

Necesidad de una coordinación socio-sanitaria ante situaciones de emergencia social en las localidades de Xàtiva y Ontinyent (España)

Need of a health and social care coordination for emergency social situations in Xàtiva and Ontinyent

Alba Sabaté Francés (1) y Desireé Camús Jorqué (1, 2)

(1) Universitat de València

(2) SES-SAMU Valencia

Resumen: El presente artículo intenta mostrar la necesidad de una coordinación entre Servicios Sociales (SS.SS) de los ayuntamientos y el Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU) de Xàtiva y Ontinyent (poblaciones de la Provincia de Valencia), con el fin de ofrecer una atención integral. El instrumento utilizado en la metodología es un cuestionario ad-hoc cumplimentado por parte de los profesionales del SAMU y de los trabajadores sociales de Xàtiva y Ontinyent, constituyendo así un estudio descriptivo, transversal y observacional. Entre los resultados obtenidos se muestra que la totalidad de los profesionales cree necesaria la coordinación entre el SAMU y los SS.SS, además casi la totalidad de ellos opina que es necesario o muy necesario un procedimiento conjunto de actuación así como la creación de un servicio de intervención inmediata ante situaciones sociales de emergencia. A través de este artículo se hace un llamamiento a las instituciones públicas sociales y sanitarias para que se impliquen de manera urgente en la integración socio-sanitaria con el fin de ofrecer una protección ante situaciones de riesgo social y vulnerabilidad.

Palabras clave: SAMU, Servicios Sociales, Coordinación Socio-Sanitaria, Emergencia Sanitaria, Emergencia social.

Abstract: This article try to show up whether there is a need to coordinate the local Social Services (“SS.SS” in Spanish) with the Emergency Health Care Service (“SAMU” in Spanish) from both Xàtiva and Ontinyent (towns of the Community of Valencia) in order to allow an integrated care, carried out using an ad-hoc survey completed by (“SAMU” in Spanish) health workers and social workers from both Xàtiva and Ontinyent making up a descriptive, cross-sectional and observational study. Some of the results show that all the professionals point out the absolute need to coordinate the SAMU with the (“SS.SS” in Spanish) and that almost all of the sample believe that it is essential or necessary to implement a joint procedure as well as an immediate response service for emergency social situations. Through this article, a call is made to public social and health institutions to be urgently involved in social and health coordination in order to offer protection against situations of social risk and vulnerability.

Key words: SAMU, Social Service, Health and Social Coordination, Health Emergency, Social Emergency.

Recibido: 21/01/2019 Revisado: 12/05/2019 Aceptado: 05/06/2019 Publicado: 01/07/2019

Referencia normalizada: Sabaté Francés, A. y Camús Jorques, D. (2019). Necesidad de una coordinación socio-sanitaria ante situaciones de emergencia social en las localidades de Xàtiva y Ontinyent (España). *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 11-30. doi: 10.15257/ehquidad.2019.0008

Correspondencia: Desirée Camús Jorques. Enfermera del SES-SAMU Valencia. Profesora asociada de la Facultat d'Infermeria y Podologia de la Universitat de València. Correo electrónico: desiree.camus@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

España tiene una cobertura universal de salud pública reconocida por su Constitución y proporcionada por el Gobierno español, que es respaldada en su mayoría por el Presupuesto General del Estado a través de los impuestos de los ciudadanos. El Sistema Sanitario Español-(SNS), ofrece un conjunto de prestaciones a sus usuarios entre las cuales se encuentra la asistencia en situación de urgencia y emergencia sanitaria. Dicha atención se divide en tres ámbitos en función de los recursos utilizados para dar servicio. Una opción es el nivel de Atención Primaria (AP), cuya atención se realiza a través de los Centros de Salud (CS) y consultorios locales, durante el horario habitual de funcionamiento, ampliando el horario de apertura de los Centros de Atención Primaria (CAP) o mediante servicios de urgencias específicos (Miró, 2010). Así pues, los usuarios también pueden requerir dicha atención a domicilio o el servicio se puede solicitar por los servicios de urgencias y emergencias 112/061. La segunda opción son los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y la tercera los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) que actúan a nivel extrahospitalario y permiten ofrecer asistencia continuada en cualquier lugar y a cualquier hora (Miró, 2010). La organización y distribución de la red asistencial en situaciones de urgencia y emergencia mencionada con anterioridad, se realiza a través del teléfono único de emergencias 112 que permite la identificación y el contacto de los ciudadanos ante situaciones de urgencia sanitaria (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016). De este modo, se facilita la agilidad y optimización de los servicios intervinientes, ya que con una sola llamada, se

consigue activar el conjunto de servicios que pueden actuar en una situación de emergencia y se convierte por tanto en un instrumento para facilitar y posibilitar la cultura de cooperación y colaboración entre los servicios de emergencias de una ciudad o comunidad (Pérez, 2009).

