

El trabajo social sanitario en otros ámbitos

Ángel Luis Arricivita Amo

PID_00208153

Índice

Introducción.....	5
1. El trabajo social sanitario en emergencias.....	9
1.1. Concepto y características de urgencia-emergencia sanitaria	12
1.2. Concepto de atención sanitaria urgente	13
1.3. Situaciones de urgencia-emergencia sanitaria	14
1.4. Marco legislativo	15
1.4.1. La atención sanitaria y social en la ley de protección civil y la norma básica de protección civil	15
1.4.2. Los trabajadores sociales sanitarios en los planes de emergencia de Protección Civil	17
1.4.3. La atención de urgencia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Los trabajadores sociales sanitarios en los planes de urgencia-emergencia sanitaria	18
1.4.4. El Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con múltiples víctimas. La atención sanitaria, social y psicológica	19
1.4.5. La Estrategia de Seguridad Española	21
1.4.6. Código penal. La omisión del deber de socorro	22
1.4.7. El consentimiento informado en situaciones graves para la salud	22
1.4.8. Acciones urgentes en el marco de la Ley de Salud Pública	23
1.5. Premisas en el trabajo social sanitario en emergencias	24
1.6. Atención del trabajador social sanitario en urgencias-emergencias sanitarias desde la atención primaria	26
1.7. Atención del trabajador social sanitario en urgencias-emergencias sanitarias desde atención especializada	31
2. El trabajo social sanitario en la coordinación de trasplantes	39
2.1. La Organización Nacional del Trasplante	39
2.2. La coordinación autonómica de trasplante de órganos y tejidos	40
2.3. Protocolo de extracción y trasplante	40
2.3.1. Logística de extracción	41
2.3.2. Preparación para la extracción de los órganos	43
2.3.3. Reposición y análisis posterior de la extracción	45
2.3.4. Registro de donación y trasplante	46
2.3.5. Tiempos de isquemia	47
2.4. Trabajo social sanitario en trasplante	47

2.5. Conclusiones	53
Bibliografía	55

Introducción

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

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

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

Los trabajadores sociales sanitarios de los diferentes establecimientos se ven comprometidos, junto con el resto de sus compañeros de equipo, en la resolución de la emergencia.

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

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

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

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

Referencia bibliográfica

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

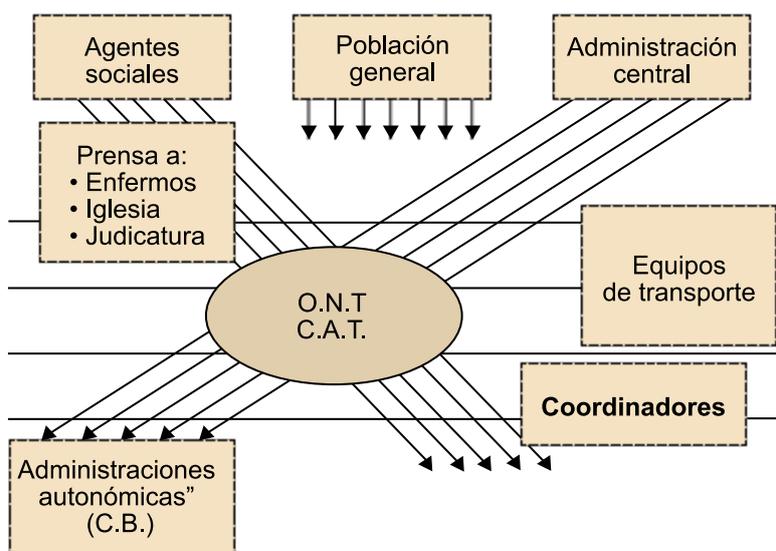
Para adentrarnos en el trabajo social sanitario en trasplante, debemos conocer primero el sistema español de la Organización Nacional de Trasplante. Éste se remonta al año 1979 y en él se regula, en España, la extracción y el trasplante de órganos y tejidos, (Ley 30/1979, de 27 de octubre). Es un sistema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

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

Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en esta plaza son las propias de un técnico en administración, en especial las de promover, colaborar, participar y conocer a los pacientes susceptibles de trasplantes dentro y fuera de la comunidad.

En 1999 elaboramos un protocolo de intervención psicosocial para el paciente y sus familiares. En él desglosamos la intervención en los tres ámbitos de salud: atención primaria, especializada y servicios centrales. Ello con la idea de promover mejoras en la intervención con los pacientes susceptibles de trasplantes en el antes, en el durante y en el después de dicho proceso. En el protocolo participaron los trabajadores sociales sanitarios del Servicio Canario de la Salud y los responsables de cada servicio competente en cada órgano y tejido.

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



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

1. El trabajo social sanitario en emergencias

El trabajo en el marco sanitario, y más concretamente cuando se habla de emergencias, requiere conocer algunos términos de utilización habitual. Es el caso de conceptos como urgencia, emergencia o catástrofe, entre otros.

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

1) **Urgencia.** Tal como lo define el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), es un "caso urgente". Es decir, se trata de una situación (personas, problemas y contexto, interrelacionados) que requiere actuación inmediata, en este caso sanitaria.

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

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

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

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

La emergencia requerirá una coordinación de los diversos servicios intervinientes: policías, sanitarios, bomberos, trabajadores sociales, etc.

Dirección web

www.rae.es

Referencia bibliográfica

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

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

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

No toda situación de emergencia es una catástrofe.

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

Ejemplo

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

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

Ejemplo

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

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

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

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

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

Ejemplo

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

Referencia bibliográfica

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

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

Ejemplo

Los bomberos tienen capacidad resolutoria en incendios de todo tipo.

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

7) Acontecimientos vitales estresantes (AVE). Son experiencias percibidas como negativas o no deseables por las personas que las viven y que exigen un reajuste en la vida de los afectados. Por ejemplo: instauración de una enfermedad grave, un accidente de coche, un embarazo no deseado, separación de pareja, jubilación, cambio de trabajo, etc. Es decir, la persona puede vivir esas situaciones como peligro, desafío, amenaza, daño o pérdida.

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

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

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

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

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

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

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

Referencia bibliográfica

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

10) Apoyo social:

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

A. Barrón López de Roda (1996). *op. cit.* (págs. 15-18).

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

1.1. Concepto y características de urgencia-emergencia sanitaria

La urgencia-emergencia sanitaria se puede definir de la siguiente manera:

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

Ángel L. Arricivita Amo (2009). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social* (pág. 49). Huesca: Edición del propio autor.

