

Relator: Delfí Cosials

## Índex

- Introducció
- Context
- Catalogació i impacte del 17ago17
- Com n'estàvem de preparats
- Allò que no estava totalment preparat el 17ago17 i com i quan es va resoldre
- Com va ser la resposta, valoració global
- L'avaluació efectuada pels professionals
- Principis

---

La perspectiva adquirida respecte dels fets del 17 d'agost de 2017 a Barcelona aconsella elaborar un Relat sanitari integrador, estratègic i operatiu, des del punt de vista de Salut.

I incorporar-hi, en el seu moment, les altres visions.

El Relat te present l'encadenament i l'acumulació de situacions d'estrès social perllongat a la casuística derivada del 17 d'agost de 2017 que va patir la ciutadania derivats tant de l'esdeveniment d'agost com dels successius.

Aquesta coincidència aporta al Relat un valor particular i nou respecte d'afectacions anteriors en altres ciutats del nostre entorn.

No obstant, en aquest document ens limitarem al Relat del 17 d'agost de 2017 tot i que, pel que fa a l'afectació psicològica, les conseqüències dels dos fets s'acumulen.

## Introducció

Una crisi és una situació excepcional, complexa i fora del comú que afecta a un grup ampli de persones i al seu estil i mitjans de vida, valors, seguretat, confiança...; ocorre per sorpresa (encara que s'hagi previst); provoca desinformació i infoxicació; genera conductes no meditades, fatiga; deixa seqüeles físiques, psicològiques i socials que mantenen el seu efecte durant força temps; i el seu record dura encara més.

La intenció de reduir tant l'impacte com les conseqüències justifica l'existència i el manteniment de plans, d'un mètode, per a la seva gestió i per a la recuperació social posterior. I per reduir riscos.

Un Pla de crisi està, habitualment, inactiu en allò que respecta a l'assistència i a la resposta social. Per contra, en els aspectes de revisió, prova i formació està en activitat permanent.

Els Plans de crisi formen part de la Responsabilitat social corporativa de les organitzacions; pel que fa a les organitzacions sanitàries públiques la seva funció ho fa imperatiu.

L'esdeveniment del 17 d'agost de 2017 a Barcelona (que qualifiquem com a Incident de múltiples afectats; en endavant, IMA) pot catalogar-se de crisi sanitària però sobre tot de crisi social. El fets successius hi afegiren capes d'afectació emocional i psicològica.

Una situació IMA es dona quan per un esdeveniment massiu únic o múltiple i simultani o consecutiu de tipus incidental, accidental o social (*man made*), voluntari o involuntari, es produeix un nombre d'afectats/afectades físics i/o psicològics, adults i/o pediàtrics, tant elevat que el dispositiu sanitari públic urgent i no urgent pot veure's desbordat i amb dificultats per atendre, els físics, en els primers trenta minuts i els psicològics durant les primeres 72 hores (postIMA immediat).

L'atenció i la continuïtat durant una crisi sanitària (IMA) es un exemple d'excepcionalitat planificada amb una elevada concentració i intensitat d'esforços durant un temps limitat fent allò que es fa i de la manera com es fa habitualment però en major quantia i rapidesa.

La resposta a un IMA es dona en fases consecutives: la del propi moment del incident (amb afectats físics i psicològics) i, immediatament després, la postIMA (amb predomini de l'afectació psicològica i social) en la que, segons l'evidència científica l'aparició de casos s'estén 6 mesos ( i fins a 12 segons la situació), afectant a un nombre de persones, en aquesta esfera força superior als que ho han estat físicament.

Per assegurar l'atenció el dispositiu sanitari i la coordinació es manté força temps.

Una crisi, un IMA, des d'una perspectiva poblacional, de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia genera afectats físics i/o psicològics. Aquesta condició supera a la de víctima: afectat que compleix determinades condicions legals.

L'ús del concepte afectat enlloc del de víctima fou acordat pel Comitè de seguiment IMA el dia 23 d'agost de 2017.

Un afectat pot ser directe: aquella persona que, arran d'un incident massiu, es traslladada pel Sistema d'emergències mèdiques (SEM) o relata una situació que, al seu parer o al d'un professional sanitari, es susceptible de ser atesa i que acut en demanda d'atenció a un centre sanitari; òbviament, cal que hi hagi una relació causal directa amb el IMA.

