
El treball social sanitari en altres àmbits

PID_00272624

Àngel Luis Arricivita Amo
M. Auxiliadora Noda Morales

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



Ángel Luis Arricivita Amo

Treballador social (Saragossa, 1986). Es va especialitzar en Psiquiatria a la Universitat de Saragossa el 1987, i el 2001, en Salut mental en situacions de violència política i catàstrofes, a la Universitat Complutense de Madrid. Diplomada en Sanitat (1991). Des de 1988 ha exercit com a treballador social sanitari en dispositius d'atenció primària del Servei Aragonès de Salut a Saragossa i Osca. Actualment, treballa al Centre de Salut Santo Grial d'Osca. Expert en emergències; el 2006 va fundar la revista digital *Psicosocial y Emergencias*, de la qual és director i editor. Ha estat professor associat de l'Escola Universitària d'Estudis Socials de la Universitat de Saragossa (2006-2009). Consultor del Postgrau de Treball Social Sanitari de la UOC.

M. Auxiliadora Noda Morales

Treballador social (Saragossa, 1986). Es va especialitzar en Psiquiatria a la Universitat de Saragossa el 1987, i el 2001, en Salut mental en situacions de violència política i catàstrofes, a la Universitat Complutense de Madrid. Diplomada en Sanitat (1991). Des de 1988 ha exercit com a treballador social sanitari en dispositius d'atenció primària del Servei Aragonès de Salut a Saragossa i Osca. Actualment, treballa al Centre de Salut Santo Grial d'Osca. Expert en emergències; en 2006 va fundar la revista digital *Psicosocial y Emergencias*, de la qual és director i editor. Ha estat professor associat de l'Escola Universitària d'Estudis Socials de la Universitat de Saragossa (2006-2009). Consultor del Postgrau de Treball Social Sanitari de la UOC.

Segona edició: març 2020

© Ángel Luis Arricivita Amo, M. Auxiliadora Noda Morales

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Presentació del mòdul.....	5
1. El treball social sanitari en emergències.....	7
1.1. Introducció	7
1.2. Concepte i característiques d'urgència-emergència sanitària	11
1.3. Concepte d'atenció sanitària urgent	12
1.4. Situacions d'urgència-emergència sanitària	13
1.5. Legislació	13
1.5.1. L'atenció sanitària i social a la Llei de protecció civil i la Norma bàsica de protecció civil	13
1.5.2. Els plans d'emergència de Protecció Civil	16
1.5.3. L'atenció d'urgència a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut. El treball social sanitari en els plans d'urgència-emergència sanitària	17
1.5.4. El Protocol nacional d'actuació medicoforense i de policia científica en successos amb múltiples víctimes. L'atenció sanitària, social i psicològica	20
1.5.5. L'Estratègia de Seguretat Espanyola	22
1.5.6. Codi penal. L'omissió del deure de socors	23
1.5.7. El consentiment informat en situacions greus per a la salut	23
1.5.8. Accions urgents en el marc de la Llei de salut pública ..	24
1.6. Premisses en el treball social sanitari en emergències	25
1.7. Atenció del treballador social sanitari en urgències- emergències sanitàries des de l'atenció primària	27
1.8. La unitat de treball social sanitari en urgències-emergències sanitàries des de l'atenció especialitzada	32
2. El treball social sanitari en la coordinació de trasplantaments.....	40
2.1. Introducció	40
2.2. L'Organització Nacional de Trasplantaments	41
2.3. La coordinació autonòmica de trasplantament d'òrgans i teixits	42
2.4. Protocol d'extracció i trasplantament	42
2.4.1. Logística d'extracció. Informació per a la unitat de treball social sanitari	42
2.4.2. Preparació per a l'extracció dels òrgans	44
2.4.3. Reposició i anàlisi posterior de l'extracció	47
2.4.4. Registre de donació i trasplantament	48
2.4.5. Temps d'isquèmia	48

2.5. Treball social sanitari en trasplantament	49
2.6. Conclusions	55
Bibliografia	57

Presentació del mòdul

Aquest mòdul presenta la singularitat de reunir dos àmbits diferents, amb menys presència en el sistema sanitari del dia a dia, però de gran impacte i exigència professional quan es donen les circumstàncies que obliguen a actuar-hi. D'una banda, l'àmbit de les emergències i, de l'altra, el dels trasplantaments d'òrgans i teixits.

Cada àmbit té una dedicació de mig crèdit i en tots dos casos es presenta la visió general i legislativa al mateix temps que s'estudia quin és el rol de cada professional del treball social sanitari.

1. El treball social sanitari en emergències

Àngel Luis Arricivita Amo

1.1. Introducció

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

Els grups d'afectats que precisaran atenció del dispositiu sanitari serien els següents:

- Persones supervivents que resulten ferides i que precisen ser hospitalitzades.
- Persones supervivents ferides sense requerir hospitalització (ferits lleus).
- Persones que ingressen cadàver al centre sanitari.
- Qualsevol intervingent en l'emergència que, pel risc inherent a la seva ocupació professional, pugui resultar ferit o mort.
- La xarxa social informal de cadascun dels grups esmentats (familiars, amics, veïns, companys de treball, etc.).

Els equips de treball social sanitari dels diferents establiments es veuen compromesos, juntament amb la resta dels altres col·lectius professionals d'equip, en la resolució de l'emergència.

Aquesta part del mòdul aborda precisament aspectes relacionats amb el treball específic dins de les unitats de treball social sanitari, tant d'atenció primària com d'atenció especialitzada, quan es veuen involucrades en emergències, ja siguin individuals, col·lectives o grans emergències-catàstrofes. Finalment, apuntarem que el contingut està totalment d'acord amb les solucions plantejades per l'OMS en el Dia Mundial de la Salut l'any 2009 sota el lema «Per a salvar vides: fem que els hospitals siguin segurs en les situacions d'emergència».

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

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

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

Referència bibliogràfica

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

Dins del context sanitari, i més concretament quan es parla d'emergències, hem de conèixer alguns termes d'utilització habitual. És el cas de conceptes com urgència, emergència o catàstrofe, entre altres.

Val a dir que no existeix una definició exclusiva ni consensuada de cadascun d'ells, si bé hi ha característiques que conceptuen el terme:

1) **Urgència.** Tal com ho defineix el *Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans* (DIEC2), és una «circumstància que demana una actuació urgent». És a dir, es tracta d'una situació (persones, problemes i context, interrelacionats) que requereix una actuació immediata, en aquest cas sanitària.

La urgència també es defineix com a emergència individual o, com és el cas dels plans d'emergència-protecció civil, emergència de nivell zero, «0». És a dir, es tracta de situacions que desborden la capacitat de resposta de la persona o família, però no la del servei al que recorren, en aquest cas el servei sanitari d'urgències/servei d'urgències sanitàries. Així mateix, no té per què coincidir la demanda-percepció de necessitat d'atenció urgent amb què objectivament ho sigui.

2) **Emergència.** El DIEC2 la conceptua com un esdeveniment greu que en cas de produir-se demana una actuació immediata. En qualsevol cas, suposa «l'acció i efecte d'emergir», és a dir, es tracta de situacions que sobrepassen l'àmbit quotidià, l'habitual, del treball diari dels dispositius d'atenció urgent.

Una emergència pot desbordar la capacitat de resposta d'un dispositiu d'atenció urgent, encara que no necessàriament ha de succeir. Això estarà relacionat amb factors com la quantitat de persones que cal atendre, els mitjans humans i materials disponibles, el grau d'exigència de les intervencions, etc.

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

L'emergència requerirà una coordinació dels diversos operatius intervinents: policies, sanitaris (el treball social sanitari actua des d'aquí), bombers, etc.

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

Adreça web

<http://dlc.iec.cat/>

Referència bibliogràfica

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

3) Catàstrofe. És un «esdeveniment, generalment tràgic, que condueix al desenllaç d'una obra dramàtica» (DIEC2). Es caracteritza perquè hi ha un elevat nombre d'afectats i, en general, inclou pèrdues humanes i desorganització social.

No tota situació d'emergència és una catàstrofe.

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

Exemple

Un terratrèmol d'intensitat 6 en l'escala de Richter pot ser una catàstrofe en una localitat de Perú i, no obstant això, aquest fenomen amb idèntica intensitat amb prou feines generar situacions d'atenció urgent a Tòquio. Això està directament associat amb els conceptes de risc, vulnerabilitat i capacitat, així com amb la interrelació entre si.

4) Risc. Significa probabilitat que arribin a produir-se danys.

Exemple

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

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

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

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

5) Vulnerabilitat. És la característica d'una persona, família, grup o col·lectivitat més gran «de ser ferida» (DIEC2) a causa de la materialització dels riscos determinats. La vulnerabilitat pot ser física, social o psicològica.

Exemple

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

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

Exemple

Els bombers tenen una capacitat resolutiva en incendis de tot tipus.

Referència bibliogràfica

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

A més capacitats menys vulnerabilitat. L'existència de mesures de prevenció i la realització d'activitats preventives, la participació de la població i el nivell de desenvolupament d'una societat hi contribueixen.

7) Esdeveniments vitals estressants (AVE). Són experiències percebudes com a negatives o no desitjables per les persones que les viuen i que exigeixen un reajustament en la vida dels afectats.

Exemple

Instauració d'una malaltia greu, un accident de cotxe, un embaràs no desitjat, separació de parella, jubilació, canvi de treball, etc.

És a dir, la persona pot viure aquestes situacions com a perill, desafiament, amenaça, dany o pèrdua.

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

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

«Una pertorbació d'una situació estable, que es caracteritza perquè sobrevé de manera sobtada i inesperada, provocada per una situació estressant o un esdeveniment precipitant, que afecta una persona o un grup que fins llavors tenia un adequat nivell de funcionament, de manera que li provoca un desequilibri». (Caplan, 1964)

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

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

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

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

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

10) Suport social:

Referència bibliogràfica

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

Referències bibliogràfiques

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

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

«Procés interactiu mitjançant el qual la/es persona/es reben de la seva xarxa: suport emocional (expressions d'afecte, estima, sentiments d'acceptació, seguretat, pertinença i reconeixement); suport informacional (informació, orientacions, suggeriments...); suport material o instrumental (aliments, prestació de diners, etcètera); i suport avaluatiu (que l'ajudi a una avaluació personal).

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

El suport social actua com un amortidor de l'impacte dels estressors sobre les persones i, en conseqüència, sobre la seva repercussió negativa en la salut. És a dir, la vivència estressant d'una emergència es pot veure amortida per les diverses formes de suport social conegudes.

1.2. Concepte i característiques d'urgència-emergència sanitària

La urgència-emergència sanitària es defineix com:

«Crisi sobrevinguda en l'estat físic i/o psicològic de la persona, o una col·lectivitat, que posa en perill o alt risc la seva vida i/o la seva salut, fins i tot la seva seguretat; i comporta una pèrdua d'autonomia d'aquesta persona i/o de la seva família, o si escau, d'una col·lectivitat, per fer front a la situació imprevista i als problemes i necessitats psicosocials derivats de la mateixa».

Ángel L. Arricivita Amo (2019). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social* (pàg. 49). Osca: 2a. ed. del propi autor.

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

La urgència-emergència sanitària es caracteritza pels aspectes següents:

- Hi ha un dèficit o una crisi en l'estat de salut que requereix resposta de personal específic, l'equip sanitari.
- Necessitat de prioritzar la resposta sanitària sobre la resta, en estar en perill o alt risc la vida o la salut dels afectats.
- Es tracta d'una situació sobrevinguda, és a dir, que «s'esdevé d'improvís» (DIEC2), que pot afectar una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran (barri, poble, ciutat, etc.).
- De caràcter negatiu, perquè posa en perill o alt risc la vida i/o la salut de la persona o de les persones afectades.
- Ambdues, urgència i emergència, al marge dels aspectes diferenciadors de caràcter tècnic, fins i tot cultural, en el camp de la salut poden ser semblants; la seva característica comuna és que ambdues requereixen actuacions contra rellotge.
- Compromís en grau divers de la salut, l'autonomia, la vida i la seguretat dels diversos afectats.

