
El trabajo social sanitario en otros ámbitos

PID_00272633

Ángel Luis Arricivita Amo
M. Auxiliadora Noda Morales

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



Ángel Luis Arricivita Amo

Trabajador social (Zaragoza, 1986). Se especializó en Psiquiatría en la Universidad de Zaragoza en 1987, y en 2001, en Salud mental en situaciones de violencia política y catástrofes, en la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Sanidad (1991). Desde 1988 ha ejercido como trabajador social sanitario en dispositivos de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud en Zaragoza y Huesca. Actualmente trabaja en el Centro de Salud Santo Grial de Huesca. Experto en emergencias; en 2006 fundó la revista digital *Psicosocial y Emergencias*, de la cual es director y editor. Ha sido profesor asociado de la Escuela Universitaria de Estudios Sociales de la Universidad de Zaragoza (2006-2009). Consultor del Posgrado de Trabajo Social Sanitario de la UOC.

M. Auxiliadora Noda Morales

Trabajador social (Zaragoza, 1986). Se especializó en Psiquiatría en la Universidad de Zaragoza en 1987, y en 2001, en Salud mental en situaciones de violencia política y catástrofes, en la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Sanidad (1991). Desde 1988 ha ejercido como trabajador social sanitario en dispositivos de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud en Zaragoza y Huesca. Actualmente trabaja en el Centro de Salud Santo Grial de Huesca. Experto en emergencias; en 2006 fundó la revista digital *Psicosocial y Emergencias*, de la cual es director y editor. Ha sido profesor asociado de la Escuela Universitaria de Estudios Sociales de la Universidad de Zaragoza (2006-2009). Consultor del Posgrado de Trabajo Social Sanitario de la UOC.

Segunda edición: marzo 2020

© Ángel Luis Arricivita Amo, M. Auxiliadora Noda Morales

Todos los derechos reservados

© de esta edición, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Presentación del módulo.....	5
1. El trabajo social sanitario en emergencias.....	7
1.1. Introducción	7
1.2. Concepto y características de urgencia-emergencia sanitaria	11
1.3. Concepto de atención sanitaria urgente	13
1.4. Situaciones de urgencia-emergencia sanitaria	13
1.5. Legislación	14
1.5.1. La atención sanitaria y social en la Ley de protección civil y la norma básica de protección civil	14
1.5.2. Los planes de emergencia de Protección Civil	17
1.5.3. La atención de urgencia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. El trabajo social sanitario en los planes de urgencia-emergencia sanitaria	18
1.5.4. El Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con múltiples víctimas. La atención sanitaria, social y psicológica	21
1.5.5. La Estrategia de Seguridad Española	22
1.5.6. Código penal. La omisión del deber de socorro	23
1.5.7. El consentimiento informado en situaciones graves para la salud	24
1.5.8. Acciones urgentes en el marco de la Ley de salud pública	24
1.6. Premisas en el trabajo social sanitario en emergencias	25
1.7. Atención del trabajador social sanitario en urgencias- emergencias sanitarias desde la atención primaria	27
1.8. La unidad de trabajo social sanitario en urgencias- emergencias sanitarias desde atención especializada	33
2. El trabajo social sanitario en la coordinación de trasplantes	41
2.1. Introducción	41
2.2. La Organización Nacional del Trasplante	42
2.3. La coordinación autonómica de trasplante de órganos y tejidos	43
2.4. Protocolo de extracción y trasplante	43
2.4.1. Logística de extracción. Información para la unidad de trabajo social sanitario	43
2.4.2. Preparación para la extracción de los órganos	46
2.4.3. Reposición y análisis posterior de la extracción	48
2.4.4. Registro de donación y trasplante	49
2.4.5. Tiempos de isquemia	50

2.5. Trabajo social sanitario en trasplante	51
2.6. Conclusiones	57
Bibliografía	59

Presentación del módulo

Este módulo presenta la singularidad de reunir dos ámbitos diferentes, con menos presencia en el sistema sanitario del día a día, pero de gran impacto y exigencia profesional cuando se dan las circunstancias que obligan a actuar en ellos. Por una parte, está el ámbito de las emergencias y, por otra, el de los trasplantes de órganos y tejidos.

Cada ámbito tiene una dedicación de medio crédito y en ambos casos se presenta la visión general y legislativa a la vez que se estudia cuál es el rol de cada profesional del trabajo social sanitario.

1. El trabajo social sanitario en emergencias

Ángel Luis Arricivita Amo

1.1. Introducción

En las diversas situaciones de emergencia pueden verse implicadas o afectadas desde una a varias personas y/o familias, un grupo, un barrio, hasta un pueblo o una ciudad; incluso, en un caso extremo, un país entero. Desde el momento del impacto, y en una primera valoración, se establecerían grupos de afectados y de mayor vulnerabilidad, lo que permitirá, además de un abordaje más organizado, una coordinación entre los equipos de trabajo social sanitario y equipos de trabajo social en general de los diferentes ámbitos llamados a intervenir: hospitales, centros de salud, servicios sociales comunitarios, equipos psicosociales forenses, etc.

Los grupos de afectados que van a precisar de atención del dispositivo sanitario serían los siguientes:

- Personas sobrevivientes que resultan heridas y que precisan ser hospitalizadas.
- Personas sobrevivientes heridas sin requerir hospitalización (heridos leves).
- Personas que ingresan cadáver en el centro sanitario.
- Cualquier interviniente en la emergencia que, por el riesgo inherente a su quehacer profesional, pueda resultar herido o muerto.
- La red social informal de cada uno de los grupos mencionados (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.).

Los equipos de trabajo social sanitario de los diferentes establecimientos se ven comprometidos, junto con el resto de los otros colectivos profesionales de equipo, en la resolución de la emergencia.

Esta parte del módulo aborda precisamente aspectos relacionados con el trabajo específico dentro de las unidades de trabajo social sanitario, tanto de atención primaria como de atención especializada, cuando se ven involucradas en emergencias, ya sean individuales, colectivas o grandes emergencias-catástrofes. Por último apuntaremos que el contenido está totalmente en consonancia con las soluciones planteadas por la OMS en el Día Mundial de la Salud en el año 2009 bajo el lema «Para salvar vidas: hagamos que los hospitales sean seguros en las situaciones de emergencia».

Referencia bibliográfica

G. J. Seynaeve (ed.) (2001). *Psycho-Social Support in situations of mass emergency. An European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters* (págs. 13 y 22). Bruselas: Ministry of Public Health.

«Para salvar vidas: hagamos que los hospitales sean seguros en las situaciones de emergencia»

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

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

Dentro del contexto sanitario, y más concretamente cuando se habla de emergencias, debemos conocer algunos términos de utilización habitual. Es el caso de conceptos como urgencia, emergencia o catástrofe, entre otros.

Vaya por delante que no existe una definición exclusiva ni consensuada de cada uno de ellos, si bien hay características que conceptúan el término:

1) **Urgencia.** Tal como lo define el *Diccionario de la lengua española* (DLE), es un «caso urgente». Es decir, se trata de una situación (personas, problemas y contexto, interrelacionados) que requiere actuación inmediata, en este caso sanitaria.

Dirección web

<http://dle.rae.es/>

La urgencia también se define como emergencia individual o, como es el caso de los planes de emergencia-protección civil, emergencia de nivel cero, «0». Es decir, se trata de situaciones que desbordan la capacidad de respuesta de la persona o familia, pero no la del servicio al que recurren, en este caso el servicio sanitario de urgencias/servicio de urgencias sanitarias. Asimismo, no tiene por qué coincidir la demanda-percepción de necesidad de atención urgente con que objetivamente así lo sea.

2) **Emergencia.** El DLE en sus diversas acepciones (dos de ellas referidas al marco sanitario) la conceptúa como un suceso de aparición súbita que supone peligro y requiere actuación inmediata. En cualquier caso, supone la «acción y efecto de emerger», es decir, se trata de situaciones que sobrepasan lo cotidiano, lo habitual, del trabajo diario de los dispositivos de atención urgente.

Referencia bibliográfica

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

Una emergencia puede desbordar la capacidad de respuesta de un dispositivo de atención urgente, aunque no necesariamente debe suceder. Ello estará relacionado con factores como la cantidad de personas que hay que atender, los medios humanos y materiales disponibles, el grado de exigencia de las intervenciones, etc.

En la emergencia, la subjetividad de la demanda-percepción de ayuda de la persona, familia o colectividad, coincide con la evidencia objetiva de esta de riesgo o peligro, en este caso, para la salud o la vida.

La emergencia requerirá una coordinación de los diversos operativos intervinientes: policías, sanitarios (el trabajo social sanitario actúa desde aquí), bomberos, etc.

Urgencia y emergencia –sin adjetivar– son dos conceptos que, al margen de las posibles interpretaciones conceptuales de cada una de ellas, en el sistema sanitario tienden a considerarse equivalentes, teniendo ambas como factor común que las situaciones que se caracterizan como tales exigen rapidez de actuación.

3) Catástrofe. Es una emergencia de alcance ampliamente colectivo «que produce gran destrucción o daño» (DLE). Se caracteriza porque hay un elevado número de afectados y, en general, incluye pérdidas humanas y desorganización social.

No toda situación de emergencia es una catástrofe.

Un suceso puede representar una urgencia en un contexto y ser una emergencia en otro. Asimismo, una emergencia en un contexto puede ser una catástrofe en otro.

Ejemplo

Un terremoto de intensidad 6 en la escala Richter puede ser una catástrofe en una localidad de Perú y, sin embargo, ese fenómeno con idéntica intensidad apenas genera situaciones de atención urgente en Tokio. Esto está directamente asociado con los conceptos de riesgo, vulnerabilidad y capacidad, así como con la interrelación entre sí.

4) Riesgo. Significa probabilidad de que lleguen a producirse daños.

Ejemplo

Riesgo de infarto (probabilidad de que se produzca un infarto), riesgo de incendios forestales (probabilidad de que se produzcan incendios forestales), etc.

Los planes de emergencias-protección civil establecen los riesgos territoriales y especiales a los que puede verse sometida una población.

El plan de urgencias-emergencias sanitarias de un determinado territorio informa de los riesgos más probables de suscitar una atención sanitaria inmediata.

El plan de emergencias de un hospital determina, entre otros aspectos, los riesgos en ese espacio sanitario.

5) Vulnerabilidad. Es la característica de una persona, familia, grupo o colectividad mayor «de ser herida o recibir lesión...» (DLE) a causa de la materialización de los riesgos determinados. La vulnerabilidad puede ser física, social o psicológica.

Ejemplo

Los bebés son un grupo de alta vulnerabilidad (en las tres dimensiones citadas) ante una catástrofe.

Referencia bibliográfica

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

6) Capacidad. Es la cualidad o característica que permite afrontar, de manera efectiva, la materialización de los riesgos. Al igual que en los conceptos de vulnerabilidad y riesgo, es aplicable a una persona, familia, grupo o colectividad mayor. Y, también, puede ser física, social y psicológica.

Ejemplo

Los bomberos tienen capacidad resolutoria en incendios de todo tipo.

A más capacidades menos vulnerabilidad. La existencia de medidas de prevención y la realización de actividades preventivas, la participación de la población y el nivel de desarrollo de una sociedad contribuyen a ello.

7) Acontecimientos vitales estresantes (AVE). Son experiencias percibidas como negativas o no deseables por las personas que las viven y que exigen un reajuste en la vida de los afectados.

Ejemplo

Instauración de una enfermedad grave, un accidente de coche, un embarazo no deseado, separación de pareja, jubilación, cambio de trabajo, etc.

Es decir, la persona puede vivir esas situaciones como peligro, desafío, amenaza, daño o pérdida.

Las diversas situaciones de urgencia, emergencia o catástrofe (accidente, terremoto, incendio, agresión, etc.), generalmente, representan para los comprometidos un acontecimiento vital estresante. Es decir, se podría generalizar que emergencia es equivalente a acontecimiento vital estresante; la emergencia, por tanto, es un estresor.

8) Crisis. El padre de la psiquiatría preventiva, Gerald Caplan, la definió así:

«Una perturbación de una situación estable, que se caracteriza porque sobreviene de manera repentina e inesperada, provocada por una situación estresante o un acontecimiento precipitante, afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que le provoca un desequilibrio». (Caplan, 1964)

N. Golan (1992). *Treatment in Crisis Situation* (pág. 8). Nueva York: The Free Press. Mencionado en: M.^a J. Escartín Caparrós. *Manual de Trabajo Social (modelos de práctica profesional)* (pág. 134). Alicante: Aguaclara.

Verse involucrada en una situación de emergencia puede ser un hecho estresante para una persona y llegar a generarle una crisis a ella y/o a su entorno inmediato.

Referencia bibliográfica

A. Barrón López de Roda (1996). *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones* (págs. 39-41). Madrid: Siglo XXI.

En la comunidad, las catástrofes o grandes emergencias suelen catalogarse como periodos de crisis.

Las emergencias, como estresores que pueden ser para muchas personas, se circunscriben al grupo de las crisis accidentales, es decir, las desencadenadas por un elemento imprevisto en la vida de la persona, familia o colectividad, a diferencia de las crisis del desarrollo o evolutivas, que son generadas por factores previsibles en el ciclo vital.

9) Red social. Es el entramado general de familiares, allegados, profesionales y organizaciones de los que dispone una persona afectada, en este caso por una emergencia, para recurrir a ellos en demanda de ayuda (apoyo social).

10) Apoyo 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 López de Roda (1996). *Op. cit.* (págs. 15-18).

El apoyo social actúa como un amortiguador del impacto de los estresores sobre las personas y, en consecuencia, sobre su repercusión negativa en la salud. Es decir, la vivencia estresante de una emergencia puede verse amortiguada por las diversas formas de apoyo social conocidas.