Inclou els evacuats, en el moment del incident, pel SEM i altres ambulàncies cap als centres sanitaris SISCAT on se'ls atendra i aquells que hi acudeixen pel seus propis mitjans el mateix dia o en els successius: espontanis.

L'afectació psicològica i l'emocional poden sorgir fora del lloc d'ocurrència del IMA i en un altre moment. Els afectats indirectes ho son sempre que hi hagi un vincle reconegut amb un afectat directe. Parlem d'afectat secundari si no la manifesten.

Els professionals atesos per una causa relacionada amb el IMA conformen una categoria especial d'afectat: la dels intervenents.

### Context

L'abordatge d'un IMA a Catalunya està regulat pel Pla de Protecció Civil de Catalunya (en endavant, PROCICAT) qui els classifica en quatre nivells però on no s'hi fa cap menció específica al postIMA; no es el seu àmbit de competència.

PROCICAT adjudica l'atenció *in situ* al SEM (física i psicològica) i la continuïtat a SISCAT; a Barcelona la psicosocial la du terme el CUESB.

El comandament de la xarxa pública de salut de la ciutat (en endavant, SISCAT) durant un IMA correspon al Consorci Sanitari de Barcelona (en endavant, CSB): ens públic constituït per la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, adscrit al Servei Català de la Salut, que exerceix les funcions de Regió sanitària a la ciutat de Barcelona.

També li correspon la desactivació, la gestió i la coordinació de la continuïtat postIMA.

El CSB disposa d'un Pla IMA i postIMA en el que s'indica qui fa que, quan i on en allò que respecta a l'atenció física i psicològica dels afectats.

La preparació fou conseqüència de la consciència de necessitat de la situació de risc, de les lliçons apreses d'anteriors situacions similars del nostre entorn, dels compromís, de la implicació i de la capacitat de SISCAT, de la incorporació d'operadors externs amb valor afegit...

La resposta hospitalària (física i psicològica) la proporcionen els Hospitals Vall d'Hebron, Sant Pau, Clínic, Mar (inclòs el de l'Esperança) i Sant Joan de Deu. *En endavant, en el text i en la taules es nomenen SUH.*

Els Hospitals d'aguts amb servei d'urgències tipus CUAP: Sagrat Cor, Plató i Dos de maig el transformen en servei d'urgències hospitalari mentre es mantingué activat el IMA; en tot cas per un període inferior a les 24 hores; l'atenció psicològica per un període inferior a les 12 hores la du a terme el Col·legi de Psicologia de Catalunya (COPC). *En endavant, en el text i en la taules es nomenen CUAP>SUH.*

Els Centres d'Atenció d'Urgències d'Atenció primària (CUAPs): Casernes, Manso, Horta, St Martí, Gràcia, Cotxeres, Peracamps i el Centre d'Atenció pediàtrica integral (CAPIBE) son els encarregats d'atendre els afectats sense risc vital; l'atenció psicològica per un període inferior a les 12 hores la du a terme el COPC. *En endavant, en el textos i en la taules es nomenen CUAP.*

L'atenció psicològica en el període postIMA correspon a Salut mental ambulatoria (Nuclis territorials postIMA) amb el reforç temporal d'unitat expertes: Unitat de Trauma, crisi i conflictes de Barcelona (UTCCB) i Hospital Sant Pere Claver.

S'incorporen pel seu valor sanitari, expertesa i massa crítica de casuística.

El postIMA s'orienta cap a la recuperació ordenada de la població amb l'objectiu de que els afectats psicològicament no acabin emmalaltint ja que la major son, en el moment del incident, sanes. La idea motriu es el seu retorn així que clínicament sigui possible a la normalitat assistencial i organitzativa per, així, assegurar la continuïtat i la sostenibilitat de la resposta.

El període IMA va des de l'activació fins a la seva desactivació. El postIMA comença immediatament després del impacte i segueix la cronologia del risc/trauma psíquic.

La garantia de qualitat i la continuïtat en la resposta, sobre tot postIMA, passa per un registre detallat dels afectats. Els registres permetran a més a més l'aprenentatge i les anàlisi creïbles.

La transferència de casos entre els operadors sanitaris segueix els canals habituals de la xarxa territorial de cada Àrea integral de Salut del CSB.