Referència bibliogràfica

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

- Convergència simultània d'aspectes concatenats i interrelacionats entre si: afectació de l'esfera física i/o psicològica; pèrdua d'autonomia; instauració fulminant i imposada d'un nou aquí i ara; ruptura de la rutina diària; i generació de problemes i/o necessitats psicosocials característics de la situació plantejada.
- La urgència-emergència sanitària pot tenir un abast variable. Pot afectar una persona, una família, un grup o una col·lectivitat més gran (barri, poble, ciutat, etc.). En dependència del nombre d'afectats, l'emergència pot ser de diversos tipus: individual i/o familiar, és a dir, afectaria una persona o un nucli familiar (per exemple: dona maltractada, etc.); col·lectiva, en aquest cas compromet un grup de persones i/o famílies (per exemple, accident d'autobús, etc.); i gran emergència i/o catàstrofe, on hi ha un elevat nombre de persones afectades (per exemple, l'accident aeri de Madrid-Barajas a l'estiu de 2008, etc.).
- Conseqüències habituals de la intervenció: ingrés hospitalari, mort o convallescència (a casa o al centre sociosanitari).
- Hi ha una necessitat de resposta específica i especialitzada tant de recursos humans (equip sanitari multidisciplinari) com de materials i infraestructures (equips de reanimació, UVI mòbils, boxs, banc de sang, etc.).
- Necessitat de coordinació de l'atenció sanitària amb la resta d'intervencions. El treballador social sanitari és el professional clau en aquesta coordinació amb la resta de dispositius de l'emergència.

Referència bibliogràfica

Samur SOCIAL. Un compromiso con los ciudadanos y la solidaridad. Memoria 1.º año de actuación. Juny 2004-juny 2005 (2005) (pàg. 23). Madrid: Ajuntament de Madrid.

1.3. Concepte d'atenció sanitària urgent

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

«Aquella que es presta al pacient en els casos en què la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. Es dispensarà tant en centres sanitaris com fora d'ells, incloent el domicili del pacient i l'atenció *in situ*, durant les 24 hores del dia, mitjançant l'atenció mèdica i d'infermeria, i amb la col·laboració d'altres professionals».

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

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

1.4. Situacions d'urgència-emergència sanitària

Es tracta d'emergències, en qualsevol dels graus d'afectació, l'atenció de la qual és habitual des dels equips del 061, urgències hospitalàries i de centres de salut, principalment. Els equips de treball social sanitari aborden la problemàtica psicosocial sorgida en tals situacions. Heus-ne aquí algunes:

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

Totes aquestes situacions són susceptibles de crear protocols específics de treball social sanitari. A tall de recordatori, els denominem protocols perquè se centren en una situació específica. Com hem estudiat, els protocols de treball social sanitari quedaran recollits a la cartera de serveis de la unitat.

1.5. Legislació

1.5.1. L'atenció sanitària i social a la Llei de protecció civil i la Norma bàsica de protecció civil

Protecció civil pot interpretar-se des de dues lectures diferents que en cap moment són excloents. D'una banda, per la pròpia connotació del terme, com a concepte: protecció civil (en minúscules); i, d'una altra, com a organisme o servei públic: Protecció Civil (en majúscules).

Respecte a la primera accepció, la Llei 2/85 sobre protecció civil (derogada per la Llei 17/2015, de 9 de juliol, del Sistema Nacional de Protecció Civil), sorgida amb el propòsit de ser el marc de referència del sistema, explicava la protecció civil com:

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

Llei 2/1985, de 21 de gener, sobre protecció civil. *Boletín Oficial del Estado*, núm° 22/1985.

A la Llei 17/2015, que deroga l'anterior, es llegeix: «Aquest sistema de protecció civil s'entén com un instrument de la seguretat pública, integrat en la política de Seguretat Nacional. Sistema que facilitarà l'exercici cooperatiu, coordinat i eficient de les competències distribuïdes per la doctrina constitucional entre les Administracions Públiques, a la llum de les noves circumstàncies i demandes socials, en interconnectar de manera oberta i flexible la pluralitat de serveis i actuacions destinats a l'objectiu comú. En aquest sentit, la nova norma atén les recomanacions de la Comissió per a la Reforma de les Administracions Públiques, en incorporar mesures específiques d'avaluació i inspecció del Sistema Nacional de Protecció Civil, de col·laboració interadministrativa en el si de la Xarxa d'Alerta Nacional de Protecció Civil i d'integració de dades de la Xarxa Nacional d'Informació sobre Protecció Civil. Possibilitarà al mateix temps el millor compliment dels compromisos assumits en l'àmbit internacional i de la Unió Europea, tot això amb la fi última d'afrontar de la manera més ràpida i eficaç les situacions d'emergència que es puguin produir, en benefici dels afectats i en compliment del principi de solidaritat interterritorial. Mitjançant les previsions i deures que la llei estableix sobre aquest tema i en virtut de les funcions de coordinació política i administrativa que atribueix al Consell Nacional de Protecció Civil, entre altres, es concreta en la pràctica un model nacional mínim que farà possible una direcció eficaç pel Govern de les emergències d'interès nacional i una coordinació general del sistema que integri tots els esforços».

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

«l'obligació dels poders públics de garantir el dret a la vida i a la integritat física, com a primer i més important de tots els drets fonamentals».

Protecció Civil, quant a l'altre significat del terme, és l'organisme o servei públic present en les diferents administracions públiques (Administració Civil de l'Estat –Direcció general de Protecció Civil i Emergències–, comunitats autònomes, entitats locals, etc.). La Llei 17/2015 assenyala que:

Referència bibliogràfica

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

«1. La protecció civil, com a instrument de la política de seguretat pública, és el servei públic que protegeix les persones i els béns garantint una resposta adequada davant els diferents tipus d'emergències i catàstrofes originades per causes naturals o derivades de l'acció humana, tant si és accidental o intencionada.

2. L'objecte d'aquesta Llei és establir el Sistema Nacional de Protecció Civil com a instrument essencial per assegurar la coordinació, la cohesió i l'eficàcia de les polítiques públiques de protecció civil, i regular les competències de l'Administració General de l'Estat en aquesta matèria».

En 1992 sorgeix la Norma bàsica de protecció civil, contemplada a l'article 8 de la Llei amb el propòsit d'establir «les directrius essencials per a l'elaboració dels Plans Territorials i dels Plans Especials, per sectors d'activitat, tipus d'emergència o activitats concretes».

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

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

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

I com a mesures de socors han de concretar, entre altres:

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

La situacions s'agrupen en:

- Persones desaparegudes.
- Persones soterrades sota ruïnes, o aïllades.
- Persones ferides o contaminades.
- Persones malaltes a causa de les condicions del medi ambient i d'higiene.

Convé assenyalar també que l'esmentada Llei 2/1985 de protecció civil, també en el text consolidat de 2015, estableix en l'article primer que:

Referència bibliogràfica

Reial decret 407/1992, de 24 d'abril, pel qual s'aprova la Norma bàsica de protecció civil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 105/1992. Última actualització publicada el 17/09/2011. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-9364&p=20110917&tn=1>

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

L'autoprotecció.
El servei d'alarma.
Els refugis.
L'evacuació, dispersió i alberg.
El socors, rescat i salvament.
L'assistència sanitària i social.
Rehabilitació de serveis públics essencials».

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

A la vista del que s'ha exposat fins aquí, des dels inicis de la protecció civil, l'assistència sanitària està contemplada com a mesura primordial, tant de protecció com de socors a la població quan es produeixin, seguint la mateixa Llei 2/1985, situacions:

«De greu risc col·lectiu, calamitat pública o catàstrofe extraordinària, en la qual la seguretat i la vida de les persones poden perillar i sucumbir massivament...».

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

En igual mesura, l'assistència social, oferta pel Sistema de Serveis Socials, també queda recollida com a actuació de socors, braç a braç amb la sanitària, tant en temps de pau com davant l'existència de conflicte bèl·lic.

Convé matisar que si bé Protecció Civil, tal com s'ha comentat anteriorment, va ser gestada en els seus inicis per al treball entorn de situacions de gran magnitud, els canvis esdevinguts en la nostra societat han estat molts i han afectat tots els àmbits d'interrelació humana. D'acord amb les noves realitats, les lleis de gestió d'emergències de cada comunitat autònoma que han anat sorgint fins als nostres dies, igual que els plans territorials i especials, van obrint pas a termes com gestió i atenció a emergències individuals i també col·lectives, riscos quotidians, emergències no catastròfiques; emergències ordinàries i no ordinàries; etc.

És a dir, les emergències individuals, les del dia a dia: accidents i incendis de menys proporció, desaparició de persones, etc., interessin a Protecció Civil per a la seva gestió i atenció.

1.5.2. Els plans d'emergència de Protecció Civil

Tal com va establir en el seu moment la Norma bàsica, cadascuna de les comunitats autònomes compta avui amb el seu propi pla territorial d'emergències o de protecció civil i en aquests es contempla l'assistència sanitària. Així mateix, tots els plans especials dissenyats fins avui també hi fan referència.

Des d'aquesta planificació autonòmica i a totes les comunitats, existeix, entre altres, el grup de sanitat per a dur a terme les funcions d'atenció sanitària davant les emergències que es declari. Cal advertir que no es tracta d'un dispositiu creat a aquest efecte, sinó que amb el nom de *grup de sanitat* s'aglutinen tots els dispositius amb tasques afins per tal de poder respondre de forma més organitzada.

Sense trobar-se diferències significatives entre els diversos plans territorials en relació amb el desenvolupament del grup de sanitat, es pren com a exemple el Pla Territorial de Protecció Civil d'Aragó. Hi figuren funcions del Grup Logístic:

«Coordinar i realitzar el restabliment dels serveis de subministraments essencials.

Gestionar el subministrament de serveis essencials a la població, amb especial atenció al subministrament d'aigua potable, energia elèctrica, gas i altres subministraments bàsics.

Proveir als Grups d'Acció intervinents els subministraments bàsics necessaris per a l'acompliment de les seves funcions.

Determinar i dur a terme les mesures urgents per a la restauració de danys en nom de la seguretat i de la seva rehabilitació d'urgència.

Coordinar i realitzar els treballs i les obres de desenrunament, neteja, apuntament i rehabilitació d'urgència.

Altres funcions que els puguin ser encomanades i en particular de suport a les funcions del Grup d'Acció Social».

Així mateix, l'esmentat pla (pàg. 2204) destaca l'existència del Grup d'Acció Social (no totes les comunitats el refereixen ni totes refereixen la participació d'equips de treball social) i entre els seus integrants destaquen «els assistents socials d'entitats públiques i privades no pertanyents als organismes citats anteriorment com hospitals, geriàtrics, etc.», o sigui, els equips de treball social sanitari.

És a dir, almenys en un pla d'emergències territorial autonòmic consta la referència expressa als equips de treball social sanitari com a intervinents en situacions d'emergències i, per tant, sens dubte hi tenen una responsabilitat. Igualment, s'apunten funcions del grup de sanitat on el professional de treball social especialitzat en aquest camp té un rol per a exercir.

1.5.3. L'atenció d'urgència a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut. El treball social sanitari en els plans d'urgència-emergència sanitària

L'atenció d'urgència és una de les prestacions de la, ja citada, cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i que, per tant, existeix a tot el territori espanyol.

Quan parlem de prestacions i cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut parlem de possibilitats d'intervenció específica dels equips de treball social sanitari i l'atenció d'urgència. Aquesta és una de tantes prestacions (aten-

Referència bibliogràfica

Decret 220/2014, de 16 de desembre, del Govern d'Aragó, pel qual s'aprova el Pla Territorial de Protecció Civil d'Aragó, pàg. 40781.

ció primària, atenció especialitzada, prestació farmacèutica, etc.) de la cartera. L'atenció d'urgència, segons el Reial decret 1030/2006 i la Llei 16/2003, s'explica tot seguit a l'article 15:

«L'atenció d'urgència es presta al pacient en els casos en què la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. Es dispensarà tant en centres sanitaris com fora d'ells, incloent el domicili del pacient, durant les 24 hores del dia, mitjançant l'atenció mèdica i d'infermeria».

A la legislació del 2003 això era tot el que deia. La definició s'ha ampliat actualment.

En el text actual publicat al web del Ministeri s'amplia a altres col·lectius professionals.

«I amb la col·laboració d'altres professionals [...] s'entén com una atenció integral i contínua que es presta per atenció primària i especialitzada, i pels serveis específicament dedicats a l'atenció urgent».