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

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

- Hay un déficit o crisis en el estado de salud que requiere respuesta de personal específico, el equipo sanitario.
- Necesidad de priorizar la respuesta sanitaria sobre el resto, al estar en peligro o alto riesgo la vida o la salud de los afectados.
- Se trata de una situación sobrevenida, es decir, una "venida repentina e imprevista" (RAE), que puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o a una colectividad mayor (barrio, pueblo, ciudad, etc.).
- De carácter negativo, pues pone en peligro o alto riesgo la vida y/o la salud de la persona o personas afectadas.

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

1.2. Concepto de atención sanitaria urgente

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

Referencia bibliográfica

X. Allué Martínez (1999), *op. cit.* (pág. 9).

Referencia bibliográfica

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

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

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

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

1.3. Situaciones de urgencia-emergencia sanitaria

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

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

1.4. Marco legislativo

1.4.1. La atención sanitaria y social en la ley de protección civil y la norma básica de protección civil

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

Respecto a la primera acepción, la Ley 2/85 sobre protección civil, surgida con el propósito de ser el marco de referencia del sistema, entiende la protección civil como:

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

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

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

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

Protección Civil, en cuanto al otro significado del término, es el organismo o servicio público presente en las diferentes administraciones públicas (Administración Civil del Estado –Dirección General de Protección Civil y Emergencias–, comunidades autónomas, entidades locales, etc.) cuyo cometido, recogido en el artículo 1 de la citada Ley 2/1985:

"Se orientará al estudio y prevención de las situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública y a la protección y socorro de personas y bienes en los casos en que dichas situaciones se produzcan".

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

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

Referencia bibliográfica

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

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

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

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

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

Conviene señalar también que la mencionada Ley 2/1985 de protección civil establece en su artículo primero que:

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

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

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

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

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

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

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

Conviene matizar que si bien Protección Civil, tal como se ha comentado anteriormente, fue gestada en sus inicios para el trabajo en torno a situaciones de gran magnitud, los cambios acaecidos en nuestra sociedad han sido muchos y han afectado a todos los ámbitos de interrelación humana. Acorde con las nuevas realidades, las leyes de gestión de emergencias de cada comunidad autónoma que han ido surgiendo hasta nuestros días, al igual que los planes territoriales y especiales, van abriendo paso a términos como gestión y atención a emergencias individuales y también colectivas, riesgos cotidianos, emergencias no catastróficas; emergencias ordinarias y no ordinarias; etc.

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

1.4.2. Los trabajadores sociales sanitarios en los planes de emergencia de Protección Civil

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

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

Sin encontrarse diferencias significativas entre los diversos planes territoriales en relación con el desarrollo del grupo de sanidad, se toma como ejemplo el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón. En él figuran funciones del grupo de sanidad que, sin duda, requieren la participación del trabajador social sanitario.

Por ejemplo:

- Prever en la entrada de los hospitales un área de información del estado de los heridos a los familiares.
- Dar pautas individuales y colectivas de conducta de autoprotección sanitaria adecuadas a la situación, tanto a los afectados como a los *grupos de acción*.
- Desencadenar, en caso necesario, planes de emergencia en los hospitales a fin de que puedan ampliar su capacidad de recepción y atención de heridos.

Asimismo, el mencionado plan (pág. 2204) destaca la existencia del Grupo de Acción Social (no todas las comunidades lo refieren e igualmente no todas refieren la participación de trabajadores sociales) y entre sus integrantes desta-

Referencia bibliográfica

Decreto 109/1995, de 16 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, n.º 62, pág. 2203.

can "los asistentes sociales de entidades públicas y privadas no pertenecientes a los organismos citados anteriormente como hospitales, geriátricos, etc.", o sea, los trabajadores sociales sanitarios.

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

1.4.3. La atención de urgencia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Los trabajadores sociales sanitarios en los planes de urgencia-emergencia sanitaria

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

Hablar de prestaciones y cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud es hablar de posibilidades de intervención específica de los trabajadores sociales sanitarios y la atención de urgencia. Ésta es una de tantas prestaciones (atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, etc.) de la cartera. La atención de urgencia, según el Real decreto 1030/2006 y la Ley 16/2003, puede explicarse como sigue:

"Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales [...] se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente".

Dicho documento deja claro que la atención a la urgencia sanitaria no es una tarea exclusiva de personal médico y de enfermería, sino que es una atención integral donde intervienen otros profesionales, y si bien no entra a matizar cuáles, la experiencia constata que entre ellos se hallan los trabajadores sociales sanitarios.

Algunos departamentos o consejerías autonómicas de salud han llegado a elaborar planes de atención sanitaria para situaciones que requieran atención inmediata (urgencias-emergencias). Éste es, por ejemplo, el caso de la Consejería de Sanidad, Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, que en el año 2000 –cuando era Consejería de Salud y Consumo– puso en marcha el *Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón*, cuyo objetivo consiste en lo siguiente:

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

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

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

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

A la vista de lo expuesto en el marco sanitario, los trabajadores sociales sanitarios de este campo tienen una puerta abierta al trabajo en la urgencia-emergencia sanitaria, en unos casos, y a consolidar el trabajo que ya hace, en otros.

Legislativamente hablando, la participación de los trabajadores sociales sanitarios en situaciones de urgencia-emergencia queda más reforzada, máxime cuando, tal como dicta la cartera de servicios, la atención de urgencia se presta, entre otros espacios, desde atención primaria, donde precisamente el trabajo social es una actividad más.

Las emergencias individuales y/o familiares, como serían el maltrato infantil y la agresiones a mujeres, requieren con frecuencia de atención sanitaria urgente. Ambas situaciones cuentan con protocolos de detección y atención en los espacios sanitarios del Estado Español. A modo de ejemplo, el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) incluye en dichos protocolos la intervención de sus trabajadores sociales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cabe señalar en este punto que los institutos de medicina legal, cuentan con equipos psicosociales en los que se integran trabajadores sociales forenses y psicólogos forenses. En consecuencia, en el caso que nos ocupa, sucesos con múltiples víctimas, se precisará de una coordinación entre trabajadores sociales sanitarios y trabajadores sociales forenses.

1.4.5. La Estrategia de Seguridad Española

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

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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

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

Referencia bibliográfica

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

1.4.6. Código penal. La omisión del deber de socorro

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

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

En su artículo 195, se pronuncia de esta manera:

1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.
2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.
3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a dieciocho meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años³.

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

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

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

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

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

1.4.7. El consentimiento informado en situaciones graves para la salud

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 9 establece lo siguiente:

[...]

