de seguretat de l'Estat i policies autonòmiques (art. 25, pàg. 12641).

L'article 33 (pàg. 12643) diu el següent:

"[...] a la zona d'assistència sanitària, social i psicològica s'hi situen els equips de psicòlegs, metges i assistents socials encarregats d'atendre els familiars i persones pròximes de les víctimes o dels desapareguts".

Al marge dels treballadors socials (forenses, de serveis socials, sanitaris, etc.) que complirien aquesta missió, no s'ha de passar per alt que la mort, natural i traumàtica, forma part del dia a dia del treballador social sanitari. Per tant, es veurà implicat de manera directa o indirecta, tant en el cas del punt d'informació com en el de la zona d'assistència sanitària, social i psicològica.

De manera directa, si un dispositiu o tots dos se situen en establiments sanitaris o, sense ser-hi, l'equip d'assistència sanitària a què es refereix requereix la seva feina específica.

De manera indirecta, per la coordinació que faria falta amb l'oficina *ante mortem*, a la qual es refereix l'article 27 del Protocol (pàg. 12641), en considerar:

"[...] també com a víctima les persones supervivents que hagin estat traslladades a centres hospitalaris i que calgui identificar".

En aquest punt s'ha d'assenyalar que els instituts de medicina legal tenen equips psicosocials en què s'integren treballadors socials forenses i psicòlegs forenses. En conseqüència, en el cas que ens ocupa, successos amb víctimes múltiples, fa falta una coordinació entre treballadors socials sanitaris i treballadors socials forenses.

Referències bibliogràfiques

P. Ruiz (2004). *El trabajador social como perito judicial* (pàg. 15). Saragossa: Libros Certeza / Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

J. A. Cobo (2009, maig-octubre). "Los trabajadores sociales en el equipo forense" [article en línia]. *Psicosocial y Emergencias. Artículos y reflexiones*.

1.4.5. L'Estratègia de Seguretat Espanyola

Es defineix com “l'acció de l'Estat dirigida a protegir la llibertat i el benestar dels seus ciutadans, a garantir la defensa d'Espanya i els seus principis i valors constitucionals, i també a contribuir, juntament amb els nostres socis i aliats, a la seguretat internacional en el compliment dels compromisos assumits”, la qual té com a principis informadors:

- La unitat d'acció.
- L'anticipació i prevenció.
- L'eficiència i sostenibilitat en l'ús dels recursos.
- La resiliència.

Es tracta d'una revisió actualitzada de l'Estratègia de Seguretat Espanyola (2011), que fou presentada l'abril de 2013.

Ja fa uns quants anys que la societat espanyola és testimoni, i part compromesa, d'un escenari mundial amb transformacions profundes, que, al seu torn, generen riscos i amenaces caracteritzats per la transversalitat, la interconnexió i la transnacionalitat: conflictes armats, terrorisme, crim organitzat, inseguretat econòmica i financera, vulnerabilitat energètica, proliferació d'armes de destrucció massiva, ciberamenaces, fluxos migratoris no controlats, a més d'altres de potenciat per factors com l'escassetat d'aigua o el canvi climàtic (Govern d'Espanya, 2013a, pàg. 21-35).

La materialització dels riscos i les amenaces exposats poden generar situacions que responguin al concepte d'*urgència i emergència sanitària* (que hem exposat més amunt) i creïn la necessitat de resposta als problemes psicosocials conseqüents.

En el seu conjunt, plasma un enfocament amb predomini d'accions des de l'àmbit de la prevenció primària, en què un dels objectius és “establir un Sistema Nacional de Protecció dels ciutadans que garanteixi una resposta adequada enfront dels diversos tipus d'emergències i catàstrofes originades per causes naturals o derivades de l'acció humana, ja sia accidentals o intencionades” (Govern d'Espanya, 2013a, pàg. 49). Sens dubte, els serveis de protecció civil, i per extensió, l'atenció sanitària i social, seran eines amb les que es comptarà per a treballar-les, com ja hem exposat en tractar la Llei i la Norma Bàsica de Protecció Civil.

1.4.6. Codi penal. L'omissió del deure d'auxili

El concepte d'*auxili* està instintivament lligat a la necessitat de resposta immediata, a situació greu, a desprotecció, etc.; en definitiva, tots plegats, termes molt familiars en l'àmbit de la urgència i emergència.

Referència bibliogràfica

Govern d'Espanya (2013a). *Estratègia de Seguridad Nacional. Un proyecto compartido* (pàg. 1-2; fecha de consulta: 13-7-2013). Madrid.

L'actual Codi penal espanyol, partint del fet que és un deure del ciutadà ajudar –auxiliar– els qui ho necessiten perquè es troben en una situació de perill o risc greu, tipifica com a delictes la denegació d'auxili. Sens dubte això cobra més rellevància essent treballadors socials sanitaris i encara més, si és possible, si treballem en situacions d'urgència i emergència sanitària.

En l'article 195, es pronuncia d'aquesta manera:

"1. El qui no socorri una persona que es trobi desemparada i en perill manifest i greu, quan pugui fer-ho sense risc propi ni de tercers, ha de ser castigat amb la pena de multa de tres a dotze mesos.

2. Incorre en les mateixes penes el qui, impedit de prestar auxili, no demani amb urgència auxili aliè.

3. Si la víctima ho és per accident ocasionat fortuïtament pel qui va ometre l'auxili, la pena és de presó de sis mesos a divuit mesos, i si l'accident es deu a imprudència, la de presó de sis mesos a quatre anys³ⁿ.

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal, pàg. 34010.

⁽³⁾Punt redactat conforme a la Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal, pàg. 41855.

Cal saber també que, quan es tracti de professionals sanitaris, el delictes és més gran. Així es recull en l'article 196:

"El professional que, estant-hi obligat, denegui l'assistència sanitària o abandoni els serveis sanitaris, quan de la denegació o abandó es derivi risc greu per a la salut de les persones, ha de ser castigat amb les penes de l'article precedent en la meitat superior i amb la d'inhabilitació especial per a ocupació o càrrec públic, professió o ofici, per un termini de sis mesos a tres anys".

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal, pàg. 34010.

1.4.7. El consentiment informat en situacions greus per a la salut

L'article 9 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, estableix el següent:

"[...]

2. Els facultatius poden dur a terme les intervencions clíniques indispensables en favor de la salut del pacient, sense necessitat de comptar amb el seu consentiment, en els casos següents:

a) Quan existeix risc per a la salut pública a causa de raons sanitàries que estableix la llei. En tot cas, una vegada adoptades les mesures pertinents, de conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 3/1986, s'han de comunicar a l'autoritat judicial en el termini màxim de 24 hores sempre que disposin l'internament obligatori de persones.

b) Quan existeix risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no és possible aconseguir la seva autorització, consultant, quan les circumstàncies ho permetin, els seus familiars o les persones que hi estan vinculades de fet".

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 15 de novembre de 2002, núm. 274, pàg. 40128.

Les comunitats autònomes també van publicar lleis sobre la mateixa matèria que prenen com a punt de partida la llei esmentada.

1.4.8. Accions urgents en el marc de la Llei de salut pública

A partir de la consideració de la salut pública com "el conjunt d'activitats organitzades per les administracions públiques, amb la participació de la societat, per a prevenir la malaltia i també per a protegir, promoure i recuperar la salut de les persones, tant en l'àmbit individual com en el col·lectiu i amb accions sanitàries, sectorials i transversals", la Llei 33/2011⁴ exposa algunes circumstàncies en què aquestes activitats requereixen una acció immediata.

⁽⁴⁾Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 5 d'octubre de 2011, núm. 240, pàg. 104593-104626, 104600.

És el cas relatiu a la informació sanitària, en què, en l'article 4, exposa el següent:

"Els ciutadans, directament o mitjançant les organitzacions en què s'agrupin o que els representin, tenen dret a ser informats, amb les limitacions que preveu la normativa vigent, en matèria de salut pública per les administracions competents. Aquest dret comprèn, en tot cas, els següents: [...]

c) Rebre informació sobre els condicionants de salut com a factors que influeixen en el nivell de salut de la població i, en particular, sobre els riscos biològics, químics, físics, mediambientals, climàtics o d'un altre caràcter rellevants per a la salut de la població i sobre el seu impacte. Si el risc és immediat, la informació s'ha de proporcionar amb caràcter urgent".

Article 4 de la Llei 33/2011, general de salut pública. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 240, pàg. 104601.

Pel que fa als deures ciutadans, tenen el deure de comunicar "fets, dades o circumstàncies que puguin constituir un risc o perill greu per a la salut de la població" (article 9 de la Llei 33/2011, pàg. 104602).

Entre les competències assignades al Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat en matèria de vigilància en salut pública (article 14), hi figura la següent:

"[...] la coordinació dels missatges dirigits a la població en cas que les autoritats sanitàries emetin comunicats o recomanacions en contextos d'alerta o crisis sanitàries o que afectin riscos incerts que puguin afectar més d'una comunitat autònoma. Amb aquesta finalitat, les autoritats sanitàries han d'informar el Ministeri".

Article 14 de la Llei 33/2011, pàg. 104604.

En l'article 39, fa referència a les accions en matèria de salut internacional, i en relació amb la temàtica que ens ocupa destaca el següent:

"[...] b) Recopilar informació de riscos per a la salut de caràcter internacional i informar els organismes de l'Administració general de l'Estat competents en matèria de coordinació d'emergències i protecció civil. [...]

e) Establir i coordinar una xarxa de professionals sanitaris i equips que estiguin en disposició de cooperació sanitària immediata, a fi de poder respondre a emergències sanitàries internacionals".

Article 39 de la Llei 33/2011, pàg. 104613.