Aquest document deixa clar que l'atenció a la urgència sanitària no és una tasca exclusiva del personal mèdic i d'infermeria, sinó que és una atenció integral on intervenen altres professionals, i si bé no entra a matisar quins, l'experiència i evidència constaten que entre ells es troben els equips de treball social sanitari.

Alguns departaments o algunes conselleries autonòmiques de salut han arribat a elaborar plans d'atenció sanitària per a situacions que requereixin atenció immediata (urgències-emergències). Avui tota aquesta informació es troba disponible als webs de les seves conselleries de sanitat i interior.

Exemple

És, per exemple, el cas de la Conselleria de Sanitat, Serveis Socials i Família del Govern d'Aragó, que l'any 2000 –quan era Conselleria de Salut i Consum– va iniciar el *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*, l'objectiu del qual consisteix en el següent:

«Assegurar una atenció integral a la urgència i emergència. Es tracta de prestar al pacient atenció continuada que s'inicia al moment i, de vegades, lloc de presentació del procés agut o accident i finalitza amb la reinserció social de l'afectat. Les urgències i sobretot les emergències suposen episodis que requeriran freqüentment de la participació de metges, ATS/DUE i fins i tot altres professionals. Per això, l'atenció haurà d'estar organitzada al voltant d'un equip multidisciplinari que aporti una atenció integrada de conjunt i horitzontal».

M.^a J. Amorín Calçada; J. F. Burillo Jiménez (2000). *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón* (pàg. 15). Saragossa: Conselleria de Salut i Consum, Govern d'Aragó.

Són evidents les coincidències entre aquest pla i la prestació d'atenció d'urgència de la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut.

Complementant aquestes coincidències, i seguint amb l'exemple del *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*, veiem que plasma que el treball en urgències-emergències no és un acte puntual sinó una atenció continuada que s'inicia al moment i que finalitza en la reinserció social de l'afectat; i solament és possible amb un equip multidisciplinari.

A la vista del que s'ha exposat, les unitats de treball social sanitari, quan desenvolupin les seves carteres de serveis han de desenvolupar protocols adequats a cada tipologia d'urgència-emergència sanitària, per exemple, protocol de treball social sanitari en accidents, en enverinaments, en incendis, etc.

La pàgina web <http://www.proteccioncivil.es/riesgos> presenta un menú de riscos naturals:

«Incendis forestals, altes temperatures, costaners, fred intens, pluges intenses, nevades, tempestes i rajos, vents forts, allaus, moviments de terreny, terratrèmols, sismes submarins, volcans, inundacions, sequera, preses, meteorologia espacial». Sempre es tracta de fenòmens aïllats però hem d'estar preparats per a tots.

Haurem de contemplar els plans d'emergències existents a l'àrea d'influència del centre sanitari i estudiar les experiències disponibles a la literatura professional per a evitar partir de zero en intervencions que fa anys que es realitzen.

En la legislació actual, la participació dels equips de treball social sanitari en situacions d'urgència-emergència queda més reforçada, principalment quan, tal com dicta la cartera de serveis, l'atenció d'urgència es presta, entre altres espais, des d'atenció primària, on precisament el treball social sanitari és una professió més.

Les emergències individuals i/o familiars, com serien el maltractament infantil i les agressions a dones, requereixen amb freqüència atenció sanitària urgent. Ambdues situacions compten amb protocols de detecció i atenció als espais sanitaris de l'Estat espanyol. Per exemple: Estratègia Nacional per a l'Eradicació de la Violència contra la Dona, a <http://bit.ly/2SARXfK>

. La cartera de serveis comuns de la prestació d'atenció d'urgència comprèn:

Taula 1. Punts generals de la cartera de serveis comuns de la prestació d'atenció d'urgència tractats des de la teoria dels procediments i protocols de treball social sanitari. Elaboració: Dolors Colom Masfret.

Punts generals de l'atenció a la urgència segons el Ministeri de Sanitat	Escenari aplicat al treball social sanitari
L'atenció telefònica, a través dels centres coordinadors d'urgències sanitàries, que inclou la regulació mèdica de la demanda assistencial que assigna la resposta més adequada a cada urgència sanitària; la informació i l'orientació o consell sanitari.	Es fa extensible aquesta atenció telefònica, a través dels centres coordinadors, a les famílies o als propis afectats quan les seves dificultats siguin susceptibles d'alguna intervenció de treball social sanitari.

Punts generals de l'atenció a la urgència segons el Ministeri de Sanitat	Escenari aplicat al treball social sanitari
L'avaluació inicial i immediata dels pacients per a determinar els riscos per a la seva salut i la seva vida i, en cas de ser necessària, la classificació d'aquests per prioritzar l'assistència sanitària que precisin. L'avaluació es pot completar derivant els pacients a un centre assistencial, si fos necessari, per a la realització de les exploracions i procediments diagnòstics precisos per a establir la naturalesa i l'abast del procés i determinar les actuacions immediates que s'han de seguir per a atendre la situació d'urgència.	Des del treball social sanitari els procediments bàsics segueixen la mateixa seqüència. Realitzarem una breu avaluació psicosocial de la persona, però inicialment la nostra intervenció s'orientarà a avaluar la família i els propparents. Si bé per la situació d'emergència no podem elaborar un diagnòstic social sanitari, sí que podem basar-nos en un prediagnòstic.
La realització dels procediments diagnòstics precisos i dels procediments terapèutics medicoquirúrgics necessaris per a atendre adequadament cada situació d'urgència sanitària.	Els nostres procediments inicialment se centraran a reduir l'ansietat a través d'accions concretes que permetin a la persona sentir-se acompanyada. Això mentre anem recopilant dades per a elaborar el diagnòstic social sanitari i determinar així els serveis que prestarem. Aquests serveis estarien recollits al catàleg de prescripcions.
El monitoratge, l'observació i la reavaluació dels pacients, quan la seva situació així ho requereixi.	En el nostre cas això significa el seguiment.
El transport sanitari, terrestre, aeri o marítim, assistit o no assistit, segons ho requereixi la situació clínica dels pacients, en els casos en els quals calgui per al seu adequat trasllat al centre sanitari que pugui atendre de forma òptima la situació d'urgència.	Hem de conèixer les operatives i les logístiques per a ajudar a les famílies en la seva comprensió i evitar així la preocupació per desconexament.
La informació i l'assessorament als pacients o, si escau, acompanyants, sobre l'atenció prestada i les mesures que s'han d'adoptar en finalitzar aquesta atenció, d'acord amb la legislació vigent.	Complementarem la informació rebuda amb aquella que es consideri necessària d'acord amb el prediagnòstic social sanitari.
Una vegada atesa la situació d'urgència, es procedirà a l'alta dels pacients o a la seva derivació a l'àmbit assistencial més adequat i, quan la gravetat de la situació així ho requereixi, a l'internament hospitalari, amb els informes clínics pertinents per a garantir la continuïtat assistencial.	Des de la unitat de treball social sanitari es procedirà, segons procediment i/o protocol, a tasques de coordinació i/o derivació a la unitat que haurà de donar continuïtat als serveis i tractaments.
La comunicació a les autoritats competents d'aquelles situacions que ho requereixin, especialment en el cas de sospita de violència de gènere o de maltractaments a menors, ancians i persones amb discapacitat.	Per a aquest apartat podeu consultar el mòdul de violència domèstica i de gènere d'aquesta mateixa assignatura.

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

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

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

Seguint en el Reial decret 32/2009, l'existència d'aquest protocol:

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

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

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

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

El punt d'informació el componen personal d'assistència social i psicològica juntament amb personal de les Forces i Cossos de Seguretat de l'Estat i policies autonòmiques (art. 25, pàg. 12641).

I a l'article 33 (pàg. 12643), diu:

«a la zona d'assistència sanitària, social i psicològica se situaran els equips de psicòlegs, metges i assistents socials encarregats d'atendre els familiars i propparents de les víctimes o desapareguts».

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

De forma directa, si un o els dos dispositius se situen en establiments sanitaris o, sense ser-hi, l'equip d'assistència sanitària al que es refereix requereix el seu treball específic.

I de forma indirecta per la coordinació que es precisaria amb l'oficina *ante mortem*, referida a l'article 27 del protocol (pàg. 12641), en considerar:

«També com a víctima les persones supervivents que hagin estat traslladades a centres hospitalaris i que sigui necessari identificar».

Assenyalem en aquest punt que els instituts de medicina legal compten amb equips psicosocials en els quals s'integren treballadors socials forenses i psicòlegs forenses. En conseqüència, en el cas que ens ocupa, successos amb múltiples víctimes, es precisarà d'una coordinació entre professionals del treball social sanitari i del treball social forense.

1.5.5. L'Estratègia de Seguretat Espanyola

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

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

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

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

La materialització dels diversos riscos i amenaces exposats poden ser generadors de situacions que responguin al concepte d'urgència-emergència sanitària (exposat anteriorment en aquest mòdul) i generarien la necessitat de resposta als problemes psicosocials conseqüents.

En el seu conjunt, plasma un enfocament amb predomini d'accions des de l'àmbit de la prevenció primària, on un dels objectius és «establir un Sistema Nacional de Protecció dels ciutadans que garanteixi una resposta adequada davant els diferents tipus d'emergències i catàstrofes originades per causes naturals o derivades de l'acció humana, sigui aquesta accidental o intencionada» (Gobierno de España, 2013a, pàg. 49). Sens dubte, que els serveis de protecció civil, i per tant, l'atenció sanitària i social, seran eines amb les quals es comptarà per a treballar-les, tal com ja es va exposar en tractar la Llei i la Norma bàsica de protecció civil.

Referències bibliogràfiques

P. Ruiz Rodríguez (2004). *El trabajador social como perito judicial* (pàg. 15). Saragossa: Libros Certeza / Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Màlaga.

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

Referència bibliogràfica

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

1.5.6. Codi penal. L'omissió del deure de socors

El concepte de socors està instintivament lligat a la necessitat de resposta immediata, a una situació greu, a una desprotecció, etc.; en definitiva, tots ells, termes molt familiars en l'àmbit de la urgència-emergència.

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

L'article 195 es pronuncia d'aquesta manera:

«1. El que no socorregués una persona que es trobi desamparada i en perill manifest i greu, quan pogués fer-ho sense risc propi ni de tercers, serà castigat amb la pena de multa de tres a dotze mesos.

2. En les mateixes penes incorrerà el que, impedit de prestar socors, no demandi amb urgència auxili aliè.

3. Si la víctima ho fos per accident ocasionat fortuïtament pel qual va ometre l'auxili, la pena serà de presó de sis mesos a divuit mesos, i si l'accident es degué a imprudència, la de presó de sis mesos a quatre anys»³.

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

Assenyalem que «es modifica l'apartat 3 per l'article únic 70 de la Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre». Ref. BOE-A-2003-21538.

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

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

«El professional que, estant-hi obligat, denegué assistència sanitària o abandonés els serveis sanitaris, quan de la denegació o abandó es derivi risc greu per a la salut de les persones, serà castigat amb les penes de l'article precedent en la seva meitat superior i amb la d'inhabilitació especial per a ocupació o càrrec públic, professió o ofici, per temps de sis mesos a tres anys».

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

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

Encara que aquesta matèria s'ha estudiat àmpliament en el mòdul de dret sanitari, recordem que la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, a l'article 9 estableix el següent:

«[...]

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

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

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

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. *BOE* (núm. 274, 15-11-2002, pàg. 40128).

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

Recordem que, com s'ha assenyalat en diferents assignatures, el consentiment informat és part de qualsevol procediment o protocol de treball social sanitari.

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

Des de la consideració de la salut pública com «el conjunt d'activitats organitzades per les administracions públiques, amb la participació de la societat, per prevenir la malaltia així com per protegir, promoure i recuperar la salut de les persones, tant en l'àmbit individual com en el col·lectiu i mitjançant accions sanitàries, sectorials i transversals», la Llei 33/2011⁴ exposa algunes circumstàncies en les quals aquestes activitats requereixen immediatesa d'acció.

⁽⁴⁾Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 240 (5 d'octubre del 2011, pàg. 104593-104626) a la pàg. 104600.

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

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

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

Article 4 de la Llei 33/2011, *Boletín Oficial del Estado*, 240, a la pàg. 104601.