En la Comunidad Valenciana (CV) la gestión de emergencias sanitarias es competencia de la Conselleria de Sanitat a través de la Subdirección General de Actividad Asistencial en el Servicio de Atención Sanitaria a Urgencias y Emergencias (SASUE) (Agencia Valenciana de Salud, 2013). En el nivel provincial se encuentran los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) que distribuidos provincialmente se encuentran en Alicante, Castellón y Valencia, de los que dependen los Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) operativos las 24 horas del día, los 365 días del año. Los CICU mantienen una coordinación con los otros CICUs provinciales y con el resto de grupos operativos no sanitarios que forman parte de la respuesta global en emergencias (policías, bomberos, Protección Civil (PC), etc.). De este modo, tienen encomendada la gestión y coordinación de todos los recursos sanitarios propios, concertados y privados en situación de emergencia y catástrofe como las unidades SAMU, las unidades de Soporte Vital Básico (SVB), las unidades de Transporte No Asistido (TNA) y con recursos no sanitarios, que se movilizarán en función de la prioridad asignada a la demanda (Agencia Valenciana de Salud, 2013). Además, existe el 112 Comunidad Valenciana, un servicio público que atiende las llamadas de urgencia dirigidas al número de teléfono 112, que funciona como un enrutador ya que es compartido por un elevado número de servicios operativos y distribuye los casos a las agencias responsables de ofrecer la respuesta más adecuada y movilizar sus propios recursos según disponibilidad y gravedad de los hechos (112 Comunitat Valenciana - Generalitat Valenciana, 2018).

Respecto a la vertiente social, los SS.SS de la CV se estructuran según la Ley Nº 192 de 1997 en Servicios Sociales Generales o Comunitarios y Servicios Sociales Especializados. Los SS.SS generales se prestan por equipos

interdisciplinarios que cubren las diferentes áreas de SS.SS en Centros de Servicios Sociales (CSS) dependientes de la Administración Local y que son la sede del Equipo Social de Base, en donde se desarrollan los programas integrados de SS.SS generales dirigidos a todos los ciudadanos, potenciando la vertiente comunitaria.

Los CSS municipales definen las Unidades de Trabajo Social (UTS) y sus zonas, que permiten el fácil acceso de los vecinos a los SS.SS. Al frente de cada una, el perfil profesional encargado de hacer posible las prestaciones de información, orientación, asesoramiento, diagnóstico y valoración es el trabajador social cuya cantidad se establece en función de la ratio de población (Celdrán, 2015).

En las situaciones de emergencia social, se evidencian estructuras débiles de apoyo familiar y social, cambios en los roles familiares y debilidad en los lazos de relación familiar (Pérez, 2011). Esto requiere de la acción protectora institucional del Sistema de los SS.SS ya que con independencia de que sean de carácter individual o colectivo, favorecen el desarrollo de situaciones de riesgo social y de vulnerabilidad. De esta manera, los SS.SS de atención a las emergencias sociales deben ofrecer prestaciones como sistema de protección social en la fase previa, durante y después de la emergencia social (Pérez, 2011). Así mismo, los trabajadores sociales son los responsables de asegurar que los individuos vulnerables reciban el mejor soporte, pues las habilidades y el entrenamiento específico que reciben, los hacen idóneos para interpretar el contexto de las emergencias, abogar por servicios específicos y proporcionar liderazgo en colaboración con otras instituciones y organizaciones. Sus funciones se basan en ofrecer apoyo emocional y mental debido a la probabilidad de alteraciones en la salud mental, facilitar la integración (para ello es necesario que conozcan el comportamiento humano social y cultural), incorporación y normalización mediante las comunicaciones entre otras agencias integradas en la respuesta a las emergencias, facilitar la vuelta a la residencia propia o a otro contexto residencial más seguro con condiciones socio-sanitarias adecuadas y finalmente, gestionar los casos, ya que pueden necesitar una asistencia

continuada por parte de diferentes servicios locales además de sociales o una ayuda en caso de discapacidad, extranjería, etc. (Kleinman y Biddinger, 2018). Las emergencias sociales son por tanto un campo de intervención multidisciplinar en el que los profesionales de los SS.SS especialmente trabajadores sociales pero también psicólogos, educadores sociales y demás profesionales psicosociales desarrollan su actividad profesional de forma coordinada formando un equipo de intervención en emergencias sociales (Pérez, 2011).

No obstante, los SS.SS de AP coexisten con servicios de atención a las emergencias sociales que prestan atención ininterrumpida las 24 horas los 365 días del año que se han ido incorporando en algunas ciudades de España. Actualmente, hay en funcionamiento siete servicios de atención a las emergencias sociales y son: SAMUR PC Madrid. Psicólogo de guardia “ROMEO” (Vehículo de Intervención de Apoyo Psicológico), Servicio de Emergencias Sociales de la Comunidad de Madrid, el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona (CUESB), Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, SAMUR Social de la ciudad de Madrid, el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS) del Ayuntamiento de Bilbao, Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. La intervención se hace efectiva gracias a unas directrices marcadas en unos procedimientos de actuación, previamente establecidos y a la disposición de los profesionales (protocolos de actuación) (Camús, 2016a; Camús y Cortés, 2017).