1.2. Concepto y características de urgencia-emergencia sanitaria

La urgencia-emergencia sanitaria se define como:

«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».

Ángel L. Arricivita Amo (2019). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social* (pág. 49). Huesca: 2.ª Edición del propio autor.

Por tanto, este es el criterio de atención urgente por parte del trabajador social sanitario.

La urgencia-emergencia sanitaria se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Hay un déficit o crisis en el estado de salud que requiere respuesta de personal específico, el equipo sanitario.
- Necesidad de priorizar la respuesta sanitaria sobre el resto, al estar en peligro o alto riesgo la vida o la salud de los afectados.

Referencias bibliográficas

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

A. Fernández Liria; B. Rodríguez Vega (2002). *Intervención en crisis* (págs. 11-12). Madrid: Editorial Síntesis.

- Se trata de una situación sobrevenida, es decir, una «venida repentina e imprevista» (DLE), que puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o a una colectividad mayor (barrio, pueblo, ciudad, etc.).
- De carácter negativo, pues pone en peligro o alto riesgo la vida y/o la salud de la persona o personas afectadas.
- Ambas, urgencia y emergencia, al margen de los aspectos diferenciadores de carácter técnico, incluso culturales, en el campo de la salud pueden ser semejantes; su característica común es que ambas requieren actuaciones contrarrelaj.
- Compromiso en grado diverso de la salud, la autonomía, la vida y la seguridad de los diversos afectados.
- Convergencia simultánea de aspectos concatenados e interrelacionados entre sí: afectación de la esfera física y/o psicológica; pérdida de autonomía; instauración fulminante e impuesta de un nuevo aquí y ahora; ruptura de la rutina diaria; y generación de problemas y/o necesidades psicosociales característicos de la situación planteada.
- La urgencia-emergencia sanitaria puede tener un alcance variable. Puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o a una colectividad mayor (barrio, pueblo, ciudad, etc.). En dependencia del número de afectados, la emergencia puede ser de varios tipos: individual y/o familiar, es decir, afectaría a una persona o a un núcleo familiar (por ejemplo: Mujer maltratada, etc.); colectiva, en cuyo caso compromete a un grupo de personas y/o familias (por ejemplo, accidente de autobús, etc.); y gran emergencia y/o catástrofe, donde hay un elevado número de personas afectadas (por ejemplo, el accidente aéreo de Madrid-Barajas en verano de 2008, etc.).
- Consecuencias habituales de la intervención: ingreso hospitalario, muerte o convalecencia (en casa o centro sociosanitario).
- Hay una necesidad de respuesta específica y especializada tanto de recursos humanos (equipo sanitario multidisciplinar) como de materiales e infraestructuras (equipos de reanimación, UVI móviles, boxes, banco de sangre, etc.).
- Necesidad de coordinación de la atención sanitaria con el resto de intervenciones. El trabajador social sanitario es el profesional clave en esta coordinación con el resto de dispositivos de la emergencia.

Referencia bibliográfica

X. Allué Martínez (1999).
Op. cit. (pág. 9).

Referencia bibliográfica

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

1.3. Concepto de atención sanitaria urgente

La atención sanitaria de urgencia, o atención sanitaria urgente, es una prestación del Sistema Nacional de Salud recogida en la cartera de servicios comunes¹, al igual que se contemplan la atención primaria, atención especializada, etc. La atención sanitaria queda recogida en dicha cartera de la siguiente manera:

«Aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales».

⁽¹⁾Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2006, n.º 222, págs. 32664.

La atención sanitaria urgente es la intervención, ya sea de prevención primaria, secundaria y/o terciaria, que ofrece un equipo sanitario multidisciplinar a una persona, grupo o colectividad ante la existencia o previsión de una situación de urgencia-emergencia sanitaria.

1.4. Situaciones de urgencia-emergencia sanitaria

Se trata de emergencias, en cualquiera de sus grados de afectación, cuya atención es habitual desde los equipos de 061, urgencias hospitalarias y de centros de salud, principalmente. Los equipos de trabajo social sanitario abordan la problemática psicosocial surgida en tales situaciones. He aquí algunas de ellas:

- Infarto agudo de miocardio.
- Accidente cerebrovascular agudo.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Intoxicaciones agudas.
- Urgencias diabéticas.
- Urgencias psiquiátricas.
- Crisis convulsivas.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Quemaduras.
- Accidentes con múltiples víctimas o emergencia colectiva.
- Catástrofes.
- Accidentes de todo tipo: tráfico, laborales, actividades deportivas de riesgo (barranquismo, escalada, *rafting*...), domésticos, etc., con pocas personas afectadas.
- Situaciones de maltrato infantil.
- Violaciones y otras agresiones a mujeres.
- Maltrato a personas mayores.
- Muerte súbita.
- Intoxicaciones alimentarias, epidemias, plagas, contaminación bacteriológica, etc.

Todas estas situaciones son susceptibles que crear protocolos específicos de trabajo social sanitario. A modo de recordatorio, los denominamos protocolos porque se centran en una situación específica. Como hemos estudiado, los protocolos de trabajo social sanitario quedarán recogidos en la cartera de servicios de la unidad.

1.5. Legislación

1.5.1. La atención sanitaria y social en la Ley de protección civil y la norma básica de protección civil

Protección civil puede interpretarse desde dos lecturas diferentes que en ningún momento son excluyentes. Por un lado, por la propia connotación del término, como concepto: protección civil (en minúsculas); y, por otro, como organismo o servicio público: Protección Civil (en mayúsculas).

Respecto a la primera acepción, la Ley 2/85 sobre protección civil (derogada por la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil), surgida con el propósito de ser el marco de referencia del sistema, explicaba la protección civil como:

«Protección física de las personas y de los bienes, en situación de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, en la que la seguridad y la vida de las personas pueden peligrar y sucumbir masivamente, la protección civil constituye la afirmación de una amplia política de seguridad».

Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre protección civil. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 22/1985.

En la Ley 17/2015, que deroga la anterior, se lee: «Este sistema de protección civil se entiende como un instrumento de la seguridad pública, integrado en la política de Seguridad Nacional. Sistema que facilitará el ejercicio cooperativo, coordinado y eficiente de las competencias distribuidas por la doctrina constitucional entre las Administraciones Públicas, a la luz de las nuevas circunstancias y demandas sociales, al interconectar de manera abierta y flexible la pluralidad de servicios y actuaciones destinados al objetivo común. En este sentido, la nueva norma atiende las recomendaciones de la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas, al incorporar medidas específicas de evaluación e inspección del Sistema Nacional de Protección Civil, de colaboración interadministrativa en el seno de la Red de Alerta Nacional de Protección Civil y de integración de datos de la Red Nacional de Información sobre Protección Civil. Posibilitará al mismo tiempo el mejor cumplimiento de los compromisos asumidos en el ámbito internacional y de la Unión Europea, todo ello con el fin último de afrontar de la manera más rápida y eficaz las situaciones de emergencia que puedan producirse, en beneficio de los afectados y en cumplimiento del principio de solidaridad interterritorial. Mediante las previsiones y deberes que la ley establece al respecto y en virtud de las funciones de coordinación política y administrativa que atribuye al Consejo Nacional de Protección Civil, entre otras, se viene a concretar en la práctica

Referencia bibliográfica

<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-7730&p=20150710&tn=1>

un modelo nacional mínimo que hará posible una dirección eficaz por el Gobierno de las emergencias de interés nacional y una coordinación general del sistema que integre todos los esfuerzos».

Esta definición tiene su fundamento legislativo en la propia Constitución española, que en su artículo 15 establece:

«la obligación de los poderes públicos de garantizar el derecho a la vida y a la integridad física, como primero y más importante de todos los derechos fundamentales».

Protección Civil, en cuanto al otro significado del término, es el organismo o servicio público presente en las diferentes administraciones públicas (Administración Civil del Estado –Dirección General de Protección Civil y Emergencias–, comunidades autónomas, entidades locales, etc.). La Ley 17/2015 señala que:

«1. La protección civil, como instrumento de la política de seguridad pública, es el servicio público que protege a las personas y bienes garantizando una respuesta adecuada ante los distintos tipos de emergencias y catástrofes originadas por causas naturales o derivadas de la acción humana, sea esta accidental o intencionada.

2. El objeto de esta ley es establecer el Sistema Nacional de Protección Civil como instrumento esencial para asegurar la coordinación, la cohesión y la eficacia de las políticas públicas de protección civil, y regular las competencias de la Administración General del Estado en la materia».

En 1992 surge la Norma básica de Protección Civil, contemplada en el artículo 8 de la Ley con el propósito de establecer «las directrices esenciales para la elaboración de los Planes Territoriales y de los Planes Especiales, por sectores de actividad, tipos de emergencia o actividades concretas».

La Ley y la Norma básica son los dos documentos legislativos clave en materia de protección civil y emergencias a nivel nacional, a partir de los cuales se articulan todos los planes y proyectos sobre la materia en las diferentes administraciones.

En la Norma básica se determina que los planes de emergencia (territoriales y especiales) han de definir como medidas mínimas de protección a la población las siguientes:

Control de accesos.
Avisos a la población.
Refugio o aislamiento en el propio domicilio o en lugares de seguridad.
Evacuación en sus distintas variantes.
Asistencia sanitaria.

Y como medidas de socorro han de concretar, entre otras:

Referencia bibliográfica

Real decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma básica de Protección Civil. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 105/1992. Última actualización publicada el 17/09/2011. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-9364&p=20110917&tn=1>

- Búsqueda, rescate y salvamento.
- Primeros auxilios.
- Evacuación (transporte).
- Clasificación, control y evacuación de afectados a fines de asistencia sanitaria y social.
- Asistencia sanitaria primaria.
- Albergue de emergencia.
- Abastecimiento.

La situaciones se agrupan en:

- Personas desaparecidas.
- Personas sepultadas bajo ruinas, o aisladas.
- Personas heridas o contaminadas.
- Personas enfermas debido a las condiciones del medio ambiente y de higiene.

Conviene señalar también que la mencionada Ley 2/1985 de protección civil, también en el texto consolidado de 2015, establece en su artículo primero que:

«Sin perjuicio de lo que dispongan las leyes especiales, la protección civil en caso de guerra, tendrá por objeto:

- La autoprotección.
- El servicio de alarma.
- Los refugios.
- La evacuación, dispersión y albergue.
- El socorro, rescate y salvamento.
- La asistencia sanitaria y social.
- Rehabilitación de servicios públicos esenciales».

A partir de la Norma básica cada comunidad autónoma ha elaborado su propio plan territorial de emergencias o de protección civil.

A la vista de lo expuesto hasta aquí, desde los inicios de la protección civil, la asistencia sanitaria está contemplada como medida primordial, tanto de protección como de socorro a la población cuando se produzcan, siguiendo la misma Ley 2/1985, situaciones:

«De grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, en la que la seguridad y la vida de las personas pueden peligrar y sucumbir masivamente...».

Por un lado, como asistencia sanitaria global, que incluiría tanto la especializada como la primaria; y, por otro, señala específicamente, la asistencia sanitaria primaria (atención primaria de salud).

En igual medida, la asistencia social, ofrecida por el Sistema de Servicios Sociales, también queda recogida como actuación de socorro, codo con codo con la sanitaria, tanto en tiempo de paz como ante la existencia de conflicto bélico.

Conviene matizar que si bien Protección Civil, tal como se ha comentado anteriormente, fue gestada en sus inicios para el trabajo en torno a situaciones de gran magnitud, los cambios acaecidos en nuestra sociedad han sido muchos y han afectado a todos los ámbitos de interrelación humana. Acorde con las nuevas realidades, las leyes de gestión de emergencias de cada comunidad autónoma que han ido surgiendo hasta nuestros días, al igual que los planes te-

territoriales y especiales, van abriendo paso a términos como gestión y atención a emergencias individuales y también colectivas, riesgos cotidianos, emergencias no catastróficas; emergencias ordinarias y no ordinarias; etc.

Es decir, las emergencias individuales, las del día a día: accidentes e incendios de menor proporción, desaparición de personas, etc., interesan a Protección Civil en su gestión y atención.

1.5.2. Los planes de emergencia de Protección Civil

Tal como estableció en su día la Norma básica, cada una de las comunidades autónomas cuenta hoy con su propio plan territorial de emergencias o de protección civil y en ellos se contempla la asistencia sanitaria. Asimismo, todos los planes especiales diseñados hasta la fecha también hace referencia a ella.

Desde esta planificación autonómica y en todas las comunidades, existe, entre otros, el grupo de sanidad para llevar a cabo las funciones de atención sanitaria ante las emergencias que se declaren. Hay que advertir que no se trata de un dispositivo creado al efecto, sino que bajo el techo de *grupo de sanidad* se aglutinan todos los dispositivos con tareas afines al objeto de responder de forma más organizada.

Sin encontrarse diferencias significativas entre los diversos planes territoriales en relación con el desarrollo del grupo de sanidad, se toma como ejemplo el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón. En él figuran funciones del Grupo Logístico:

«Coordinar y realizar el restablecimiento de los servicios de suministros esenciales.

Gestionar el suministro de servicios esenciales a la población, con especial atención al suministro de agua potable, energía eléctrica, gas y otros suministros básicos.

Proveer a los Grupos de Acción intervinientes los suministros básicos necesarios para el desempeño de sus funciones.

Determinar y llevar a cabo las medidas urgentes para la restauración de daños en aras a la seguridad y a su rehabilitación de urgencia.

Coordinar y realizar los trabajos y obras de desescombro, limpieza, apuntalamiento y rehabilitación de urgencia.

Otras funciones que les puedan ser encomendadas y en particular de apoyo a las funciones del Grupo de Acción Social».