Finalment, pel que fa a mesures especials i cautelars, recollides en l'article 54, destaca el següent:

"1. Sense perjudici de les mesures previstes en la Llei orgànica 3/1986, de 14 d'abril, de mesures especials en matèria de salut pública, amb caràcter excepcional i quan ho requereixin motius d'extraordinària gravetat o urgència, l'Administració general de l'Estat i les de les comunitats autònomes i ciutats de Ceuta i Melilla, en l'àmbit de les seves respectives competències, poden adoptar totes les mesures que siguin necessàries per a assegurar el compliment de la llei.

Article 54 de la Llei 33/2011, pàg. 104617.

1.5. Premisses en el treball social sanitari en emergències

Aquestes premisses volen fer de punt de partida i guiar l'actuació del professional del treball social sanitari quan afronta tasques en el marc de l'atenció sanitària urgent:

- Les situacions d'urgència i emergència sanitària, al marge de la magnitud que tinguin, formen part de la realitat diària d'un equip sanitari i, per tant, també del treballador social sanitari.
- Derivat d'això, el treballador social sanitari és un intervingent d'emergències (situacions de crisi), com ho són els seus companys de l'equip mèdic i de personal d'infermeria, bombers, policies, gestors d'emergències, etc.
- En les situacions crítiques, com en qualsevol altra situació sanitària de caràcter no urgent, la intervenció del treballador social sanitari només està fonamentada a partir de la necessitat d'una atenció inicial de l'equip mèdic i d'infermeria; en aquest cas, motivada per la instauració prèvia d'una situació crítica física o psicològica d'una persona, una família o una altra col·lectivitat, que genera i acompanya problemes psicosocials en el procés de la crisi. No és una intervenció aïllada.
- Les situacions crítiques requereixen disciplines diverses per a abordar-les i resoldre-les. A més, exigeixen interrelació professional i, prèviament, un coneixement i reconeixement mutu de les aportacions específiques de cadascun dels actuants.
- Els treballadors socials, en general, i els de l'àmbit sanitari, en particular, són persones que treballen amb persones i sobretot amb persones que passen una experiència difícil o crítica en la seva vida. És a dir, treballen amb persones amb problemes, no amb problemes. D'això se'n diu *dignitat*.
- La urgència i emergència sanitària és, en si, una situació multiproblemàtica que comporta necessitats i problemes, entre d'altres, de caràcter social. A més, sovint, la urgència i emergència sanitària forma part d'un entramat

general que exigeix coordinació amb altres serveis d'atenció urgent: policies, bombers, serveis socials, personal judicial, etc.

- L'expert en l'atenció social en situacions d'urgència i emergència sanitària és el treballador social sanitari; i, en conseqüència, és el referent de la família i altres acompanyants de la persona o persones afectades directament.
- La mort imprevista i traumàtica, el dolor per la pèrdua de persones estimades, el patiment, igual que la malaltia i altres maneres de morir, formen part de la vida humana i, també, de l'especificitat del treball social sanitari.
- Cada feina té els seus perills. El treball social té perills per a la salut mental. El treball social sanitari, també. I el treball en situacions d'urgència i emergència, per descomptat. Com a professional, s'ha d'actuar amb responsabilitat, la qual cosa implica ser conscient d'això i cuidar-se.
- Cada situació d'emergència és diferent, perquè les persones som diferents i, també, perquè les característiques del succés i la seva evolució no són les mateixes en cada cas i, per tant, la fan única.
- L'emergència s'ha d'entendre com un contínuum. L'atenció social en emergències, des dels diversos escenaris, no se circumscriu a l'actuació urgent. Per a poder arribar a donar una resposta immediata cal un "abans de", és a dir, fa falta una preparació prèvia: protocols, formació i entrenament, etc.
- D'altra banda, en la majoria de les situacions, després de la retirada dels especialistes de l'auxili immediat, el treball social sanitari no ha fet més que començar i es pot arribar a allargar força per hospitalització, per convalescència en centres especialitzats, o a casa. És la fase de prevenció terciària, o de rehabilitació psicosocial.
- A llarg termini, o període de rehabilitació psicosocial, és crucial el paper de la xarxa social de les persones afectades, això és, família, amics, companys de feina, veïns, etc., per a afrontar els problemes socials i psicològics que hi pugui haver.

Referència bibliogràfica

S. Márquez; R. Meneu (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas". *Gestión Clínica y Sanitaria* (vol. 5, núm. 2, pàg. 48-51).

1.6. Atenció del treballador social sanitari en urgències i emergències sanitàries des de l'atenció primària

1) Activitats de prevenció primària (previsió, prevenció, planificació, educació). Les actuacions de prevenció primària en emergències que ha de dur a terme el treballador social sanitari des d'un centre de salut fan referència a la feina que cal fer en l'"abans de". Són, per tant, activitats de previsió, prevenció, educatives, formatives i de planificació, i també de recerca.

Cal recordar, com a premissa, que s'imposa una preparació prèvia a la intervenció pròpiament dita. Entre les possibles accions en l'"abans de" hi ha les següents:

- Facilitar formació i entrenament continuat a tots els professionals de l'equip de salut en aspectes psicològics, socials, organitzatius, de recursos, d'autocura, etc., relacionats amb les emergències.
- Dissenyar, desenvolupar i avaluar estudis de recerca i d'altres sobre aspectes, problemes i necessitats de caràcter psicosocial en relació amb les emergències i urgències ateses al centre de salut.
- L'abundant i variada informació que es genera exigeix que se'n faci una gestió específica, tant en el "durant" com en el "després de", que requereix organització en l'"abans de".
- Promoure la creació d'un grup de treball multidisciplinari dedicat a la millora de l'atenció a les situacions d'emergència que atengui l'equip d'atenció primària de salut.
- En relació amb el punt anterior, aportar, si ja hi ha grup, la dimensió social al treball que es duu a terme en el grup d'emergències.
- Promoure un miniequip de crisi dins l'equip d'atenció primària de salut per a gestionar la resposta que hagi de donar a grans emergències i catàstrofes.
- Captar necessitats formatives en els membres de l'equip en relació amb l'atenció a les emergències i urgències sanitàries.
- Detectar i catalogar persones en risc d'augmentar la seva vulnerabilitat davant emergències: malalts crònics, incapacitats (físics, mentals i sensorials), gent gran que viu sola o és fràgil.
- Preveure i protocol·litzar la coordinació amb els treballadors socials sanitaris dels hospitals de referència, i també amb els serveis socials.
- Assegurar, mitjançant protocol, les respostes psicosocials de l'equip d'assessorament i orientació psicopedagògica i les unitats de salut mental als afectats que ho necessitin després de l'alta hospitalària, tant en emergències individuals com en grans emergències.
- Dissenyar el protocol d'activació del treballador social sanitari del centre de salut per a l'atenció social en les diverses emergències sanitàries que atén el personal mèdic i d'infermeria. Així, la seva feina específica s'integra en la resposta global a la situació crítica.

- Adquirir o posar al dia coneixements i habilitats a la feina en situacions d'emergències i urgències, tant en l'atenció als aspectes psicosocials com en altres matèries: reanimació cardiopulmonar (RCP), ús del desfibril·lador, coneixement de medicaments d'atenció urgent, dispositius de transport sanitari urgent, aspectes legals, protocols, etc.
- Informar i formar els estudiants de treball social en pràctiques, sobre l'atenció en emergències i urgències, en general, i des del centre de salut, en particular, i sobre la problemàtica psicosocial entorn d'aquestes emergències i urgències.
- Valorar, catalogar i actualitzar possibles recursos sanitaris i sociosanitaris que facin falta als afectats, als familiars i a la resta del personal que intervé en una emergència.
- Impulsar la coordinació de l'equip d'atenció primària de salut amb altres serveis de primera intervenció en l'emergència: serveis policials, bombers, etc.
- Participar en simulacres i exercicis pràctics que impliquin la participació de l'equip d'atenció primària de salut.
- Posar al dia els protocols actius d'atenció sanitària urgent en emergències individuals en què intervé el treballador social sanitari: atenció a la dona víctima de violència, maltractament infantil, comunicació de males notícies, etc.
- Involucrar el consell de salut en accions en el marc de la prevenció primària dirigides a la població.
- Formar la població en emergències i catàstrofes, en general, i en els aspectes psicològics, socials i sanitaris, en particular.

2) Activitats de prevenció secundària (intervenció i assistència).

En emergències individuals (urgències). El treballador social sanitari en l'atenció a emergències individuals (urgències) ha de dur a terme les tasques específiques següents:

a) Prèviament:

- Identificar el possible protocol activat i actuar conforme a aquest protocol.
- Assegurar la disponibilitat d'un espai físic adequat que permeti privacitat en l'atenció als directament afectats o els seus familiars.

- Fer una interconsulta amb el personal mèdic i d'infermeria per a disposar d'informació sobre el fet que ha passat i les circumstàncies que ha tingut, la identitat de les persones afectades i els possibles vincles entre si, les patologies presentades, les actuacions mèdiques i d'infermeria que cal fer i el pronòstic.

b) Intervencions:

- Fer la valoració inicial i el diagnòstic social provisional.
- Oferir contenció i suport psicològic als directament afectats, familiars, parents pròxims i participants (professionals i voluntaris).
- Acompanyar les persones directament afectades, per falta de xarxa social i si es valora que cal, en les situacions següents:
 - Fer el trasllat a domicilis (propi, de familiars, etc.) o centres específics (hospitals, centres d'acolliment, etc.).
 - Recollir i lliurar objectes personals, en el reconeixement de cadàvers, per a fer tràmits, etc.
- Donar informació sensible: males notícies.
- Recerca i localització d'integrants de la xarxa social de la persona afectada (pare, mare, amic, germans, etc.) amb els quals calgui contactar o ho vulgui fer aquesta persona.
- Assessorar familiars en la presa de decisions.
- Informar, en casos que ho necessitin, sobre aspectes com comunicats judicials o enterraments gratuïts.
- Registrar la intervenció en la història clínica.
- Fer un informe social si es valora que cal.