El SAMUR Social presenta un modelo consolidado desde junio de 2004 y pionero en Europa, que se encuentra integrado en la red de respuesta de los servicios de emergencias de la ciudad de Madrid y al que se accede a través del teléfono 112 (Samur Social - Ayuntamiento de Madrid, 2018). Los objetivos de este sistema de atención a las emergencias sociales son: proporcionar información telefónica sobre los SS.SS, intervenir en todas aquellas situaciones de emergencia social, tanto individuales, familiares, como colectivas, producidas en la vía pública, en domicilios particulares o

cualquier otro lugar del municipio, intervenir de forma coordinada en grandes emergencias con otros servicios de respuesta en emergencias (Bomberos, Policía Municipal, SAMUR PC, SUMMA-112 etc.), atender las emergencias sociales que no pueden ser atendidas por los SS.SS de AP, atender a las Personas Sin Hogar (PSH) que se encuentran en las calles de Madrid, entre otras muchas funciones (Samur Social - Ayuntamiento de Madrid, 2018).

El SAMUR Social se encuentra integrado en el sistema de emergencias de la ciudad de Madrid a través del 112, y por medio de diferentes protocolos establecidos, con otros servicios de la ciudad de Madrid (SAMUR PC, bomberos, policía nacional y SUMMA-112,...). El objetivo de los procedimientos operativos es poder desplegar un plan de acción adecuado a la resolución de la emergencia y organizar de forma priorizada su gestión. El procedimiento de actuación conjunta entre SUMMA-112 y SAMUR Social para situaciones de emergencia social, fue elaborado por la necesidad de una coordinación entre ambos servicios ofreciendo un abordaje multidisciplinar en las situaciones sanitarias y sociales (Camús, 2016b). El procedimiento se aplica en las siguientes situaciones: intervenciones en las que acude SUMMA-112 en primera instancia y es valorado, cuando no necesita traslado a centro hospitalario pero sí presenta problemática social, en intervenciones en las que acuden los servicios de emergencia social y tras la valoración el paciente requiere asistencia sanitaria de urgencia además de presentar una problemática social y en resolución de incidencias (Tevar et al., 2012).

En la línea de la coordinación socio-sanitaria, más cerca, en la ciudad de Valencia, existe el Servicio de Atención a las Urgencias Sociales (SAUS) que a pesar de ofrecer atención psicosocial en situaciones de crisis o emergencia social, carece de coordinación socio-sanitaria con el SAMU (Camús, 2015). La Dra. Camús plantea el proyecto de una coordinación socio-sanitaria y un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia, disponible las 24 horas los 365 días del año, de acceso a través del teléfono de emergencias 112 y con recursos propios, que junto a la coordinación e intervención conjunta con el resto de profesionales, pueda ofrecer una atención integral de protección. Pretende ser un servicio de acceso universal

por cualquier persona y de acceso directo por el SAMU que notificará en su parte asistencial la detección de emergencias sociales y situaciones de riesgo, agilizando la respuesta de emergencia que requiere inmediatez, a través de un árbol de decisiones en la plataforma 112 que clasifique la emergencia social. Para ello es necesario un locutor experimentado en emergencias sociales que pueda detectar y valorar la emergencia social vía telefónica, activando al recurso nuevo SAUS (Camús, 2015).

2. MÉTODO

A continuación se explicarán los participantes y los instrumentos utilizados en este trabajo.

2.1 PARTICIPANTES

La selección de los participantes de este estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional se realiza a partir de un muestreo no probabilístico y accidental. El estudio se compone por una muestra de 34 profesionales, tanto sanitarios como sociales. El colectivo sanitario (médicos, enfermeros y Técnicos en Emergencias Médicas (TES)) pertenece a las bases del SAMU de Xàtiva (Delta 8) y Ontinyent (Delta 7) que conforman los equipos de las unidades móviles del SAMU, mientras que el colectivo social (trabajadores sociales) están activos en los SS.SS de los ayuntamientos de ambas localidades.

En la siguiente tabla observaremos la distribución de la población de estudio del SAMU y de los SS.SS y la composición de la muestra final del estudio.

Tabla 1. Población de estudio y muestra del estudio.

	Xativa	Ontinyent	TOTAL	MUESTRA
SAMU	5 médicos	5 médicos	10	8
	5 enfermeros	5 enfermeros	10	7
	3 TES	3 TES	6	5
	1 médico y 1 enfermero que alternan de base		2	
SS.SS	10 trabajadores sociales	4 trabajadores sociales	14	14
			42	34

Fuente: Elaboración propia

2.2. INSTRUMENTOS

Para la recogida de los datos que sustentan la investigación se utiliza un cuestionario ad-hoc auto-administrado, anónimo y voluntario. Para ello, se pide permiso a los responsables de cada servicio para que puedan ser repartidos y se informa en el cuestionario de las condiciones y los objetivos que se persiguen con la cumplimentación del mismo.