Quant als deures ciutadans, aquests tenen el deure de comunicar «fets, dades o circumstàncies que poguessin constituir un risc o perill greu per a la salut de la població» (article 9 de la Llei 33/2011, a la pàg. 104602).

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

«la coordinació dels missatges dirigits a la població en el cas que les autoritats sanitàries emetessin comunicats o recomanacions en contextos d'alerta o crisis sanitàries o que afectin a riscos incerts que poguessin afectar més d'una comunitat autònoma. A aquests efectes, les autoritats sanitàries informaran al Ministeri».

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

A l'article 39, fa referència a les accions en matèria de salut internacional, i destaca referent a la temàtica que ens ocupa:

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

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

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

Finalment, quant a mesures especials i cautelars, recollides a l'article 54, destaca el següent:

«1. Sense perjudici de les mesures previstes a la Llei orgànica 3/1986, de 14 d'abril, de Mesures Especials en Matèria de Salut Pública, amb caràcter excepcional i quan així ho requereixin motius d'extraordinària gravetat o urgència, l'Administració General de l'Estat i les de les comunitats autònomes i ciutats de Ceuta i Melilla, en l'àmbit de les seves respectives competències, podran adoptar quantes mesures siguin necessàries per assegurar el compliment de la llei».

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

1.6. Premisses en el treball social sanitari en emergències

Aquestes premisses pretenen ser punt de partida i guiar l'actuació professional des del treball social sanitari quan s'afronten tasques en el context de l'atenció sanitària urgent:

- Les situacions d'urgència-emergència sanitària, al marge de la seva magnitud, formen part de la realitat diària d'un equip sanitari i, per tant, també de les unitats de treball social, que hauran de tenir definits els procediments i protocols bàsics per a aquesta fi, els quals alhora estaran continguts a la cartera de serveis de la unitat.
- Derivada de l'anterior, els equips de treball social sanitari són intervingents d'emergències (situacions de crisis), com ho són els equips mèdics i d'infermeria, bombers, policies, gestors d'emergències, etc.
- En les situacions crítiques, com en qualsevol altra situació sanitària de caràcter no urgent, la intervenció de les unitats de treball social sanitari solament està fonamentada a partir de la necessitat d'una atenció inicial de l'equip mèdic i d'infermeria; en aquest cas, motivada per la instauració prèvia d'una situació crítica física i/o psicològica d'una persona, una famí-

lia o una altra col·lectivitat, que genera i acompanya problemes psicosocials en el procés de la crisi. No és una intervenció aïllada.

- Les situacions crítiques requereixen disciplines diverses per al seu abordatge i la seva resolució. A més exigeixen interrelació professional i, prèviament, un coneixement i reconeixement mutu de les aportacions específiques de cadascun dels actants.
- Els equips de treball social, en general, i els de l'àmbit sanitari, en particular, els constitueixen persones que treballen amb persones i sobretot amb persones que estan davant una experiència difícil o crítica a la seva vida. És a dir, treballen amb persones amb problemes, no amb problemes. Això es diu dignitat.
- La urgència-emergència sanitària és ja, en si, una situació multiproblemàtica que comporta necessitats i problemes, entre altres, d'ordre social. A més, freqüentment, la urgència-emergència sanitària forma part d'un entramat general que exigeix coordinació amb altres equips d'atenció urgent: policies, bombers, serveis socials, personal judicial, etc.
- Com a expert en els aspectes socials, cada professional del treball social sanitari és el referent de la família i altres acompanyants de la persona, així com de les persones directament afectades.
- La mort imprevista i traumàtica, el dolor per la pèrdua de persones estimades, el sofriment, igual que la malaltia i altres formes de morir, són part de la vida humana i, també, de l'especificitat del treball social sanitari.
- Cada treball té els seus riscos. El treball social té riscos per a la salut mental. El treball social sanitari, també. I el treball en situacions d'urgència-emergència, per descomptat. Com a professional s'ha d'actuar amb responsabilitat, la qual cosa implica ser-ne conscient i cuidar-se.
- Cada situació d'emergència és diferent, perquè les persones som diferents i, també, perquè les característiques del succés i la seva evolució no són les mateixes en cada cas i, per tant, la faran única.
- L'emergència s'ha d'entendre com un *continuum*. La intervenció social en emergències, des dels diversos escenaris, no se circumscriu a l'actuació urgent. Per a poder arribar a donar una resposta immediata és necessari un «abans de», és a dir, és necessària una preparació prèvia: procediments, protocols, formació i entrenament, etc.
- D'altra banda, en la majoria de les situacions, després de la retirada dels especialistes del socors immediat, el treball social sanitari no ha fet més que començar i es pot arribar a perllongar molt de temps per hospitalització,

Referència bibliogràfica

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

convalescència en centres especialitzats, o a casa. És la fase de prevenció terciària, o de rehabilitació psicosocial.

- A llarg termini, o període de rehabilitació psicosocial, és crucial el paper de la xarxa social de les persones afectades: família, amics, companys de treball, veïns, etc., per a afrontar els possibles problemes socials i psicològics que poguessin existir.

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

1) Activitats de prevenció primària (previsió, prevenció, planificació, educació). Les actuacions de prevenció primària en emergències que ha de dur a terme la unitat de treball social sanitari des d'un centre de salut fan referència al treball a realitzar en «l'abans de». Són, per tant, activitats de previsió, prevenció, educatives, formatives i de planificació, i també de recerca.

Hem de recordar, a tall de premissa, que s'imposa una preparació prèvia (preferentment, com hem estudiat en aquest màster, havent definit tant els procediments com els protocols de treball social sanitari) a la intervenció pròpiament dita avalada pel diagnòstic social sanitari o en defecte d'això, quan l'emergència obliga a actuar amb menys informació, per un prediagnòstic social sanitari. Entre les possibles accions en «l'abans de» hi ha les següents:

- Facilitació de formació i entrenament continuat a tots els col·lectius professionals de l'equip de salut en aspectes psicològics, socials, organitzatius, de recursos, d'autocura, etc., relacionats amb les emergències.
- Disseny, desenvolupament i avaluació d'estudis de recerca i d'altres estudis sobre aspectes, problemes i necessitats de caràcter psicosocial en relació amb les emergències-urgències ateses al centre de salut. El desenvolupament de procediments i protocols facilita aquestes recerques.
- L'abundant i variada informació que es genera n'exigeix una gestió específica, tant en el «durant» com en el «després de», que requereix organització en «l'abans de».
- Promoure la creació d'un grup de treball multidisciplinari dedicat a la millora de l'atenció a les situacions d'emergència que atengui l'equip d'atenció primària de salut.
- En relació amb el punt anterior, si ja hi hagués un grup, aportar la dimensió social al treball que es duu a terme en el grup d'emergències.

- Promoure l'existència d'un miniequip de crisi dins de l'equip d'atenció primària de salut per a gestionar la resposta d'aquest davant grans emergències-catàstrofes.
- Captació de necessitats formatives en els membres de la unitat d'urgències en relació amb l'atenció a les emergències-urgències sanitàries.
- Detecció i catalogació de persones en risc d'augmentar la seva vulnerabilitat davant emergències: malalts crònics, incapacitats –físics, mentals i sensorials–, ancians que viuen sols i/o fràgils.
- Preveure i protocolitzar la coordinació amb les unitats de treball social sanitàries dels hospitals de referència, així com amb els equips dels serveis socials.
- Assegurament, mitjançant protocol, de les respostes psicosocials des de l'EAP i les unitats de salut mental als afectats que ho precisin després de l'alta hospitalària, tant en emergències individuals com en grans emergències.
- Disseny del protocol d'activació de la unitat de treball social sanitari del centre de salut per a l'atenció social a les diverses emergències sanitàries que atén el personal mèdic i d'infermeria. S'integra així el seu treball específic en la resposta global a la situació crítica.
- Adquisició i/o posada al dia en coneixements i habilitats en el treball en situacions d'emergències-urgències, tant en l'atenció als aspectes psicosocials com en altres matèries: RCP, ús de desfibril·lador, coneixement de medicaments d'atenció urgent, dispositius de transport sanitari urgent, aspectes legals, protocols, etc.
- Informació i formació a l'alumnat de treball social en pràctiques, sobre l'atenció en emergències-urgències, en general, i des del centre de salut, en particular, i sobre la problemàtica psicosocial entorn d'aquestes.
- Valoració, catalogació i actualització de possibles recursos sanitaris i sociosanitaris que puguin precisar els afectats, familiars i la resta del personal intervingent en una emergència.
- Impulsar la coordinació de l'equip d'atenció primària de salut amb altres equips de primera intervenció en l'emergència: serveis policials, bombers, etc.
- Participació en simulacres i exercicis pràctics que impliquin la participació de l'equip d'atenció primària de salut.

- Posada al dia dels diversos protocols actius d'atenció sanitària urgent en emergències individuals en els quals intervé la unitat de treball social sanitari: atenció a la dona víctima de violència, maltractament infantil, comunicació de males notícies, etc.
- Involucrar el consell de salut en accions en el marc de la prevenció primària dirigides a la població.
- Formar en emergències i catàstrofes a la població en general, i en els aspectes psicològics, socials i sanitaris, en particular.

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

En emergències individuals (urgències). La unitat de treball social sanitari en l'atenció a emergències individuals (urgències) durà a terme les tasques específiques següents:

a) Prèviament:

- Identificació del possible protocol activat i actuació conforme a aquest, i activar el seu propi.
- Assegurar la disponibilitat d'un espai físic adequat que permeti privadesa en l'atenció als directament afectats i/o els seus familiars.
- Interconsulta amb el personal mèdic i d'infermeria per a disposar d'informació sobre el fet succeït i les seves circumstàncies, la identitat de les persones afectades i els possibles vincles entre si, les patologies presentades, les actuacions mèdiques i d'infermeria a realitzar i el pronòstic.

b) Intervencions:

Avaluació inicial i diagnòstic social sanitari provisional. D'acord amb aquest prediagnòstic social sanitari, algunes de les activitats més freqüents són:

- Contenció i suport psicològic als directament afectats, familiars, propparents i participants (professionals i voluntaris).
- Acompanyament a les persones directament afectades, per falta de xarxa social i, si es valora necessari, en les situacions següents:
 - Trasllat a domicilis (propi, de familiars, etc.) o centres específics (hospitals, centres d'acolliment, etc.).
 - Recollida-lliurament d'objectes personals, en reconeixement de cadàver, en realització de tràmits, etc.
- Donar informació sensible: males notícies.

- Cerca-localització d'integrants de la xarxa social de la persona afectada (pare, mare, amic, germans, etc.) amb els quals sigui necessari contactar o aquesta persona ho desitgi.
- Assessorament a familiars en la presa de decisions.
- Informació, en casos que ho precisin, sobre aspectes com comunicats judicials, enterraments gratuïts, etc.
- Registre de la intervenció en història clínica.
- Realització d'informe de treball social sanitari, si es valorés precís.

En emergències col·lectives i grans emergències

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

L'actuacions que es presenten a continuació, més específiques davant situacions d'emergències col·lectives o grans emergències, es complementen amb les esmentades anteriorment a l'apartat d'emergències individuals, quan valorada la situació concreta així ho requereixin.

Les tasques més freqüents que durà a terme la unitat de treball social del centre de salut davant una emergència col·lectiva o gran emergència-catàstrofe exterior són les següents:

- Integar-se, si així es precisés, en el dispositiu psicosocial de l'hospital de referència.
- Aportar a l'equip la dimensió social, tant dels individus afectats com de la població general afectada.
- Coordinació permanent amb les unitats de treball social sanitari dels hospitals on es troben ingressades les persones afectades de cara a la planificació de l'alta hospitalària.
- Organització d'accions i seguiment a mitjà-llarg termini amb els diversos afectats que ho precisin, els seus familiars i la població en conjunt.
- Coordinació d'actuacions amb associacions i equips d'atenció a grups amb afectacions cròniques prèvies a l'emergència: esclerosi múltiple, malalts amb demències, Parkinson, etc.