Catalogació i impacte del 17ago17

L'esdeveniment va ser del tipus *man made* incidental i social i de nivell II de l'escala PROCICAT.

La catalogació META (model extrahospitalari de triatge avançat) *in situ* dels afectats fou: vermells: 28,3%, grocs: 19,2%, verds: 41,7% i 10,8% negres. Sobre un total de 102.

Els afectats físics, finalment, foren 154; d'ells 23 en edat pediàtrica. Hi va haver 14 *exitus*, 13 *in situ*. El 33,7% van accedir espontàniament als Centres sanitaris.

Del total, 73 van ser atesos en SUH, 34 en CUAP>SUH i 47 en CUAPs.

Dels atesos en els Hospitals varen ser intervinguts quirúrgicament en algun moment de la seva estada hospitalària 24 persones (17 adultes i 7 pediàtriques); i amb atenció intensiva, 19 i 8 respectivament.

La resposta temporal del conjunt del dispositiu va ser ràpida tal i com mostra la taula 1: l'actuació del SEM *in situ* va concloure en menys de dues hores; la dels Hospitals abans de sis hores tot considerant l'alta afluència espontània d'afectats. El CUESB es va moure en paràmetres similars.

Taula 1		Moment del incident			
16:53					
Avis al CECOS					
+2 min					
SEM		Hospitals*,**		CUESB	
Fet	Temps	Fet	Temps	Fet	Temps
Primera ambulància en el terreny	+13 min	Activació Hospitals	+11 min +27 min	Alerta	+31 min
Primer evacuat	+32 min	Primera atenció	+37 min +2h 17 min	Primera activació	+37 min
Darrer evacuat	+1h 52 min	Darrera atenció*	+2 h 35 min + 5h 27 min	Tancament	+4 h 9 min

\*inclou espontanis i ressagats

\*\*no es disposa de dades dels CUAPs

Afectats físics

La catalogació MAT (urgència en l'atenció i risc vital) dels afectats atesos distribuïda per Centres i global es presenta en la taula 2.

Taula 2		MAT					Distribució tipologia Centres
Nombre de casos	I	II	III	IV	V	Total	
SUH	28	16	20	7	0	71	46,7%
CUAPs > SUH	0	8	6	19	1	34	22,4%
CUAPs	1		14	31	1	47	30,9%
<b>Total casos</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>152</b>	
<b>Percentatges</b>							
SUH	38,4%	21,9%	27,4%	9,6%	0,0%		
CUAPs > SUH	0,0%	23,5%	17,6%	55,9%	2,9%		
CUAPs	2,1%	0,0%	29,8%	66,0%	2,1%		
<b>Distribució MAT</b>	<b>19,1%</b>	<b>15,8%</b>	<b>26,3%</b>	<b>37,5%</b>	<b>1,3%</b>		
<b>Agregació</b>	<b>61,2%</b>			<b>38,8%</b>			

El impacte del IMA va ser intens com manifesta que el 61,7% dels casos van ser del tipus MAT I, II o III. I que el 46,7% van ser atesos en Hospitals terciaris.

La contribució dels CUAP>SUH a la resposta fou molt rellevant sobre tot en la recepció d'afectats de tipus MAT II (23,5%). La global dels CUAP també: 31% contribuint decisivament a reduir el impacte sobre els Hospitals i a que la resposta fos ràpida i eficaç.

L'absorció del impacte previsible d'un IMA es possible per la mobilització de professionals, activats o espontanis, que s'adrecen als punt de concentració i d'atenció d'afectats. La Taula 3 indica globalment el comportament d'aquest paràmetre.

Taula 3	SUH	CUAP>SUH	CUAP	TOTAL
<b>Metges</b>	154	45	10	<b>209</b>
<b>Infermeria</b>	120	3	11	<b>134</b>
<b>Gestió</b>	29	14	1	<b>44</b>
<b>Tècnics</b>	42	1	9	<b>52</b>
<b>Altres</b>	27	2	3	<b>32</b>
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>65</b>	<b>34</b>	<b>471</b>

La mobilització professional fou hipertròfica circumstància comprensible donat que, en els primers moments, no es podien preveure les necessitats finals de la resposta.

Val a dir que aquesta mobilització es concentrà, fonamentalment, en dos Hospitals.