En emergències col·lectives i grans emergències

En el cas de grans emergències o catàstrofes, el treball social sanitari implica no solament atenció individual i familiar als afectats, sinó també de caràcter grupal, amb col·lectius que presenten vulnerabilitats, i comunitari, amb la globalitat de la població afectada.

Les actuacions que presentarem tot seguit, més específiques davant situacions d'emergències col·lectives o grans emergències, es complementen amb les que hem esmentat en l'apartat d'emergències individuals, quan ho requereixin una vegada valorada la situació concreta.

Les tasques específiques que ha de dur a terme el treballador social del centre de salut davant una emergència col·lectiva o gran emergència i catàstrofe exterior són les següents:

- Integrar-se, si cal, en el dispositiu psicosocial de l'hospital de referència.
- Aportar a l'equip la dimensió social, tant dels individus afectats com de la població general afectada.
- Coordinar-se permanentment amb els treballadors socials dels hospitals on hi ha ingressats els afectats amb vista a planificar l'alta hospitalària.
- Organitzar accions i fer el seguiment a mitjà i llarg termini amb els diversos afectats que ho necessitin, els seus familiars i la població en conjunt.
- Coordinar actuacions amb associacions i serveis d'atenció a grups amb afectacions cròniques prèvies a l'emergència: esclerosi múltiple, malalts amb demències, malalts de Parkinson, etc.
- Detectar i identificar persones en risc de trastorns psicològics.
- Organitzar i coordinar el possible voluntariat adscrit al centre de salut en la catàstrofe.
- En casos en què calgui, fer l'estudi, el diagnòstic i el tractament social, que ha de preveure, entre altres accions, actuacions previstes per a emergències individuals.
- Mantenir informat el consell de salut, com a òrgan de participació de la comunitat, dels problemes que hi ha i de les accions que s'han fet, i demanar-li la col·laboració.
- Si hi ha persones en albergs d'emergència (poliesportius, centres socials, etc.), participar en l'organització de l'atenció sanitària als afectats que ho necessitin, i coordinar les accions de l'equip sanitari amb altres serveis que intervinguin en l'alberg.
- Col·laborar en l'avaluació de la intervenció, en general, i en la intervenció sanitària i social, en particular.

- Participar en accions d'ajuda humanitària o d'emergència sanitària internacional aportant la intervenció social que faci falta. Un exemple d'això és el document "Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes llevada a cabo tras el terremoto de Haití del 2010" (Arrivicita i altres, 2013).
- Després de la intervenció immediata, integrar-se juntament amb la resta de companys en actuacions encaminades a la prevenció de trastorns psicològics i a la cura de la seva salut mental com a intervinent (debríng o una intervenció semblant).

3) Activitats de prevenció terciària (rehabilitació psicosocial).

A mitjà i llarg termini es preveuen les actuacions següents:

- Promoure i participar en la reavaluació continuada de les necessitats sanitàries i socials de la població en general i dels directament afectats en particular.
- Contribuir amb els serveis socials comunitaris i especialitzats al reagrupament familiar en grans emergències.
- Informar la població sobre les possibles reaccions psicològiques que es poden esperar a mitjà i llarg termini.
- Coordinar actuacions amb associacions i serveis d'atenció a grups amb patologies derivades de l'emergència: cremats, dany cerebral sobrevingut, salut mental, etc.
- Conforme a les necessitats de la població afectada, promoure i desenvolupar la posada en marxa de programes específics:
 - Suport al dol.
 - Facilitació d'accés a material ortoprotèsic, rehabilitació, tractaments específics (psicoteràpies, cirurgia plàstica, etc.).
 - Informació sanitària.
- Atenció a la problemàtica social d'afectats que desenvolupin psicopatologia posttraumàtica: depressió, ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic, etc.
- Atenció a la problemàtica social d'afectats amb seqüeles posttraumàtiques: amputacions, cremades, afectacions sensorials, etc.
- Promoció d'accions saludables entre els afectats.
- Seguiment dels casos que calgui: reunions institucionals, amb afectats, entrevistes, visites domiciliàries, etc.

Referència bibliogràfica

Á. L. Arrivicita; T. Ventura; M. J. Mieses; C. Sosa (2013). "Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes llevada a cabo tras el terremoto de Haití del 2010" [en línia]. *Psicosocial y Emergencias*. [Data de consulta: 4 de maig de 2013]. [Publicat també a: *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (2012, desembre)].

- Avaluació de la intervenció, en general, i de la intervenció sanitària i social, en particular.
- Elaboració d'informes socials.
- Participació, juntament amb la resta de companys, en activitats dirigides a la cura de la salut mental com a intervinent. L'especificitat de l'experiència de suport psicosocial després del terratrèmol d'Haití, que hem comentat més amunt, com que es tracta d'un treball dirigit a intervinents sanitaris (metges, infermers, treballadors socials, psiquiatres, psicòlegs, etc.) i que està en una fase d'inici de la rehabilitació psicosocial, és un exemple interessant en el marc d'aquesta activitat.

1.7. Atenció del treballador social sanitari en urgències i emergències sanitàries des d'atenció especialitzada

Com a premissa, el servei d'urgències d'un hospital és la porta d'entrada de persones i del seu cercle afectiu (familiars, amics, etc.) que es veuen afectats per una emergència sanitària, tant si és individual (urgència) o col·lectiva, com si és una gran emergència o catàstrofe.

Per tant, les actuacions del treballador social sanitari en emergències es refereixen a les que duu a terme aquest treballador des del servei d'urgències del centre hospitalari.

Així mateix, la intervenció del treballador social sanitari des del servei d'urgències està condicionada, entre altres aspectes, per l'adhesió del professional al servei d'urgències. En vista de la realitat actual, s'imposa assignar exclusivament, almenys, un professional a aquest servei.

En aquesta línia, igual que l'atenció mèdica i d'infermeria d'urgències, l'atenció social en l'emergència sanitària, com a part de la resposta conjunta a aquesta emergència, s'ha d'oferir dia i nit, cada dia i tot l'any.

És oportú recordar, tal com hem apuntat en les premisses, que el requeriment d'actuació del treballador social sanitari procedeix de l'actuació urgent del personal mèdic i d'infermeria, i la precedeix. Només així està fonamentat el treball social sanitari en urgències i emergències sanitàries.

1) Activitats de prevenció primària (previsió, prevenció, planificació). Les actuacions de prevenció primària en emergències que ha de dur a terme el treballador social sanitari des del servei d'urgències de l'hospital fan referència a la preparació, al treball que cal fer en l'"abans de", i per tant es tracta d'activitats de previsió, de prevenció i de planificació, principalment.

Ve a propòsit recordar que la intervenció pròpiament dita no es pot fer sense que hi hagi un "abans de". Entre les seves accions hi ha les següents:

- Facilitar formació i entrenament continuat als professionals de totes les categories de l'equip d'urgències i d'altres serveis implicats en situacions crítiques (UCI, atenció al pacient, psiquiatria, etc.) en aspectes psicològics, socials, organitzatius, de recursos, d'autocura, etc., relacionats amb les diverses situacions d'emergència.
- Dissenyar, desenvolupar i avaluar estudis de recerques sobre aspectes, problemes i necessitats de caràcter psicosocial en relació amb les situacions crítiques ateses a urgències.
- Impulsar la creació d'un grup de treball multidisciplinari (si no n'hi ha) dedicat a millorar l'atenció i la gestió de les situacions d'emergència que atén l'equip d'urgències.
- En relació amb el punt anterior, si ja hi ha grup, aportar la dimensió social al treball que es fa en el grup d'emergències.
- Captar necessitats formatives en els membres del servei d'urgències en relació amb l'atenció a les emergències i urgències sanitàries.
- Com a membre de l'equip de triatge en grans emergències, integrar-se activament en l'elaboració i el manteniment d'un pla de resposta general de l'hospital davant una hipotètica situació de gran emergència o catàstrofe exterior (epidèmia, atemptat terrorista o accident de gran magnitud, conflicte bèl·lic, etc.).
- Participar activament en el pla d'autoprotecció i de gestió de riscos del centre sanitari davant emergències internes.
- Impulsar i participar en la pràctica d'exercicis pràctics per a la posada a punt, tant del pla d'autoprotecció de l'hospital com del pla de resposta general de l'hospital a situacions de gran emergència o catàstrofe exterior (OMS).
- Fer la revisió teoricopràctica i l'entrenament dels diversos protocols actius d'atenció sanitària urgent en emergències individuals en què intervé el treballador social sanitari: atenció a la dona víctima de violència, maltractament infantil, males notícies, etc.
- Protocol·litzar l'activació dels treballadors socials sanitaris d'altres serveis de l'hospital davant la necessitat de reforçar el servei d'urgències motivada per una emergència col·lectiva puntual o per la convergència de diverses

situacions que puguin comportar un risc de desbordament de l'atenció social.