El cuestionario se compone de preguntas de respuesta única o múltiple con apartados de preguntas abiertas y preguntas tipo Likert con cuatro cuantificadores lingüísticos. Un total de trece ítems divididos de forma estructural y temática en cuatro bloques que componen la encuesta.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el software SPSS v.22 para Microsoft Windows®. En consonancia con la metodología de datos empleada, se realizan análisis estadísticos descriptivos siempre teniendo en cuenta las propiedades métricas de las variables que se analizan. Se dicotomizan 2 de las respuestas mediante la agrupación de precaria-insuficiente como (mala) y suficiente-excelente como (buena) para facilitar el análisis. Además, en la redacción de los resultados se usa el término “trabajadores sanitarios” y se incluye en este a los médicos, enfermeros y TES. Se utiliza el Test Chi-Cuadrado para realizar la comparación de proporciones entre variables cualitativas nominales y la prueba exacta de Fisher al esperar casillas con una frecuencia esperada menor que 5. Para comprobar las diferencias de respuestas se establece un nivel de significación estadística del 95%.

3. RESULTADOS

En la siguiente Tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de la muestra. Cabe señalar que la mayoría de los profesionales son trabajadores sociales (41.2%), que casi tres cuartas partes del total de la muestra se sitúan entre los 41 y los 65 años de edad y que la mayoría de los profesionales vinculados a los servicios cuentan con más de 10 años de experiencia en la profesión.

Tabla 2. Población de estudio y muestra del estudio.

	Muestra total N=34, % (n)
Sexo	
Hombre	44.1% (15)
Mujer	55.9% (19)
Edad	
18-30 años	5.9% (2)
31-40 años	23.5% (8)
41-50 años	38.2% (13)
Más de 50 años	32.4% (11)
Perfil profesional	
Médico	23.5% (8)
Enfermero	20.6% (7)
TES	14.7% (5)
Trabajador Social	41.2% (14)
Turno de trabajo	
24 horas	33.3% (10)
12 horas	16.7% (5)
8 horas	50% (15)
Unidad SAMU	
Delta 7 (Ontinyent)	40% (8)
Delta 8 (Xativa)	60% (12)
Experiencia en SAMU	
Menos de 1 año	10% (2)
1-5 años	20% (4)
5-10 años	15% (3)
Más de 10 años	55% (11)

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 se muestran los sucesos de emergencia social detectados con mayor frecuencia, que responden a situaciones de necesidad de cuidados por enfermedad (55.9%) y a reacciones psicológicas reflejas de angustia emocional (41.2%). Por lo general, las personas con una red familiar de apoyo débil (58.8%) son el colectivo que protagoniza con mayor frecuencia situaciones de emergencia social. Con porcentajes similares se encuentran las personas mayores y personas con problemas socio-sanitarios (50% en ambos).

Tabla 3. Datos sobre la intervención en situaciones de emergencia social

	Muestra total N=34, % (n)
Situaciones de emergencia social	
Reacciones psicologicas	41.2% (14)
Malos tratos	8.8% (3)
Perdida traumática	14.7% (5)
Soledad sobrevenida	26.5% (9)
Cuidados por enfermedad	55.9% (19)
Insalubridad	38.2% (13)
Colectivos protagonistas	
Personas mayores	50% (17)
Personas con problemas sociales graves	23.5% (8)
Mujeres	20.6% (7)
Personas dependientes	20.6% (7)
Personas con problemas socio-sanitarios	50% (17)
Personas con red familiar de apoyo débil	58.8% (20)

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, en la siguiente Tabla 4, se observan las diferencias sustanciales entre las unidades Delta 7 y Delta 8 respecto a las situaciones de emergencia social atendidas y los colectivos que las protagonizan.

Tabla 4. Diferencias entre las unidades Delta 7 (Omtinyent) y Delta 8 (Xàtiva)

	Delta 7 (Omtinyent) N=8, % (n)	Delta 8 (Xàtiva) N=12, % (n)		
Situaciones de emergencia social				
Reacciones psicologicas	25% (2)	66.7% (8)	$p > .05$	$p=.170$
Malos tratos	-	-		
Perdida traumática	12.5% (1)	25% (3)	$p > .05$	$p=.619$
Soledad sobrevenida	0% (0)	33.3% (4)	$p > .05$	$p=.170$
Cuidados por enfermedad	50% (4)	58.3% (7)	$p > .05$	
Insalubridad	12.5% (1)	33.3% (4)	$p > .05$	$p=.603$
Colectivos protagonistas				
Personas mayores	37.5% (3)	58.3% (7)	$p > .05$	$p=.650$
Personas con problemas sociales graves	12.5% (1)	16.7% (2)	$p > .05$	
Mujeres (contexto emergencia social)	0% (0)	25% (3)	$p > .05$	$p=.242$
Personas en situación de dependencia	12.5% (1)	16.7% (2)	$p > .05$	
Personas con problemas socio-sanitarios	75% (6)	58.3% (7)	$p > .05$	
Personas con red familiar débil	25% (2)	41.7% (5)	$p > .05$	$p=.642$

Fuente: Elaboración propia.

Así pues, la unidad Delta 8 detecta con mayor frecuencia cualquiera de las situaciones de emergencia social consideradas en este estudio. Además, se establecen diferencias sustanciales entre Delta 7 y Delta 8 en la atención ante reacciones psicológicas reflejas de angustia emocional y en la intervención frente a situaciones de soledad sobrevenida sin llegar a ser estadísticamente significativas ($p=.170$, en ambos casos). El colectivo de personas con problemas socio-sanitarios protagoniza con mayor frecuencia situaciones de emergencia social atendidas por la Unidad Delta 7 sin establecer una

diferencia significativa respecto a la unidad Delta 8 ($p > .05$). Los cinco colectivos restantes protagonizan con mayor frecuencia situaciones atendidas en mayor medida por la unidad Delta 8 sin diferenciarse estadísticamente de su homóloga.