Els professionals mobilitzats ho van ser per la reubicació dels presents en aquell moment, per la ubicació de retornats *motu proprio* i per aquells activats específicament. La distribució per estaments i tipologia de mobilització fou la que es detalla en la Taula 4.

Taula 4	Metges	Infermeria	Gestió	Tècnics
<b>Reubicats</b>	37%	43%	90%	58%
<b>Retornats</b>	57%	54%	10%	42%
<b>Activats</b>	6%	3%		

El percentatge de retornats fou elevat sobre tot si considerem que aquesta mobilització es concentrà, fonamentalment, en dos Hospitals i en metges i infermeria.

Destaca l'elevada reubicació de gestors i tècnics.

L'absorció del impacte d'un IMA es possible per l'expansió d'espais i utilitatge assistencial a més a més dels disponibles en el moment del incident que permet donar resposta a les necessitats d'aquelles àrees assistencials amb més acumulació d'afectats. En la Taula 5 es relata el resultat final de l'expansió en l'episodi del 17 d'agost.

Taula 5.	Boxos d'Urgències	Llits de Cures intensives	*Quiròfans
<b>SUH adults</b>	46	28	7
<b>SUH Pediàtric</b>	18	6	3
<b>CUAP&gt;SUH</b>	20	10	1
<b>CUAP</b>	4	0	-
<b>TOTALS</b>	<b>88</b>	<b>44</b>	<b>11</b>

\*pel moment d'ocurrència del IMA els espais quirúrgics estaven disponibles en la major part

L'expansió i obertura d'espais assistencials fou ajustada amb la realitat final del IMA i al nombre i tipologia d'afectats.

L'atenció sanitària als afectats psicològics s'ha de valorar d'acord amb el lloc d'atenció i amb les etapes que indica l'evidència: *in situ* i en el postIMA immediat durant les primeres 72 hores, durant el primer mes; no s disposa de dades de l'atenció prestada per aquest concepte del 2n al 6è mes.

En la Taula 6 es mostren les xifres d'atenció psicològica desagregades segons s'ha indicat i els ratios d'afectació física/afectació psicològica en cada indret i moment.

Taula 6	Afectats físics atesos	Atencions psicològiques efectuades*	Rati afectats Psicològic / físic
<b>In situ o en el postIMA immediat (primeres 72 hores)</b>			
SEM	102	234	2,6/1
CUESB	No aplica	780	No aplica
UTCCB(secundaris)**	No aplica	76	No aplica
<b>En els Centres sanitàries durant el IMA</b>			
SUH	73	155	2,1
CUAP>SUH	34	Sense dades	No aplica
CUAPs	47	Sense dades	No aplica
<b>En el postIMA tardà (primer mes)</b>			
Atenció primària	0	93	No aplica
Salut mental ambulatoria	0	85	No aplica

\*Cal considerar que un afectat psicològic pot haver estat atès més d'un cop

\*\*Derivats pel CUESB, Salut mental ambulatoria

Les dades en la Taula 6 son incompletes inestables. La manca de cultura de registre en aquest tipus d'afectació, la incorporació de dispositius novells juntament amb els dubtes que varen sorgir pel que fa al propi registre ho poden explicar.

No obstant, destaca la manca de dades i el baix rati d'afectació psicològica.

La Taula 6 expressa més un déficit que una realitat.

#### Com n'estàvem de preparats

Des de febrer de l'any 1995 Catalunya disposa d'un Pla territorial de Protecció civil (PROCICAT) actualitzat per darrer cop a maig de 2017.

La ciutat disposa des de l'any 2013 d'un Pla d'Incident de múltiples víctimes (Pla IMV); aquesta era, en aquell moment, la denominació oficial. El seu àmbit d'actuació eren les víctimes d'un hipotètic incident i incorporava únicament la resposta per part del hospitals terciaris. No considerava l'atenció psicològica més enllà de l'associada a l'atenció física de les víctimes.