- Detecció i identificació de persones en risc de trastorns psicològics.
- Organització i coordinació del possible voluntariat adscrit al centre de salut en la catàstrofe.
- En casos que ho precisin, estudi, diagnòstic i tractament social sanitari, que assumiria, entre altres, actuacions previstes per a emergències individuals.
- Mantenir informat al consell de salut, com a òrgan de participació de la comunitat, dels problemes existents i de les accions realitzades, i demanar la seva col·laboració.
- Davant l'existència de persones situades en albergs d'emergència (poliesportius, centres socials, etc.), participar en l'organització de l'atenció sanitària als afectats que ho precisin, i coordinar les accions de l'equip sanitari amb altres equips intervinents a l'alberg.
- Participació en l'avaluació de la intervenció, en general, i en la intervenció sanitària i social, en particular.
- Participació en accions d'ajuda humanitària i/o d'emergència sanitària internacional amb l'aportació de la intervenció social que es precisi. Un exemple d'això és «Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes, llevada a cabo después del terremoto de Haití del 2010» (Arricivita i altres, 2013).
- Després de la intervenció immediata, integrar-se juntament amb la resta de professionals, en actuacions encaminades a la prevenció de trastorns psicològics i cura de la seva salut mental com a intervinent (debríng o similiar, etc.).

3) Activitats de prevenció terciària (rehabilitació psicosocial).

A mitjà-llarg termini es contemplen les accions següents:

- Promoure i participar en la reavaluació contínua de les necessitats sanitàries i socials de la població, en general, i dels directament afectats, en particular.
- Contribuir amb els serveis socials comunitaris i especialitzats al reagrupament familiar en grans emergències.
- Informació a la població sobre les possibles reaccions psicològiques esperables a mitjà-llarg termini.

Referència bibliogràfica

A. L. Arricivita Amo; T. Ventura Faci; M. J. Mieses; C. Sosa Hernández (2013). «Experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes llevada a cabo después del terremoto de Haití del 2010». *Psico-social & Emergencias* (data de consulta: 04-5-2013). Publicat també a *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (desembre del 2012).

- Coordinació d'actuacions amb associacions i serveis d'atenció a grups amb patologies derivades de l'emergència: cremats, dany cerebral sobrevingut, salut mental, etc.
- Conforme a les necessitats de la població afectada, promoure i desenvolupar la posada en marxa de programes específics:
 - Suport al dol.
 - Facilitació d'accés a material ortoprotèsic, rehabilitació, tractaments específics (psicoteràpies, cirurgia plàstica, etc.).
 - Informació sanitària, etc.
- Atenció als problemes socials de les persones afectades que desenvolupin psicopatologia postraumàtica: depressió, ansietat, trastorn per estrès postraumàtic (TEPT), etc.
- Atenció als problemes socials de les persones afectades amb seqüeles postraumàtiques: amputacions, cremades, afectacions sensorials, etc.
- Promoure accions saludables entre els afectats.
- Seguiment dels casos que ho precisin: reunions institucionals, amb afectats, entrevistes, visites domiciliàries, etc.
- Avaluació de la intervenció, en general, i de la intervenció sanitària i social, en particular.
- Realització d'informes de treball social sanitari.
- Participar, juntament amb la resta dels equips, en activitats dirigides a l'atenció de la salut mental com a intervinent.

Exemple

L'especificitat de l'experiència de suport psicosocial després del terratrèmol d'Haití, comentada anteriorment, en tractar-se d'un treball dirigit a intervinents sanitaris (metges, infermeres, treballadors socials, psiquiatres, psicòlegs, etc.) i en una fase d'inici de la rehabilitació psicosocial, és un exemple interessant en el marc d'aquesta activitat.

1.8. La unitat de treball social sanitari en urgències-emergències sanitàries des de l'atenció especialitzada

Com a premissa, l'àrea d'urgències d'un hospital és la porta d'entrada de persones i del seu cercle afectiu (familiars, amics, etc.) que es veuen afectades per una emergència sanitària, sigui aquesta individual (urgència), col·lectiva, o una gran emergència o catàstrofe.

Per tant, les actuacions des de la unitat de treball social sanitari en emergències estaran referides a les que aquesta duu a terme des de l'àrea d'urgències del centre hospitalari.

En aquesta línia, igual que l'atenció mèdica i d'infermeria d'urgències, la intervenció des del treball social sanitari a l'emergència sanitària, com a part de la resposta conjunta a aquesta, s'ha d'oferir també les 24 hores del dia en els 365 dies de l'any.

És oportú recordar, tal com es va apuntar a les premisses, que el requeriment d'actuació del treballador social sanitari procedeix de l'actuació urgent del personal mèdic i d'infermeria, i la precedeix, tret que existeixin procediments i protocols de treball social sanitari que impliquin l'estudi social sistemàtic. Solament així està fonamentat el treball social sanitari a urgències i emergències sanitàries.

1) Activitats de prevenció primària (previsió, prevenció, planificació). Les actuacions de prevenció primària en emergències que s'han de dur a terme per la unitat de treball social sanitari des de l'àrea d'urgències de l'hospital fan referència a la preparació, al treball que s'ha de realitzar en «l'abans de» i, per tant, es tracta d'activitats de previsió, prevenció i de planificació, principalment.

És oportú recordar que la intervenció pròpiament dita no és possible sense que existeixi un «abans de». Entre les seves accions més freqüents trobem les següents:

- Facilitació de formació i entrenament continuat als professionals de totes les categories de l'equip d'urgències i d'altres equips implicats en situacions crítiques (UCI, atenció a la persona afectada, psiquiatria, etc.) en aspectes psicològics, socials, organitzatius, de recursos, d'autocura, etc., relacionats amb les diverses situacions d'emergència.
- Disseny, desenvolupament i avaluació d'estudis de recerques sobre aspectes, problemes i necessitats de caràcter psicosocial en relació amb les situacions crítiques ateses a urgències.
- Impulsar la creació d'un grup de treball multidisciplinari (si no n'hi hagués) dedicat a la millora de l'atenció i gestió de les situacions d'emergència que atén l'equip d'urgències.
- En relació amb el punt anterior, si ja hi hagués un grup, aportar la dimensió social al treball que es realitza en el grup d'emergències.
- Captació de necessitats formatives en els membres del servei d'urgències en relació amb l'atenció a les emergències-urgències sanitàries.

- Com a membre de l'equip de triatge en grans emergències, integrar-se activament en la realització i el manteniment d'un pla de resposta general de l'hospital davant una hipotètica situació de gran emergència o catàstrofe exterior (epidèmia, atemptat terrorista o accident de gran magnitud, conflicte bèl·lic, etc.).
- Participació activa en el pla d'autoprotecció i de gestió de riscos del centre sanitari davant emergències internes.
- Impulsar i participar en la realització d'exercicis pràctics per a la posada a punt tant del pla d'autoprotecció de l'hospital, com del pla de resposta general de l'hospital a situacions de gran emergència o catàstrofe exterior (OMS).
- Revisió teoricopràctica i entrenament dels diversos protocols actius d'atenció sanitària urgent en emergències individuals en els quals intervé la unitat de treball social sanitari: atenció a la dona víctima de violència, maltractament infantil, males notícies, etc.
- Protocolitzar l'activació dels professionals del treball social sanitari d'altres àrees de l'hospital davant la necessitat de reforçar l'àrea d'urgències motivada per una emergència col·lectiva puntual o per la convergència de diverses situacions que puguin suposar un risc de desbordament de l'atenció social.
- Elaboració i manteniment d'un banc-guia de recursos sanitaris i sociosanitaris vinculats a les situacions d'urgència-emergència, així com d'altres dispositius d'atenció urgent (bombers, centres de coordinació d'emergències, policies, jutjat de guàrdia, etc.)
- Planificar una resposta coordinada amb unitats de treball social sanitari de la xarxa d'atenció primària i/o d'altres dispositius d'atenció sanitària especialitzada davant determinades situacions d'emergència.
- Incloure dins dels procediments i protocols de treball social sanitari la coordinació i derivació amb serveis socials bàsics i especialitzats per a situacions d'urgència-emergència que requereixin la seva intervenció.
- Participar, com a membre de l'equip d'urgències, en l'adquisició i/o posada al dia de coneixements i habilitats per a afrontar situacions d'emergències-urgències, tant en aspectes psicosocials com en altres matèries: reanimació cardiopulmonar (RCP), ús del desfibril·lador, coneixement de medicaments d'atenció urgent, dispositius de transport sanitari urgent, aspectes legals, etc.
- Participar en la formació dels equips mèdics interns residents (MIR), del personal d'infermeria interna resident (IIR), d'alumnat de Medicina i Infer-

meria, així com d'altres disciplines o formacions especialitzades que passen per l'àrea d'urgències, i aportar tots aquells aspectes relatius a les competències dels professionals del treball social sanitari en l'atenció de les urgències-emergències des d'aquest servei.

- En relació amb el punt anterior, formació específica a l'alumnat del grau de Treball Social en pràctiques sobre l'atenció en emergències-urgències, en general, i des de l'hospital, en particular, i sobre el treball social sanitari entorn d'aquestes.
- Conèixer i dominar la infraestructura hospitalària en general i, en particular, tots els espais vinculats directament amb situacions d'atenció urgent: urgències, UCI, atenció a la persona malalta, psiquiatria, cirurgia, autòpsies, dipòsit de cadàvers, tanatori, banc de sang, etc.
- Conèixer els responsables i les adreces de l'àmbit hospitalari i, en concret, de les unitats vinculades directament amb situacions d'atenció urgent.
- Promoure espais sanitaris per a, davant situacions d'emergència col·lectiva i gran emergència-catàstrofe, poder dur a terme actuacions concretes diverses i fins i tot simultànies: reunions generals amb familiars, comunicació de males notícies, espais de respir per a familiars i professionals, circuit de reconeixement de cadàvers, reunions de l'equip de crisi, etc.
- Mantenir la coordinació (o impulsar-la, si no n'hi hagués) de la unitat d'urgències amb altres àrees de primera intervenció en l'emergència: recursos policials, bombers, etc.

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

En emergències individuals (urgències). La unitat de treball social sanitari en l'atenció a emergències individuals (urgències) durà a terme les tasques específiques següents, algunes de les quals poden estar incloses en alguns dels protocols ja existents a l'àrea d'urgències de l'hospital:

a) Abans d'intervenir:

- Identificació del possible protocol activat i de l'actuació conforme al que s'hi ha establert. A les àrees d'urgència dels hospitals públics existeixen protocols d'atenció en violència de gènere, maltractament infantil, etc.

Exemple

Un exemple el podem trobar a l'Hospital Clínic de Barcelona, el Servei d'Urgències del qual disposa d'un protocol de «comunicar males notícies», que normalment s'activa al mateix temps que el box de reanimació. En aquest protocol s'estableix que, mentre el personal mèdic i d'infermeria s'ocupen de l'atenció mèdica, la unitat de treball social sanitari té la responsabilitat de «localització, acolliment i acompanyament dels familiars i/o acompanyants dels pacients ingressats al box de reanimació» (Milián, 2008).

Referència bibliogràfica

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

- Disposar d'un espai físic adequat que asseguri privadesa en l'atenció als directament afectats i/o els seus familiars.
- Recaptar tota la informació possible apropa:
 - Del succés i les circumstàncies, per mitjà dels familiars i/o acompanyants, policies o sanitaris intervinents, parts judicials, etc.
 - De la patologia mèdica motiu de demanda a través: interconsulta amb metge i personal d'infermeria actuant.

b) Intervencions més freqüents:

- Avaluació inicial i diagnòstic social sanitari provisional.
- Recepció dels familiars de la persona o de les persones ingressades a l'àrea d'urgències. El treballador social sanitari del cas és el referent per a la família.
- Contenció i suport psicològic als afectats i/o familiars, a partir de les reaccions psicològiques que presentin. Es pretén possibilitar l'alleujament emocional, normalitzar les reaccions d'estrès, clarificació del pensament per a la presa de decisions, estimular les seves capacitats així com altres actuacions necessàries, etc.
- Acompanyament a familiars i/o propparents en el reconeixement de cadàvers, tràmits de trasllat dels cadàvers, lliurament d'objectes personals, etc.
- Assessorament a familiars en la presa de decisions.
- Coordinació amb altres dispositius o professionals externs a l'hospital per atendre necessitats familiars derivades de la pròpia emergència: atenció a persones que ho precisen al domicili (malalts, nens...), reagrupament familiar, traducció, etc.
- Facilitació de trobades i mediació entre familiars de la persona afectada i el personal mèdic i d'infermeria.
- Participació en la comunicació de males notícies.
- Cerca-localització d'integrants de la xarxa social de la persona afectada (pare, mare, amic, germans, etc.) amb els quals sigui necessari contactar o aquesta persona ho desitgi.
- Facilitació d'informació per a cobrir necessitats bàsiques (allotjament, menjar, medicació habitual, etc.) en casos de familiars no residents a la zona d'ubicació de l'hospital on estan sent ateses les persones afectades i les seves famílies.