Asimismo, el mencionado plan (pág. 2204) destaca la existencia del Grupo de Acción Social (no todas las comunidades lo refieren ni todas refieren la participación de equipos de trabajo social) y entre sus integrantes destacan «los asistentes sociales de entidades públicas y privadas no pertenecientes a los organismos citados anteriormente como hospitales, geriátricos, etc.», o sea, los equipos de trabajo social sanitario.

Referencia bibliográfica

Decreto 220/2014, de 16 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón, pág. 40781.

Es decir, al menos en un plan de emergencias territorial autonómico consta la referencia expresa a los equipos de trabajo social sanitario como intervinientes en situaciones de emergencias y, por tanto, sin duda alguna tienen una responsabilidad en ellas. De igual manera, se apuntan funciones del grupo de sanidad donde el profesional de trabajo social especializado en este campo tiene un rol que desempeñar.

1.5.3. La atención de urgencia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. El trabajo social sanitario en los planes de urgencia-emergencia sanitaria

La atención de urgencia es una de las prestaciones de la, ya citada, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y que, por tanto, existe en todo el territorio español.

Cuando hablamos de prestaciones y cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud hablamos de posibilidades de intervención específica de los equipos de trabajo social sanitario y la atención de urgencia. Esta es una de tantas prestaciones (atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, etc.) de la cartera. La atención de urgencia, según el Real decreto 1030/2006 y la Ley 16/2003, se explica como sigue en su artículo 15:

«La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería».

En la legislación del 2003 esto era todo. La definición se ha ampliado en la actualidad.

En el texto actual publicado en la web del Ministerio se amplía a otros colectivos profesionales.

Y con la colaboración de otros profesionales [...] se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente».

Dicho documento deja claro que la atención a la urgencia sanitaria no es una tarea exclusiva del personal médico y de enfermería, sino que es una atención integral donde intervienen otros profesionales, y si bien no entra a matizar cuáles, la experiencia y evidencia constatan que entre ellos se hallan los equipos de trabajo social sanitario.

Algunos departamentos o consejerías autonómicas de salud han llegado a elaborar planes de atención sanitaria para situaciones que requieran atención inmediata (urgencias-emergencias). Hoy toda esta información se encuentra disponible en las páginas web de sus consejerías de sanidad e interior.

Ejemplo

Es, por ejemplo, el caso de la Consejería de Sanidad, Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, que en el año 2000 –cuando era Consejería de Salud y Consumo– puso en marcha el *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*, cuyo objetivo consiste en lo siguiente:

«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.^a J. Amorín Calzada; J. F. Burillo Jiménez (2000). *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón* (pág. 15). Zaragoza: Consejería de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.

Son evidentes las coincidencias entre este plan y la prestación de atención de urgencia de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Complementando dichas coincidencias, y siguiendo con el ejemplo del *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*, vemos que plasma que el trabajo en urgencias-emergencias no es un acto puntual sino una atención continuada que se inicia en el momento y que finaliza en la reinserción social del afectado; y solo posible con un equipo multidisciplinario.

A la vista de lo expuesto, las unidades de trabajo social sanitario, cuando desarrollen sus carteras de servicios deben desarrollar protocolos adecuados a cada tipología de urgencia-emergencia sanitaria, por ejemplo, protocolo de trabajo social sanitario en accidentes, en envenenamientos, en incendios, etc.

La página web <http://www.proteccioncivil.es/riesgos> presenta un menú de riesgos naturales:

«Incendios forestales, altas temperaturas, costeros, frío intenso, lluvias intensas, nevadas, tormentas y rayos, vientos fuertes, aludes, movimientos de terreno, terremotos, maremotos, volcanes, inundaciones, sequía, presas, meteorología espacial». Siempre se trata de fenómenos aislados pero debemos estar preparados para todos.

Deberemos contemplar los planes de emergencias existentes en el área de influencia del centro sanitario y estudiar las experiencias disponibles en literatura profesional para evitar partir de cero en intervenciones que llevan años realizándose.

En la legislación actual la participación de los equipos de trabajo social sanitario en situaciones de urgencia-emergencia queda más reforzada, máxime cuando, tal como dicta la cartera de servicios, la atención de urgencia se presta, entre otros espacios, desde atención primaria, donde precisamente el trabajo social sanitario es una profesión más.

Las emergencias individuales y/o familiares, como serían el maltrato infantil y la agresiones a mujeres, requieren con frecuencia atención sanitaria urgente. Ambas situaciones cuentan con protocolos de detección y atención en los espacios sanitarios del Estado Español. Por ejemplo: Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer, en http://www.interior.gob.es/documentos/642012/1625915/Estrategia_Nacional_Erradicacion_Violencia_Contra_Mujeres.pdf/44a444e0-883c-4605-b0ce-07979e8a6c5a.

La cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende:

Tabla 1. Puntos generales de la cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia tratados desde la teoría de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario. Elaboración: Dolors Colom Masfret.

Puntos generales de la atención a la urgencia según el Ministerio de Sanidad	Escenario aplicado al trabajo social sanitario
La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria; la información y la orientación o consejo sanitario.	Se hace extensible esta atención telefónica, a través de los centros coordinadores, a las familias o los propios afectados cuando sus dificultades sean susceptibles de alguna intervención de trabajo social sanitario.
La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de estos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas que se deben seguir para atender la situación de urgencia.	Desde el trabajo social sanitario los procedimientos básicos siguen la misma secuencia. Realizaremos una breve evaluación psicosocial de la persona pero inicialmente nuestra intervención se orientará a evaluar a la familia y allegados. Si bien por la situación de emergencia no podremos elaborar un diagnóstico social sanitario, sí que podemos apoyarnos en un prediagnóstico.
La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.	Nuestros procedimientos inicialmente se centrarán en rebajar la ansiedad a través de acciones concretas que permitan a la persona sentirse acompañada. Ello mientras vamos recopilando datos para elaborar el diagnóstico social sanitario y determinar así los servicios que vamos a prestar. Estos servicios estarían recogidos en el catálogo de prestaciones.
La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.	En nuestro caso ello significa el seguimiento.
El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en los que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.	Debemos conocer las operativas y las logísticas para ayudar a las familias en su comprensión y evitar así la preocupación por desconocimiento.
La información y el asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas que se deben adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente.	Complementaremos la información recibida con aquella que se considere necesaria de acuerdo con el prediagnóstico social sanitario.
Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.	Desde la unidad de trabajo social sanitario se procederá según procedimiento y/o protocolo a tareas de coordinación y/o derivación a la unidad que deberá dar continuidad a los servicios y tratamientos.

Puntos generales de la atención a la urgencia según el Ministerio de Sanidad	Escenario aplicado al trabajo social sanitario
La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.	Para este apartado podéis consultar el módulo de violencia doméstica y de género de esta misma asignatura.

1.5.4. El Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con múltiples víctimas. La atención sanitaria, social y psicológica

Este documento, recogido en el Real decreto 32/2009², responde a la necesidad de «regular la asistencia técnica a los jueces y tribunales para la identificación de los cadáveres y determinación de las causas y circunstancias de la muerte en este tipo de situaciones».

⁽²⁾Real decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. *Boletín Oficial del Estado*, de 6 de febrero de 2009, n.º 32, pág. 12630.

Las situaciones en cuestión hacen referencia a sucesos a los que sociedad actual está cada vez más expuesta, tales como emergencias de origen natural, accidentes de transporte colectivo o terrorismo, en los que se produce un elevado número de personas muertas.

Siguiendo en el Real decreto 32/2009, la existencia de dicho protocolo:

«No impide que cuando concurra la actuación de los médicos forenses y las fuerzas y cuerpos de seguridad, que al margen de su dependencia de la Administración General del Estado o de una comunidad autónoma actúan dirigidos por un juez, con un plan de protección civil se deba producir una actuación coordinada».

El Protocolo contempla, en su artículo 24 (págs. 12640-12641), «el área de asistencia a familiares y obtención de datos «ante mortem»», la cual consta a su vez de cuatro zonas básicas:

- El punto de información.
- La oficina de recepción de denuncias.
- La zona de obtención de datos *ante mortem* u oficina *ante mortem*.
- La zona de asistencia sanitaria, social y psicológica.

El punto de información lo componen personal de asistencia social y psicológica junto con personal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y policías autonómicas (art. 25, pág. 12641).

Y en su artículo 33 (pág. 12643), dice:

«en la zona de asistencia sanitaria, social y psicológica se ubicarán los equipos de psicólogos, médicos y asistentes sociales encargados de atender a los familiares y allegados de las víctimas o desaparecidos».

Al margen de qué trabajadores sociales (forenses, de servicios sociales, sanitarios, etc.) cumplirían ese cometido, no se puede obviar que la muerte, natural y traumática, forma parte del día a día del trabajador social sanitario. Por tanto, se verá implicado de manera directa o indirecta, tanto en el caso del punto de información como en el de la zona de asistencia sanitaria, social y psicológica.

De forma directa, si uno o los dos dispositivos se sitúan en establecimientos sanitarios o, sin estar ahí, el equipo de asistencia sanitaria al que se refiere requiere su trabajo específico.

Y de forma indirecta por la coordinación que se precisaría con la oficina *ante mortem*, referida en el artículo 27 del protocolo (pág. 12641), al considerar:

«También como víctima las personas supervivientes que hayan sido trasladadas a centros hospitalarios y que sea necesario identificar».

Señalamos en este punto que los institutos de medicina legal cuentan con equipos psicosociales en los que se integran trabajadores sociales forenses y psicólogos forenses. En consecuencia, en el caso que nos ocupa, sucesos con múltiples víctimas, se precisará de una coordinación entre profesionales del trabajo social sanitario y del trabajo social forense.

1.5.5. La Estrategia de Seguridad Española

Se define como «la acción del Estado dirigida a proteger la libertad y el bienestar de sus ciudadanos, a garantizar la defensa de España y sus principios y valores constitucionales, así como a contribuir junto a nuestros socios y aliados a la seguridad internacional en el cumplimiento de los compromisos asumidos», la cual tiene como principios informadores:

- La unidad de acción.
- La anticipación y prevención.
- La eficiencia y sostenibilidad en el uso de los recursos.
- La resiliencia.

Se trata de una revisión actualizada de la Estrategia de Seguridad Española (2011), que fue presentada en abril de 2013.

Desde hace ya unos años la sociedad española es testigo, y parte comprometida, de un escenario mundial con profundas transformaciones, que, a su vez, están generando riesgos y amenazas caracterizados por su transversalidad, interconexión y transnacionalidad: conflictos armados, terrorismo, crimen organizado, inseguridad económica y financiera, vulnerabilidad energética, proliferación de armas de destrucción masiva, ciberamenazas, flujos migratorios no controlados, además de otros potenciados por factores como la escasez de agua, el cambio climático, etc. (Gobierno de España, 2013a, págs. 21-35).

Referencias bibliográficas

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

J. A. Cobo Plana (2009, mayo-octubre). «Los trabajadores sociales en el equipo forense» [artículo en línea]. *Psicosocial & Emergencias*. Artículos y reflexiones (n.º 6).

Referencia bibliográfica

Gobierno de España (2013a). *Estrategia de Seguridad Nacional. Un proyecto compartido* (págs. 1-2; fecha de consulta: 13-7-2013). Madrid.

La materialización de los diversos riesgos y amenazas expuestos pueden ser generadores de situaciones que respondan al concepto de urgencia-emergencia sanitaria (expuesto anteriormente en este módulo) y generarían la necesidad de respuesta a los problemas psicosociales consecuentes.

En su conjunto, plasma un enfoque con predominio de acciones desde el ámbito de la prevención primaria, donde uno de los objetivos es «establecer un Sistema Nacional de Protección de los ciudadanos que garantice una respuesta adecuada ante los distintos tipos de emergencias y catástrofes originadas por causas naturales o derivadas de la acción humana, sea esta accidental o intencionada» (Gobierno de España, 2013a, pág. 49). Sin duda, que los servicios de protección civil, y por ende, la atención sanitaria y social, serán herramientas con las que se contará para trabajarlas, tal como ya se expuso al tratar la Ley y la Norma básica de Protección Civil.

1.5.6. Código penal. La omisión del deber de socorro

El concepto de socorro está instintivamente ligado a la necesidad de respuesta inmediata, a situación grave, a desprotección, etc.; en definitiva, todos ellos, términos muy familiares en el ámbito de la urgencia-emergencia.

El actual Código penal español, partiendo de que es un deber del ciudadano ayudar –socorrer– a quienes lo necesiten por encontrarse en una situación de peligro o riesgo grave, tipifica como delito la denegación de auxilio. Sin duda que esto cobra mayor relevancia siendo trabajadores sociales sanitarios y más, si cabe, si trabajamos en situaciones de urgencia-emergencia sanitaria.

En su artículo 195, se pronuncia de esta manera:

«1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.

2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.

3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a dieciocho meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años»³.

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, pág. 34010.

Señalamos que «se modifica el apartado 3 por el art. único.70 de la Ley orgánica 15/2003, de 25 de noviembre». Ref. BOE-A-2003-21538.

⁽³⁾Punto redactado conforme a la Ley orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, pág. 41855.

Es necesario saber también que, cuando se trate de profesionales sanitarios, el delito es mayor. Así se recoge en el artículo 196:

«El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años».

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, pág. 34010.

1.5.7. El consentimiento informado en situaciones graves para la salud

Aunque esta materia se ha estudiado ampliamente en el módulo de derecho sanitario, recordemos que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 9 establece lo siguiente:

«[...]

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* (n.º 274, 15-11-2002, pág. 40128).

Las comunidades autónomas también publicaron leyes sobre la misma materia que toman como punto de partida la citada ley.

Recordemos que, como se ha señalado en diferentes asignaturas, el consentimiento informado es parte de cualquier procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario.