L'any 2016 es revisa la revisió del Pla IMV amb la intenció d'incorporar el conjunt de SISCAT de la ciutat a la resposta, l'atenció psicològica en la postemergència i els Plans de Centre. Es du a terme en tres fases:



- març de 2016: establiment del contingut mínim, comandament, abast i límits tant del Pla de ciutat com dels Plans de Centre: d'Atenció especialitzada, primària i intermèdia; per homogeneïtzar la resposta s'elaboren Mecanismes compartits en cada àmbit de salut.
- juny de 2016: s'explicita la capacitat de mobilització de professionals i d'expansió d'espais, recursos i utilitatge; es disposa del primer esborrany del Pla de Centre: Hospitals i CUAPs.
- desembre de 2016: es concreta i s'acorda la composició del Comitè de crisi de Centre, els rols de decisor i de gestor IMA de Centre, l'atenció psicològica IMV; es disposa de la primera versió dels Plans de Centre: d'Atenció especialitzada, primària i intermèdia. Es tanca la revisió del Pla IMV de ciutat.

En resum, en aquesta data es disposa dels Plans IMV propis de cada Centre amb contingut variable segons la seva estructura i cultura assistencial i organitzativa però amb els elements fonamentals compartits.

Abans del 17 d'agost no se n'havia aplicat cap explícitament; no obstant implícitament s'havien desenvolupat les fases de reducció i resposta (mètode 5R) (equivalents a la planificació), la de reacció ho estava parcialment, la de recuperació estava pendent i la de replanteig (avaluació) estava prevista però no protocolitzada.

El 17 d'agost de 2017 s'havien format entorn de 300 professionals sanitaris d'Hospitals i CUAPs en els Plans des seus respectius Centres i en el del CSB.

Pel que fa als afectats psicològics el 17 d'agost de 2017 la seva atenció estava acordada en una gran part dels seus aspectes però no formalitzada documentalment. En concret s'havia ordenat l'atenció *in situ* i en el moment d'ocurrència i durant les primeres 72 hores, l'assistència urgent hospitalària, als CUAPs i als Hospitals que no disposen de Servei de Psiquiatria. Sempre en el marc de la xarxa pública de salut.

El primer aspecte el cobreix el CUESB activat per CECOPAL seguint la Carta municipal de la ciutat (a la resta de Catalunya, correspon al SEM); el segon mitjançant un Mecanisme compartit s'assigna a la guàrdia de Psiquiatria (situacions d'urgència o malaltia mental prèvia; també se'n fa càrrec de l'atenció psicològica dels afectats físics rebuts i del seu entorn immediat amb els

canals habituals de retorn al Dispositiu comunitari de Salut; el 25 de maig 2017 es signa el Conveni entre el CSB i el Col·legi de Psicologia de Catalunya per l'atenció dels afectats psicològics i del seu entorn immediat, del tercer bloc, durant les primeres 12 hores.

El 18 d'agost s'assigna com a reforç assistencial expert postIMA al Dispositiu comunitari de Salut la Unitat de Trauma, crisi i conflictes de la UAB i l'Hospital Sant Pere Claver durant les 72 hores següents al IMA; més endavant (12 de setembre) s'allarga fins al primer mes.

El 17 d'agost s'activa allò acordat; la resta de necessitats que indica l'evidència s'aborden de manera consensuada amb els operadors SISCAT. Es detalla a continuació.

L'atenció telefònica prestada pel 061, el CUESB i el Servei d'Atenció a la víctima del Departament Justícia s'ordena més tard.

### Allò que no estava totalment preparat el 17ago17 i com i quan es va resoldre

Els dies següents al 17 d'agost es va completar la fase de reacció i la de recuperació seguint el mètode 3Ws: *who, what, where* (Qui fa què i on).

La coordinació amb els intervinents no sanitaris.

El 23 d'agost es formalitza i convoca el Comitè de seguiment d'Afectats integrat pels Departaments de Justícia i Interior, Mossos d'Esquadra, Guàrdia urbana de Barcelona, SEM, CUESB, Creu Roja, Col·legi de Psicologia, CSB, Hospitals i el Institut de Serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona.

En la primera sessió s'acorda

- orientar la resposta al concepte inclusiu 'afectat' vers el restrictiu de 'víctima'
  - implica passar d'una resposta IMV a una resposta IMA
- que el postIMA s'articula com a període concret de resposta
- la necessitat de tenir cura dels intervinents.
- integrar l'atenció telefònica del 061, CUESB i Servei d'Atenció a la víctima del Departament de Justícia a la resposta així com la coordinació amb Salut mental ambulatoria.

Els seus documents tenen caràcter reservat.

La necessitat de normalitzar el procés informatiu per facilitar la comunicació de l'esdeveniment i eliminar el impacte dels requeriments constants d'informació sobre els professionals sanitaris.