Referències bibliogràfiques

A. Roman Soler i altres (2006). «Aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención». *Servicios sociales y política social* (núm. 66, pàg. 152). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes.

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

- Registre, a la història clínica de l'àrea, dels resultats de la primera avaluació i del diagnòstic social, actuacions realitzades i pronòstic.
- Elaboració de l'informe de treball social sanitari, si es precisés.
- Si es produeix ingrés hospitalari es donarà continuïtat a l'atenció des de la planta.

En emergències col·lectives i grans emergències. La pròpia magnitud requerirà la intervenció de totes les àrees i divisions de l'hospital. Fins i tot, si la situació ho requerís, la d'altres dispositius sanitaris externs: centres de salut, dispositius especialitzats, etc.

Per tant, es disposarà, si més no, de la participació de la unitat de treball social sanitari de l'hospital. Aquest equip tindrà unes responsabilitats que prèviament estaran reflectides en un pla d'actuació general de l'hospital.

El coneixement i la immediata confirmació d'una gran emergència o catàstrofe a la zona de referència de l'hospital activarà el pla de resposta general de l'hospital per a aquest tipus d'esdeveniments. S'hi contemplaran dos dispositius de treball multidisciplinari amb presència en tots dos de treballadors socials sanitaris: l'equip de triatge i el centre d'informació i gestió psicosocial.

El triatge té com a objectiu principal «l'ordenació i classificació del treball assistencial». L'equip multidisciplinari de triatge està integrat per personal d'infermeria, medicina i treball social sanitari.

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

L'actuacions que es presenten a continuació, més específiques davant situacions d'emergències col·lectives o grans emergències, es complementen amb actuacions pròpies d'emergències individuals (urgències) ja esmentades a l'apartat corresponent, quan valorada la situació concreta així ho requereixin.

Les accions més freqüents que durà a terme l'equip de treball social sanitari davant una emergència col·lectiva o gran emergència-catàstrofe exterior són les següents:

- Integració, conforme al pla general de resposta de l'hospital davant grans emergències, en l'equip de triatge constituït per a la gestió sanitària en aquests casos.

Bibliografia recomanada

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

Exemple

En aquest sentit, hi ha experiències, com és el cas de l'hospital Clínic de Barcelona, que disposa d'un «Pla general de catàstrofes externes». És a dir, es tracta d'una resposta organitzada de l'hospital davant un esdeveniment d'abast i gravetat a la ciutat. Aquest pla contempla l'establiment d'un triatge mèdic als diversos afectats en la catàstrofe que ingressen a l'hospital via Àrea d'Urgències. En aquestes circumstàncies, el treballador social sanitari forma part de l'equip interdisciplinari de triatge «amb l'objectiu de saber, des del primer moment i de forma continuada, el nombre de víctimes que ingressen al centre sanitari i, d'aquestes, quantes hi ha sense identificar (...), filiació de les víctimes, nivell de gravetat de cada víctima, així com la seva ubicació» (Milián, 2008).

- Activació i coordinació del centre d'informació i gestió psicosocial, activat conforme al pla general de resposta de l'hospital davant grans emergències.

Exemple

A tall d'exemple, el «Pla psicosocial per a emergències al túnel de Somport», integrat en el pla de seguretat d'aquest túnel internacional de gairebé 9 quilòmetres, que uneix França i Espanya, contempla la possible existència de persones ferides que precisin hospitalització en produir-se un esdeveniment crític a l'interior d'aquesta infraestructura. Per a donar una resposta psicosocial adequada a les persones hospitalitzades, contempla l'existència d'un centre d'informació i gestió psicosocial als centres sanitaris compromesos i que «estaran integrats per treballadors socials, el personal de les unitats de salut mental (psicòlegs, infermers, psiquiatres, etc.) i personal administratiu del Servei Aragonès de Salut...».

- Integració al centre d'informació i suport psicosocial.
- Registre permanent de:
 - Accés al servei del nombre de persones afectades i no identificades.
 - Identificacions d'afectats (filiacions).
 - Gravetat conforme als criteris de classificació universalment reconeguts.
 - Ubicació interna a l'hospital, o externa (necessitat de trasllat a un altre centre sanitari).
- Davant una emergència interna, dur a terme les activitats assignades conforme a les responsabilitats que hagués adquirit en el pla.
- Participar en l'avaluació de la intervenció sanitària i avaluar la intervenció social.
- Elaboració d'informes de treball social sanitari.
- En casos que precisen ingrés: inici dels procediments o protocols adequats desenvolupats a la unitat de treball social sanitari.
- Organització i coordinació del possible voluntariat assignat a l'hospital per donar suport a l'emergència.
- Després de la intervenció immediata, integrar-se, juntament amb la resta de professionals, en actuacions encaminades a la prevenció de trastorns

Referència bibliogràfica

J. I. Ayala Pérez-Montoya i altres (2008). «El plan de apoyo psicosocial para emergencias en el túnel de Somport (Huesca)». *Psicosocial & Emergencias* (núm. 4). Publicat també a *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (març del 2009). [data de consulta: 04-5-2013]

psicològics i cura de la seva salut mental com a intervinent (debríng o similiar, etc.).

- Participació en accions d'ajuda humanitària i/o d'emergència internacional amb l'aportació de la intervenció social que es precisi.

3) Activitats de prevenció terciària (rehabilitació psicosocial).

A mitjà-llarg termini es contemplen les actuacions següents:

- Coordinació amb les unitats de treball social sanitari dels centres de salut i d'organitzacions de persones afectades en aquells casos que segueixin precisant atenció de serveis especialitzats o requereixin reingrés.
- Participar, juntament amb la resta de professionals, en activitats dirigides a l'atenció de la salut mental com a intervinent.
- Avaluació de la intervenció, en general, i de la intervenció social, en particular.
- Elaboració dels informes de treball social sanitari que es precisessin.

2. El treball social sanitari en la coordinació de trasplantaments

María Auxiliadora Noda Morales

2.1. Introducció

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

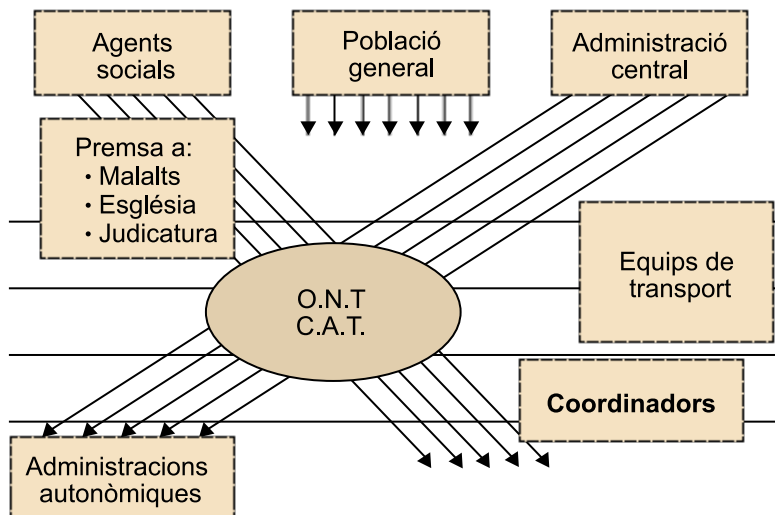
La coordinació autonòmica de trasplantaments d'òrgans i teixits a la Comunitat Canària, on exerceixo, neix el 1991. El 1998 es crea la plaça de treball social sanitari, com a tècnic en la coordinació autonòmica.

Les funcions dels equips de treball social sanitari en aquesta plaça són les pròpies d'un tècnic en administració, especialment les de promoure, col·laborar, participar i conèixer les persones afectades susceptibles de trasplantaments dins i fora de la comunitat.

El 1999 elaborem un protocol d'intervenció psicosocial per a la persona afectada i els seus familiars. Avui, després d'haver desenvolupat el concepte de protocol i procediment de treball social sanitari, la denominació correcta és: «Protocol de treball social sanitari en persones susceptibles de trasplantament» i «Protocol de treball social sanitari de familiars de persones susceptibles de trasplantament». Com es pot veure, es divideixen en dos perquè és diferent l'atenció a la persona i a la família. Hi desglossem la intervenció en els tres àmbits de salut: atenció primària, especialitzada i serveis centrals. Això amb la idea de promoure millores en la intervenció amb les persones afectades susceptibles de trasplantaments abans, durant i després d'aquest procés. En el protocol hi van participar els equips de treball social sanitari del Servei Canari de la Salut i els responsables de cada servei competent en cada òrgan i teixit.

És un treball en equip en el qual intervenen els agents socials i professionals sanitaris. Informarem de tots els procediments, per compartir coneixements i experiències, endinsant-nos en el més important de la matèria, tenint en compte la ubicació geogràfica i l'organització del Sistema Nacional de Salut.

Figura 1



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

2.2. L'Organització Nacional de Trasplantaments

Per a millorar els coneixements que tenim sobre l'Organització Nacional de Trasplantaments (ONT) és convenient visitar el seu web (www.ont.es).

Un dels aspectes que ha resultat fonamental i que ha contribuït de manera significativa a l'èxit del model espanyol sobre donació i trasplantament d'òrgans ha estat el desenvolupament d'una legislació que garanteix a professionals i a la població en general la transparència de tot el protocol. Aquest model s'ha imitat a Europa i a diversos països del món per ser un model de resultats contrastats.

Com sabem, l'ONT es troba dins del Sistema Nacional de Salut, i en depenen les coordinacions autonòmiques de trasplantament.

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

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

Lleis bàsiques:

- Llei 30/1979, de 27 d'octubre, d'extracció i trasplantament d'òrgans, *Boletín Oficial del Estado*, 6 de novembre de 1979.

- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat. *Boletín Oficial del Estado*, 29 d'abril de 1986.
- Llei orgànica, 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de desembre de 1999.

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

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

2.4. Protocol d'extracció i trasplantament

És tasca de l'equip coordinador de trasplantaments hospitalari la intervenció directa i la col·laboració en cadascuna de les fases del protocol de donació i extracció d'òrgans.

L'extracció constitueix el punt on culminen tots els esforços realitzats durant el temps i exposa la coordinació al control extern de la resta de l'hospital i de professionals d'altres centres.

La donació-extracció d'òrgans i teixits és per tant un treball multidisciplinari en el qual intervé gairebé la totalitat d'àrees d'un hospital.

2.4.1. Logística d'extracció. Informació per a la unitat de treball social sanitari

Els equips professionals de les unitats de treball social sanitari necessiten saber quina és la logística d'extracció, a fi de proporcionar una atenció d'acord amb els requisits i poder oferir els suports necessaris a la família del donant.

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

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

Infraestructura material i humana

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

- Unitat de vigilància intensiva amb material adequat i personal entrenat en el manteniment del donant.
- Facilitat de localització dels membres de l'equip d'extracció per part de la coordinació de trasplantaments.
- Estada per als familiars del donant que proporcioni suficient grau d'intimitat i que permeti la comunicació amb l'exterior.
- Via de trasllat del donant des de la UCI fins al quiròfan que sigui ràpida i discreta, que eviti el pas del cadàver a través d'àrees de pacients i/o visites.
- Mitjans humans i materials per al transport del cadàver fins al quiròfan.
- Quiròfan d'extracció que compti amb el personal adequat i el material apropiat per a aquest tipus d'intervenció (taula 2).
- Facilitació de les tasques tant als equips locals com als equips extractors procedents d'altres centres: comunicació exterior, aliments, begudes, àrea de descans, documentació clínica duplicada del donant, etc.

Mitjans humans i materials necessaris en el quiròfan d'extracció multiorgànica.