- Elaborar i mantenir un banc guia de recursos sanitaris i sociosanitaris vinculats a les situacions d'urgència i emergència, i també d'altres dispositius d'atenció urgent (bombers, centres de coordinació d'emergències, policies, jutjat de guàrdia, etc.)
- Planificar una resposta coordinada amb treballadors socials sanitaris de la xarxa d'atenció primària o d'altres dispositius d'atenció sanitària especialitzada davant determinades situacions d'emergència.
- Protocol·litzar la coordinació i derivació amb serveis socials bàsics i especialitzats per a situacions d'urgència i emergència que requereixin la seva intervenció.
- Participar, com a membre de l'equip d'urgències, en l'adquisició o posada al dia en coneixements i habilitats a la feina en situacions d'emergències i urgències, tant en aspectes psicosocials com en altres matèries: RCP, ús de desfibril·lador, coneixement de medicaments d'atenció urgent, dispositius de transport sanitari urgent, aspectes legals, etc.
- Participar en la formació dels metges interns residents, del personal d'infermeria resident, d'estudiants de medicina i infermeria, i també d'altres disciplines o formacions especialitzades que hi ha al servei d'urgències, aportant tots els aspectes relatius a les funcions del treballador social sanitari en l'atenció de les urgències i emergències des d'aquest servei.
- En relació amb el punt anterior, formar específicament els estudiants de grau de treball social en pràctiques sobre l'atenció en emergències i urgències, en general, i des de l'hospital, en particular, i sobre el treball social sanitari entorn també d'emergències i urgències.
- Conèixer i dominar la infraestructura hospitalària en general i tots els espais vinculats directament amb situacions d'atenció urgent en particular: urgències, UCI, atenció al pacient, psiquiatria, cirurgia, autòpsies, dipòsit de cadàvers, tanatori, banc de sang, etc.
- Conèixer els responsables i capdavanters de l'àmbit hospitalari i, en concret, dels serveis vinculats directament amb situacions d'atenció urgent.
- Fer una valoració social de potencials espais sanitaris perquè, davant situacions d'emergència col·lectiva i gran emergència i catàstrofe, es puguin dur a terme actuacions concretes diverses i fins i tot simultànies: reunions generals amb familiars, comunicació de males notícies, espais de respir per

a familiars i professionals, circuit de reconeixement de cadàvers, reunions de l'equip de crisi, etc.

- Mantenir la coordinació (o impulsar-la, si n'hi ha) del servei d'urgències amb altres serveis de primera intervenció en l'emergència: serveis policials, bombers, etc.

2) Activitats de prevenció secundària (intervenció i assistència).

En emergències individuals (urgències). El treballador social sanitari en l'atenció a emergències individuals (urgències) ha de dur a terme les tasques específiques següents, algunes de les quals poden estar incloses en alguns dels protocols establerts en el servei d'urgències de l'hospital:

a) Abans d'intervenir:

- Identificar el possible protocol activat i l'actuació conforme al que s'hi estableix. En els serveis d'urgència dels hospitals públics hi ha protocols d'atenció en violència de gènere, maltractament infantil, etc. Un exemple d'això és a l'Hospital Clínic de Barcelona, el servei d'urgències del qual disposa d'un protocol de "comunicar males notícies", que normalment s'activa alhora que el box de reanimació. En aquest protocol s'estableix que, mentre el personal mèdic i d'infermeria s'ocupen de l'atenció mèdica, el treballador social sanitari és el responsable de la "localización, acogida y acompañamiento de los familiares y/o acompañantes de los pacientes ingresados en el box de reanimación" (Milián, 2008).
- Disposar d'un espai físic adequat que asseguri privacitat en l'atenció als directament afectats o els seus familiars.
- Aconseguir tanta informació com es pugui entorn dels punts següents:
 - El succés i les circumstàncies, per mitjà dels familiars o acompanyants, policies o sanitaris intervinents, comunicats judicials, etc.
 - La patologia mèdica motiu de demanda mitjançant una interconsulta amb un metge i personal d'infermeria actuant.

b) Intervencions:

- Valoració inicial i diagnòstic social provisional.

Referència bibliogràfica

C. Milián (2008). "El trabajador/a social: un perfil profesional en Urgencias: dos protocolos de intervención en crisis". *Cuadernos de Crisis* (vol. 1, núm. 7, pàg. 7-15). (pàg. 10). [Data de consulta: 4 de maig de 2013].

- Recepció dels familiars de la persona o persones ingressades en el servei d'urgències. El treballador social és el referent per a la família.
- Contenció i suport psicològic als afectats o familiars, a partir de les reaccions psicològiques que presentin. La intenció és possibilitar l'alleujament emocional, normalitzar les reaccions d'estrès, clarificar el pensament per a la presa de decisions, estimular-los les capacitats i també altres actuacions necessàries, etc.
- Acompanyament a familiars o persones pròximes en el reconeixement de cadàvers, els tràmits de trasllat dels cadàvers, el lliurament d'objectes personals, etc.
- Assessorament a familiars en la presa de decisions.
- Coordinació amb altres dispositius o professionals externs a l'hospital per a atendre necessitats familiars derivades de la mateixa emergència: atenció a persones que ho necessiten al domicili (malalts, nens, etc.), reagrupament familiar, traducció, etc.
- Facilitació de trobades i mediació entre familiars de la persona afectada i el personal mèdic i d'infermeria.
- Participació en la comunicació de males notícies.
- Recerca i localització d'integrants de la xarxa social de la persona afectada (pare, mare, amic, germans, etc.) amb els quals calgui contactar o ho vulgui fer aquesta persona.
- Facilitació d'informació per a cobrir necessitats bàsiques (allotjament, menjar, medicaments habituals, etc.) en casos de familiars que no resideixin a la zona en què hi ha l'hospital on són atesos els afectats.
- Registre en la història clínica del servei de la valoració i diagnòstic social, actuacions fetes i pronòstic.
- Elaboració de l'informe de treball social sanitari, si cal.
- Si es produeix ingrés hospitalari, coordinació amb el treballador social adscrit al servei en què ingressa.

Referències bibliogràfiques

A. Román i altres (2006). "Aproximación al trabajo social en la emergencia. Un nuevo contexto de intervención". *Servicios Sociales y Política Social* (núm. 66, pàg. 152). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes.

M. du Ranquet (1996). *Los modelos en trabajo social. Intervención con personas y familias* (pàg. 196-209). Madrid: Siglo XXI.

En emergències col·lectives i grans emergències. La mateixa magnitud requereix la intervenció, no solament dels treballadors socials adscrits al servei d'urgències, sinó de la resta de serveis de l'hospital. Fins i tot, si la situació ho demana, la d'altres dispositius sanitaris externs: centres de salut, dispositius especialitzats, etc.

Per tant, s'ha de disposar, com a mínim, de la participació de tots els treballadors socials de l'hospital. Aquest equip té unes responsabilitats que prèviament han de quedar reflectides en un pla d'actuació general de l'hospital.

El coneixement i la immediata confirmació d'una gran emergència o catàstrofe a la zona de referència de l'hospital activa el pla de resposta general de l'hospital per a aquest tipus d'esdeveniments. Aquest pla ha de preveure dos dispositius de treball multidisciplinari en els quals hi hagi treballadors socials sanitaris: l'equip de triatge i el centre d'informació i gestió psicosocial.

El triatge té com a objectiu principal "l'ordenació i classificació del treball assistencial". L'equip multidisciplinari de triatge està integrat per personal d'infermeria, metges i treballadors socials sanitaris.

Entre les tasques específiques del centre d'informació i gestió psicosocial hi ha l'atenció psicosocial dels afectats directes i la recepció i atenció de familiars que demanen informació sobre persones probablement hospitalitzades. "És un espai operatiu i de gestió" integrat per treballadors socials de l'hospital i fins i tot d'altres centres sanitaris si calgués, personal de les unitats de salut mental i personal administratiu.

Les actuacions que presentarem tot seguit, més específiques davant situacions d'emergències col·lectives o grans emergències, es complementen amb actuacions pròpies d'emergències individuals (urgències) que hem esmentat en l'apartat corresponent, quan ho requereixin una vegada valorada la situació concreta.

Les tasques específiques que ha de dur a terme l'equip de treballadors socials davant una emergència col·lectiva o gran emergència i catàstrofe exterior són les següents:

- Integrar-se, conforme al pla general de resposta de l'hospital davant grans emergències, en l'equip de triatge constituït per a la gestió sanitària en aquests casos. En aquest sentit, hi ha experiències, com és el cas de l'Hospital Clínic de Barcelona, que disposen d'un pla general de catàstrofes externes. És a dir, no es tracta d'un pla d'autoprotecció del centre sanitari mateix davant una emergència interna, sinó d'una resposta organitzada de l'hospital davant un esdeveniment d'ampli abast i gravetat a la ciutat. Aquest pla preveu establir un triatge mèdic als afectats en la catàstrofe que ingressen a l'hospital per la via del servei d'urgències. En aquestes circumstàncies, el treballador social forma part de l'equip interdisciplinari de triatge "con el objetivo de saber, desde el primer momento y de forma continuada, el número de víctimas que ingresan en el centro sanitario y, de estas, cuántas están sin identificar [...], filiación de las víctimas, nivel de gravedad de cada víctima, así como su ubicación" (Milián, 2008).

Bibliografia recomanada

Á. L. Arricivita (2013). "Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda". *Psicosocial y Emergencias*. Osca.