1.5.8. Acciones urgentes en el marco de la Ley de salud pública

Desde la consideración de la salud pública como «el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales», la Ley 33/2011⁴ expone algunas circunstancias en las que esas actividades requieren inmediatez de acción.

⁽⁴⁾Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 240 (5 de octubre del 2011, págs. 104593-104626) en pág. 104600.

Es el caso relativo a la información sanitaria, donde, en su artículo 4, expone lo siguiente:

«Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en las que se agrupen o que los representen, tiene derecho a ser informados, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las administraciones competentes. Este derecho comprende en todo caso, los siguientes: [...]

c) Recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos o de otro carácter, relevantes para la salud de la población y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente».

Artículo 4 de la Ley 33/2011, *Boletín Oficial del Estado*, 240, en pág. 104601.

En cuanto a los deberes ciudadanos, estos tienen el deber de comunicar «hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población» (artículo 9 de la Ley 33/2011, en pág. 104602).

Entre las competencias asignadas al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en materia de vigilancia en salud pública (artículo 14), figura la siguiente:

«la coordinación de los mensajes dirigidos a la población en el caso de que las autoridades sanitarias emitieran comunicados o recomendaciones en contextos de alerta o crisis sanitarias o que afecten a riesgos inciertos que pudiesen afectar a más de una comunidad autónoma. A estos efectos, las autoridades sanitarias informarán al Ministerio».

Artículo 14 de la Ley 33/2011, en pág. 104604.

En su artículo 39, hace referencia a las acciones en materia de salud internacional, destacando en lo referente a la temática que nos ocupa:

«[...] b) Recopilar información de riesgos para la salud de carácter internacional e informar a los organismos de la Administración General del Estado competentes en materia de coordinación de emergencias y protección civil.

e) Establecer y coordinar una red de profesionales sanitarios y equipos que estén en disposición de cooperación sanitaria inmediata, a fin de poder responder a emergencias sanitarias internacionales».

Artículo 39 de la Ley 33/2011, en pág. 104613.

Por último, en cuanto a medidas especiales y cautelares, recogidas en el artículo 54, destaca lo siguiente:

«1. Sin perjuicio de las medidas previstas en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado y las de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán adoptar cuantas medidas sean necesarias para asegurar el cumplimiento de la ley».

Artículo 54 de la Ley 33/2011, en pág. 104617.

1.6. Premisas en el trabajo social sanitario en emergencias

Estas premisas pretenden ser punto de partida y guiar la actuación profesional desde el trabajo social sanitario cuando se afrontan tareas en el contexto de la atención sanitaria urgente:

- Las situaciones de urgencia-emergencia sanitaria, al margen de su magnitud, forman parte de la realidad diaria de un equipo sanitario y, por tanto, también de las unidades de trabajo social, que deberán tener definidos los procedimientos y protocolos básicos para este fin, lo cuales a la vez estarán contenidos en la cartera de servicios de la unidad.
- Derivada de la anterior, los equipos de trabajo social sanitario son intervinientes de emergencias (situaciones de crisis), como lo son los equipos médicos y de enfermería, bomberos, policías, gestores de emergencias, etc.
- En las situaciones críticas, como en cualquier otra situación sanitaria de carácter no urgente, la intervención de las unidades de trabajo social sanitario solo está fundamentada a partir de la necesidad de una atención inicial del equipo médico y de enfermería; en este caso, motivada por la instauración previa de una situación crítica física y/o psicológica de una persona, una familia u otra colectividad, que genera y acompaña problemas psicosociales en el proceso de la crisis. No es una intervención aislada.
- Las situaciones críticas requieren disciplinas diversas para su abordaje y resolución. Además exigen interrelación profesional y, previamente, un conocimiento y reconocimiento mutuo de las aportaciones específicas de cada uno de los actuantes.
- Los equipos de trabajo social, en general, y los del ámbito sanitario, en particular, los constituyen personas que trabajan con personas y sobre todo con personas que están ante una experiencia difícil o crítica en su vida. Es decir, trabajan con personas con problemas, no con problemas. Esto se llama dignidad.
- La urgencia-emergencia sanitaria es ya, en sí, una situación multiproblemática que comporta necesidades y problemas, entre otros, de orden social. Además, frecuentemente, la urgencia-emergencia sanitaria forma parte de un entramado general que exige coordinación con otros equipos de atención urgente: policías, bomberos, servicios sociales, personal judicial, etc.
- Como experto en los aspectos sociales, cada profesional del trabajo social sanitario es el referente de la familia y otros acompañantes de la persona, así como de las personas directamente afectadas.
- La muerte imprevista y traumática, el dolor por la pérdida de personas queridas, el sufrimiento, al igual que la enfermedad y otras formas de morir, son parte de la vida humana y, también, de la especificidad del trabajo social sanitario.
- Cada trabajo tiene sus riesgos. El trabajo social tiene riesgos para la salud mental. El trabajo social sanitario, también. Y el trabajo en situaciones de

Referencia bibliográfica

S. Márquez; R. Meneu (2003). «La medicalización de la vida y sus protagonistas». *Gestión clínica y sanitaria* (vol. 5, n.º 2, págs. 48-51).

urgencia-emergencia, por supuesto. Como profesional se ha de actuar con responsabilidad, lo que implica ser consciente de ello y cuidarse.

- Cada situación de emergencia es diferente, porque las personas somos diferentes y, también, porque las características del suceso y su evolución no son las mismas en cada caso y, por tanto, la van a hacer única.
- La emergencia ha de entenderse como un *continuum*. La intervención social en emergencias, desde los diversos escenarios, no se circunscribe a la actuación urgente. Para poder llegar a dar una respuesta inmediata es necesaria un «antes de», es decir, es necesaria una preparación previa: procedimientos, protocolos, formación y entrenamiento, etc.
- Por otro lado, en la mayoría de las situaciones, tras la retirada de los especialistas del socorro inmediato, el trabajo social sanitario no ha hecho más que empezar y puede llegar a prolongarse largo tiempo por hospitalización, convalecencia en centros especializados, o en casa. Es la fase de prevención terciaria, o de rehabilitación psicosocial.
- En el largo plazo, o periodo de rehabilitación psicosocial, es crucial el papel de la red social de las personas afectadas: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., para afrontar los posibles problemas sociales y psicológicos que pudieran existir.

1.7. Atención del trabajador social sanitario en urgencias-emergencias sanitarias desde la atención primaria

1) Actividades de prevención primaria (previsión, prevención, planificación, educación). Las actuaciones de prevención primaria en emergencias que debe llevar a cabo por la unidad de trabajo social sanitario desde un centro de salud hacen referencia al trabajo a realizar en el «antes de». Son, por tanto, actividades de previsión, prevención, educativas, formativas y de planificación, y también de investigación.

Debemos recordar, a modo de premisa, que se impone una preparación previa (preferentemente, como venimos estudiando en este máster, habiendo definido tanto los procedimientos como los protocolos de trabajo social sanitario) a la intervención propiamente dicha avalada por el diagnóstico social sanitario o en su defecto, cuando la emergencia obliga a actuar con menos información, por un prediagnóstico social sanitario. Entre las posibles acciones en el «antes de» están las siguientes:

- Facilitación de formación y entrenamiento continuado a todos los colectivos profesionales del equipo de salud en aspectos psicológicos, sociales, or-

ganizativos, de recursos, de autocuidado, etc., relacionados con las emergencias.

- Diseño, desarrollo y evaluación de estudios de investigación y de otros estudios sobre aspectos, problemas y necesidades de carácter psicosocial en relación con las emergencias-urgencias atendidas en el centro de salud. El desarrollo de procedimientos y protocolos facilita dichas investigaciones.
- La abundante y variada información que se genera exige una gestión específica de esta, tanto en el «durante» como en el «después de», que requiere organización en el «antes de».
- Promover la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar dedicado a la mejora de la atención a las situaciones de emergencia que atienda el equipo de atención primaria de salud.
- En relación con el punto anterior, si ya hubiera grupo, aportar la dimensión social al trabajo que se lleva a cabo en el grupo de emergencias.
- Promover la existencia de un miniequipo de crisis dentro del equipo de atención primaria de salud para gestionar la respuesta de este ante grandes emergencias-catástrofes.
- Captación de necesidades formativas en los miembros del equipo en relación con la atención a las emergencias-urgencias sanitarias.
- Detección y catalogación de personas en riesgo de aumentar su vulnerabilidad ante emergencias: enfermos crónicos, incapacitados –físicos, mentales y sensoriales–, ancianos que viven solos y/o frágiles.
- Prever y protocolizar la coordinación con las unidades de trabajo social sanitarios de los hospitales de referencia, así como con los equipos de los servicios sociales.
- Aseguramiento, mediante protocolo, de las respuestas psicosociales desde el EAP y las unidades de salud mental a los afectados que lo precisen tras el alta hospitalaria, tanto en emergencias individuales como grandes emergencias.
- Diseño de protocolo de activación de la unidad de trabajo social sanitario del centro de salud para la atención social a las diversas emergencias sanitarias que atiende el personal médico y de enfermería. Se integra así su trabajo específico en la respuesta global a la situación crítica.
- Adquisición y/o puesta al día en conocimientos y habilidades en el trabajo en situaciones de emergencias-urgencias, tanto en la atención a los aspectos psicosociales como en otras materias: RCP, uso de desfibrilador, cono-

cimiento de medicamentos de atención urgente, dispositivos de transporte sanitario urgente, aspectos legales, protocolos, etc.

- Información y formación al alumnado de trabajo social en prácticas, sobre la atención en emergencias-urgencias, en general, y desde el centro de salud, en particular, y sobre la problemática psicosocial en torno a estas.
- Valoración, catalogación y actualización de posibles recursos sanitarios y sociosanitarios que puedan precisar los afectados, familiares y el resto del personal interviniente en una emergencia.
- Impulsar la coordinación del equipo de atención primaria de salud con otros equipos de primera intervención en la emergencia: servicios policiales, bomberos, etc.
- Participación en simulacros y ejercicios prácticos que impliquen la participación del equipo de atención primaria de salud.
- Puesta al día de los diversos protocolos activos de atención sanitaria urgente en emergencias individuales en los que interviene la unidad de trabajo social sanitario: atención a la mujer víctima de violencia, maltrato infantil, comunicación de malas noticias, etc.
- Involucrar al consejo de salud en acciones en el marco de la prevención primaria dirigidas a la población.
- Formar en emergencias y catástrofes a la población en general, y en los aspectos psicológicos, sociales y sanitarios, en particular.

2) Actividades de prevención secundaria (intervención-asistencia).

En emergencias individuales (urgencias). La unidad de trabajo social sanitario en la atención a emergencias individuales (urgencias) llevará a cabo las siguientes tareas específicas:

a) Previamente:

- Identificación del posible protocolo activado y actuación conforme a este, y activar el suyo propio.
- Asegurar la disponibilidad de un espacio físico adecuado que permita privacidad en la atención a los directamente afectados y/o sus familiares.
- Interconsulta con el personal médico y de enfermería para disponer de información sobre el hecho sucedido y sus circunstancias, la identidad de las

personas afectadas y posibles vínculos entre sí, las patologías presentadas, las actuaciones médicas y de enfermería a realizar y pronóstico.

b) Intervenciones:

Evaluación inicial y diagnóstico social sanitario provisional. De acuerdo con este prediagnóstico social sanitario, algunas de las actividades más frecuentes son:

- Contención y apoyo psicológico a los directamente afectados, familiares, allegados y participantes (profesionales y voluntarios).
- Acompañamiento a las personas directamente afectadas, por falta de red social y si se valora necesario, en las situaciones siguientes:
 - Traslado a domicilios (propio, de familiares, etc.) o centros específicos (hospitales, centros de acogida, etc.).
 - Recogida-entrega de objetos personales, en reconocimiento de cadáver, en realización de trámites, etc.
- Dar información sensible: malas noticias.
- Búsqueda-localización de integrantes de la red social de la persona afectada (padre, madre, amigo, hermanos, etc.) con los que sea necesario contactar o dicha persona lo desee.
- Asesoramiento a familiares en la toma de decisiones.
- Información, en casos que lo precisen, sobre aspectos como partes judiciales, entierros gratuitos, etc.
- Registro de la intervención en historia clínica.
- Realización de informe de trabajo social sanitario si se valorara preciso.

En emergencias colectivas y grandes emergencias

En el caso de grandes emergencias o catástrofes, la unidad de trabajo social sanitario responde no solo a la atención individual-familiar a los afectados, sino también a la de carácter grupal, con colectivos que presentan vulnerabilidades, y comunitario, con la globalidad de la población afectada.

Las actuaciones que se presentan a continuación, más específicas ante situaciones de emergencias colectivas o grandes emergencias, se complementan con las mencionadas anteriormente en el apartado de emergencias individuales, cuando valorada la situación concreta así lo requieran.

Las tareas más frecuentes que llevará a cabo la unidad de trabajo social del centro de salud ante una emergencia colectiva o gran emergencia-catástrofe exterior son las siguientes:

- Integrarse, si así se precisara, en el dispositivo psicosocial del hospital de referencia.
- Aportar al equipo la dimensión social, tanto de los individuos afectados como de la población general afectada.
- Coordinación permanente con las unidades de trabajo social sanitario de los hospitales donde se encuentran ingresadas las personas afectadas de cara a la planificación del alta hospitalaria.
- Organización de acciones y seguimiento a medio-largo plazo con los diversos afectados que lo precisen, sus familiares y la población en su conjunto.
- Coordinación de actuaciones con asociaciones y equipos de atención a grupos con afectaciones crónicas previas a la emergencia: esclerosis múltiple, enfermos con demencias, parkinson, etc.
- Detección e identificación de personas en riesgo de trastornos psicológicos.
- Organización y coordinación del posible voluntariado adscrito al centro de salud en la catástrofe.
- En casos que lo precisen, estudio, diagnóstico y tratamiento social sanitario, que asumiría, entre otras, actuaciones previstas para emergencias individuales.
- Mantener informado al consejo de salud, como órgano de participación de la comunidad, de los problemas existentes y las acciones realizadas, y recabar su colaboración.
- Ante la existencia de personas ubicadas en albergues de emergencia (polideportivos, centros sociales, etc.), participar en la organización de la atención sanitaria a los afectados que lo precisen, y coordinar las acciones del equipo sanitario con otros equipos intervinientes en el albergue.
- Participación en la evaluación de la intervención, en general, y en la intervención sanitaria y social, en particular.