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

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

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

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

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

1.4.8. Acciones urgentes en el marco de la Ley de Salud Pública

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

⁽⁴⁾Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 240 (5 de octubre del 2011, pág. 104593-104626) en pág. 104600.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5. Premisas en el trabajo social sanitario en emergencias

Estas premisas pretenden ser punto de partida y guiar la actuación del profesional del trabajo social sanitario cuando afronta tareas en el marco de la atención sanitaria urgente:

- Las situaciones de urgencia-emergencia sanitaria, al margen de su magnitud, forman parte de la realidad diaria de un equipo sanitario y, por tanto, también del trabajador social sanitario.
- Derivada de la anterior, el trabajador social sanitario es un interviniente de emergencias (situaciones de crisis), como son sus compañeros médicos y personal de enfermería, bomberos, policías, gestores de emergencias, etc.
- En las situaciones críticas, como en cualquier otra situación sanitaria de carácter no urgente, la intervención del trabajador social sanitario sólo está fundamentada a partir de la necesidad de una atención inicial del equipo médico y de enfermería; en este caso, motivada por la instauración previa de una situación crítica física y/o psicológica de una persona, una familia u otra colectividad, que genera y acompaña problemas psicosociales en el proceso de la crisis. No es una intervención aislada.

- Las situaciones críticas requieren de disciplinas diversas para su abordaje y resolución. Además exigen interrelación profesional y, previamente, un conocimiento y reconocimiento mutuo de las aportaciones específicas de cada uno de los actuantes.
- Los trabajadores sociales, en general, y los del ámbito sanitario, en particular, son personas que trabajan con personas y sobre todo con personas que están ante una experiencia difícil o crítica en su vida. Es decir, trabajan con personas con problemas, no con problemas. Esto se llama dignidad.
- La urgencia-emergencia sanitaria es ya, en sí, una situación multiproblemática que comporta necesidades y problemas, entre otros, de orden social. Además, frecuentemente, la urgencia-emergencia sanitaria forma parte de un entramado general que exige coordinación con otros servicios de atención urgente: policías, bomberos, servicios sociales, personal judicial, etc.
- El experto en la atención social en situaciones de urgencia-emergencia sanitaria es el trabajador social sanitario; y, en consecuencia, es el referente de la familia y otros acompañantes de la persona o personas directamente afectadas.
- La muerte imprevista y traumática, el dolor por la pérdida de personas queridas, el sufrimiento, al igual que la enfermedad y otras formas de morir, son parte de la vida humana y, también, de la especificidad del trabajo social sanitario.
- Cada trabajo tiene sus riesgos. El trabajo social tiene riesgos para la salud mental. El trabajo social sanitario, también. Y el trabajo en situaciones de urgencia-emergencia, por supuesto. Como profesional se ha de actuar con responsabilidad, lo que implica ser consciente de ello y cuidarse.
- Cada situación de emergencia es diferente, porque las personas somos diferentes y, también, porque las características del suceso y su evolución no son las mismas en cada caso y, por tanto, la van a hacer única.
- La emergencia ha de entenderse como un *continuum*. La atención social en emergencias, desde los diversos escenarios, no se circunscribe a la actuación urgente. Para poder llegar a dar una respuesta inmediata es necesario un "antes de", es decir, es necesario una preparación previa: protocolos, formación y entrenamiento, etc.
- Por otro lado, en la mayoría de las situaciones, tras la retirada de los especialistas del socorro inmediato, el trabajo social sanitario no ha hecho más que empezar y puede llegar a prolongarse largo tiempo por hospita-

Referencia bibliográfica

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

lización, convalecencia en centros especializados, o en casa. Es la fase de prevención terciaria, o de rehabilitación psicosocial.

- En el largo plazo, o periodo de rehabilitación psicosocial, es crucial el papel de la red social de las personas afectadas: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., para afrontar los posibles problemas sociales y psicológicos que pudieran existir.

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

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

Cabe recordar, a modo de premisa, que se impone una preparación previa a la intervención propiamente dicha. Entre las posibles acciones en el "antes de" están las siguientes:

- Facilitación de formación y entrenamiento continuado a todos los profesionales del equipo de salud en aspectos psicológicos, sociales, organizativos, de recursos, de autocuidado, etc. relacionados con las emergencias.
- Diseño, desarrollo y evaluación de estudios de investigación y de otros estudios sobre aspectos, problemas y necesidades de carácter psicosocial en relación con las emergencias-urgencias atendidas en el centro de salud.
- La abundante y variada información que se genera exige una gestión específica de la misma, tanto en el "durante" como en el "después de", que requiere organización en el "antes de".
- Promover la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar dedicado a la mejora de la atención a las situaciones de emergencia que atienda el equipo de atención primaria de salud.
- En relación con el punto anterior, si ya hubiera grupo, aportar la dimensión social al trabajo que se lleva a cabo en el grupo de emergencias.
- Promover la existencia de un mini-equipo de crisis dentro del equipo de atención primaria de salud para gestionar la respuesta del mismo ante grandes emergencias-catástrofes.

- Captación de necesidades formativas en los miembros del equipo en relación con la atención a las emergencias-urgencias sanitarias.
- Detección y catalogación de personas en riesgo de aumentar su vulnerabilidad ante emergencias: enfermos crónicos, incapacitados –físicos, mentales y sensoriales–, ancianos que viven solos y/o frágiles.
- Prever y protocolizar la coordinación con los trabajadores sociales sanitarios de los hospitales de referencia, así como con los servicios sociales.
- Aseguramiento, mediante protocolo, de las respuestas psicosociales desde el EAP y las unidades de salud mental a los afectados que lo precisen tras el alta hospitalaria, tanto en emergencias individuales como grandes emergencias.
- Diseño de protocolo de activación del trabajador social sanitario del centro de salud para la atención social a las diversas emergencias sanitarias que atiende el personal médico y de enfermería. Se integra así su trabajo específico en la respuesta global a la situación crítica.
- Adquisición y/o puesta al día en conocimientos y habilidades en el trabajo en situaciones de emergencias-urgencias, tanto en la atención a los aspectos psicosociales como en otras materias: RCP, uso de desfibrilador, conocimiento de medicamentos de atención urgente, dispositivos de transporte sanitario urgente, aspectos legales, protocolos, etc.
- Información y formación a los alumnos de trabajo social en prácticas, sobre la atención en emergencias-urgencias, en general, y desde el centro de salud, en particular, y sobre la problemática psicosocial en torno a las mismas.
- Valoración, catalogación y actualización de posibles recursos sanitarios y sociosanitarios a precisar por los afectados, familiares y por el resto del personal interviniente en una emergencia.
- Impulsar la coordinación del equipo de atención primaria de salud con otros servicios de primera intervención en la emergencia: servicios policiales, bomberos, etc.
- Participación en simulacros y ejercicios prácticos que impliquen la participación del equipo de atención primaria de salud.
- Puesta al día de los diversos protocolos activos de atención sanitaria urgente en emergencias individuales en los que interviene el trabajador social sanitario: atención a la mujer víctima de violencia, maltrato infantil, comunicación de malas noticias, etc.