Mitjançant una única font de dades sanitàries d'afectats físics i psicològics IMA i postIMA: completa i sincrònica per canals segurs i apropiats i per totes aquelles organitzacions que les requereixin mitjançant Conveni específic.

En aquest moment s'està completant.

La continuïtat assistencial IMA i postIMA entre els operadors implicats.

El 7 de setembre la Direcció de Demanda de CatSalut identifica la codificació apropiada dels casos per aquesta finalitat segons els diversos sistemes de classificació en ús en el nostre entorn sanitari: CIM9 MC, E979.9; CIM10, Z65.4; CIM10 MC, Y38.89; CIAP2, Z25.

El termini d'atenció dels afectats psicològics postIMA.

Es fixa, per la primera atenció individual, en menys de 72 hores tant per Atenció primària (6 de setembre) com per Salut mental ambulatoria (25 d'agost). Les següents a criteri clínic.

El 18 de setembre de 2017 es consolida el Mecanisme compartit dels Serveis de Psiquiatria i Psicologia dels Hospitals (guàrdia de Psiquiatria).

El Model de resposta IMA de Treball social sanitari (TSS) dels Hospitals es formalitza el 6 d'octubre.

Resta pendent el fragment corresponent a TSS d'Atenció primària.

La connexió dels actors socials no sanitaris a la resposta.

El 15 de setembre s'incorpora el Grup d'emergències psicosocials del Consorci d'Educació de Barcelona (CEB) coordinat amb Salut mental ambulatoria.

El 6 d'octubre s'integra la resposta postIMA a la Taula de Salut mental de l'Ajuntament de Barcelona coordinada amb Salut mental ambulatoria.

La base de coneixement per l'atenció psicològica postIMA s'homogeneïtzava.

El 27 de setembre es publiquen els Criteris de risc i de diagnòstic TEA i TEPT pel Dispositiu comunitari de Salut elaborats i consensuats amb experts SISCAT.

El 14 de novembre s'inicia el Programa de formació per tots els intervinents.

L'estructura de resposta territorial post de Salut mental ambulatòria.

El 13 de desembre de 2017 l'Òrgan tècnic de Salut mental del CSB aprova la constitució del Nuclis territorials: professionals dels operadors públics de Salut mental ambulatòria amb vocació d'expertesa en l'atenció al Trauma/Risc psíquic. El CSB rep l'encàrrec.

L'1 de març de 2018 es formalitzen.

L'atenció específica als intervinents s'està preparant en aquest moment.

La vesant poblacional d'un IMA: promoció de la salut i la prevenció de la malaltia s'està preparant en aquest moment: Xarxa de detectors encarregada d'identificar i interpretar *in situ* els trets disfuncionals, la simptomatologia, les situacions i els senyals que se'ls relati.

### Com va ser la resposta, valoració global

El 17 d'agost disposàvem d'un Pla IMV que va caldre aplicar ràpidament i ajustar sobre la marxa.

La resposta sanitària fou eficaç i ordenada en gran part per que es disposava d'un Pla de ciutat i per que els Hospitals, CUAPS i Atenció intermèdia disposaven del seu particular amb una extensa formació professional. Però sobre tot per l'actitud professional i el comportament dels veïns/veïnes. Taula 7.

El resultat sanitari va ser bo, el comandament acceptat, la resposta dels professionals magnífica i, com s'ha indicat, hipertròfica

La transferència d'afectats entre dispositius seguí els canals habituals de la xarxa territorial.

No obstant, aquell dia no tot allò planificat fou útil, algunes decisions i algunes accions es van prendre i executar i/o rectificar sobre la marxa, van aparèixer situacions sobtades que es van resoldre, la gestió de la informació fou millorable... hi va haver alguna interferència.

Es detalla en l'apartat de l'avaluació.

Tot plegat ens va dur a transitar d'un Pla de resposta IMV a un Pla de resposta IMA i, sobre tot, postIMA i ens va permetre completar (a Barcelona) el Grup sanitari de PROCICAT amb els operadors específics del postIMA.

Aquest es, ara, el Pla de resposta. Està disponible a <http://www.aisbcn.cat/2018/01/26/pla-ima-bcn-i-postima/>

La reacció ciutadana es manifestà amb una important disminució de la demanda d'atenció a Urgències el dia 17 respecte del 16 i el 18 sobre la del 17. Taula 7.