En la siguiente Tabla 5, se plasman las consideraciones de los profesionales tanto sanitarios como sociales respecto a la coordinación socio-sanitaria, la creación de un protocolo de actuación entre ambos servicios ante situaciones de emergencia socio-sanitaria y la asistencia social en situaciones de emergencia.

Tabla 5. Comparación entre perfiles profesionales

	Trabajador sanitario	Trabajador social		
Aportaciones coordinación entre SAMU y SS.SS				
Atención integral socio-sanitaria	45% (9)	71.4% (10)	$p > .05$	$p = .171$
Minimizar el impacto emocional	10% (2)	21.4% (3)	$p > .05$	$p = .627$
Mejora de calidad de vida usuario-familia	20% (4)	42.9% (6)	$p > .05$	$p = .252$
Ayudas e información sobre recursos	25% (5)	28.6% (4)	$p > .05$	
Mejorar la coordinación y comunicación	55% (11)	85.7% (12)	$p > .05$	$p = .076$
Ventajas del procedimiento de intervención				
Guía la intervención y la resolución de la emergencia	40% (8)	42.9% (6)	$p > .05$	
Supone una fortaleza en los profesionales	25% (5)	42.9% (6)	$p > .05$	$p = .458$
Protocolo de respuesta uniforme	45% (9)	14.3% (2)	$p > .05$	
Util para la organización y el buen funcionamiento	40% (8)	42.9% (6)	$p > .05$	$p = .076$
Actuación multidisciplinar, integral y coordinada	40% (8)	78.6% (11)	$p < .05^*$	$\chi^2 = 4.97$, $p = .026$
Calificación asistencia social (respuesta dicotómica)				
Precaria-Insuficiente (Mala)	85% (17)	42.9% (6)	$p < .05^*$	$p = .023$
Suficiente-Excelente (Buena)	15% (3)	57.1% (8)		

Fuente: Elaboración propia

La totalidad de los profesionales manifiesta la necesidad absoluta de coordinación entre SAMU y SS.SS; un 40% valora esta como “Necesaria” y un 60% como “Muy necesaria”. Tanto el conjunto de trabajadores sanitarios (médicos, enfermeros y TES) como el colectivo de trabajadores sociales coinciden en señalar que esta medida mejoraría sobre todo la coordinación y comunicación entre profesionales (55% y 85.7%, respectivamente) y encaminaría la intervención hacia una atención integral socio-sanitaria (45%

y 71.4%). Además, ambos colectivos también coinciden en que a lo que menos ayudaría esta medida sería a minimizar el impacto emocional y a fortalecer el tejido social del individuo o comunidad (10% y 21.4%, respectivamente).

Sobre la necesidad de implementar un procedimiento de intervención conjunta entre el SAMU y los SS.SS, casi la totalidad de la muestra (97%) cree que es muy necesario o necesario. El colectivo de trabajadores sanitarios le otorga más o menos la misma importancia a todas las ventajas descritas sobre la implementación del procedimiento de intervención conjunto (cifras de apoyo entorno a un 40%), sin embargo, cree con menor firmeza que esta medida suponga una fortaleza tanto para los profesionales como para los servicios de emergencia sociales y sanitarios (25%). Al respecto, significativamente más trabajadores sociales que trabajadores sanitarios opinan que el procedimiento de intervención conjunto favorecería una actuación multidisciplinar, integral y coordinada ($\chi^2=4.97$, $p=.026$, con porcentajes del 78.6% y 40%, respectivamente). En este sentido, el conjunto de trabajadores sociales cree que esto no ayudaría a ofrecer respuestas uniformes, evitar conflictos ni asegurar una respuesta inmediata (14.3%).

Sobre la asistencia social en situaciones de emergencias, ningún profesional valora esta como “Excelente”. Más de la mitad de los profesionales considera que la asistencia es precaria e insuficiente (67.6%) y solamente un tercio la califica como suficiente (32.4%). La comparación entre colectivos señala que el conjunto de trabajadores sanitarios valora significativamente peor esta asistencia ($p=.023$).

En la siguiente Tabla 6 se plasma el interés de los profesionales por la creación de un servicio de atención a las emergencias sociales así como la necesidad de coordinación entre este servicio en caso de creación y el SAMU en la atención en situaciones socio-sanitarias.