- Participación en acciones de ayuda humanitaria y/o de emergencia sanitaria internacional aportando la intervención social que se precise. Un ejemplo de ello es la «Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes, llevada a cabo tras el terremoto de Haití del 2010» (Arrivicita y otros, 2013).
- Tras la intervención inmediata, integrarse junto con el resto de profesionales, en actuaciones encaminadas a la prevención de trastornos psicológicos y cuidado de su salud mental como interviniente (*debriefing* o similar, etc.).

3) Actividades de prevención terciaria (rehabilitación psicosocial).

En el medio-largo plazo se contemplan las siguientes acciones:

- Promover y participar en la reevaluación continua de las necesidades sanitarias y sociales de la población en general y de los directamente afectados en particular.
- Contribuir con los servicios sociales comunitarios y especializados al reagrupamiento familiar en grandes emergencias.
- Información a la población acerca de las posibles reacciones psicológicas esperables a medio-largo plazo.
- Coordinación de actuaciones con asociaciones y servicios de atención a grupos con patologías derivadas de la emergencia: quemados, daño cerebral sobrenvenido, salud mental, etc.
- Conforme a las necesidades de la población afectada, promover y desarrollar la puesta en marcha de programas específicos:
 - Apoyo al duelo.
 - Facilitación de acceso a material ortoprotésico, rehabilitación, tratamientos específicos (psicoterapias, cirugía plástica, etc.).
 - Información sanitaria, etc.
- Atención a los problemas sociales de las personas afectadas que desarrollen psicopatología postraumática: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), etc.
- Atención a los problemas sociales de las personas afectadas con secuelas postraumáticas: amputaciones, quemaduras, afectaciones sensoriales, etc.
- Promover acciones saludables entre los afectados.
- Seguimiento de los casos que lo precisen: reuniones institucionales, con afectados, entrevistas, visitas domiciliarias, etc.

Referencia bibliográfica

A. L. Arrivicita Amo; T. Ventura Faci; M. J. Mieses; C. Sosa Hernández (2013). «Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes llevada a cabo tras el terremoto de Haití del 2010». *Psicosocial & Emergencias* (fecha de consulta: 04-5-2013). Publicado también en *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (diciembre del 2012).

- Evaluación de la intervención, en general, y de la intervención sanitaria y social, en particular.
- Realización de informes de trabajo social sanitario.
- Participar, junto con el resto de los equipos, en actividades dirigidas al cuidado de la salud mental como interviniente.

Ejemplo

La especificidad de la experiencia de apoyo psicosocial tras el terremoto de Haití, comentada anteriormente, al tratarse de un trabajo dirigido a intervinientes sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, etc.) y en una fase de inicio de la rehabilitación psicosocial, es un ejemplo interesante en el marco de esta actividad.

1.8. La unidad de trabajo social sanitario en urgencias-emergencias sanitarias desde atención especializada

Como premisa, el área de urgencias de un hospital es la puerta de entrada de personas y de su círculo afectivo (familiares, amigos, etc.) que se ven afectadas por una emergencia sanitaria, sea esta individual (urgencia), colectiva, o una gran emergencia o catástrofe.

Por tanto, las actuaciones desde la unidad de trabajo social sanitario en emergencias estarán referidas a las que esta lleva a cabo desde el área de urgencias del centro hospitalario.

En esa línea, al igual que la atención médica y de enfermería de urgencias, la intervención desde el trabajo social sanitario a la emergencia sanitaria, como parte de la respuesta conjunta a esta, ha de ofrecerse también las 24 horas del día en los 365 días del año.

Es oportuno recordar, tal como se apuntó en las premisas, que el requerimiento de actuación del trabajador social sanitario procede de la actuación urgente del personal médico y de enfermería, y la precede salvo que existan procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario que impliquen el estudio social sistemático. Solo así está fundamentado el trabajo social sanitario en urgencias y emergencias sanitarias.

1) Actividades de prevención primaria (previsión, prevención, planificación). Las actuaciones de prevención primaria en emergencias que se deben llevar a cabo por la unidad de trabajo social sanitario desde el área de urgencias del hospital hacen referencia a la preparación, al trabajo que realizar en el «antes de» y, por tanto, se trata de actividades de previsión, prevención y de planificación, principalmente.

Es oportuno recordar que la intervención propiamente dicha no es posible sin que exista un «antes de». Entre sus acciones más frecuentes encontramos las siguientes:

- Facilitación de formación y entrenamiento continuado a los profesionales de todas las categorías del equipo de urgencias y de otros equipos implicados en situaciones críticas (UCI, atención a la persona afectada, psiquiatría, etc.) en aspectos psicológicos, sociales, organizativos, de recursos, de autocuidado, etc., relacionados con las diversas situaciones de emergencia.
- Diseño, desarrollo y evaluación de estudios de investigaciones sobre aspectos, problemas y necesidades de carácter psicosocial en relación con las situaciones críticas atendidas en urgencias.
- Impulsar la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (si no lo hubiera) dedicado a la mejora de la atención y gestión de las situaciones de emergencia que atiende el equipo de urgencias.
- En relación con el punto anterior, si ya hubiera grupo, aportar la dimensión social al trabajo que se realiza en el grupo de emergencias.
- Captación de necesidades formativas en los miembros de la unidad de urgencias en relación con la atención a las emergencias-urgencias sanitarias.
- Como miembro del equipo de triaje en grandes emergencias, integrarse activamente en la realización y mantenimiento de un plan de respuesta general del hospital ante una hipotética situación de gran emergencia o catástrofe exterior (epidemia, atentado terrorista o accidente de gran magnitud, conflicto bélico, etc.).
- Participación activa en el plan de autoprotección y de gestión de riesgos del centro sanitario ante emergencias internas.
- Impulsar y participar en la realización de ejercicios prácticos para la puesta a punto tanto del plan de autoprotección del hospital, como del plan de respuesta general del hospital a situaciones de gran emergencia o catástrofe exterior (OMS).
- Revisión teórico-práctica y entrenamiento de los diversos protocolos activos de atención sanitaria urgente en emergencias individuales en que interviene la unidad de trabajo social sanitario: atención a la mujer víctima de violencia, maltrato infantil, malas noticias, etc.
- Protocolizar la activación de los profesionales del trabajo social sanitario de otras áreas del hospital ante la necesidad de reforzar el área de urgencias motivada por una emergencia colectiva puntual o por la convergencia de

varias situaciones que puedan suponer un riesgo de desbordamiento de la atención social.

- Elaboración y mantenimiento de un banco-guía de recursos sanitarios y sociosanitarios vinculados a las situaciones de urgencia-emergencia, así como de otros dispositivos de atención urgente (bomberos, centros de coordinación de emergencias, policías, juzgado de guardia, etc.)
- Planificar una respuesta coordinada con unidades de trabajo social sanitario de la red de atención primaria y/o de otros dispositivos de atención sanitaria especializada ante determinadas situaciones de emergencia.
- Incluir dentro de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario la coordinación y derivación con servicios sociales básicos y especializados para situaciones de urgencia-emergencia que requieran su intervención.
- Participar, como miembro del equipo de urgencias, en la adquisición y/o puesta al día de conocimientos y habilidades para afrontar situaciones de emergencias-urgencias, tanto en aspectos psicosociales como en otras materias: reanimación cardiopulmonar (RCP), uso de desfibrilador, conocimiento de medicamentos de atención urgente, dispositivos de transporte sanitario urgente, aspectos legales, etc.
- Participar en la formación de los equipos médicos internos residentes (MIR), del personal de enfermería residente (EIR), de alumnado de Medicina y Enfermería, así como de otras disciplinas o formaciones especializadas que rotan por el área de urgencias, aportando todos aquellos aspectos relativos a las competencias de los profesionales del trabajo social sanitario en la atención de las urgencias-emergencias desde ese servicio.
- En relación con el punto anterior, formación específica al alumnado del grado de Trabajo Social en prácticas sobre la atención en emergencias-urgencias, en general, y desde el hospital, en particular, y sobre el trabajo social sanitario en torno a estas.
- Conocer y dominar la infraestructura hospitalaria en general y, en particular, todos los espacios vinculados directamente con situaciones de atención urgente: urgencias, UCI, atención a la persona enferma, psiquiatría, cirugía, autopsias, depósito de cadáveres, tanatorio, banco de sangre, etc.
- Conocer a los responsables y direcciones del ámbito hospitalario y, en concreto, de las unidades vinculadas directamente con situaciones de atención urgente.
- Promover espacios sanitarios para, ante situaciones de emergencia colectiva y gran emergencia-catástrofe, poder llevar a cabo actuaciones concretas

diversas e incluso simultáneas: reuniones generales con familiares, comunicación de malas noticias, espacios de respiro para familiares y profesionales, circuito de reconocimiento de cadáveres, reuniones del equipo de crisis, etc.

- Mantener la coordinación (o impulsarla, si no la hubiera) de la unidad de urgencias con otras áreas de primera intervención en la emergencia: recursos policiales, bomberos, etc.

2) Actividades de prevención secundaria (intervención-asistencia).

En emergencias individuales (urgencias). La unidad de trabajo social sanitario en la atención a emergencias individuales (urgencias) llevará a cabo las siguientes tareas específicas, algunas de las cuales pueden estar incluidas en algunos de los protocolos ya existentes en el área de urgencias del hospital:

a) Antes de intervenir:

- Identificación del posible protocolo activado y actuación conforme a lo establecido en él. En las áreas de urgencia de los hospitales públicos existen protocolos de atención en violencia de género, maltrato infantil, etc.

Ejemplo

Un ejemplo está en el Hospital Clínico de Barcelona, cuyo Servicio de Urgencias dispone de un protocolo de «comunicar malas noticias», que normalmente se activa a la par que el box de reanimación. En dicho protocolo se establece que, en tanto el personal médico y de enfermería se ocupan de la atención médica, la unidad de trabajo social sanitario tiene la responsabilidad de «localización, acogida y acompañamiento de los familiares y/o acompañantes de los pacientes ingresados en el box de reanimación» (Milián, 2008).

- Disponer de un espacio físico adecuado que asegure privacidad en la atención a los directamente afectados y/o sus familiares.
- Recabar la mayor información posible acerca:
 - Del suceso y las circunstancias, por medio de los familiares y/o acompañantes, policías o sanitarios intervinientes, partes judiciales, etc.
 - De la patología médica motivo de demanda a través: interconsulta con médico y personal de enfermería actuante.

b) Intervenciones más frecuentes:

Referencia bibliográfica

C. Milián Valle (2008). «El trabajador/a social: un perfil profesional en Urgencias: dos protocolos de intervención en crisis». *Cuadernos de crisis* (vol. 1, n.º 7, págs. 7-15). (pág. 10; fecha de consulta: 04-5-2013)

- Evaluación inicial y diagnóstico social sanitario provisional.
- Recepción de los familiares de la persona o personas ingresadas en el área de urgencias. El trabajador social sanitario del caso es el referente para la familia.
- Contención y apoyo psicológico a los afectados y/o familiares, a partir de las reacciones psicológicas que presenten. Se pretende posibilitar el desahogo emocional, normalizar las reacciones de estrés, clarificación del pensamiento para la toma de decisiones, estimular sus capacidades así como otras actuaciones necesarias, etc.
- Acompañamiento a familiares y/o allegados en reconocimiento de cadáveres, trámites de traslado de los cadáveres, entrega de objetos personales, etc.
- Asesoramiento a familiares en la toma de decisiones.
- Coordinación con otros dispositivos o profesionales externos al hospital para atender necesidades familiares derivadas de la propia emergencia: atención a personas que lo precisan en domicilio (enfermos, niños...), reagrupamiento familiar, traducción, etc.
- Facilitación de encuentros y mediación entre familiares de la persona afectada y el personal médico y de enfermería.
- Participación en la comunicación de malas noticias.
- Búsqueda-localización de integrantes de la red social de la persona afectada (padre, madre, amigo, hermanos, etc.) con los que sea necesario contactar o dicha persona lo desee.
- Facilitación de información para cubrir necesidades básicas (alojamiento, comida, medicación habitual, etc.) en casos de familiares no residentes en la zona de ubicación del hospital donde están siendo atendidas las personas afectadas y sus familias.
- Registro, en la historia clínica del área, de los resultados de la primera evaluación y diagnóstico social, actuaciones realizadas y pronóstico.
- Elaboración del informe de trabajo social sanitario, si se precisara.
- Si se produce ingreso hospitalario se dará continuidad a la atención desde la planta.

Referencias bibliográficas

A. Roman Soler y otros (2006). «Aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención». *Servicios sociales y política social* (n.º 66, pág. 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* (págs. 196-209). Madrid: Siglo XXI.

En emergencias colectivas y grandes emergencias. La propia magnitud va a requerir la intervención de todas las áreas y divisiones del hospital. Incluso, si la situación lo requiriera, la de otros dispositivos sanitarios externos: centros de salud, dispositivos especializados, etc.

Por tanto, se dispondrá, cuando menos, la participación de la unidad de trabajo social sanitario del hospital. Este equipo tendrá unas responsabilidades que previamente estarán reflejadas en un plan de actuación general del hospital.