- Activar i coordinar el centre d'informació i gestió psicosocial, activat conforme al pla general de resposta de l'hospital davant grans emergències. A tall d'exemple, el Pla psicosocial per a emergències en el túnel de Somport, integrat en el pla de seguretat d'aquest túnel internacional de gairebé nou quilòmetres, que uneix França i Espanya, preveu que hi hagi persones ferides que necessitin hospitalització després d'un esdeveniment crític a dins d'aquesta infraestructura. Per a donar una resposta psicosocial adequada a les persones hospitalitzades, preveu que hi hagi un centre d'informació i gestió psicosocial en els centres sanitaris compromesos i que "estarán integrados por trabajadores sociales, el personal de las unidades de salud mental (psicólogos, enfermeros, psiquiatras, etc.) y personal administrativo del Servicio Aragonés de Salud [...]".
- Integrar-se en el centre d'informació i suport psicosocial.
- Portar un registre permanent de les dades següents:
 - Accés al servei del nombre d'afectats identificats i no identificats.
 - Identificacions d'afectats (filiacions).
 - Gravetat conforme als criteris de classificació universalment reconeguts.
 - Emplaçament intern a l'hospital, o extern (necessitat de trasllat a un altre centre sanitari).
- Davant una emergència interna, dur a terme les activitats assignades conforme a les responsabilitats que hagi adquirit en el pla.
- Participar en l'avaluació de la intervenció sanitària i avaluar la intervenció social.
- Elaborar informes socials.
- En casos en què cal l'ingrés: coordinar-se amb el treballador social adscrit al servei en què ingressen per a fer l'estudi, el diagnòstic i el tractament social, i preparar l'alta hospitalària.
- Organitzar i coordinar el possible voluntariat assignat a l'hospital per a fer de suport en l'emergència.
- Després de la intervenció immediata, integrar-se, juntament amb la resta de companys, en actuacions encaminades a la prevenció de trastorns psicològics i la cura de la seva salut mental com a intervinent (debríng o una intervenció semblant).
- Participar en accions d'ajuda humanitària o d'emergència internacional aportant la intervenció social que calgui.

Referència bibliogràfica

J. I. Ayala Pérez-Montoya i altres (2008). "El plan de apoyo psicosocial para emergencias en el túnel de Somport (Huesca)". *Psicosocial y Emergencias* (núm. 4). [Publicat també a: *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (2009, març). [Data de consulta: 4 de maig de 2013].

3) Activitats de prevenció terciària (rehabilitació psicosocial).

A mitjà i llarg termini es preveuen les actuacions següents:

- Coordinar-se amb els treballadors socials dels centres de salut i d'organitzacions d'afectats en els casos que continuïn necessitant atenció de serveis especialitzats o requereixin un reingrés.
- Participar, juntament amb la resta de companys, en activitats dirigides a la cura de la salut mental com a intervinent.
- Avaluar la intervenció en general i la intervenció social en particular.
- Elaborar els informes socials que calgui.

2. El treball social sanitari en la coordinació de trasplantaments

2.1. L'Organització Nacional de Trasplantaments

Per a millorar els coneixements que tenim sobre l'Organització Nacional de Trasplantaments (ONT) convé visitar la seva pàgina web (www.ont.es).

Un dels aspectes que ha resultat fonamental i que ha contribuït de manera significativa en l'èxit del model espanyol sobre donació i trasplantament d'òrgans ha estat, sense cap dubte, el desenvolupament d'un marc legal que garanteix a professionals i a la població en general la transparència de tot el procés. Aquest model s'ha imitat a Europa i diversos països del món perquè és un model de resultats contrastats.

Com sabem, l'ONT és dins el Sistema Nacional de Salut i en depenen les coordinacions autonòmiques de trasplantament.

En l'àmbit estatal, podem destacar la Llei 30/1979, de 27 d'octubre, del cap de l'Estat, sobre extracció i trasplantament d'òrgans, en la qual s'estableixen els principis bàsics:

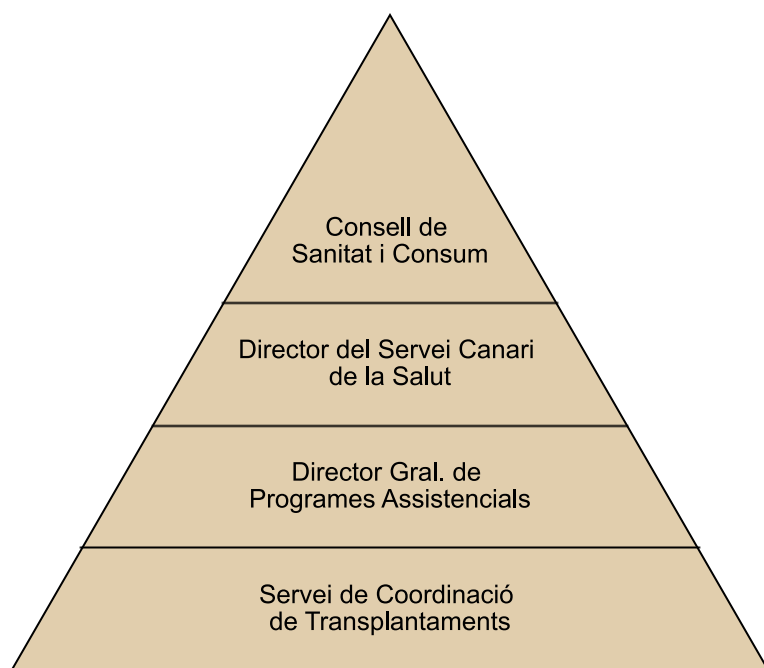
- La gratuïtat.
- La legitimitat per part del Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials.
- Els requisits que ha de tenir una persona per a ser donant viu.
- Els requisits que ha de reunir el receptor.
- La disposició de mitjans per a una més bona coordinació.
- La futura regulació dels bancs de teixits (que ja és un fet avui dia).

Lleis bàsiques:

- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 29 d'abril de 1986.
- Llei 30/1979, de 27 d'octubre, sobre extracció i trasplantament d'òrgans. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 6 de novembre de 1979.
- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 14 de desembre de 1999.

2.2. La coordinació autonòmica de trasplantament d'òrgans i teixits

Les coordinacions autonòmiques de trasplantament d'òrgans i teixits tenen com a objectiu primordial impulsar l'increment de la detecció de donants i de les activitats relacionades amb els trasplantaments d'òrgans i teixits i garantir la qualitat i transparència de tot el procés; han d'afavorir, a més, un clima social adequat per a dur a terme totes les activitats, promovent els principis de solidaritat i equitat, i facilitar la implantació dels avenços tècnics i científics potenciant la formació dels professionals.



2.3. Protocol d'extracció i trasplantament

La intervenció directa i la col·laboració en cadascuna de les fases dels processos de donació i extracció d'òrgans és una tasca que correspon a l'equip coordinador de trasplantaments hospitalari.

L'extracció constitueix el punt en què culminen tots els esforços fets al llarg del temps i exposa la coordinació al control extern de la resta de l'hospital i de professionals d'altres centres.

La donació i extracció d'òrgans i teixits és, per tant, una feina multidisciplinària en què intervenen gairebé tots els serveis d'un hospital.

2.3.1. Logística d'extracció

Els treballadors socials sanitaris han de saber quina és la logística d'extracció a fi de proporcionar una atenció d'acord amb els requisits i poder oferir els suports necessaris a la família del donant.

L'estratègia d'extracció es pot analitzar des de diferents punts de vista:

- Infraestructura material i humana.
- Preparació per a l'extracció dels òrgans.

Infraestructura material i humana

Al marge de les condicions funcionals que s'exigeixen a un hospital extractor, hi ha una relació de mitjans materials i humans sense els quals no s'ha d'emprendre un procés d'aquestes característiques:

- Unitat de vigilància intensiva amb material adequat i personal entrenat en el manteniment del donant.
- Facilitat de localització dels membres de l'equip d'extracció per part de la coordinació de trasplantaments.
- Estada per als familiars del donant que proporcionï prou grau d'intimitat i que permeti la comunicació amb l'exterior.
- Via de trasllat del donant des de l'UCI fins a la sala d'operacions que sigui ràpida i discreta, que miri de no fer passar el cadàver per àrees de pacients o visites.
- Mitjans humans i materials per a transportar el cadàver fins a la sala d'operacions.
- Sala d'operacions d'extracció que tingui el personal i el material adequats per a aquest tipus d'intervenció (taula 1).
- Facilitació de les tasques tant als equips locals com als equips extractors procedents d'altres centres: comunicació exterior, aliments, begudes, àrea de descans, documentació clínica duplicada del donant, etc.

Mitjans humans i materials que fan falta en el sala d'operacions d'extracció multiorgànica.

- Personal:
 - Anestesiista.
 - Personal d'infermeria: dos infermers, un per cada camp quirúrgic i un altre de circulat.

- Personal auxiliar d'infermeria: un auxiliar circulant i per a lliurar mostres.
 - Zelador.
 - Equip extractor multiorgànic (cirurgians generals, uròlegs, cirurgians cardíacs i toràcics). El nombre de components ha de ser conforme al del nombre d'òrgans que cal extreure).
 - Opcionalment, infermer d'anestèsia.
- Material:
 - Anestèsia.
 - Solucions de perfusió.
 - Fàrmacs anestèsics.
 - Inotrops, diürètics, heparina, etc.
 - Concentrats d'hematies.
 - Ventilador mecànic.
 - Monitoratge electrocardiogràfic i de pressió arterial.
 - Cirurgia.
 - Instrumental bàsic: caps de laparotomia, més el material extra, segons les necessitats.
 - Instrumental específic, generalment aportat pels equips que s'han desplaçat.
- Altres mitjans:
 - Mobiliari i material estèril habitual en una sala d'operacions.
 - Solucions de preservació: Wisconsin.
 - Gel picat i en glaçons en una quantitat suficient.
 - Bosses i contenidors estèrils per a transportar òrgans.
 - Neveres portàtils per a mantenir els òrgans a 4 °C.

Organització i coordinació dels equips quirúrgics

El procés d'extracció multiorgànica en el donant cadàver, mantingut en hemodinàmica⁵, comporta l'actuació i coordinació de diverses disciplines quirúrgiques que han d'intervenir de manera simultània, sense afectar la viabilitat dels òrgans que s'han d'extreure.