Tabla 6. Servicio de atención a las emergencias sociales

	Muestra total N=34, % (n)
Interés por la creación de servicio de atención inmediata	
Poco necesaria	2.9 (1)
Necesaria	52.9 (28)
Muy necesaria	44.1 (15)
Oportunidades ante la existencia de un servicio de atención a las emergencias sociales	
Intervención en situaciones de emergencia social, individuales o colectivas, producidas en vía pública.	61.8 (21)
Intervención de forma coordinada con otros servicios de respuesta	29.4 (10)
Atención a emergencias que no pueden ser atendidas por los SS de AP	64.7 (22)
Actuación ante situaciones de crisis inesperadas que precisan de intervención y soporte psicosocial inmediato	44.1 (15)
Como de imprescindible sería la coordinación entre el servicio y el SAMU ante emergencias socio-sanitarias en su localidad	
Necesaria	47.1 (16)
Muy necesaria	52.9 (18)

Fuente: Elaboración propia

Al respecto, para el 97% de los profesionales resulta de interés crear un servicio de intervención inmediata ante situaciones sociales de emergencia. Para un 64.7% este servicio cubriría los incidentes que por razones de horario o especificidad de la urgencia, no pueden ser atendidos por los SS.SS de AP. Además, se cree que permitiría la intervención en todas aquellas situaciones tanto individuales como colectivas, producidas en la vía pública, en domicilios particulares o cualquier otro lugar (61.8%), posibilitaría la actuación en situaciones de crisis que precisan de una intervención y soporte psicosocial inmediato (44.1%) y ayudaría a intervenir de una forma más coordinada en grandes emergencias (29.4%). Por último, todos los profesionales coinciden en señalar que la coordinación entre el servicio de atención a emergencias sociales y el SAMU en el abordaje de las intervenciones socio-sanitarias es algo necesario o muy necesario.

4. DISCUSIÓN

Según Duque (2006) existen situaciones consideradas como emergencias que serían objeto de intervención inmediata por un sistema especializado en emergencias sociales como pueden ser las situaciones de soledad sobrevenida, menor en riesgo social o la pérdida de la autonomía funcional. Los profesionales sanitarios y sociales encuestados las detectan a diario en

su actividad profesional entre las cuales destacan las situaciones de necesidad de cuidados por enfermedad (55.9%) y las reacciones psicológicas reflejas de angustia emocional (41.2%). Las personas que tienen una red familiar de apoyo débil (58.8%) y las personas mayores (50%) constituyen los colectivos que en mayor medida protagonizan dichas situaciones de emergencia social detectadas en Xàtiva y en Ontinyent. Así pues, según Pérez (2011) en las situaciones de emergencia social se evidencian estructuras débiles de apoyo familiar y social, cambios en los roles familiares y debilidad en los lazos de relación familiar.

A pesar de que una emergencia social deba ser atendida por un profesional determinado en función de sus competencias y habilidades, estas pueden ser detectadas tanto por los servicios que prestan atención a las emergencias sanitarias como por los SS.SS que a posteriori serán los responsables de abordar la situación. En esta línea, los resultados muestran que la totalidad de los profesionales sociales y sanitarios, manifiesta la necesidad de una coordinación entre SAMU y SS.SS afirmando que es necesaria (40%) y muy necesaria (60%) y además un 67.6% del total de profesionales coincide en que mejoraría la coordinación y comunicación entre los profesionales sanitarios y sociales para ofrecer una respuesta profesional y según necesidades. Así pues, Botija, Botija y Navarro (2017), afirma que la coordinación socio-sanitaria facilita la conexión y la colaboración entre los sistemas de salud y los SS.SS, ofreciendo una atención de calidad centrada en la persona sin pretender configurar una nueva estructura que robe espacios de intervención a uno u otro sistema. Rodríguez y Jiménez (2011) también expone que la coordinación entre SS.SS y sanitarios y con el resto de intervinientes en una emergencia se focaliza en la atención integral centrada en el paciente, en conseguir una mejor calidad asistencial y una mayor sostenibilidad económica de los sistemas de protección. En concomitancia, un 55.9% de los profesionales encuestados, afirma que esta coordinación socio-sanitaria proporcionaría una atención integral socio-sanitaria consiguiendo una mejor calidad asistencial y mayor sostenibilidad económica de los sistemas de protección.

Para abordar las diferentes necesidades de carácter social en la geografía española, los SS.SS de AP coexisten con servicios de atención a las emergencias sociales que prestan atención ininterrumpida las 24 horas los 365 días del año que se han ido incorporando en algunas ciudades de España (Camús y Cortés, 2017). Cuando existe un servicio de atención a las emergencias sociales que además se coordina de manera efectiva con los servicios de asistencia a las urgencias y emergencias extrahospitalarias como es el caso de la coordinación socio-sanitaria que existe en la ciudad de Madrid, los profesionales sanitarios, en este ejemplo los del SUMMA-112, ante una situación de emergencia social aplicarían el procedimiento de intervención conjunta con el SAMUR Social (Tevar et al., 2012). No pueden realizar lo mismo los profesionales del SAMU de las localidades de Xàtiva y Ontinyent los cuales no disponen de un procedimiento de intervención conjunta con los SS.SS ni de una coordinación socio-sanitaria (Camús, 2015). De este modo, las funciones que desempeñan se centran fundamentalmente en notificar en el parte de asistencia y avisar a la policía local (60%) y solicitar la intervención social en el hospital receptor del paciente en caso de traslado por emergencia sanitaria (40%).