- Involucrar al consejo de salud en acciones en el marco de la prevención primaria dirigidas a la población.
- Formar a la población en emergencias y catástrofes, en general, y en los aspectos psicológicos, sociales y sanitarios, en particular.

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

En emergencias individuales (urgencias). El trabajador social sanitario en la atención a emergencias individuales (urgencias) llevará a cabo las siguientes tareas específicas:

a) Previamente:

- Identificación del posible protocolo activado y actuación conforme al mismo.
- Asegurar la disponibilidad de un espacio físico adecuado que permita privacidad en la atención a los directamente afectados y/o sus familiares.
- Interconsulta con el personal médico y de enfermería para disponer de información sobre el hecho sucedido y sus circunstancias, la identidad de las personas afectadas y posibles vínculos entre sí, las patologías presentadas, las actuaciones médicas y de enfermería a realizar y pronóstico.

b) Intervenciones:

- Valoración inicial y diagnóstico social provisional.
- Contención y apoyo psicológico a los directamente afectados, familiares, allegados y participantes (profesionales y voluntarios).
- Acompañamiento a las personas directamente afectadas, por falta de red social y si se valora necesario, en las situaciones siguientes:
 - Traslado a domicilios (propio, de familiares, etc.) o centros específicos (hospitales, centros de acogida, etc.).
 - Recogida-entrega de objetos personales, en reconocimiento de cadáver, en realización de trámites, etc.
- Dar información sensible: malas noticias.
- Búsqueda-localización de integrantes de la red social de la persona afectada (padre, madre, amigo, hermanos, etc.) con los que sea necesario contactar o dicha persona lo desee.
- Asesoramiento a familiares en la toma de decisiones.

- Información, en casos que lo precisen, sobre aspectos como partes judiciales, entierros gratuitos, etc.
- Registro de la intervención en historia clínica.
- Realización de informe social si se valorara preciso.

En emergencias colectivas y grandes emergencias

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

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

Las tareas específicas que llevará a cabo el trabajador social del centro de salud ante una emergencia colectiva o gran emergencia-catástrofe exterior son las siguientes:

- Integrarse, si así se precisara, en el dispositivo psicosocial del hospital de referencia.
- Aportar al equipo la dimensión social, tanto de los individuos afectados como de la población general afectada.
- Coordinación permanente con los trabajadores sociales de los hospitales donde se encuentran ingresados los afectados de cara a la planificación del alta hospitalaria.
- Organización de acciones y seguimiento a medio-largo plazo con los diversos afectados que lo precisen, sus familiares y la población en su conjunto.
- Coordinación de actuaciones con asociaciones y servicios de atención a grupos con afectaciones crónicas previas a la emergencia: esclerosis múltiple, enfermos con demencias, parkinson, etc.
- Detección e identificación de personas en riesgo de trastornos psicológicos.
- Organización y coordinación del posible voluntariado adscrito al centro de salud en la catástrofe.

- En casos que lo precisen, estudio, diagnóstico y tratamiento social, que contemplaría, entre otras, actuaciones previstas para emergencias individuales.
- Mantener informado al consejo de salud, como órgano de participación de la comunidad, de los problemas existentes y las acciones realizadas, y recabar su colaboración.
- Ante la existencia de personas ubicadas en albergues de emergencia (polideportivos, centros sociales, etc.), participar en la organización de la atención sanitaria a los afectados que lo precisen, y coordinar las acciones del equipo sanitario con otros servicios intervinientes en el albergue.
- Participación en la evaluación de la intervención, en general, y en la intervención sanitaria y social, en particular.
- Participación en acciones de ayuda humanitaria y/o de emergencia sanitaria internacional aportando la intervención social que se precise. Un ejemplo de ello es la "experiencia de apoyo psicosocial a intervinientes, llevada a cabo tras el terremoto de Haití del 2010" (Arrivicita y otros, 2013).
- Tras la intervención inmediata, integrarse junto con el resto de compañeros, en actuaciones encaminadas a la prevención de trastornos psicológicos y cuidado de su salud mental como interviniente (*debriefing* o similar, etc.).

3) Actividades de prevención terciaria (rehabilitación psicosocial).

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

- Promover y participar en la reevaluación continua de las necesidades sanitarias y sociales de la población en general y de los directamente afectados en particular.
- Contribuir con los servicios sociales comunitarios y especializados al reagrupamiento familiar en grandes emergencias.
- Información a la población acerca de las posibles reacciones psicológicas esperables a medio-largo plazo.
- Coordinación de actuaciones con asociaciones y servicios de atención a grupos con patologías derivadas de la emergencia: quemados, daño cerebral sobrevenido, salud mental, etc.
- Conforme a las necesidades de la población afectada, promover y desarrollar la puesta en marcha de programas específicos:
 - Apoyo al duelo.

Referencia bibliográfica

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

- Facilitación de acceso a material ortoprotésico, rehabilitación, tratamientos específicos (psicoterapias, cirugía plástica, etc.).
- Información sanitaria, etc.

- Atención a la problemática social de afectados que desarrollen psicopatología postraumática: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), etc.

- Atención a la problemática social de afectados con secuelas postraumáticas: amputaciones, quemaduras, afectaciones sensoriales, etc.

- Promover acciones saludables entre los afectados.

- Seguimiento de los casos que lo precisen: reuniones institucionales, con afectados, entrevistas, visitas domiciliarias, etc.

- Evaluación de la intervención, en general, y de la intervención sanitaria y social, en particular.

- Realización de informes sociales.

- Participar, junto con el resto de compañeros, en actividades dirigidas al cuidado de la salud mental como interviniente. La especificidad de la experiencia de apoyo psicosocial tras el terremoto de Haití, comentada anteriormente, al tratarse de un trabajo dirigido a intervinientes sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, etc.) y en una fase de inicio de la rehabilitación psicosocial, es un ejemplo interesante en el marco de esta actividad.

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

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

Por tanto, las actuaciones del trabajador social sanitario en emergencias estarán referidas a las que éste lleva a cabo desde el servicio de urgencias del centro hospitalario.