- Personal:
 - Anestesiòleg.
 - Personal d'infermeria: dues infermeres, una per a camp quirúrgic i una altra circulant.
 - Personal auxiliar d'infermeria: una auxiliar circulant i per a enviament de mostres.
 - Celador.
 - Equip extractor multiorgànic (cirurgians generals, uròlegs, cirurgians cardíacs i toràcics). El nombre de components serà conforme amb el dels diferents òrgans que calgui extreure.
 - Opcionalment infermera d'anestèsia.
- Material:
 - Anestèsia.
 - Solucions de perfusió.
 - Fàrmacs anestèsics.
 - Inotrópics, diürètics, heparina...
 - Concentrats d'hematies.
 - Ventilador mecànic.
 - Monitoratge electrocardiogràfic i de pressió arterial.
 - Cirurgia.
 - Instrumental bàsic: caixa de laparotomia, afegint material addicional, segons necessitats.

- Instrumental específic, generalment aportat pels equips desplaçats.
- Altres mitjans:
 - Mobiliari i material estèril habitual en quiròfan.
 - Solucions de preservació: Wisconsin.
 - Gel picat i en glaçons a bastament.
 - Bosses i contenidors estèrils per al transport d'òrgans.
 - Neveres portàtils per a mantenir els òrgans a 4 °C.

Organització i coordinació dels equips quirúrgics

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

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

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

- Cirurgia cardíaca: equips de cirurgia, ajudants i perfusionistes.
- Cirurgia toràcica: equips de cirurgia, ajudants i perfusionistes.
- Equip d'extracció hepàtica: equips de cirurgia, ajudants i perfusionistes.
- Equip d'extracció renal: equips de cirurgia, ajudants i perfusionistes.
- Extracció de teixits (pell, ossos, vàlvules cardíacques, còrnies): l'equip de cirurgia corresponent a cada especialitat.
- Anestesiista del centre extractor.

L'hospital extractor d'òrgans també aporta la infermeria instrumentista i la resta del personal d'infermeria, auxiliars i celador necessari per a l'extracció.

La coordinació de trasplantaments ha de planificar l'actuació de tot el personal, tant referent a la seva localització com el transport cap al centre extractor, determinar l'hora d'inici de l'extracció i coordinar el trasllat de tornada al centre trasplantador, tenint en compte les peculiaritats de cada òrgan i el temps disponible per al seu implant amb garanties.

2.4.2. Preparació per a l'extracció dels òrgans

L'equip de coordinació de trasplantaments s'ha d'assegurar, mitjançant entrevistes amb els responsables concrets, i en cas precís, per mitjà d'una inspecció discreta a les unitats implicades, que tot el material operatiu de l'extracció d'òrgans estigui llest. Si bé les instal·lacions utilitzades en el procés d'extracció multiorgànica no depenen orgànicament ni funcionalment de la coordinació de trasplantaments, el fet de mantenir bones relacions amb els equips de

responsables directes d'aquestes ha de permetre als equips coordinadors tutelar discretament la funcionalitat d'aquestes àrees de l'hospital en les quals es desenvoluparà el procés extractor.

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

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

Coordinació intrahospitalària al moment de l'extracció

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

- El plantejament ha de ser flexible i contenir mecanismes que permetin canviar l'ordre previst de les accions.
- Pensar que l'esquema sempre és millorable, per la qual cosa s'hauran de recollir els errors i les deficiències observats en cada procés d'extracció, amb la finalitat d'efectuar-hi les modificacions oportunes.
- L'esquema d'actuació ha de ser aplicable a qualsevol hora i dia de l'any.

Els fronts que hem d'atendre per a la coordinació hospitalària al moment de l'extracció són tres:

- Els familiars de la persona donant.

- Els dispositius i equips locals, que inclouen la unitat generadora, els serveis centrals, el personal sanitari que s'ocuparà de l'extracció i el servei d'ambulàncies.
- Els dispositius i equips extrahospitalaris, on s'inclouen els equips extractors i coordinadors d'altres centres, així com les oficines autonòmica i nacional de coordinació.

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

- Diagnòstic de la mort encefàlica i donant vàlid.
- Obtenció del consentiment familiar i, si escau, de l'autorització judicial.
- Trasllet del donant a quiròfan.
- Confirmació inicial de la validesa dels òrgans a extreure.
- Extracció efectiva.
- Final del procés.

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

Taula 2. Activitats que s'han de dur a terme en el procés d'extracció d'òrgans

Temps	Fronts		
	Família del donant	Dispositius intrahospitalaris	Dispositius extrahospitalaris
Mort encefàlica confirmada	<ul style="list-style-type: none"> • Primer contacte a través del metge responsable del donant • Informació del procés 	<ul style="list-style-type: none"> • Prealerta a quiròfan i equip extractor • Preavis vehicle de recollida a equip extractor 	<ul style="list-style-type: none"> • Preavis a la unitat de coordinació
Consentiment familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Sol·licitud de consentiment • Oferiment de suport • Establir canal de comunicació 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmació d'alerta a quiròfan i equip extractor • Fixar hora d'extracció • Sortida vehicle de recollida a equip extractor • Preparació de mesures d'hospitalitat per als equips desplaçats 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta d'òrgans a ONT • Eventual lliurament de documentació fora de l'hospital (jutjat)
Trasllet a quiròfan	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicació del trasllet • Suggestir espera temporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Arribada equip extractor • Inici d'extracció • Presa de mostres de sang i teixits 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicació a coordinació d'hospital receptor l'arribada de l'equip
Òrgans vàlids	<ul style="list-style-type: none"> • Sense accions 	<ul style="list-style-type: none"> • Preavis vehicle de tornada a equip extractor 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicació d'òrgan vàlid a coordinació d'hospital receptor
Extracció efectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sense accions 	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar temps zero (clapatge) • Extracció d'òrgans vàlids • Verificació de presa i distribució de mostres • Extracció de teixits 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparació per a conservació i transport d'òrgans

Temps	Fronts		
	Família del donant	Dispositius intrahospitalaris	Dispositius extrahospitalaris
Final del procés	<ul style="list-style-type: none"> • Informació familiar • Disposició del cadàver 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisió i reconstrucció del cadàver • Trasllet del cadàver al tanatori 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicació fi d'extracció i sortida de l'equip a coordinació d'hospital receptor • Transport d'òrgans • Comunicació oficial a jutjat, en cas necessari • Certificat habitual de defunció • Gestió cobertura de despeses del sepeli
Extracció d'òrgans no vàlids per a trasplantament	<ul style="list-style-type: none"> • Informació familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviament a anatomia patològica. Biòpsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre de biòpsia per la coordinació autonòmica de trasplantaments

2.4.3. Reposició i anàlisi posterior de l'extracció

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

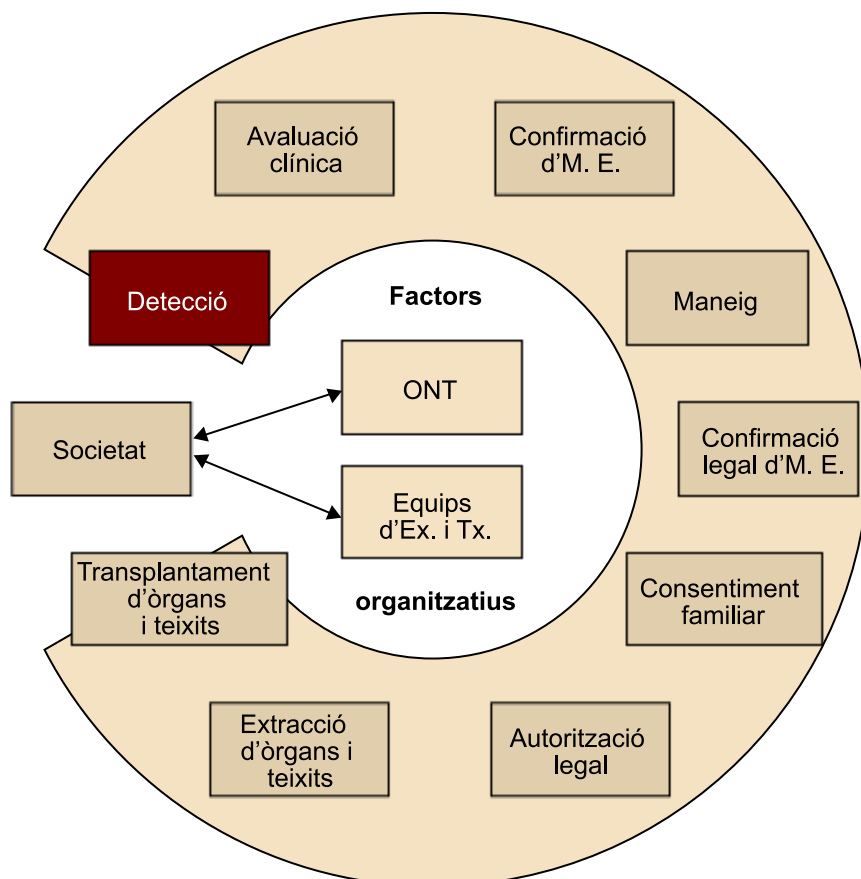
- Agraïment per escrit als familiars del donant i als equips extrahospitalaris que hagin intervingut. S'ha de notificar a aquests últims les deficiències observades.
- Visita a la unitat generadora per a informar dels resultats i realitzar una discreta supervisió de la reposició del material.
- Esbrinar les condicions de treball dels serveis locals implicats i recollir les deficiències observades.
- Emplenament de l'estadística local i recopilació de les dades de l'extracció que s'hagin de comunicar als òrgans de gestió hospitalària.
- Notificació dels resultats diferits de l'avaluació del donant als equips implantadors propis o d'un altre hospital, i mostrar alhora interès per l'evolució del receptor.
- Informe estadístic a l'oficina de la coordinació autonòmica de trasplantament i altres entitats extrahospitalàries.

2.4.4. Registre de donació i trasplantament

Les coordinacions autonòmiques de trasplantaments d'òrgans, teixits i cèl·lules registren la destinació dels òrgans obtinguts, les persones afectades i el tipus de trasplantament efectuat.

Aquestes dades s'envien abans de 48 hores a l'Organització Nacional de Trasplantaments mitjançant el *full normalitzat de donació i trasplantament*.

Figura 2



En la figura 2 tenim representat el sistema organitzatiu davant la detecció d'un possible donant. Podem veure com surt a la societat i finalitza a la societat.

2.4.5. Temps d'isquèmia

- Temps d'isquèmia calenta. És el temps transcorregut des del moment de la parada cardiorcirculatòria fins al refredament de l'òrgan.
- Temps d'isquèmia freda. És l'interval de temps comprès entre la perfusió freda de l'òrgan i el moment de la reperfusió, una vegada implantat al receptor.

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

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

Aquestes restriccions de preservació s'han de tenir en consideració a l'hora de distribuir els òrgans. No es precisa cap cura de suport per a l'extracció de les còrnies o dels ossos, atès que aquests teixits toleren la isquèmia perllongada sense sofrir cap lesió significativa.

El 4 de gener del 2000 es pública en el BOE el Reial decret 2070/1999, de 30 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció i utilització clínica d'òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits. Derogat el 18/01/2013.

Substituït pel Reial decret 1723/2012, de 28 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció, utilització clínica i coordinació territorial dels òrgans humans destinats al trasplantament i s'estableixen requisits de qualitat i seguretat.

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

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de maig de 2003.

2.5. Treball social sanitari en trasplantament

Les circumstàncies que envolten tot trasplantament justifiquen la necessitat de la intervenció psicosocial des del treball social sanitari. Algunes persones trasplantades de ronyó no milloren el seu estat de salut una vegada intervingudes. Això verifica la necessitat d'una intervenció prèvia i posterior al trasplantament des del treball social sanitari per a un abordatge integral de la població afectada ja sigui com a pacients (donant o receptor) o com a familiars.

Prenem com a exemple la Comunitat Canària, que disposa d'un *Protocolo de Intervención Psicosocial con pacientes pre y postrasplantados y sus familias*. Canàries és l'única comunitat autònoma amb un protocol semblant.