⁽⁵⁾Hemodinàmica en trasplantament: mantenir una tensió arterial adequada per a assegurar una perfusió correcta dels òrgans

En el cas d'un donant "ideal", del qual es poden obtenir tots els òrgans que avui dia són trasplantables, es requereix la intervenció dels equips quirúrgics següents:

- Cirurgia cardíaca: un cirurgià, un ajudant i un perfusionista.
- Cirurgia toràcica: un cirurgià, un ajudant i un perfusionista.
- Equip d'extracció hepàtica: un cirurgià, dos ajudants i un perfusionista.
- Equip d'extracció renal: un cirurgià, un ajudant i un perfusionista.
- Extracció de teixits (pell, ossos, vàlvules cardíques, còrnies): el cirurgià corresponent a cada especialitat.

- Anestesiista del centre extractor.

L'hospital extractor d'òrgans també aporta l'infermer instrumentista i la resta del personal d'infermeria, els auxiliars i els zeladors que fan falta per a l'extracció.

La coordinació de trasplantaments ha de planificar l'actuació de tot el personal, tant pel que fa a la localització com al transport cap al centre extractor, ha de determinar l'hora de començar l'extracció i ha de coordinar el trasllat de tornada al centre trasplantador, tenint en compte les peculiaritats de cada òrgan i el temps de què es disposa per a implantar-lo amb garanties.

2.3.2. Preparació per a extreure els òrgans

L'equip de coordinació de trasplantaments s'ha d'assegurar, amb entrevistes amb els responsables concrets i, si fa falta, amb una inspecció discreta a les unitats implicades, que tot el material operatiu de l'extracció d'òrgans estigui a punt. Si bé les instal·lacions emprades en el procés d'extracció multiorgànica no depenen ni orgànicament ni funcionalment de la coordinació de trasplantaments, el fet de mantenir bones relacions amb els responsables directes d'aquestes instal·lacions ha de permetre als coordinadors tutelar discretament la funcionalitat d'aquestes àrees de l'hospital en les quals es durà a terme el procés extractor.

La coordinació de trasplantaments ha d'elaborar una llista del material i els mitjans que fan falta per a l'extracció i repassar-la abans d'iniciar cap procés nou. La preparació ha de començar l'endemà de l'extracció prèvia. Els punts que necessiten revisió són els següents:

- Unitat generadora i serveis de suport:
 - Reposició del material mèdic i fàrmacs propis de manteniment del donant.
 - Recollida de tota la documentació clínica relativa al donant.
 - Revisió del material emprat en el diagnòstic de la mort encefàlica.
- Sala d'operacions d'extracció:
 - Cures i revisió de l'operativitat del material quirúrgic propi de l'extracció multiorgànica.
 - Reposició dels fàrmacs i solucions de preservació.
- Coordinació de trasplantaments:
 - Reposició del material d'oficina emprat en l'extracció prèvia.
 - Recopilació de dades referides a l'extracció prèvia, per a l'anàlisi estadística.

Coordinació intrahospitalària en el moment de l'extracció

Per a dur a terme les tasques de coordinació en un acte tan complex com és l'extracció multiorgànica, hem de definir els fronts que cal atendre i desenvolupar-los al llarg d'un patró de temps. És útil que, pel que fa al pla d'acció, tinguem en compte els aspectes següents:

- El plantejament ha de ser flexible i contenir mecanismes que permetin canviar l'ordre previst de les accions.
- S'ha de pensar que l'esquema sempre és millorable, de manera que s'han de recollir les fallades i deficiències observades en cada procés d'extracció, amb la finalitat de fer les modificacions oportunes.
- L'esquema d'actuació ha de ser aplicable a qualsevol hora i dia de l'any.

Els fronts que ha d'atendre la coordinació hospitalària a l'hora de l'extracció són tres:

- Els familiars del donant.
- Els dispositius i equips locals, que inclouen la unitat generadora, els serveis centrals, el personal sanitari que atindrà l'extracció i el servei d'ambulàncies.
- Els dispositius i equips extrahospitalaris, en què s'inclouen els equips extractors i coordinadors d'altres centres, i també les oficines autonòmica i nacional de coordinació.

El patró temps que defineix les accions de la coordinació de trasplantaments consta de sis temps ben definits:

- Diagnòstic de la mort encefàlica i donant vàlid.
- Obtenció del consentiment familiar i, si escau, de l'autorització judicial.
- Trasllat del donant a la sala d'operacions.
- Confirmació inicial de la validesa dels òrgans que s'han d'extreure.
- Extracció efectiva.
- Final del procés.

Combinant els fronts d'actuació amb els moments del patró temps, es pot obtenir un esquema dels actes que s'han de dur a terme en cada moment:

Temps	Fronts		
	Família del donant	Dispositius intrahospitalaris	Dispositius extrahospitalaris
Mort encefàlica confirmada	<ul style="list-style-type: none"> Primer contacte mitjançant el metge responsable del donant Informació del procés 	<ul style="list-style-type: none"> Prealerta a la sala d'operacions i a l'equip extractor Preavís del vehicle de recollida a l'equip extractor 	<ul style="list-style-type: none"> Preavís a la unitat de coordinació
Consentiment familiar	<ul style="list-style-type: none"> Sol·licitació del consentiment Oferiment de suport Establiment d'un canal de comunicació 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmació de l'alerta a la sala d'operacions i l'equip extractor Establiment de l'hora d'extracció Avis de la sortida del vehicle de recollida a l'equip extractor Preparació de les mesures d'hospitalitat per als equips desplaçats 	<ul style="list-style-type: none"> Oferta d'òrgans a l'ONT Eventual lliurament de la documentació fora de l'hospital (jutjat)
Trasllat a la sala d'operacions	<ul style="list-style-type: none"> Comunicació del trasllat Suggeriment d'espera temporal 	<ul style="list-style-type: none"> Arribada de l'equip extractor Començament d'extracció Presa de mostres de sang i teixits 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicació a la coordinació de l'hospital receptor de l'arribada de l'equip
Òrgans vàlids	<ul style="list-style-type: none"> Sense accions 	<ul style="list-style-type: none"> Preavís del vehicle de tornada a l'equip extractor 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicació d'òrgan vàlid a la coordinació d'hospital receptor
Extracció efectiva	<ul style="list-style-type: none"> Sense accions 	<ul style="list-style-type: none"> Anotació de temps zero (clampatge) Extracció d'òrgans vàlids Verificació de presa i distribució de mostres Extracció de teixits 	<ul style="list-style-type: none"> Preparació per a la conservació i transport d'òrgans
Final del procés	<ul style="list-style-type: none"> Informació familiar Disposició del cadàver 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisió i reconstrucció del cadàver Trasllat del cadàver al tanatori 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicació de la fi d'extracció i de la sortida de l'equip a la coordinació de l'hospital receptor Transport d'òrgans Comunicació oficial al jutjat, si cal Certificat habitual de defunció Gestió de la cobertura de les despeses del sepeli
Extracció dels òrgans no vàlids per a trasplantament	<ul style="list-style-type: none"> Informació familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Enviament a anatomia patològica. Biòpsia. 	<ul style="list-style-type: none"> Registre de biòpsia per la coordinació autonòmica de trasplantaments.

Activitats que cal dur a terme en el procés d'extracció d'òrgans

2.3.3. Reposició i anàlisi posterior de l'extracció

Aquesta última fase del procés extractor es duu a terme amb més tranquil·litat i ha de servir per a recollir les dades finals i analitzar els resultats. En aquest període també es poden definir una sèrie d'accions:

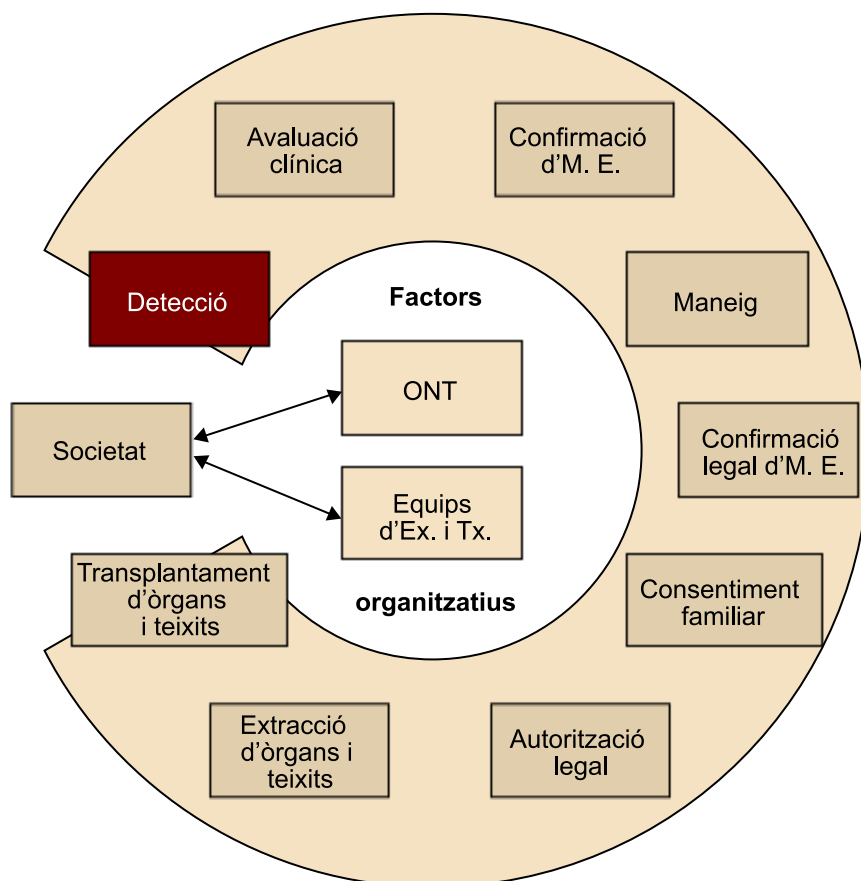
- Agrair per escrit als familiars del donant i als equips extrahospitalaris que hagin intervingut. A aquests últims se'ls han de notificar les deficiències observades.
- Fer una visita a la unitat generadora per a informar dels resultats i supervisar discretament la reposició del material.