Asimismo la intervención del trabajador social sanitario desde el servicio de urgencias estará condicionada, entre otros aspectos, por la adhesión del profesional al servicio de urgencias. A la vista de la realidad actual, se impone la asignación exclusiva de, por lo menos, un profesional a dicho servicio.

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

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

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

Es oportuno recordar que la intervención propiamente dicha no es posible sin que exista un "antes de". Entre sus acciones estarían las siguientes:

- Facilitación de formación y entrenamiento continuado a los profesionales de todas las categorías del equipo de urgencias y de otros servicios implicados en situaciones críticas (UCI, atención al paciente, psiquiatría, etc.) en aspectos psicológicos, sociales, organizativos, de recursos, de autocuidado, etc. relacionados con las diversas situaciones de emergencia.
- Diseño, desarrollo y evaluación de estudios de investigaciones sobre aspectos, problemas y necesidades de carácter psicosocial en relación con las situaciones críticas atendidas en urgencias.
- Impulsar la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (si no lo hubiera) dedicado a la mejora de la atención y gestión de las situaciones de emergencia que atiende el equipo de urgencias.
- En relación con el punto anterior, si ya hubiera grupo, aportar la dimensión social al trabajo que se realiza en el grupo de emergencias.
- Captación de necesidades formativas en los miembros del servicio de urgencias en relación con la atención a las emergencias-urgencias sanitarias.
- Como miembro del equipo de triaje en grandes emergencias, integrarse activamente en la realización y mantenimiento de un plan de respuesta general del hospital ante una hipotética situación de gran emergencia o catástrofe exterior (epidemia, atentado terrorista o accidente de gran magnitud, conflicto bélico, etc.).

- Participación activa en el plan de autoprotección y de gestión de riesgos del centro sanitario ante emergencias internas.
- Impulsar y participar en la práctica de ejercicios prácticos para la puesta a punto, tanto del plan de autoprotección del hospital, como del plan de respuesta general del hospital a situaciones de gran emergencia o catástrofe exterior (OMS).
- Revisión teórico-práctica y entrenamiento de los diversos protocolos activos de atención sanitaria urgente en emergencias individuales en que interviene el trabajador social sanitario: atención a la mujer víctima de violencia, maltrato infantil, malas noticias, etc.
- Protocolizar la activación de los trabajadores sociales sanitarios de otros servicios del hospital ante la necesidad de reforzar el servicio de urgencias motivada por una emergencia colectiva puntual o por la convergencia de varias situaciones que puedan suponer un riesgo de desbordamiento de la atención social.
- Elaboración y mantenimiento de un banco-guía de recursos sanitarios y sociosanitarios vinculados a las situaciones de urgencia-emergencia, así como de otros dispositivos de atención urgente (bomberos, centros de coordinación de emergencias, policías, juzgado de guardia, etc.)
- Planificar una respuesta coordinada con trabajadores sociales sanitarios de la red de atención primaria y/o de otros dispositivos de atención sanitaria especializada ante determinadas situaciones de emergencia.
- Protocolizar la coordinación y derivación con servicios sociales básicos y especializados para situaciones de urgencia-emergencia que requieran su intervención.
- Participar, como miembro del equipo de urgencias, en la adquisición y/o puesta al día en conocimientos y habilidades en el trabajo en situaciones de emergencias-urgencias, tanto en aspectos psicosociales como en otras materias: reanimación cardiopulmonar (RCP), uso de desfibrilador, conocimiento de medicamentos de atención urgente, dispositivos de transporte sanitario urgente, aspectos legales, etc.
- Participar en la formación de los médicos internos residentes (MIR), del personal de enfermería residente (EIR), de alumnos de Medicina y Enfermería, así como de otras disciplinas o formaciones especializadas que rotan por el servicio de urgencias, aportando todos aquellos aspectos relativos a las funciones del trabajador social sanitario en la atención de las urgencias-emergencias desde ese servicio.

- En relación con el punto anterior, formación específica a los alumnos de grado de trabajo social en prácticas sobre la atención en emergencias-urgencias, en general, y desde el hospital, en particular, y sobre el trabajo social sanitario en torno a las mismas.
- Conocer y dominar la infraestructura hospitalaria en general y, en particular, todos los espacios vinculados directamente con situaciones de atención urgente: urgencias, UCIs, atención al paciente, psiquiatría, cirugía, autopsias, depósito de cadáveres, tanatorio, banco de sangre, etc.
- Conocer a los responsables y líderes del ámbito hospitalario y, en concreto, de los servicios vinculados directamente con situaciones de atención urgente.
- Valoración social de potenciales espacios sanitarios para, ante situaciones de emergencia colectiva y gran emergencia-catástrofe, poder llevar a cabo actuaciones concretas diversas e incluso simultáneas: reuniones generales con familiares, comunicación de malas noticias, espacios de respiro para familiares y profesionales, circuito de reconocimiento de cadáveres, reuniones del equipo de crisis, etc.
- Mantener la coordinación (o impulsarla, si no la hubiera) del servicio de urgencias con otros servicios de primera intervención en la emergencia: servicios policiales, bomberos, etc.

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

En emergencias individuales (urgencias). El trabajador social sanitario en la atención a emergencias individuales (urgencias) llevará a cabo las siguientes tareas específicas, algunas de las cuales pueden estar incluidas en algunos de los protocolos establecidos en el servicio de urgencias del hospital:

a) Antes de intervenir:

- Identificación del posible protocolo activado y actuación conforme a lo establecido en el mismo. En los servicios de urgencia de los hospitales públicos existen protocolos de atención en violencia de género, maltrato infantil, etc. Un ejemplo está en el Hospital Clínico de Barcelona, cuyo Servicio de Urgencias dispone de un protocolo de "comunicar malas noticias", que normalmente se activa a la par que el box de reanimación. En dicho protocolo se establece que, en tanto el personal médico y de enfermería se ocupan de la atención médica, el trabajador social sanitario tiene la responsabilidad de "localización, acogida y acompañamiento de los familiares y/o acompañantes de los pacientes ingresados en el box de reanimación" (Milián, 2008).

Referencia bibliográfica

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

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

b) Intervenciones:

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

Referencias bibliográficas

A. Roman Soler y otros (2006). "Aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención". *Servicios sociales y política social* (n.º 66, pág. 152). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes.

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

- Registro en la historia clínica del servicio de la valoración y diagnóstico social, actuaciones realizadas y pronóstico.
- Elaboración del informe de trabajo social sanitario, si se precisara.
- Si se produce ingreso hospitalario, coordinación con el trabajador social adscrito al servicio en el que ingresa.