Per a això, la coordinació autonòmica de trasplantament crea la plaça de tècnic de grau mitjà dirigida a professionals del treball social sanitari, en ser professionals que reuneixen les característiques formatives i competències necessàries a les àrees de:

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

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

1) Programa de donació i trasplantament

- Elaboració dels informes dels resultats anuals de l'àrea de coordinació i trasplantament.
- Informes tècnics d'evolució de la llista d'espera.
- Coordinació intrainstitucional, informació, orientació i intervenció amb les persones pendents de trasplantament de cor, pulmó i infantils. Les persones afectades susceptibles de trasplantaments es deriven a la península, en tot el territori nacional.
- Entrevista telefònica amb les persones afectades en llista d'espera de trasplantament de fetge, ronyó, pàncrees i hematopoètics⁶ de la Comunitat Canària. Aquesta teràpia substitutiva es realitza dins de la regió, així com el trasplantament de «Donant viu».

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

2) Protocol de treball social sanitari en trasplantament

- Com hem estudiat, els protocols de treball social sanitari compten amb tres fases: d'estudi de treball social sanitari, diagnòstic social sanitari i pla de tractament o intervenció de treball social sanitari. Ens basem en aquest senzill esquema.
- La intervenció de la unitat de treball social sanitari, sempre d'acord amb el diagnòstic social sanitari, se centrarà en els factors psicosocials que envolten la malaltia, i el creixent nombre de pacients i famílies que necessiten ajuda per a afrontar-ne i gestionar-ne l'impacte, l'hospitalització i les atencions posthospitalàries, justifica la intervenció des de la unitat de treball social sanitari. Aquesta consisteix en l'avaluació psicosocial, l'elaboració del diagnòstic social sanitari, la intervenció, la derivació i el seguiment per part dels professionals dels centres d'atenció primària i especialitzada, amb

Bibliografia recomanada

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

Bibliografia recomanada

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

la col·laboració de les associacions i fundacions de malalts preferentment a través de les seves unitats de treball social sanitari.

- La coordinació entre els àmbits sanitari i social és prioritària per a l'abordatge de la persona afectada en llista d'espera per al trasplantament. Valorem la necessitat d'implantar un protocol de treball social sanitari per a les persones afectades i els seus familiars en la seva primera fase amb equips treballadors socials en atenció primària i especialitzada.

Per què es necessita la intervenció psicosocial amb les persones afectades pendents de ser trasplantades?

La sol·licitud va ser proposada per les associacions de malalts. Aquestes van valorar la importància que fossin professionals del treball social sanitari en atenció primària els qui efectuassin una primera avaluació psicosocial amb la persona afectada i la seva família per a investigar i acompanyar-les en la pèrdua de salut. S'intervé en el moment d'informar que el trasplantament és necessari, es fa l'estudi del tipus de trasllat amb els llocs d'allotjament, s'escolta, s'explica i s'orienta sobre els llocs i les gestions per a les dietes corresponents, i s'elabora l'informe de treball social sanitari unificat.

La informació de la persona malalta a la unitat de treball social sanitari en atenció primària la hi facilitem des de la coordinació i per petició de cita prèvia de la persona o dels familiars.

A la informació li comuniquem per a quin tipus d'òrgan es troba a la llista de trasplantament, amb les dades administratives per a la seva localització a la història electrònica.

Apliquem el protocol de treball social sanitari amb persones malaltes pretrasplantades i postrasplantades i els seus familiars, seguint amb l'exemple de la Comunitat Canària amb la instrucció 7/99 del Servei Canari de la Salut.

Què avaluem a la primera entrevista pretrasplantament?

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

A la primera entrevista s'estudia i analitza la informació obtinguda de la persona malalta o de la seva família, com el grau d'instrucció, la situació laboral, les càrregues econòmiques, les condicions de l'habitatge i l'impacte de la malaltia. Una vegada identificades les fonts d'informació, cada treballador social sanitari interpreta les dades obtingudes i elabora el diagnòstic social sanitari en síntesi, amb la concreció dels serveis-processos, tot esperant que es cridi la persona afectada per procedir al trasplantament. La intervenció, avalada sem-

pre en el diagnòstic social sanitari, precisarà, a més dels serveis de treball social sanitari necessaris, les prestacions susceptibles de dret, com ser pensionista, les condicions d'habitabilitat de l'habitatge i la possible eliminació de les barreres arquitectòniques internes i externes. En això, el professional és un recurs en si mateix: redueix l'angoixa de la persona, la seva ansietat i desesperació enfront de la malaltia aplicant tècniques pròpies del treball social sanitari.

Una còpia de l'informe d'avaluació psicosocial es remet a la coordinació autonòmica, on se centralitza per a informar a la unitat de treball social sanitari en atenció especialitzada en el moment de produir-se el trasplantament.

Quin rol té la unitat de treball social sanitari en atenció especialitzada durant el trasplantament?

La informació que la persona afectada es troba trasplantada es transmet des de la coordinació, amb la remissió de l'informe emès per atenció primària. La intervencions més freqüents es basen en el suport, l'escolta, el seguiment que es dona a la família de la persona, i amb la participació en la calma familiar i l'atenció a les seves necessitats. Entre elles, algunes de les més freqüents són:

- Com porta la situació en aquest moment.
- La recepció de la família o de l'acompanyant.
- Conèixer si té gestionat el lloc d'allotjament i resoldre'l.
- Gestions resolutives dels drets de la persona desplaçada.
- Com es troba la unitat familiar, els menors i dependents, si n'hi ha.
- Quines són les prioritats de la família i estructurar-les amb el familiar, perquè sigui ell el seu propi actor.
- Alta. Informar a la unitat de treball social sanitari en atenció primària per a seguiment dins del mètode de *casework*.
- Consell sobre la importància d'estar ben nodrit i el compliment del tractament, pel risc que suposa la pèrdua de l'òrgan. El trasplantat no pot baixar la guàrdia mai.

La intervenció des del treball social sanitari en persones que són trasplantades per una urgència 0⁷ (zero) té lloc en coordinació amb l'equip trasplantador hospitalari i la unitat de treball social sanitari a l'hospital, amb la coordinació autonòmica de trasplantament com a interlocutor d'accions i seguiment.

⁽⁷⁾Urgència 0. Es denomina així quan la persona afectada ha de ser trasplantada en menys de 24 h.

La urgència 0 en trasplantament es gestiona quan és necessari un trasplantament de fetge i el mètode de treball social de cas, el *casework*, s'aplica per a donar la informació una vegada s'ha efectuat el trasplantament. Des de la unitat de treball social sanitari es fa una intervenció amb la persona afectada/família en tota la seva dimensió: en l'hospitalització d'urgències, acompanya la família, canalitza els seus acompanyants si en té, intervenció des de la tasca

de prestacions, alta hospitalària, es coordina amb la unitat de treball social sanitari d'atenció primària per al seu seguiment. El seguiment i la intervenció amb la persona afectada i la família finalitza l'any del trasplantament.

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

Com es fa la intervenció amb els pacients que han de sortir fora de la Comunitat?

Prenem com a exemple els criteris de la Comunitat Canària. Les persones afectades que han de rebre el trasplantament a la península, recordem-ho, són els de pulmó, cor, doble trasplantament i infantil i els al·logènics⁸ no emparentats. A totes elles se les atén des de la unitat de treball social sanitari del seu hospital a la Comunitat Canària –on se'ls dona l'ordre de trasllat– en diverses qüestions: reduir les seves pors, superar el desconeixement del lloc de destinació, presentar els documents que ha d'emplenar prèviament, etcètera. Actuem com facilitadors per a accedir a tota la informació, com és la gestió de les dietes de trasllats. Es contacta amb la unitat de treball social sanitari de l'hospital de referència i se l'informa de tots els serveis prestats i dels que són necessaris per a la seva continuïtat, tant per a la persona afectada com per a la seva família.

⁽⁸⁾Es denomina *al·logènics* als trasplantaments de cèl·lules mares, que poden ser d'un familiar o d'un donant no emparentat.

És necessari aconseguir l'objectiu de que els familiars o acompanyants de la persona trasplantada puguin organitzar, en el menor temps possible, la unitat familiar i els documents pertinents d'obligat compliment a la seva comunitat autònoma.

A tall d'exemple, el programa d'atenció a pacients desplaçats del Servei Canari de la Salut disposa d'un pis de cinc habitacions a Madrid.

Les persones que han de rebre un trasplantament saben quan surten però no quan tornaran. Això va sobrecarregant els familiars, que es veuen abocats a una llarga estada fora del seu lloc de residència, amb permanències que poden superar els trenta-tres mesos. La disposició de la unitat de treball social sanitari per donar suport i acompanyar tant les persones intervingudes com les seves famílies és imprescindible per a augmentar el seu grau d'independència i autoestima fora del seu entorn habitual.

Cada any avaluem les intervencions per anar millorant la seva aplicació amb les aportacions dels equips de treball social sanitari i realitzar així un procediment homogeni en totes les àrees de salut de la Comunitat Canària.

3) Programa de sensibilització

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

a) Formació. La formació necessària per a l'actualització de coneixements dels col·lectius professionals sanitaris i no sanitaris:

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

b) Formador de formadors:

- Col·laboracions amb el Departament de Treball Social de la Universitat de La Laguna.
- Projecte psicoeducatiu amb les persones en diàlisi a la Clínica La Colina.
- Formació cap a la donació sense fronteres. La campanya es va promoure des de l'ONT per a sensibilitzar de la donació d'òrgans, teixits i cèl·lules des de la multiculturalitat, respectant les actituds i creences dels pobles. Es va crear per a això, en les coordinacions de trasplantament hospitalari, la figura del facilitador a la donació, qui a les entrevistes imita tots els actes del dol propis d'aquest poble d'on procedeixen els familiars del donant.
 - Donació sense fronteres des de l'ONT. Distribuïts per tot el territori nacional en cinc idiomes.
 - Projecte de sensibilització des de l'atenció primària de salut.
 - Formació contínua als col·lectius professionals d'atenció primària, com a agents mediadors en la donació.
 - Eina de treball per als equips professionals d'atenció primària. Informació. Té lloc en coordinació amb les associacions i fundacions d'afectats. Orientada a la població en general.
 - Campanyes divulgatives des del servei de coordinació autonòmic a tots els ajuntaments i centres de salut per a coneixement i informació del servei.
 - Díptics informatius, dirigits a la població universitària de Gran Canària i La Laguna.
 - Díptic informatiu als estudiants universitaris.
 - Manual d'atenció al pacient trasplantat des de l'atenció primària.
 - Guia de recursos sanitaris per a les persones afectades i els seus familiars.
 - Guia de recursos socials sanitaris de trasplantament (2a edició actualitzada).
 - Comunicacions i pòsters en jornades, congressos del camp de la salut, en l'àmbit local, regional, nacional i internacional.

Què promou la unitat de treball social sanitari a l'oficina de coordinació?

Eleva a la direcció superior immediata les millores en la intervenció amb les persones trasplantades per a disminuir-ne la incertesa i acompanyar-les durant tot el procés de la malaltia.

Anem aportant millores en els instruments per donar més equitat i homogeneïtat en el protocol de treball social sanitari a les persones afectades de trasplantament, tenint en compte al treballador social sanitari, que s'incorpora per primera vegada en el camp sanitari.

2.6. Conclusions

L'elaboració dels continguts en aquest mòdul en el camp dels trasplantaments és un fet que ens congratula en el nostre exercici professional des del treball social sanitari, per a exercir una tasca encomiable en el camp sanitari i especialment en el dels trasplantaments.

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

La família també és objecte d'acompanyament, ja que acostuma a ser el primer suport del malalt.

Bibliografia

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

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

Arricivita Amo, Ángel L. (2019, reedició). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Osca: Edició del propi autor.

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

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

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

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

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

Decret 220/2014, de 16 de desembre, del Govern d'Aragó, pel qual s'aprova el Pla Territorial de Protecció Civil d'Aragó.

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 i postrasplantad@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* (data de consulta: 13-7-2013). Madrid.

Golan, N. (1992). *Treatment in Crisis Situation*. Nova York: The Free Press. Citat a: M.^a J. Escartín Caparrós. *Manual de Trabajo Social (modelos de práctica profesional)*. Alacant: 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*. Màlaga: Ediciones Aljub.

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

Llei 2/1985, de 21 de gener, sobre protecció civil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 22/1985.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reial decret 407/1992, de 24 d'abril, pel qual s'aprova la Norma bàsica de protecció civil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 105/1992.

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

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

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

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

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

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

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