- Investigar les condicions de treball dels serveis locals implicats i recollir les deficiències observades.
- Emplenar l'estadística local i recopilar les dades de l'extracció que s'hagin de comunicar als òrgans de gestió hospitalària.
- Notificar els resultats diferits de l'avaluació del donant als equips implantadors propis o d'un altre hospital, i alhora mostrar interès per l'evolució del receptor.
- Enviar un informe estadístic a l'oficina de la coordinació autonòmica i a altres entitats extrahospitalàries.

2.3.4. Registre de donació i trasplantament

Les coordinacions autonòmiques de trasplantaments d'òrgans, teixits i cèl·lules registren la destinació dels òrgans obtinguts, els pacients i el tipus de trasplantament que s'ha fet.

Aquestes dades s'han d'enviar abans de quaranta-vuit hores a l'ONT mitjançant el full normalitzat de donació i trasplantament.



En aquesta figura hi tenim representat el sistema organitzatiu davant la detecció d'un possible donant. Podem veure que emergeix de la societat i s'acaba en la societat.

2.3.5. Temps d'isquèmia

- Temps d'isquèmia calent. És el temps que passa des que hi ha parada cardiocirculatòria fins que es refreda l'òrgan.
- Temps d'isquèmia freda. És l'interval de temps comprès entre la perfusió freda de l'òrgan i el moment de la reperfusió, una vegada implantat en el receptor.

El temps màxim de preservació o isquèmia freda varia segons els òrgans, però en general són els següents:

- Cor: 3-4 hores
- Pulmons: 3 hores
- Fetge: 8-12 hores
- Pàncrees: 12 hores
- Ronyons: 24-36 hores

Aquestes restriccions de preservació s'han de prendre en consideració a l'hora de distribuir els òrgans. Per a extreure les còrnies o els ossos no fa falta cap cura de suport, ja que aquests teixits toleren la isquèmia perllongada sense patir cap lesió significativa.

El 4 de gener de 2000 es va publicar al *Butlletí Oficial de l'Estat* el Reial decret 2070/1999, de 30 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció i utilització clínica d'òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits.

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 15 de novembre de 2002.

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 29 de maig de 2003.

2.4. Treball social sanitari en trasplantament

Les circumstàncies que envolten tot trasplantament justifiquen la necessitat de la intervenció psicosocial. Alguns pacients trasplantats de ronyó no milloren l'estat de salut després del trasplantament. Això verifica la necessitat d'una intervenció prèvia i posterior al trasplantament des del treball social sanitari per a un abordatge integral de la població afectada.

Això ha fet també que les Canàries elabori un protocol d'intervenció psicosocial amb pacients pre- i posttrasplantats i les seves famílies. Les Canàries és l'única comunitat autònoma amb un protocol com aquest.

La coordinació autonòmica de trasplantament crea la plaça de tècnic de grau mitjà dirigida als treballadors socials sanitaris, perquè són professionals que reuneixen les característiques formatives necessàries:

- Salut pública.
- Programació.
- Sociologia.
- Estadística.
- Psicologia.
- Dret.

Aquests són els programes que estem elaborant en la coordinació autonòmica:

1) Programa de donació i trasplantament

- Elaboració dels informes dels resultats anuals del servei de coordinació i trasplantament.
- Informes tècnics d'evolució de la llista d'espera.
- Coordinació intrainstitucional, informació, orientació i intervenció amb els pacients que estan pendents de trasplantament de cor i pulmó i amb els pacients infantils. Aquests pacients susceptibles de trasplantaments són derivats a la península, a tot el territori nacional.
- Entrevista telefònica amb els pacients en llista d'espera de trasplantament de fetge, ronyó, pàncrees i hematopoètics⁶ de les Canàries. Aquesta teràpia substitutiva es fa dins la regió, i també el trasplantament de "donant viu".

⁶Els pacients hematopoètics són els que necessiten un trasplantament de medul·la.

2) Protocol d'intervenció psicosocial

- La intervenció, entre altres professionals, dels treballadors socials sanitaris sobre els factors psicosocials que envolten la malaltia i el nombre creixent de pacients i famílies que necessiten ajuda per a lluitar contra l'impacte de la malaltia, de l'hospitalització i de les cures posthospitalàries justifiquen la intervenció social. Aquesta intervenció consisteix en la valoració psicosocial, la intervenció, la derivació i el seguiment que fan els professionals dels centres d'atenció primària i especialitzada, amb la col·laboració de les associacions i fundacions de malalts.
- La coordinació entre àmbits és prioritària per a abordar el pacient en llista d'espera per a trasplantament. Valorem la necessitat d'implantar un protocol d'intervenció psicosocial amb els pacients i els seus familiars en la

seva primera fase amb els treballadors socials en atenció primària i especialitzada.

Per què fa falta la intervenció psicosocial amb els pacients pendents de ser trasplantats?

La demanda la van proposar les associacions de malalts, que van valorar la importància que el professional del treball social de salut en atenció primària fes una intervenció psicosocial amb el pacient i la seva família per investigar i acompanyar en la pèrdua de salut el pacient i la seva família. Hem d'intervenir en el moment d'informar-los que el trasplantament és necessari, hem de fer l'estudi del tipus de trasllat amb els llocs d'hostalatge, hem d'escoltar, d'explicar i d'orientar dels llocs i de les gestions per a les dietes corresponents, i hem d'elaborar l'informe de treball social sanitari unificat.

La informació del pacient al treballador social sanitari en atenció primària la facilitem des de la coordinació i per petició de cita prèvia del pacient o dels familiars.

En la informació li hem de comunicar per a quin tipus d'òrgan és a la llista de trasplantament, amb les dades administratives per a localitzar-lo en la història electrònica.

Hem d'aplicar el protocol d'intervenció psicosocial amb malalts pre- i posttrasplantats i els seus familiars a les Canàries (Instrucció 7/99 del Servei Canari de Salut).

Què hem de valorar en la primera entrevista pretrasplantament?

El protocol desglossa tots els camps que ha d'estudiar el treballador social sanitari en atenció primària, com la data d'emissió de l'informe, el servei on va dirigit i el seu model d'informe pretrasplantament, i ha d'indicar els factors psicosocials que interfereixen en la seva malaltia.

En la primera entrevista estudiem i analitzem la informació obtinguda de la persona malalta o de la seva família, com el nivell d'instrucció, la situació laboral, les càrregues econòmiques, les condicions de l'habitatge i l'impacte de la malaltia. Una vegada identificades les fonts d'informació, el treball social sanitari interpreta les dades obtingudes i elabora el diagnòstic social sanitari en síntesi, amb la concreció dels processos, tot esperant que es cridi el pacient per a fer el trasplantament. La intervenció ha d'aclarir les prestacions susceptibles de dret, com el fet de ser pensionista, les condicions d'habitabilitat de l'habitatge i la possible eliminació de les barreres arquitectòniques internes i externes. Per a això, el professional és un recurs en si mateix: redueix l'angoixa de la persona i l'ansietat i desesperació per la malaltia aplicant tècniques pròpies del treball social sanitari.

Hem d'enviar una còpia de l'informe de valoració psicosocial (vegeu-ne un model en els recursos de l'aula) a la coordinació autonòmica, on se centralitza per a informar el treballador social sanitari en atenció especialitzada en el moment de fer el trasplantament.

Cal la intervenció psicosocial del treballador social sanitari en atenció especialitzada durant el trasplantament?

La coordinació ha de transmetre la informació que ja s'ha fet el trasplantament al pacient, i ha d'enviar l'informe que ha emès atenció primària. La intervenció es basa en el suport, l'escolta, el seguiment que es dona a la família del trasplantat, participant en l'assossegament familiar i l'atenció a les necessitats que tinguin. Algunes de les necessitats més freqüents són les següents:

- Com porta la situació en aquest moment.
- La recepció de la família o acompanyant.
- Saber si té gestionat el lloc d'hostalatge i resoldre-ho.
- Les gestions resolutives dels drets del pacient desplaçat.
- Com es troba la unitat familiar, els menors i dependents, si n'hi ha.
- Quines són les prioritats de la família i estructurar-les amb el familiar, perquè sigui ell mateix el seu propi actor.
- L'alta. Informar la treballadora social sanitària en atenció primària per a fer el seguiment del treball social de casos (*social case work*).
- Aconsellar sobre la importància d'estar ben nodrit i de complir el tractament, pel risc que implica la pèrdua de l'òrgan. El trasplantat no pot baixar mai la guàrdia.

La intervenció del treballador social sanitari en els pacients que són trasplantats per una urgència zero⁷ (0) té lloc en coordinació amb l'equip trasplantador hospitalari i el treballador social sanitari a l'hospital, amb la coordinació autonòmica de trasplantament com a interlocutor d'accions i de seguiment.

⁽⁷⁾Urgència zero. Se'n diu així quan el pacient ha de ser trasplantat en menys de vint-i-quatre hores.

La urgència zero en trasplantament es gestiona quan cal un trasplantament de fetge, i el mètode de treball social de casos s'aplica per a donar la informació quan ja s'ha fet el trasplantament. El treballador social sanitari intervé amb el pacient o la família en tota la dimensió del cas: pren part en l'hospitalització d'urgències, en l'acompanyament a la família, en la canalització dels acompanyants (si n'hi ha), en la tasca de prestacions i en l'alta hospitalària, i es coordina amb el treballador social sanitari d'atenció primària per fer el seguiment. El seguiment i la intervenció amb el pacient i la família s'acaba al cap d'un any del trasplantament.