En emergencias colectivas y grandes emergencias. La propia magnitud va a requerir la intervención, no sólo de los trabajadores sociales adscritos al servicio de urgencias, sino del resto de servicios del hospital. Incluso, si la situación lo requiriera, la de otros dispositivos sanitarios externos: centros de salud, dispositivos especializados, etc.

Por tanto, se dispondrá, cuando menos, la participación de todos los trabajadores sociales del hospital. Este equipo tendrá unas responsabilidades que previamente estarán reflejadas en un plan de actuación general del hospital.

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

El triaje tiene como objetivo principal "la ordenación y clasificación del trabajo asistencial". El equipo multidisciplinar de triaje está integrado por personal de enfermería, médicos y trabajadores sociales sanitarios.

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

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

Las tareas específicas que llevará a cabo el equipo de trabajadores sociales ante una emergencia colectiva o gran emergencia-catástrofe exterior son las siguientes:

- Integración, conforme al plan general de respuesta del hospital ante grandes emergencias, en el equipo de triaje constituido para la gestión sanitaria en esos casos. En este sentido, hay experiencias, como es el caso del hospital Clínico de Barcelona, que dispone de un "Plan general de catástrofes externas". Es decir, no se trata de un plan de autoprotección del propio centro sanitario ante una emergencia interna, sino de una respuesta organizada del hospital ante un evento de amplio alcance y gravedad en la ciudad. Dicho plan contempla el establecimiento de un triaje médico a los diversos afectados en la catástrofe que ingresan en el hospital vía Servicio de Urgencias. En estas circunstancias, el trabajador social forma parte del equipo interdisciplinar de triaje "con el objetivo de saber, desde el primer momento y de forma continuada, el número de víctimas que ingresan en el centro sanitario y, de estas, cuántas están sin identificar (...), filiación de las víctimas, nivel de gravedad de cada víctima, así como su ubicación" (Milián, 2008).
- Activación y coordinación del centro de información y gestión psicosocial, activado conforme al plan general de respuesta del hospital ante grandes emergencias. A modo de ejemplo, el "Plan psicosocial para emergencias en el túnel de Somport", integrado en el plan de seguridad de dicho túnel internacional de casi 9 kilómetros, que une Francia y España, contempla la posible existencia de personas heridas que precisen hospitalización al producirse un evento crítico en el interior de dicha infraestructura. Para dar una respuesta psicosocial adecuada a las personas hospitalizadas, contempla la existencia de un centro de información y gestión psicosocial en los centros sanitarios comprometidos y que "estarán integrados por trabajadores sociales, el personal de las unidades de salud mental (psicólogos, enfermeros, psiquiatras, etc.) y personal administrativo del Servicio Aragonés de Salud...".
- Integración en el centro de información y apoyo psicosocial.
- Registro permanente de:
 - Acceso al servicio del número de afectados identificados y no identificados.
 - Identificaciones de afectados (filiaciones).
 - Gravedad conforme a los criterios de clasificación universalmente reconocidos.
 - Ubicación interna en el hospital, o externa (necesidad de traslado a otro centro sanitario).

Bibliografía recomendada

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

Referencia bibliográfica

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

- Ante una emergencia interna, llevar a cabo las actividades asignadas conforme a las responsabilidades que hubiera adquirido en el plan.
- Participar en la evaluación de la intervención sanitaria y evaluar la intervención social.
- Elaboración de informes sociales.
- En casos que precisan ingreso: coordinación con el trabajador social adscrito al servicio en el que ingresan para estudio, diagnóstico y tratamiento social, y preparación del alta hospitalaria.
- Organización y coordinación del posible voluntariado asignado al hospital para apoyar en la emergencia.
- Tras la intervención inmediata, integrarse junto con el resto de compañeros, en actuaciones encaminadas a la prevención de trastornos psicológicos y cuidado de su salud mental como interviniente (*debriefing* o similar, etc.).
- Participación en acciones de ayuda humanitaria y/o de emergencia internacional aportando la intervención social que se precise.

3) Actividades de prevención terciaria (rehabilitación psicosocial).

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

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

2. El trabajo social sanitario en la coordinación de trasplantes

2.1. La Organización Nacional del Trasplante

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

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

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

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

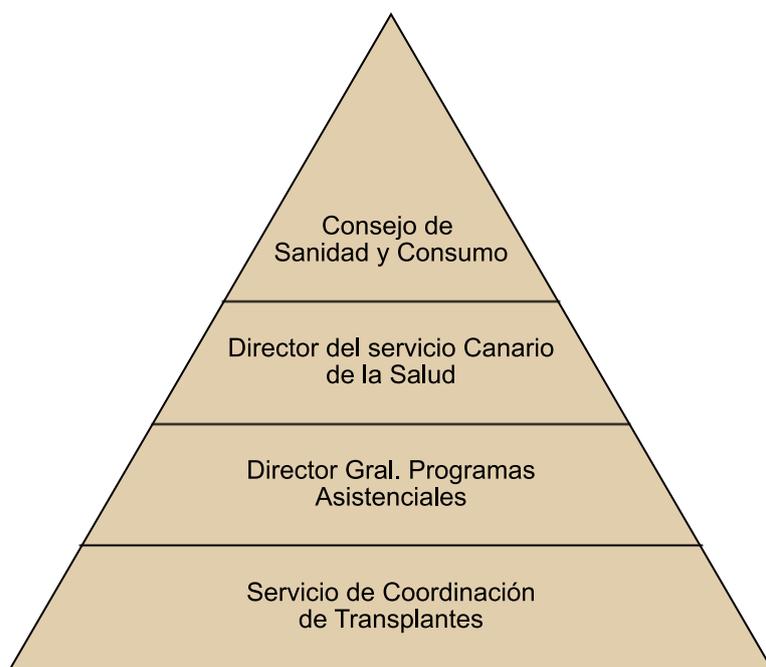
- La gratuidad.
- La legitimidad por parte del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
- Los requisitos que debe tener una persona para ser donante vivo.
- Los que debe reunir el receptor.
- La disposición de medios para una mejor coordinación.
- La futura regulación de los bancos de tejidos. (Que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

Leyes básicas:

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

2.2. La coordinación autonómica de trasplante de órganos y tejidos

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



2.3. Protocolo de extracción y trasplante

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

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

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

2.3.1. Logística de extracción

Los trabajadores sociales sanitarios necesitan saber cuál es la logística de extracción a fin de proporcionar una atención de acuerdo a los requisitos y poder ofrecer los apoyos necesarios a la familia del donante.