El conocimiento y la inmediata confirmación de una gran emergencia o catástrofe en la zona de referencia del hospital activará el plan de respuesta general del hospital para este tipo de eventos. En él se contemplarán dos dispositivos de trabajo multidisciplinar con presencia en ambos de trabajadores sociales sanitarios: el equipo de triaje y el centro de información y gestión psicosocial.

El triaje tiene como objetivo principal «la ordenación y clasificación del trabajo asistencial». El equipo multidisciplinar de triaje está integrado por personal de enfermería, medicina y trabajo social sanitario.

Entre las tareas específicas del centro de información y gestión psicosocial están la atención psicosocial de las personas afectadas directas y la recepción y atención de familiares en demanda de información sobre personas probablemente hospitalizadas. «Es un espacio operativo y de gestión» integrado por trabajadores sociales sanitarios del hospital, incluso de otros centros sanitarios si fuera preciso, personal de las unidades de salud mental y personal administrativo.

La actuaciones que se presentan a continuación, más específicas ante situaciones de emergencias colectivas o grandes emergencias, se complementan con actuaciones propias de emergencias individuales (urgencias) ya mencionadas en el apartado correspondiente, cuando valorada la situación concreta así lo requieran.

Las acciones más frecuentes que llevará a cabo el equipo de trabajo social sanitario ante una emergencia colectiva o gran emergencia-catástrofe exterior son las siguientes:

- Integración, conforme al plan general de respuesta del hospital ante grandes emergencias, en el equipo de triaje constituido para la gestión sanitaria en esos casos.

Ejemplo

En este sentido, hay experiencias, como es el caso del hospital Clínico de Barcelona, que dispone de un «Plan general de catástrofes externas». Es decir, se trata de una respuesta organizada del hospital ante un evento de amplio alcance y gravedad en la ciudad. Dicho plan contempla el establecimiento de un triaje médico a los diversos afectados en la catástrofe que ingresan en el hospital vía Área de Urgencias. En estas circunstancias, el trabajador social sanitario forma parte del equipo interdisciplinar de triaje «con el objetivo de saber, desde el primer momento y de forma continuada, el número de víctimas que

Bibliografía recomendada

A. L. Arricivita Amo (2013). «Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda». *Psicosocial & Emergencias*. Huesca.

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).

- Activación y coordinación del centro de información y gestión psicosocial, activado conforme al plan general de respuesta del hospital ante grandes emergencias.

Ejemplo

A modo de ejemplo, el «Plan psicosocial para emergencias en el túnel de Somport», integrado en el plan de seguridad de dicho túnel internacional de casi 9 kilómetros, que une Francia y España, contempla la posible existencia de personas heridas que precisen hospitalización al producirse un evento crítico en el interior de dicha infraestructura. Para dar una respuesta psicosocial adecuada a las personas hospitalizadas, contempla la existencia de un centro de información y gestión psicosocial en los centros sanitarios comprometidos y 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...».

- Integración en el centro de información y apoyo psicosocial.
- Registro permanente de:
 - Acceso al servicio del número de personas afectadas y no identificadas.
 - Identificaciones de afectados (filiaciones).
 - Gravedad conforme a los criterios de clasificación universalmente reconocidos.
 - Ubicación interna en el hospital, o externa (necesidad de traslado a otro centro sanitario).
- Ante una emergencia interna, llevar a cabo las actividades asignadas conforme a las responsabilidades que hubiera adquirido en el plan.
- Participar en la evaluación de la intervención sanitaria y evaluar la intervención social.
- Elaboración de informes de trabajo social sanitario.
- En casos que precisan ingreso: inicio de los procedimientos o protocolos adecuados desarrollados en la unidad de trabajo social sanitario.
- Organización y coordinación del posible voluntariado asignado al hospital para apoyar en la emergencia.
- Tras la intervención inmediata, integrarse junto con el resto de profesionales en actuaciones encaminadas a la prevención de trastornos psicológicos y cuidado de su salud mental como interviniente (*debriefing* o similar, etc.).
- Participación en acciones de ayuda humanitaria y/o de emergencia internacional aportando la intervención social que se precise.

Referencia bibliográfica

J. I. Ayala Pérez-Montoya y otros (2008). «El plan de apoyo psicosocial para emergencias en el túnel de Somport (Huesca)». *Psicosocial & Emergencias* (n.º 4). Publicado también en *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (marzo del 2009). [fecha de consulta: 04-5-2013]

3) Actividades de prevención terciaria (rehabilitación psicosocial).

En el medio-largo plazo se contemplan las siguientes actuaciones:

- Coordinación con las unidades de trabajo social sanitario de los centros de salud y de organizaciones de personas afectadas en aquellos casos que sigan precisando atención de servicios especializados o requieran reingreso.
- Participar, junto con el resto de profesionales, en actividades dirigidas al cuidado de la salud mental como interviniente.
- Evaluación de la intervención en general y de la intervención social en particular.
- Elaboración de los informes de trabajo social sanitario que se precisaran.

2. El trabajo social sanitario en la coordinación de trasplantes

Maria Auxiliadora Noda Morales

2.1. Introducción

Para adentrarnos en el trabajo social sanitario en trasplante, debemos conocer primero el sistema español de la Organización Nacional de Trasplante. Este se remonta al año 1979 y en él se regula, en España, la extracción y el trasplante de órganos y tejidos, (Ley 30/1979, de 27 de octubre). Es un sistema reticular formado por los tres ámbitos: nacional, regional y hospitalario.

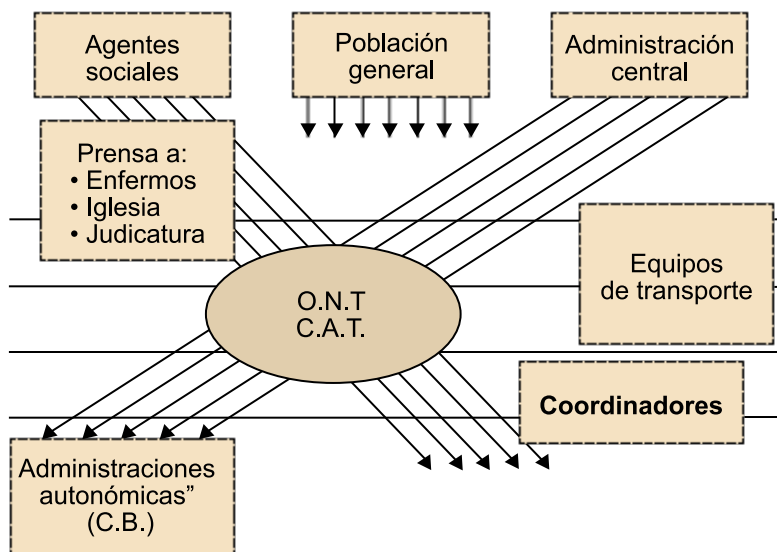
La coordinación autonómica de trasplantes de órganos y tejidos en la Comunidad Canaria, en donde ejerzo, nace en 1991. En 1998 se crea la plaza de trabajo social sanitario, como técnico en la coordinación autonómica.

Las funciones de los equipos de trabajo social sanitario en esta plaza son las propias de un técnico en administración, en especial las de promover, colaborar, participar y conocer a las personas afectadas susceptibles de trasplantes dentro y fuera de la comunidad.

En 1999 elaboramos un protocolo de intervención psicosocial para la persona afectada y sus familiares. Hoy, después de haber desarrollado el concepto de protocolo y procedimiento de trabajo social sanitario, la denominación correcta es: «Protocolo de trabajo social sanitario en personas susceptibles de trasplante» y «Protocolo de trabajo social sanitario de familiares de personas susceptibles de trasplante». Como puede verse, se dividen en dos porque es diferente la atención a la persona y a la familia. En él desglosamos la intervención en los tres ámbitos de salud: atención primaria, especializada y servicios centrales. Ello con la idea de promover mejoras en la intervención con las personas afectadas susceptibles de trasplantes en el antes, en el durante y en el después de dicho proceso. En el protocolo participaron los equipos de trabajo social sanitario del Servicio Canario de la Salud y los responsables de cada servicio competente en cada órgano y tejido.

Es un trabajo en equipo en el que intervienen los agentes sociales y profesionales sanitarios. Informaremos de todos los procedimientos, para compartir conocimientos y experiencias, adentrándonos en lo más importante de la materia, teniendo en cuenta la ubicación geográfica y la organización del Sistema Nacional de Salud.

Figura 1



El que podamos disponer de las técnicas de la información y la comunicación para el estudio contribuye a una mayor libertad y un mayor enriquecimiento profesional. Esperamos aportar elementos en vuestra proactividad profesional.

2.2. La Organización Nacional del Trasplante

Para mejorar los conocimientos que tenemos sobre la Organización Nacional de Trasplante (ONT) es conveniente visitar su página web (www.ont.es).

Uno de los aspectos que ha resultado fundamental y que ha contribuido de manera significativa al éxito del modelo español sobre donación y trasplante de órganos ha sido, el desarrollo de una legislación que garantiza a profesionales y a la población en general la transparencia de todo el protocolo. Este modelo se ha imitado en Europa y varios países del mundo por ser un modelo de resultados contrastados.

Como sabemos, la ONT se encuentra dentro del Sistema Nacional de Salud, y de ella dependen las coordinaciones autonómicas de trasplante.

En el ámbito estatal podemos destacar la Ley 30/1979, de 27 de octubre, de la Jefatura del Estado, sobre extracción y trasplante de órganos, en la que se establecen los principios básicos:

- «La gratuidad.
- La legitimidad por parte del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
- Los requisitos que debe tener una persona para ser donante vivo.
- Los que debe reunir el receptor.
- La disposición de medios para una mejor coordinación.
- La futura regulación de los bancos de tejidos. (Que ya es un hecho hoy en día)».

Leyes básicas:

- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, *Boletín Oficial del Estado*, 6 de noviembre de 1979.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986.
- Ley orgánica, 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999.

2.3. La coordinación autonómica de trasplante de órganos y tejidos

Las coordinaciones autonómicas de trasplante de órganos y tejidos tienen como objeto primordial impulsar el incremento de la detección de donantes y de las actividades relacionadas con los trasplantes de órganos y tejidos, así como garantizar la calidad y transparencia de todas las fases; favorecer, además, un clima social adecuado para el desarrollo de todas las actividades, promoviendo los principios de solidaridad y equidad, y facilitar la implantación de los avances técnicos y científicos potenciando la formación de los profesionales.

2.4. Protocolo de extracción y trasplante

Es tarea del equipo coordinador de trasplantes hospitalario la intervención directa y la colaboración en cada una de las fases del protocolo de donación y extracción de órganos.

La extracción constituye el punto donde culminan todos los esfuerzos realizados a lo largo del tiempo y expone a la coordinación al control externo del resto del hospital y de profesionales de otros centros.

La donación-extracción de órganos y tejidos es por tanto un trabajo multidisciplinar en el que interviene casi la totalidad de áreas de un hospital.

2.4.1. Logística de extracción. Información para la unidad de trabajo social sanitario

Los equipos profesionales de las unidades de trabajo social sanitario necesitan saber cuál es la logística de extracción a fin de proporcionar una atención de acuerdo con los requisitos y poder ofrecer los apoyos necesarios a la familia del donante.

La estrategia de extracción puede analizarse desde diferentes puntos de vista:

- Infraestructura material y humana.
- Preparación para la extracción de los órganos.

Infraestructura material y humana

Al margen de las condiciones funcionales que se le exigen a un hospital extractor, existe una relación de medios materiales y humanos sin los cuales no se debe emprender un proceso de estas características:

- Unidad de cuidados intensivos con material adecuado y personal entrenado en el mantenimiento del donante.
- Facilidad de localización de los miembros del equipo de extracción por parte de la coordinación de trasplantes.
- Estancia para los familiares del donante que proporcione suficiente grado de intimidad y que permita la comunicación con el exterior.
- Vía de traslado del donante desde la UCI hasta el quirófano que sea rápida y discreta, que evite el paso del cadáver a través de áreas de pacientes y/o visitas.
- Medios humanos y materiales para el transporte del cadáver hasta el quirófano.
- Quirófano de extracción que cuente con el personal adecuado y el material apropiado para este tipo de intervención (tabla 2).
- Facilitación de las tareas tanto a los equipos locales como a los equipos extractores procedentes de otros centros: comunicación exterior, alimentos, bebidas, área de descanso, documentación clínica duplicada del donante, etc.

Medios humanos y materiales necesarios en el quirófano de extracción multiorgánica.

- Personal:
 - Anestesiólogo.
 - Personal de enfermería: dos enfermeras, una para campo quirúrgico y otra circulante.
 - Personal auxiliar de enfermería: una auxiliar circulante y para envío de muestras.
 - Celador.
 - Equipo extractor multiorgánico (cirujanos generales, urólogos, cirujanos cardiacos y torácicos). El número de componentes será acorde con el de los diferentes órganos que haya que extraer.
 - Opcionalmente enfermera de anestesia.
- Material:
 - Anestesia.

- Soluciones de perfusión.
 - Fármacos anestésicos.
 - Inotrópicos, diuréticos, heparina...
 - Concentrados de hematíes.
 - Ventilador mecánico.
 - Monitorización electrocardiográfica y de presión arterial.
 - Cirugía.
 - Instrumental básico: caja de laparotomía, añadiendo material adicional, según necesidades.
 - Instrumental específico, generalmente aportado por los equipos desplazados.
- Otros medios:
 - Mobiliario y material estéril habitual en quirófano.
 - Soluciones de preservación: Wisconsin.
 - Hielo picado y en cubitos en cantidad suficiente.
 - Bolsas y contenedores estériles para el transporte de órganos.
 - Neveras portátiles para mantener los órganos a 4 °C.