Hem de tenir en compte que es tracta d'una malaltia crònica, que són pacients que estan molt esgotats per tot el recorregut d'hospital en hospital, que es desorienten amb bastanta facilitat, que viuen amb l'amenaça de la mort i la por del que passarà l'endemà.

Com hem d'intervenir en els pacients que han de sortir fora de les Canàries?

Els pacients que hem d'enviar a fer un trasplantament a la Península, recordem-ho, són els de pulmó, cor, doble trasplantament i infantil i els al·logènics⁸ no emparentats. A aquests pacients els atenen els treballadors socials sanitaris del seu hospital a les Canàries –on se'ls dóna l'ordre de trasllat– en diverses qüestions: ajudar-los a reduir la por, indicar-los el lloc de destinació, fer-los saber els documents que han d'emplenar prèviament. Actuen com a facilitadors en tota la informació, orientació i gestió de les dietes de trasllats. Contacten amb el treballador social sanitari de l'hospital de referència i l'informen de tots els processos que s'han dut a terme i dels que fan falta per a continuar.

⁽⁸⁾Els trasplantaments dits *al·logènics* són els de cèl·lules mare, que poden ser d'un familiar o d'un donant no emparentat.

Cal que els familiars o acompanyants del pacient puguin organitzar, en tan poc temps com es pugui, la unitat familiar i els documents pertinents que són obligats de complir en la seva comunitat autònoma.

El programa d'atenció a pacients desplaçats del Servei Canari de Salut disposa d'un pis de cinc habitacions a Madrid.

Els pacients saben quan se'n van però no quan tornaran. Això va sobrecarregar els familiars, que es veuen abocats a una llarga estada fora del seu lloc de residència, amb permanències que poden superar els trenta-tres mesos. La disposició del treballador social sanitari en aquests pacients o aquestes famílies és imprescindible per a augmentar el seu grau d'independència i autoestima fora del seu entorn habitual.

Cada any avaluem les intervencions per millorar-ne l'aplicació amb les aportacions dels treballadors socials sanitaris i així dur a terme un procediment homogeni en totes les àrees de salut de les Canàries.

3) Programa de sensibilització

El programa de sensibilització envers la donació el tenim estructurat en dues parts:

a) Formació. La formació necessària per a actualitzar coneixements dels professionals sanitaris i no sanitaris:

- Curs de crèdits de lliure elecció a la Universitat de La Laguna.

b) Formador de formadors:

- Col·laboradors amb el Departament de Treball Social de la Universitat de La Laguna.

- Projecte psicoeducatiu amb els pacients en diàlisi a la Clínica de La Colina.
- Formació envers la donació sense fronteres. La campanya la va promoure l'ONT per sensibilitzar de la donació d'òrgans, teixits i cèl·lules des de la multiculturalitat, respectant les actituds i creences dels pobles. Es va crear per a això, en les coordinacions de trasplantament hospitalari, la figura del facilitador a la donació, que en les entrevistes imita tots els actes del dol propis del poble d'on procedeixen els familiars del donant.
 - Donació sense fronteres des de l'ONT. Distribuïts per tot l'Estat espanyol en cinc idiomes.
 - Projecte de sensibilització des de l'atenció primària de salut.
 - Formació continuada als professionals d'atenció primària, com a agents mediadors en la donació.
 - Eina de treball per als professionals d'atenció primària. Informació. Té lloc en coordinació amb les associacions i fundacions d'afectats. Està orientada a la població en general.
 - Campanyes divulgatives des del servei de coordinació autonòmic a tots els ajuntaments i centres de salut per a donar a conèixer el servei i fer que en tinguin informació.
 - Díptics informatius, dirigits a la població universitària de Gran Canària i La Laguna.
 - Díptic informatiu als estudiants universitaris.
 - Manual d'atenció al pacient trasplantat des de l'atenció primària.
 - Guia de recursos sanitaris per als pacients i els seus familiars.
 - Guia de recursos socio-sanitaris de trasplantament (n'hi ha una segona edició actualitzada).
 - Comunicacions i pòster en jornades, congressos del camp de la salut, en l'àmbit local, regional, nacional i internacional.

Què promou el treballador social sanitari en l'oficina de coordinació?

Eleva al superior immediat les millores en la intervenció amb els pacients trasplantats per fer-los disminuir la incertesa i acompanyar-los durant tot el procés de la malaltia.

Aporta millores en els instruments per fer que el protocol sigui més equitatiu i homogeni per als pacients de trasplantament, tenint en compte el treballador social sanitari, que s'incorpora per primera vegada en el camp sanitari.

2.5. Conclusions

L'elaboració dels continguts en aquest mòdul en el camp dels trasplantaments és un fet del qual ens congratulem en la nostra feina com a treballadors socials sanitaris, perquè es tracta d'una feina encomiable en el camp sanitari i especialment en el dels trasplantaments.

És un camp molt innovador i avantguardista: genera i aporta millores contínues, té com a fonament el pacient en tota la seva amplitud i en valora la situació social perquè els resultats del posttrasplantament siguin d'un nivell excel·lent.

La família també és objecte d'acompanyament, perquè sol ser el primer suport del malalt.

Bibliografia

Allué, X. (1999). *Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Saragossa: Mira Editores.

Amorín, M. J.; Burillo, J. F. (2000). *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*. Saragossa: Gobierno de Aragón, Consejería de Salud y Consumo.

Arricivita, Á. L. (2009). *Psicosocial y Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Osca: Á. L. Arricivita.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9-MC (2008, gener, 6a. ed.).

Cobo, J. A. (2009, maig-octubre). "Los trabajadores sociales en el equipo forense" [article en línia]. *Psicosocial y Emergencias* (núm. 6). *Artículos y reflexiones*.

Colom, D. (1997). *La atención sociosanitaria del futuro*. Saragossa: Mira Editores. [Exhaurit].

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. Madrid: Siglo XXI.

Decret 109/1995, de 16 de maig, de la Diputació General d'Aragó, pel qual s'aprova el Pla territorial de protecció civil d'Aragó. *Butlletí Oficial d'Aragó*, núm. 62. Govern d'Aragó.

Fantova, F. (2005). *Manual para la gestión de la intervención social*. Madrid: Editorial CCS.

Fernández, A.; Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Editorial Síntesis.

Getino, M. A.; Herrera, J. M. (1998). *Informe diagnóstico sobre la problemática psicosocial de los enfermos pre y post trasplantados y sus familias en la Comunidad Canaria*. Tenerife: Servicio Canario de Salud / Dirección General de Programas Asistenciales / Coordinación Autonómica de Trasplantes.

Golan, N. (1992). *Treatment in Crisis Situation*. Nova York: The Free Press. [Esmentat a: M. J. Escartín. *Manual de trabajo social (modelos de práctica profesional)*. Alacant: Aguaclara.]

Govern d'Espanya (2013a). *Estrategia de Seguridad Nacional. Un proyecto compartido* (fecha de consulta: 13-7-2013). Madrid.

Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales / Siglo XXI de España.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

Lara, F. (2005). *El trabajo social y la ayuda psicosocial*. Màlaga: Ediciones Aljibe.

Llano, J. i altres (1998). *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos* (cap. 23, pàg. 471-485). Barcelona: Grupo MSD.

Llei 2/1985, de 21 de gener, sobre protecció civil. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 22/1985.

Magaz, A.; García, E. M. (1995). "Calidad de vida en las personas con algún órgano trasplantado". A: R. Matesanz; B. Miranda (eds.) *Coordinación y trasplante. El modelo español* (cap. 32, pàg. 281-286). Madrid: Aula Médica.

Márquez, S.; Meneu, R. (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas". *Gestión Clínica y Sanitaria* (vol. 5, núm. 2).

Martín, C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria* (pàg. 21). Barcelona: Icaria Editorial.

Organización Mundial de la Salud (1960). *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Para salvar vidas: hagamos que los hospitales sean seguros en las situaciones de emergencia* [document en línia]. <http://www.who.int/world-health-day/2009/WHD-brochurelowres-SP_small.pdf>

Patrick, D. L.; Erikson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Oxford: Oxford University Press.

Ranquet, M. du (1996). *Los modelos en trabajo social. Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.

Rebollo, P.; Bobes, J. i altres (2000). "Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS)". *Nefrología* (vol. 20, núm. 2, pàg. 171-181).

Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 16 de setembre de 2006, núm. 222.

Reial decret 32/2009, de 16 de gener, pel qual s'aprova el Protocol nacional d'actuació medicoforense i de policia científica en successos amb víctimes múltiples. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 6 de febrer de 2009, núm. 32, pàg. 12630.

Reial decret 407/1992, de 24 d'abril, pel qual s'aprova la Norma bàsica sobre protecció civil. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 105/1992.

Richmond, M. E. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Román, A. i altres (2006). "Aproximación al trabajo social en la emergencia. Un nuevo contexto de intervención". *Servicios Sociales y Política Social* (núm. 66). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes.

Ruiz, P. (2004). *El trabajador social como perito judicial*. Saragossa: Libros Certeza / Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

Samur Social. Un compromiso con los ciudadanos y la solidaridad. Memoria 1.ª año de actuación. Junio 2004 - junio 2005 (2005). Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Seynaeve, G. J. R. (ed.) (2001). *Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. A European Policy Paper: concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters*. Brussel·les: Ministry of Public Health.

Slaikau, K. A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación* (2a. ed.). Mèxic: Editorial Manual Moderno.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Mèxic: Siglo XXI.

www.rae.es