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

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

Infraestructura material y humana

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

- Unidad de cuidados Intensivos con material adecuado y personal entrenado en el mantenimiento del donante.
- Facilidad de localización de los miembros del equipo de extracción por parte de la coordinación de trasplantes.
- Estancia para los familiares del donante que proporcione suficiente grado de intimidad y que permita la comunicación con el exterior.
- Vía de traslado del donante desde la UCI hasta el quirófano que sea rápida y discreta, que evite el paso del cadáver a través de áreas de pacientes y/o visitas.
- Medios humanos y materiales para el transporte del cadáver hasta el quirófano.
- Quirófano de extracción que cuente con el personal adecuado y el material apropiado para este tipo de intervención (tabla 1).
- Facilitación de las tareas tanto a los equipos locales como a los equipos extractores procedentes de otros centros: comunicación exterior, alimentos, bebidas, área de descanso, documentación clínica duplicada del donante, etc.

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

- Personal:
 - Anestesiólogo.

- Personal de enfermería: dos enfermeras, una para campo quirúrgico y otra circulante.
 - Personal auxiliar de enfermería: una auxiliar circulante y para envío de muestras.
 - Celador.
 - Equipo extractor multiorgánico (cirujanos generales, urólogos, cirujanos cardíacos y torácicos). El número de componentes será acorde con el de los diferentes órganos a extraer).
 - Opcionalmente enfermera de anestesia.
- Material:
 - Anestesia.
 - Soluciones de perfusión.
 - Fármacos anestésicos.
 - Inotrópicos, diuréticos, heparina...
 - Concentrados de hematíes.
 - Ventilador mecánico.
 - Monitorización electrocardiográfica y de presión arterial.
 - Cirugía.
 - Instrumental básico: caja de laparotomía, añadiendo material adicional, según necesidades
 - Instrumental específico, generalmente aportado por los equipos desplazados
 - Otros medios:
 - Mobiliario y material estéril habitual en quirófano.
 - Soluciones de preservación: Wisconsin.
 - Hielo picado y en cubitos en cantidad suficiente.
 - Bolsas y contenedores estériles para el transporte de órganos.
 - Neveras portátiles para mantener los órganos a 4 °C.

Organización y coordinación de los equipos quirúrgicos

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

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

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

- Cirugía cardíaca: un cirujano, un ayudante y un perfusionista.
- Cirugía torácica: un cirujano, un ayudante y un perfusionista.
- Equipo de extracción hepática: un cirujano, dos ayudantes y un perfusionista.
- Equipo de extracción renal: un cirujano, un ayudante y un perfusionista.

- Extracción de tejidos (piel, huesos, válvulas cardíacas, córneas): el cirujano correspondiente a cada especialidad.
- Anestesista del centro extractor.

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

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

2.3.2. Preparación para la extracción de los órganos

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

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

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

- Recopilación de datos referidos a la extracción previa, para análisis estadístico.

Coordinación intrahospitalaria en el momento de la extracción

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

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

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

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

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

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

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

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

Actividades a llevar a cabo en el proceso de extracción de órganos

2.3.3. Reposición y análisis posterior de la extracción

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

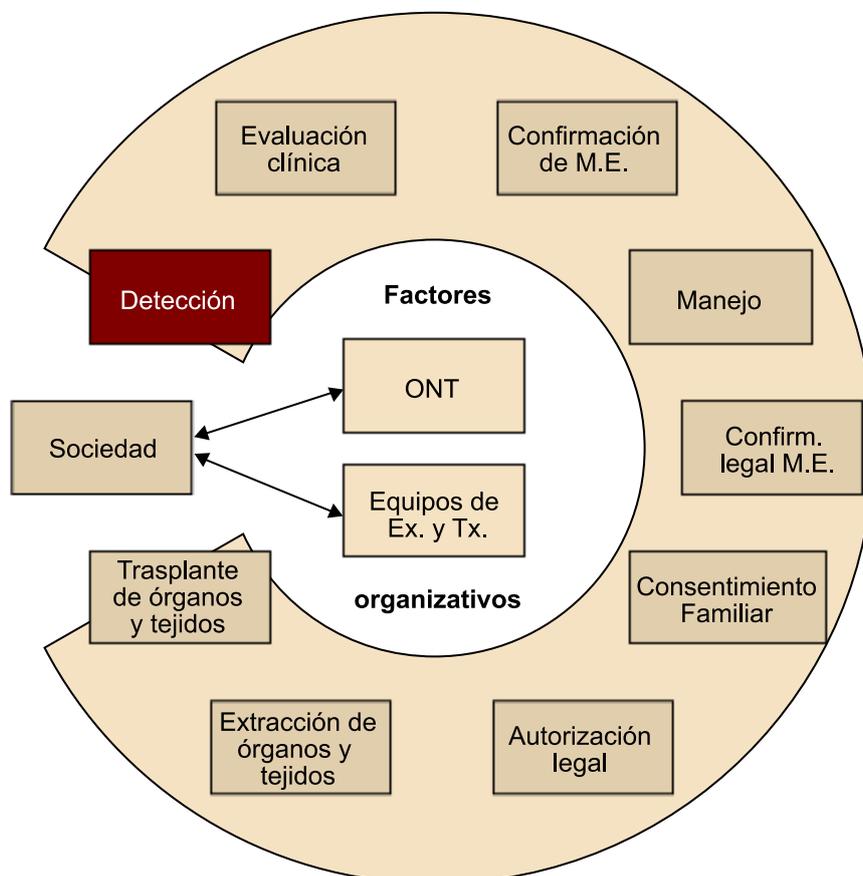
- Agradecimiento por escrito a los familiares del donante y a los equipos extrahospitalarios que hayan intervenido. Se debe notificar a éstos últimos las deficiencias observadas.
- Visita a la unidad generadora para informar de los resultados y realizar una discreta supervisión de la reposición del material.

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

2.3.4. Registro de donación y trasplante

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

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



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

2.3.5. Tiempos de isquemia

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Trabajo social sanitario en trasplante

Las circunstancias que envuelven todo trasplante justifican la necesidad de la intervención psicosocial. Algunos pacientes trasplantados de riñón no mejoran su estado de salud una vez trasplantados. Ello verifica la necesidad de una intervención previa y posterior al trasplante desde el trabajo social sanitario para un abordaje integral de la población afectada.

Esto ha llevado a la Comunidad Canaria a elaborar un *Protocolo de Intervención Psicosocial con pacientes pre y post trasplantados y sus familias*. Canarias es la única comunidad autónoma con un protocolo semejante.