Organización y coordinación de los equipos quirúrgicos

El proceso de extracción multiorgánica en el donante cadáver, mantenido en hemodinámica⁵, conlleva la actuación y coordinación de varias disciplinas quirúrgicas que deben intervenir de forma simultánea, sin afectar a la viabilidad de los diferentes órganos que haya que extraer.

⁽⁵⁾Hemodinámica en trasplante significa mantener una tensión arterial adecuada para asegurar una correcta perfusión de los órganos.

En el caso de un individuo donante *ideal*, del cual pueden obtenerse todos los órganos hoy en día trasplantables, se requiere la intervención de los siguientes equipos quirúrgicos:

- Cirugía cardíaca: equipos de cirugía, ayudantes y perfusionistas.
- Cirugía torácica: equipos de cirugía, ayudantes y perfusionistas.
- Equipo de extracción hepática: equipos de cirugía, ayudantes y perfusionistas.
- Equipo de extracción renal: equipos de cirugía, ayudantes y perfusionistas.
- Extracción de tejidos (piel, huesos, válvulas cardíacas, córneas): el equipo de cirugía correspondiente a cada especialidad.
- Anestesiista del centro extractor.

El hospital extractor de órganos también aporta la enfermería instrumentista y el resto del personal de enfermería, auxiliares y celador preciso para la extracción.

La coordinación de trasplantes debe planificar la actuación de todo el personal, tanto en lo referente a su localización como el transporte hacia el centro extractor, determinar la hora de inicio de la extracción y coordinar el traslado de vuelta al centro trasplantador, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada órgano y el tiempo disponible para su implante con garantías.

2.4.2. Preparación para la extracción de los órganos

El equipo de coordinación de trasplantes debe asegurarse, mediante entrevistas con los responsables concretos, y en caso preciso, por medio de una inspección discreta a las unidades implicadas, de que todo el material operativo de la extracción de órganos esté listo. Si bien las instalaciones utilizadas en el proceso de extracción multiorgánica no dependen orgánica ni funcionalmente de la coordinación de trasplantes, el mantener buenas relaciones con los equipos de responsables directos de estas debe permitir a los equipos coordinadores tutelar discretamente la funcionalidad de estas áreas del hospital en las que se va a desarrollar el proceso extractor.

La coordinación de trasplantes deberá elaborar una lista del material y los medios necesarios para la extracción y repararla antes de iniciar cualquier nuevo proceso. La preparación debe comenzar al día siguiente de la extracción previa. Los puntos que necesitan revisión son los siguientes:

- Unidad generadora y servicios de apoyo:
 - Reposición del material médico y fármacos propios de mantenimiento del donante.
 - Recogida de toda la documentación clínica relativa a la persona donante.
 - Revisión del material empleado en el diagnóstico de la muerte encefálica.
- Quirófano de extracción:
 - Cuidados y revisión de la operatividad del material quirúrgico propio de la extracción multiorgánica.
 - Reposición de los fármacos y soluciones de preservación.
- Coordinación de trasplantes:
 - Reposición del material de oficina utilizado en la extracción previa.
 - Recopilación de datos referidos a la extracción previa, para análisis estadístico.

Coordinación intrahospitalaria en el momento de la extracción

Para llevar a cabo las tareas de coordinación en un acto tan complejo como es la extracción multiorgánica, necesitamos definir los frentes que hemos de atender y desarrollarlos a lo largo de un patrón de tiempo. Es útil que tengamos en cuenta los siguientes aspectos con respecto al plan de acción:

- El planteamiento debe ser flexible y contener mecanismos que permitan cambiar el orden previsto de las acciones.
- Pensar que el esquema siempre es mejorable, por lo que se deberán recoger los fallos y deficiencias observados en cada proceso de extracción, con el fin de efectuar las modificaciones oportunas.
- El esquema de actuación ha de ser aplicable a cualquier hora y día del año.

Los frentes que hemos de atender por la coordinación hospitalaria en el momento de la extracción son tres:

- Los familiares de la persona donante.
- Los dispositivos y equipos locales, que incluyen la unidad generadora, los servicios centrales, el personal sanitario que se ocupará de la extracción y el servicio de ambulancias.
- Los dispositivos y equipos extrahospitalarios, donde se incluyen los equipos extractores y coordinadores de otros centros, así como las oficinas autonómica y nacional de coordinación.

El patrón tiempo que definirá las acciones de la coordinación de trasplantes consta de seis tiempos bien definidos:

- Diagnóstico de la muerte encefálica y donante válido.
- Obtención del consentimiento familiar y, en su caso, de la autorización judicial.
- Traslado del donante a quirófano.
- Confirmación inicial de la validez de los órganos a extraer.
- Extracción efectiva.
- Final del proceso.

Combinando los frentes de actuación con los momentos del patrón tiempo, puede obtenerse un esquema de los actos que se deben llevar a cabo en cada momento:

Tabla 2. Actividades que se deben llevar a cabo en el proceso de extracción de órganos

Tiempos	Frentes		
	Familia del donante	Dispositivos intrahospitalarios	Dispositivos extrahospitalarios
Muerte encefálica confirmada	<ul style="list-style-type: none"> Primer contacto a través del médico responsable del donante Información del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> Prealerta a quirófano y equipo extractor Preaviso vehículo de recogida a equipo extractor 	<ul style="list-style-type: none"> Preaviso a la unidad de coordinación
Consentimiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de consentimiento Ofrecimiento de apoyo Establecer canal de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación de alerta a quirófano y equipo extractor Fijar hora de extracción Salida vehículo de recogida a equipo extractor Preparación de medidas de hospitalidad para los equipos desplazados 	<ul style="list-style-type: none"> Oferta de órganos a ONT Eventual entrega de documentación fuera del hospital (juzgado)
Traslado a quirófano	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación del traslado Sugerir espera temporal 	<ul style="list-style-type: none"> Llegada equipo extractor Inicio de extracción Toma de muestras de sangre y tejidos 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación a coordinación de hospital receptor la llegada del equipo
Órganos válidos	<ul style="list-style-type: none"> Sin acciones 	<ul style="list-style-type: none"> Preaviso vehículo de retorno a equipo extractor 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de órgano válido a coordinación de hospital receptor
Extracción efectiva	<ul style="list-style-type: none"> Sin acciones 	<ul style="list-style-type: none"> Anotar tiempo cero (clampaje) Extracción de órganos válidos Verificación de toma y distribución de muestras Extracción de tejidos 	<ul style="list-style-type: none"> Preparación para conservación y transporte de órganos
Final del proceso	<ul style="list-style-type: none"> Información familiar Disposición del cadáver 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión y reconstrucción del cadáver Traslado del cadáver al tanatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación fin de extracción y salida del equipo a coordinación de hospital receptor Transporte de órganos Comunicación oficial a juzgado, en caso necesario Certificado habitual de defunción Gestión cobertura de gastos del sepelio
Extracción de órganos no válidos para trasplante	<ul style="list-style-type: none"> Información familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Envío a anatomía patológica. Biopsia 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de biopsia por la coordinación autonómica de trasplantes

2.4.3. Reposición y análisis posterior de la extracción

Esta última fase del proceso extractor se lleva a cabo con mayor tranquilidad y ha de servir para recoger los datos finales y analizar los resultados. En este periodo pueden también definirse una serie de acciones:

- Agradecimiento por escrito a los familiares del donante y a los equipos extrahospitalarios que hayan intervenido. Se debe notificar a estos últimos las deficiencias observadas.

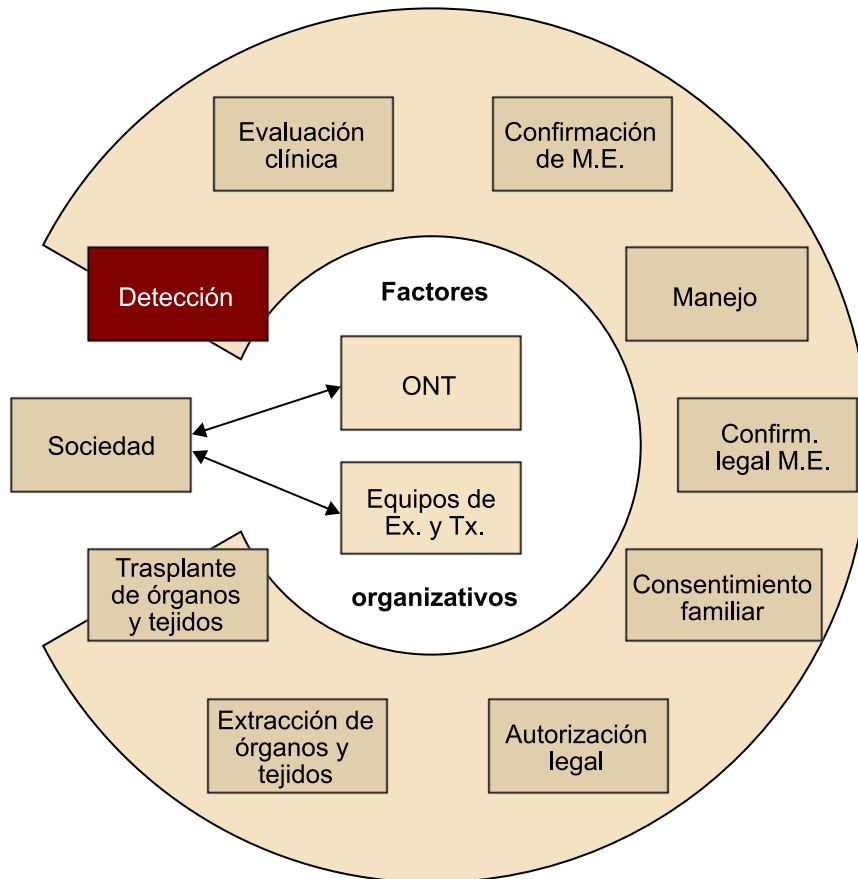
- Visita a la unidad generadora para informar de los resultados y realizar una discreta supervisión de la reposición del material.
- Averiguar las condiciones de trabajo de los servicios locales implicados y recoger las deficiencias observadas.
- Cumplimentación de la estadística local y recopilación de los datos de la extracción que se hayan de comunicar a los órganos de gestión hospitalaria.
- Notificación de los resultados diferidos de la evaluación del donante a los equipos implantadores propios o de otro hospital, y mostrar a la vez interés por la evolución del receptor.
- Informe estadístico a la oficina de la coordinación autonómica de trasplante y otras entidades extrahospitalarias.

2.4.4. Registro de donación y trasplante

Las coordinaciones autonómicas de trasplantes de órganos, tejidos y células registran el destino de los órganos obtenidos, las personas afectadas y el tipo de trasplante efectuado.

Estos datos se envían antes de 48 horas a la Organización Nacional de Trasplantes mediante la *hoja normalizada de donación y trasplante*.

Figura 2



En la figura 2 tenemos representado el sistema organizativo ante la detección de un posible donante. Podemos ver cómo emerge en la sociedad y finaliza en la sociedad.

2.4.5. Tiempos de isquemia

- Tiempo de isquemia caliente. Es el tiempo transcurrido desde el momento de la parada cardiocirculatoria hasta el enfriamiento del órgano.
- Tiempo de isquemia fría. Es el intervalo de tiempo comprendido entre la perfusión fría del órgano y el momento de la reperfusión, una vez implantado en el receptor.

El tiempo máximo de preservación o isquemia fría varía entre los diferentes órganos, pero en general son los siguientes:

- Corazón: 3-4 horas
- Pulmones: 3 horas
- Hígado: 8-12 horas
- Páncreas: 12 horas
- Riñones: 24-36 horas

Estas restricciones de preservación deben tenerse en consideración a la hora de distribuir los órganos. No se precisa ningún cuidado de soporte para la extracción de las córneas o huesos, dado que estos tejidos toleran la isquemia prolongada sin sufrir lesión significativa.

El 4 de enero del 2000 se publica en el BOE el Real decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Derogado el 18/01/2013.

Sustituido por el Real decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003.

2.5. Trabajo social sanitario en trasplante

Las circunstancias que envuelven todo trasplante justifican la necesidad de la intervención psicosocial desde el trabajo social sanitario. Algunas personas trasplantadas de riñón no mejoran su estado de salud una vez intervenidas. Ello verifica la necesidad de una intervención previa y posterior al trasplante desde el trabajo social sanitario para un abordaje integral de la población afectada ya sea como pacientes (donante o receptor) o como familiares.

Tomamos como ejemplo a la Comunidad Canaria, que dispone de un *Protocolo de Intervención Psicosocial con pacientes pre y post trasplantados y sus familias*. Canarias es la única comunidad autónoma con un protocolo semejante.

Para ello, la coordinación autonómica de trasplante crea la plaza de técnico de grado medio dirigida a profesionales del trabajo social sanitario, al ser profesionales que reúnen las características formativas y competencias necesarias en las áreas de:

- Salud pública.
- Programación.
- Sociología.
- Estadística.
- Psicología.
- Derecho.

Estos son los programas que estamos desarrollando en la coordinación autonómica:

1) Programa de donación y trasplante

- Elaboración de los informes de los resultados anuales del área de coordinación y trasplante.
- Informes técnicos de evolución de la lista de espera.
- Coordinación intrainstitucional, información, orientación e intervención con las personas pendientes de trasplante de corazón, pulmón e infantiles. Las personas afectadas susceptibles de trasplantes se derivan a la península, en todo el territorio nacional.
- Entrevista telefónica con las personas afectadas en lista de espera de trasplante de hígado, riñón, páncreas y hematopoyéticos⁶ de la Comunidad Canaria. Esta terapia sustitutiva se realiza dentro de la región, así como el trasplante de «Donante vivo».

⁶Hematopoyéticos son los pacientes que necesitan un trasplante de médula.