La coordinación entre servicios se puede mejorar con la presencia de procedimientos conjuntos de actuación. Según Camús (2016) el SAMUR Social como servicio social se encuentra integrado con los servicios sanitarios y otros no sanitarios de atención a emergencias a través del 112 y de diferentes protocolos establecidos. Estos procedimientos operativos permiten desplegar un plan de acción adecuado a la resolución de la emergencia y organizar de forma priorizada su gestión permitiendo una coordinación entre servicios y un abordaje multidisciplinar en las situaciones sanitarias y sociales. Así pues, casi la totalidad de la muestra (97%) cree que es necesaria o muy necesaria la existencia de un procedimiento de intervención conjunto entre SAMU y SS.SS y un 55.9% de ellos afirma que facilitaría la actuación conjunta entre los mismos y permitiría una intervención multidisciplinar, integral y coordinada. Por detrás, en un porcentaje del 41.2% para ambas respuestas, afirman que ofrecería

respuestas uniformes y aseguraría una respuesta inmediata facilitando la resolución de la emergencia. Un procedimiento conjunto de actuación permitiría la coordinación entre SS.SS y el SAMU que los profesionales creen necesaria.

Una vez analizada la coordinación, estructura y servicios existentes en las localidades frente a la asistencia social ofrecida en situaciones de emergencia en las localidades de Xàtiva y Ontinyent, los profesionales sanitarios y sociales encuestados concuerdan con su opinión al respecto, pues ningún profesional la califica como excelente, un 67.6% la califica de precaria e insuficiente y solo un tercio como suficiente (32.4%). Esto se puede relacionar con lo que expone Uceda y Maza, Domínguez y Martínez (2015) afirmando que el Modelo Valenciano carece de ordenación, planificación y concreción ya que aún se rige por la Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de SS.SS en el ámbito de la CV, que obliga al desarrollo de programas específicos por parte de los ayuntamientos y mancomunidades creando una gran desigualdad entre municipios. Sin embargo, España presume de contar con el SAMUR Social, un modelo de asistencia a las emergencias sociales pionero en Europa ("Samur Social - Ayuntamiento de Madrid", 2018). Dicho servicio así como la coordinación entre SAMUR PC/SUMMA-112 y SAMUR Social ha servido de ejemplo para la formulación del prototipo de un servicio de asistencia a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia encabezado por la Dra. Camús (Camús, 2015). De esta manera, un 97% de los profesionales consideran necesaria o muy necesaria la creación de un servicio de intervención inmediata ante situaciones sociales de emergencia a pesar de que las opiniones respecto a la asistencia social en situaciones de emergencia presentan una diferencia significativamente estadística entre el profesional sanitario y social.

Un servicio de atención a las emergencias sociales debe asumir la respuesta cotidiana a las emergencias individuales y colectivas y a su vez, debe ser la estructura desde la que se organice la respuesta institucional en el marco del Sistema de Servicios Sociales a las Grandes Emergencias y Catástrofes (Arricivita, 2009). Estos disponen de unas fortalezas que permiten proteger a

la comunidad ofreciendo intervención profesional y con respuestas adaptadas a las necesidades como la intervención psicosocial. En coordinación, permite fortalecer el tejido social, además de salvaguardar la salud física, psicológica y social (Camús y Cortés, 2017). Según los profesionales, es necesario un servicio de dichas características en las localidades de Xàtiva y Ontinyent ya que cubriría las emergencias sociales que, por razones de horario o especificidad de la urgencia, no pueden ser atendidas por los SS.SS de AP (64.7%), intervendría en todas aquellas situaciones de emergencia social, tanto individuales como colectivas (61.8%) y actuaría en situaciones de crisis provocadas por hechos inesperados que precisan de una intervención y soporte psicosocial inmediato dentro del municipio (44.1%).

Después de la creación de un servicio de asistencia a las emergencias sanitarias, la coordinación con el SAMU es necesaria o muy necesaria como señalan todos los profesionales encuestados de igual forma que existe en la ciudad de Madrid mediante los protocolos establecidos entre SAMUR Social con SUMMA-112 y SAMUR PC. La coordinación con el SAMUR PC permite ofrecer una asistencia biopsicosocial desde un modelo integral y multidisciplinar al integrar además de profesionales sanitarios, psicólogos de guardia (Pacheco, 2010).

5. CONCLUSIONES

La totalidad de los profesionales manifiesta la necesidad absoluta de coordinación entre el SAMU y SS.SS. Ambos colectivos coinciden en que esta medida mejoraría la coordinación y comunicación para ofrecer una respuesta profesional según necesidades y permitiría una atención integral socio-sanitaria con una mejor calidad asistencial y una mayor sostenibilidad económica.

Casi la totalidad de la muestra, cree que es muy necesaria o necesaria la implantación de un procedimiento de intervención conjunto entre el SAMU y los SS.SS ya que según porcentajes de mayor a menor, posibilitaría una

actuación multidisciplinar, integral y coordinada, una intervención y resolución de las emergencias guiada y ofrecer una respuesta uniforme.

Sobre la asistencia social en situaciones de emergencia, más de la mitad de los profesionales considera que es precaria e insuficiente y por ello casi la totalidad considera interesante crear un servicio de intervención inmediata ante situaciones sociales de emergencia.