La coordinación autonómica de trasplante crea la plaza de técnico de grado medio dirigida a los trabajadores sociales sanitarios, al ser profesionales que reúnen las características formativas necesarias:

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

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

1) Programa de donación y trasplante

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

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

2) Protocolo de intervención psicosocial

- La intervención, entre otras, de los trabajadores sociales sanitarios sobre los factores psicosociales que rodean la enfermedad y el creciente número de pacientes y familias que necesitan ayuda para luchar contra el impacto de la misma, la hospitalización y los cuidados posthospitalarios, justifican la intervención social. Ésta consiste en la valoración psicosocial, la intervención, la derivación y el seguimiento por parte de los profesionales de los centros de atención primaria y especializada, con la colaboración de las asociaciones y fundaciones de enfermos.

- La coordinación entre ámbitos es prioritaria para el abordaje del paciente en lista de espera para trasplante. Valoramos la necesidad de implantar un protocolo de intervención psicosocial con los pacientes y sus familiares en su primera fase con los trabajadores sociales en atención primaria y especializada.

¿Por qué se necesita la intervención psicosocial con los pacientes pendientes de ser trasplantados?

La demanda fue propuesta por las asociaciones de enfermos. Éstas valoraron la importancia de que el profesional del trabajo social de salud en atención primaria efectuara una intervención psicosocial con el paciente y su familia para investigar y acompañar en la pérdida de salud al paciente y a su familia. Se interviene en el momento de informar de que el trasplante es necesario, se hace el estudio del tipo de traslado con los lugares de hospedaje, se escucha, se explica y se orienta de los lugares y las gestiones para las dietas correspondientes, y se elabora el informe de trabajo social sanitario unificado.

La información del paciente al trabajador social sanitario en atención primaria se la facilitamos desde la coordinación y por petición de cita previa del paciente o de los familiares.

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

Aplicamos el protocolo de intervención psicosocial con enfermos pre y posttrasplantados y sus familiares en la comunidad canaria (instrucción 7/99 del Servicio Canario de la Salud).

¿Qué valoramos en la primera entrevista pretrasplante?

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

En la primera entrevista se estudia y analiza la información obtenida de la persona enferma o de su familia, como el nivel de instrucción, la situación laboral, cargas económicas, las condiciones de la vivienda y el impacto de la enfermedad. Una vez identificadas las fuentes de información, el trabajo social sanitario interpreta los datos obtenidos y elabora el diagnóstico social sanitario en síntesis, con la concreción de los procesos, en espera de que se llame al paciente a trasplante. La intervención ha de esclarecer las prestaciones susceptibles de derecho, como ser pensionista, las condiciones de habitabilidad de la vivienda y la posible eliminación de las barreras arquitectónicas internas

y externas. En ello, el profesional es un recurso en sí mismo: reduce la angustia de la persona, su ansiedad y desespero ante la enfermedad aplicando técnicas propias del trabajo social sanitario.

Una copia del informe de valoración psicosocial (véase un modelo en los recursos del aula) se remite a la coordinación autonómica, donde se centraliza para informar al trabajador social sanitario en atención especializada en el momento de ser trasplantado.

¿Intervención psicosocial del trabajador social sanitario en atención especializada durante el trasplante?

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

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

La intervención del trabajador social sanitario en los pacientes que son trasplantados por una urgencia 0⁷ (cero) se tiene lugar en coordinación con el equipo trasplantador hospitalario y la trabajadora social sanitaria en el hospital, con la coordinación autonómica de trasplante como interlocutor de acciones y seguimiento.

⁽⁷⁾Urgencia 0. Se denomina así cuando el paciente debe ser trasplantado en menos de 24h.

La urgencia 0 en trasplante se gestiona cuando es necesario un trasplante de hígado y el método de trabajo social de caso, el *casework*, se aplica para dar la información una vez se ha efectuado el trasplante. La trabajadora social sanitaria interviene con el paciente/familia en toda su dimensión: en la hospitalización de urgencias, acompaña a la familia, canaliza a sus acompañantes si los tiene, interviene desde la tarea de prestaciones, alta hospitalaria, se coordina

con el trabajador social sanitario de atención primaria para su seguimiento. El seguimiento y la intervención con el paciente y la familia finaliza al año del trasplante.

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

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

Los pacientes que debemos enviar a ser trasplantados a la península, recordemos, son los de pulmón, corazón, doble trasplante e infantil y los alogénicos⁸ no emparentados. A estos pacientes los atienden los trabajadores sociales sanitarios de su hospital en la Comunidad Canaria –donde se les da la orden de traslado– en diversas cuestiones: reducir sus miedos, desconocimiento del lugar de destino, documentos que debe cumplimentar previamente. Se actúa como facilitador en toda la información, orientación y gestión de las dietas de traslados. Se contacta con el trabajador social sanitario del hospital de referencia y se le informa de todos los procesos realizados y de los que son necesarios para su continuidad.

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

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

El programa de atención a pacientes desplazados del Servicio Canario de la Salud dispone de un piso de cinco habitaciones en Madrid.

Los pacientes conocen cuándo salen pero no cuándo van a regresar. Esto va sobrecargando a los familiares, quienes se ven abocados a una larga estancia fuera de su lugar de residencia, con permanencias que pueden superar los treinta y tres meses. La disposición del trabajador social sanitario en estos pacientes/familias es imprescindible para aumentar su grado de independencia y autoestima fuera de su entorno habitual.

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

3) Programa de sensibilización

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

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

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

b) Formador de formadores:

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

¿Qué promueve el trabajador social sanitario en la oficina de coordinación?

Eleva al superior inmediato las mejoras en la intervención con los pacientes trasplantados para disminuir su incertidumbre y acompañarles durante todo el proceso de la enfermedad.

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

2.5. Conclusiones

La elaboración de los contenidos en este módulo en el campo de los trasplantes es un hecho que nos congratula en nuestro trabajo como trabajadores sociales sanitarios, por ejercer una labor encomiable en el campo sanitario y especialmente en el de los trasplantes.

Es un campo tremendamente innovador y vanguardista: genera y aporta mejoras continuas, y tiene como fundamento al paciente en toda su amplitud, valorando la situación social del mismo para que los resultados del postrasplante sean de un nivel excelente.

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

Bibliografía

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

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

Arricivita Amo, Ángel L. (2009). *Psicosocial & Emergencias. Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Huesca: Edición del propio autor.

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

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

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

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

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

Decreto 109/1995, de 16 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, n.º 62. Gobierno de Aragón.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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