2) Protocolo de trabajo social sanitario en trasplante

- Como hemos estudiado, los protocolos de trabajo social sanitario cuentan con tres fases: de estudio de trabajo social sanitario, diagnóstico social sanitario y plan de tratamiento o intervención de trabajo social sanitario. Nos basamos en este sencillo esquema.
- La intervención de la unidad de trabajo social sanitario, siempre de acuerdo con el diagnóstico social sanitario, se centrará en los factores psicosociales que rodean la enfermedad, y el creciente número de pacientes y familias que necesitan ayuda para afrontar y gestionar el impacto de esta, la hospitalización y los cuidados posthospitalarios, justifica la intervención desde la unidad de trabajo social sanitario. Esta consiste en la evaluación psicosocial, la elaboración del diagnóstico social sanitario, la intervención, la derivación y el seguimiento por parte de los profesionales de los centros de atención primaria y especializada, con la colaboración de las asociaciones y fundaciones de enfermos preferentemente a través de sus unidades de trabajo social sanitario.
- La coordinación entre los ámbitos sanitario y social es prioritaria para el abordaje de la persona afectada en lista de espera para trasplante. Valoramos la necesidad de implantar un protocolo de trabajo social sanitario para las personas afectadas y sus familiares en su primera fase con equipos trabajadores sociales en atención primaria y especializada.

Bibliografía recomendada

Dolors Colom Masfret (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: Editorial UOC.

Bibliografía recomendada

Dolors Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

¿Por qué se necesita la intervención psicosocial con las personas afectadas pendientes de ser trasplantadas?

La solicitud fue propuesta por las asociaciones de enfermos. Estas valoraron la importancia de que fueran profesionales del trabajo social sanitario en atención primaria quienes efectuaran una primera evaluación psicosocial con la persona afectada y su familia para investigar y acompañarlas en la pérdida de salud. Se interviene en el momento de informar de que el trasplante es necesario, se hace el estudio del tipo de traslado con los lugares de hospedaje, se escucha, se explica y se orienta de los lugares y las gestiones para las dietas correspondientes, y se elabora el informe de trabajo social sanitario unificado.

La información de la persona enferma a la unidad de trabajo social sanitario en atención primaria se la facilitamos desde la coordinación y por petición de cita previa de la persona o de los familiares.

En la información le comunicamos para qué tipo de órgano se encuentra en la lista de trasplante, con los datos administrativos para su localización en la historia electrónica.

Aplicamos el protocolo de trabajo social sanitario con personas enfermas pre- y postrasplantadas y sus familiares, siguiendo con el ejemplo de la Comunidad Canaria con la instrucción 7/99 del Servicio Canario de la Salud.

¿Qué evaluamos en la primera entrevista pretrasplante?

El protocolo desglosa todos los campos que estudiar por la unidad de trabajo social sanitario en atención primaria, como son la fecha de emisión del informe, el servicio a donde va dirigido y su modelo de informe pretrasplante, indicando los factores psicosociales que se encuentran interfiriendo en su enfermedad.

En la primera entrevista se estudia y analiza la información obtenida de la persona enferma o de su familia, como el grado de instrucción, la situación laboral, las cargas económicas, las condiciones de la vivienda y el impacto de la enfermedad. Una vez identificadas las fuentes de información, cada trabajador social sanitario interpreta los datos obtenidos y elabora el diagnóstico social sanitario en síntesis, con la concreción de los servicios-procesos, en espera de que se llame a la persona afectada para proceder al trasplante. La intervención, avalada siempre en el diagnóstico social sanitario, precisará, además de los servicios de trabajo social sanitario necesarios, las prestaciones susceptibles de derecho, como ser pensionista, las condiciones de habitabilidad de la vivienda y la posible eliminación de las barreras arquitectónicas internas y externas. En ello, el profesional es un recurso en sí mismo: reduce la angustia de la persona, su ansiedad y desespero ante la enfermedad aplicando técnicas propias del trabajo social sanitario.

Una copia del informe de evaluación psicosocial se remite a la coordinación autonómica, donde se centraliza para informar a la unidad de trabajo social sanitario en atención especializada en el momento de producirse el trasplante.

¿Rol de la unidad de trabajo social sanitario en atención especializada durante el trasplante?

La información de que la persona afectada se encuentra trasplantada se transmite desde la coordinación, con la remisión del informe emitido por atención primaria. Las intervenciones más frecuentes se basan en el apoyo, la escucha, el seguimiento que se da a la familia de la persona, participando en el sosiego familiar y atención a sus necesidades. Entre ellas, algunas de las más frecuentes son:

- Cómo lleva la situación en este momento.
- La recepción de la familia o acompañante.
- Conocer si tiene gestionado el lugar de hospedaje y resolverlo.
- Gestiones resolutorias de los derechos de la persona desplazada.
- Cómo se encuentra la unidad familiar, los menores y dependientes, si los hay.
- Cuáles son las prioridades de la familia y estructurarlas con el familiar, para que sea él su propio actor.
- Alta. Informar a la unidad de trabajo social sanitario en atención primaria para seguimiento dentro del método de *casework*.
- Consejo sobre la importancia de estar bien nutrido y el cumplimiento del tratamiento, por el riesgo que supone la pérdida del órgano. El trasplantado no puede bajar la guardia nunca.

La intervención desde el trabajo social sanitario en personas que son trasplantadas por una urgencia 0⁷ (cero) tiene lugar en coordinación con el equipo trasplantador hospitalario y la unidad de trabajo social sanitario en el hospital, con la coordinación autonómica de trasplante como interlocutor de acciones y seguimiento.

⁽⁷⁾Urgencia 0. Se denomina así cuando la persona afectada debe ser trasplantada en menos de 24 h.

La urgencia 0 en trasplante se gestiona cuando es necesario un trasplante de hígado y el método de trabajo social de caso, el *casework*, se aplica para dar la información una vez se ha efectuado el trasplante. Desde la unidad de trabajo social sanitario se interviene con la persona afectada/familia en toda su dimensión: en la hospitalización de urgencias, acompaña a la familia, canaliza a sus acompañantes si los tiene, interviene desde la tarea de prestaciones, alta hospitalaria, se coordina con la unidad de trabajo social sanitario de atención primaria para su seguimiento. El seguimiento y la intervención con la persona afectada y la familia finaliza al año del trasplante.

Debemos tener en cuenta que se trata de una enfermedad crónica, que son personas afectadas muy agotadas por todo el recorrido de hospital en hospital, que se desorientan con bastante facilidad, que viven con la amenaza de muerte y el miedo de lo que va a pasar al día siguiente.

¿Cómo se interviene con los pacientes que deben salir fuera de la Comunidad?

Tomamos como ejemplo los criterios de la Comunidad Canaria. Las personas afectadas que deben recibir el trasplante en la península, recordemos, son los de pulmón, corazón, doble trasplante e infantil y los alogénicos⁸ no emparentados. A todas ellas se las atiende desde la unidad de trabajo social sanitario de su hospital en la Comunidad Canaria –donde se les da la orden de traslado– en diversas cuestiones: reducir sus miedos, superar el desconocimiento del lugar de destino, presentar los documentos que debe cumplimentar previamente, etcétera. Actuamos como facilitadores para acceder a toda la información, como es la gestión de las dietas de traslados. Se contacta con la unidad de trabajo social sanitario del hospital de referencia y se le informa de todos los servicios prestados y de los que son necesarios para su continuidad, tanto para la persona afectada como para su familia.

⁽⁸⁾Se denomina *alogénicos* a los trasplantes de células madres, que pueden ser de un familiar o de un donante no emparentado.

Es necesario lograr el objetivo de que los familiares o acompañantes de la persona trasplantada puedan organizar, en el menor tiempo posible, la unidad familiar y los documentos pertinentes de obligado cumplimiento en su comunidad autónoma.

A modo de ejemplo, el programa de atención a pacientes desplazados del Servicio Canario de la Salud dispone de un piso de cinco habitaciones en Madrid.

Las personas que deben recibir un trasplante conocen cuándo salen pero no cuándo van a regresar. Esto va sobrecargando a los familiares, quienes se ven abocados a una larga estancia fuera de su lugar de residencia, con permanencias que pueden superar los treinta y tres meses. La disposición de la unidad de trabajo social sanitario para apoyar y acompañar tanto a las personas intervenidas como a sus familias es imprescindible para aumentar su grado de independencia y autoestima fuera de su entorno habitual.

Cada año evaluamos las intervenciones para ir mejorando su aplicación con las aportaciones de los equipos de trabajo social sanitario y realizar así un procedimiento homogéneo en todas las áreas de salud de la Comunidad Canaria.

3) Programa de sensibilización

El programa de sensibilización hacia la donación lo tenemos estructurado en dos partes:

a) Formación. La formación necesaria para actualización de conocimiento de los colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios:

- Curso de créditos de libre elección en la Universidad de La Laguna.

b) Formador de formadores:

- Colaboraciones con el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.
- Proyecto psicoeducativo con las personas en diálisis en la Clínica de La Colina.
- Formación hacia la donación sin fronteras. La campaña se promovió desde la ONT para sensibilizar de la donación de órganos, tejidos y células desde la multiculturalidad, respetando las actitudes y creencias de los pueblos. Se creó para ello, en las coordinaciones de trasplante hospitalario, la figura del facilitador a la donación, quien en las entrevistas imita todos los actos del duelo propios de ese pueblo de donde proceden los familiares del donante.
 - Donación sin fronteras desde la ONT. Distribuidos por todo el territorio nacional en cinco idiomas.
 - Proyecto de sensibilización desde la atención primaria de salud.
 - Formación continua a los colectivos profesionales de atención primaria, como agentes mediadores en la donación.
 - Herramienta de trabajo para los equipos profesionales de atención primaria. Información. Tiene lugar en coordinación con las asociaciones y fundaciones de afectados. Orientada a la población en general.
 - Campañas divulgativas desde el servicio de coordinación autonómico a todos los ayuntamientos y centros de salud para conocimiento e información del servicio.
 - Dípticos informativos, dirigidos a la población universitaria de Gran Canaria y La Laguna.
 - Díptico informativo a los estudiantes universitarios.
 - Manual de atención al paciente trasplantado desde la atención primaria.
 - Guía de recursos sanitarios para las personas afectadas y sus familiares.
 - Guía de recursos sociales sanitarios de trasplante. 2.ª edición actualizada.
 - Comunicaciones y pósteres en jornadas, congresos del campo de la salud, en el ámbito local, regional, nacional e internacional.

¿Qué promueve la unidad de trabajo social sanitario en la oficina de coordinación?

Eleva a la dirección superior inmediata las mejoras en la intervención con las personas trasplantadas para disminuir su incertidumbre y acompañarlas durante todo el proceso de la enfermedad.

Vamos aportando mejoras en los instrumentos para dar mayor equidad y homogeneidad en el protocolo de trabajo social sanitario en las personas afectadas de trasplante, teniendo en cuenta al trabajador social sanitario, que se incorpora por primera vez en el campo sanitario.

2.6. Conclusiones

La elaboración de los contenidos en este módulo en el campo de los trasplantes es un hecho que nos congratula en nuestro ejercicio profesional desde el trabajo social sanitario, por ejercer una labor encomiable en el campo sanitario y especialmente en el de los trasplantes.

Es un campo tremendamente innovador y vanguardista: genera y aporta mejoras continuas, y tiene como fundamento a la persona afectada en toda su amplitud, valorando la situación social de esta para que los resultados del post-trasplante sean de un nivel excelente.

La familia también es objeto de acompañamiento, pues suele ser el primer apoyo del enfermo.

Bibliografía

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

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

Arricivita Amo, Ángel L. (2019, reedición). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Huesca: Edición del propio autor.

Barrón López de Roda, A. (1996). *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

CIE-9.MC, *Clasificación Internacional de enfermedades* (6.^a ed., enero de 2008).

Cobo Plana, Juan A. (2009, mayo-octubre). «Los trabajadores sociales en el equipo forense» [artículo en línea]. *Psicosocial & Emergencias*. Artículos y reflexiones (n.º 6).

Colom, D. (1997). *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza: Mira Editores (agotado).

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

Decreto 220/2014, de 16 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón.

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

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

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

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

Gobierno de España (2013a). *Estrategia de Seguridad Nacional. Un proyecto compartido* (fecha de consulta: 13-7-2013). Madrid.

Golan, N. (1992). *Treatment in Crisis Situation*. Nueva York: The Free Press. Mencionado en: M.^a J. Escartín Caparrós. *Manual de Trabajo Social (modelos de práctica profesional)*. Alicante: Aguaclara.

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*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 22/1985.

Llano Señarís, J. y otros (1998). *Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos* (cap. 23, págs. 471-485). Grupo MSD.

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

Márquez, S.; Meneu, R. (2003). «La medicalización de la vida y sus protagonistas». *Gestión clínica y sanitaria* (vol. 5, n.º 2).

Martín Beristain, C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria* (pág. 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* [documento en línea]. <http://www.who.int/world-health-day/2009/WHD-brochurelowres-SP_small.pdf>

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

Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, de 16 de septiembre, n.º 222.

Real decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. *Boletín Oficial del Estado*, de 6 de febrero de 2009, n.º 32, pág. 12630.

Real decreto 407/1992, de 24 de Abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 105/1992.

Rebollo, P.; Bobes, J. y otros (2000). «Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVR) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS)». *Nefrología* (vol. XX, n.º 2, págs. 171-181).

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

Roman Soler, A. y otros (2006). «Aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención». *Servicios sociales y política social* (n.º 66). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes.

Ruiz Rodríguez, P. (2004). *El trabajador social como perito judicial*. Zaragoza: 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*. Bruselas: Ministry of Public Health.

Slaikue, Karl A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación* (2.ª ed). México: Editorial Manual Moderno.

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