Finalmente, en caso de creación del servicio de asistencia inmediata, todos los profesionales coinciden en señalar que la coordinación entre el servicio de atención a las emergencias sociales y el SAMU es algo necesario o muy necesario.

Respecto a las limitaciones del estudio, se contabiliza que la muestra de profesionales que han cumplimentado el cuestionario en la unidad Delta 7 (Ontinyent) ha sido más reducida respecto a la unidad Delta 8 (Xàtiva). Además, la información científica relativa a la coordinación socio-sanitaria y asistencia social a las emergencias sociales disponible en las diferentes bases de datos científicas es escasa, y por tanto resulta difícil encontrar material científico para fundamentar la parte teórica del estudio.

Una posible línea de investigación futura es elaborar un procedimiento de actuación conjunta entre los SS.SS de AP de Xàtiva y Ontinyent y las unidades SAMU Delta 8 y Delta 7, siempre tras la supervisión de los profesionales y entre los responsables de los servicios. A posteriori, se pondría en marcha un proyecto piloto del procedimiento de al menos 6 meses de duración y se analizaría su efectividad, adaptándolo posteriormente según los resultados del análisis. El procedimiento estaría basado en una revisión exhaustiva de los procedimientos del SAMUR Social-SUMMA112/SAMUR PC y los algoritmos de actuación de los SS.SS de AP ante situaciones socio-sanitarias.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Valenciana de Salud. (2013). *Integración de la atención de las emergencias sanitarias al sistema corporativo de gestión de emergencias de la Generalitat. Proyecto AES 112*. Valencia: Dirección General Asistencia Sanitaria.
- Arricivita, A.L. (2009). *Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Huesca: Gráficas Alós.
- Botija, P., Botija, M., y Navarro, J. (2017). Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento. *Gaceta Sanitaria*. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.008
- Camús, D. (2015). *Análisis de necesidades y evaluación de recursos socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia. Propuesta de un nuevo recurso (Tesis Doctoral)*. Valencia: Universitat de València, Facultad de Psicología.
- Camús, D. (2016). *Las emergencias sociales: fundamentos e intervención: Abordaje desde una perspectiva multidisciplinar* (1ªed.). Valencia: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana (ACCI).
- Camús, D. (2016). Asistencia sociosanitaria de emergencia a personas en situación de riesgo. A propósito de un caso. *Equidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 6, 115-138. doi: 10.15257/ehquidad.2016.0011
- Camús, D., y Cortés, J. (2017). Propuesta de un servicio de emergencias sociales de atención 24 horas los 365 días en la ciudad de Valencia. *Comunitaria*, 13, 23-48. doi: 10.5944/comunitaria.13.2
- Celdrán, D. (2015). Ratio profesional y funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 75, 89-102. doi: 10.12960/tsh.2015.0011
- Duque, J.M. (2006). Acción Social Municipal en situaciones de urgencias y emergencias en el Ayuntamiento de Bilbao. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 59-74.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2016). *Memoria de emergencias médicas 2016*. Barcelona: SEM – Sistema d’Emergències Mèdiques

- Kleinman, S., y Biddinger, P. (2018). Advocating for an Enhanced Presence of Social Workers in Special Medical Needs Shelters during Emergencies. *Social Work*, 63(2), 182-184. doi: 10.1093/sw/swy008
- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. BOE núm.192, de 12 de agosto de 1997. DOGV núm.3028, de 4 de julio de 1997.
- Miró, Ò. (2010). State of emergency medicine in Spain. *International Journal Of Emergency Medicine*, 3(4), 219-226. doi:10.1007/s12245-010-0249-x
- Pacheco, T. (2010). Emergency response psychology in Madrid. *The Psychologist*, 23(4), 308-309.
- Pérez, D (2009). La emergencia como código de activación en el teléfono único de emergencias “el 112”. *Revista Psicosocial y Emergencias*, 1 (5). Disponible <http://www.psicosocialyemergencias.com/la-emergenciasocial-como-codigo-de-activacion-en-el-telefono-unico-de-emergencias-el-112/>
- Pérez, D (2011). El Samur Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-31.
- Rodríguez, A., y Jiménez, A. (2011). Nuevas necesidades, nuevos derechos, nuevos empleos: Dependencia y creación de empleo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 93, 9-44.
- Samur Social - Ayuntamiento de Madrid. (2018). Madrid: *Portal web de Ayuntamiento de Madrid*. Disponible en <http://www.madrid.es/portal/site/munimadrid> (28 marzo de 2018)
- Tevar, F., Aranda, A., Huertas, P., e Ibáñez, T. (2012). Módulo 1 Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias. En F. Abad Esteban et al., *Manual de enfermería SUMMA 112* (1ª ed.), 9(29).
- Uceda, F., Domínguez, F., y Martínez, L. (2015). Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana: el actual ‘modelo valenciano’ y una nueva agenda de construcción de un modelo de derechos sociales. *Alternativas. Cuadernos De Trabajo Social*, 22, 79-102.
- 112 Comunitat Valenciana - Generalitat Valenciana. (2018). Disponible en <http://www.112cv.gva.es/es/inicio>. (14 abril de 2018).