Taula 7	Del 17ago sobre el 16ago		Del 18ago sobre el 17ago	
	Percentatge	Xifra	Percentatge	Xifra
SUH	-17%	-284	-12%	-165
CUAP>SUH	-12%	-37	-16%	-82
CUAP	-20%	-109	+16%	+68

El comportament que indica la taula 7 i les circumstàncies del incident: moment d'ocurrència, nivell II de PROCICAT, hora d'ocurrència (sortida de torn i entrada de guàrdia), la disponibilitat de quiròfans ... protegiren el sistema sanitari i van facilitar l'absorció del impacte del IMA

El resultat assistencial del postIMA durant les primeres 72 hores i durant el primer mes va ser útil i eficaç i, fins a cert punt, sorprenent donada la inexperiència; l'organitzatiu es pot catalogar d'efectiu en aconseguir reduir la confusió previsible periodificant i fixant els terminis d'atenció, reunint el operadors de salut, socials, educatius i experts en una resposta compartida, sistematitzant els criteris de risc i clínics i els fluxos assistencials, aplicant una coordinació reconeguda; finalment, la resposta dels professionals va estar alineada amb les instruccions rebudes.

No obstant, l'atenció, la continuïtat i la resolució es va ressentir quan la informació assistencial postIMA va deixar de circular fluidament entre els operadors en sorgir dubtes legals sobre aquest flux.

Aquest fet dificulta valorar positivament la resposta. I en condiciona l'avaluació.

D'altra banda no es van poder evitar algunes interferències.

### L'avaluació efectuada pels professionals

L'avaluació es va dur a terme en el marc de l'Òrgan tècnic d'Urgències i emergències del CSB mitjançant la tècnica de *debriefing* semiestructurat en dues sessions: 19 d'octubre i 16 de novembre de 2017 i amb l'índex següent que cada operadors va desenvolupar:

- Funcionalitat d'activació i desactivació
- Cronologia i relat de la resposta
- Previsió i planificació de la resposta
- Comportament del Sistema d'informació
- A banda de la dotació que corresponia al moment
  - Nombre de professionals que s'hi van afegir
  - Nombre de recursos físics que s'hi van incorporar
- Necessitat de Buidatge/desocupació
- Nombre d'afectats físics i psicològics atesos; tipologia assistencial

Els aspectes de millora identificats i el destinatari de l'encàrrec per implantar-les foren

- Pel CSB
  - Consolidar el model de resposta
  - Revisar el procés d'activació i desactivació
  - Assegurar la gestió de la informació i de la comunicació
  - Reduir les dificultats de transferència de dades entre Administracions
  - Crear equips d'expertesa amb coneixements i habilitats específicament IMA
  - Establir un Codi de bones pràctiques de comunicació IMA
  - Estructurar un base compartida de coneixement pels intervinents
  - Crear els Nuclis territorials postIMA
- Pels Centres
  - Revisar els Protocols de seguretat dels Centres
  - Millorar l'organització IMA
    - Rol de coordinador IMA d'infermeria
    - Establir i formar grups tractors IMA
    - Incorporar el treball social sanitari en la resposta
    - Incloure-la en el Pla de Formació dels Residents
  - Ordenar el mecanisme IMA de gestió de professionals
    - Consolidar el mecanisme d'atenció als intervinents incorporant Riscos laborals
    - Normalitzar la formació IMA i postIMA
    - Formació específica en "incidents intencionats"
- Pel Comitè de seguiment d'Afectats
  - Facilitar l'accés àgil i segur del SEM a la zona zero
  - Preveure corredors segurs d'evacuació pel SEM

- Organitzar l'acompanyament policial a les ambulàncies
- Formar la seguretat privada dels Centres SISCAT

El dia 14 de desembre de 2017 es presentaren els resultats i les conclusions del *debriefing* a l'Acadèmia de Ciències mèdiques de Catalunya amb el següent Programa:

- L'atenció *in situ*
  - Sanitària
  - Psicosocial
- La coordinació Sanitària (CECOS)
- L'atenció al IMA del 17 d'agost de 2017 en els Centres SISCAT
- El resultat del *debriefing* del CSB. Punts forts i punts de millora particular i col·lectiva
- La responsabilitat directiva: recursos, formació, especialització.

### Principis de la resposta IMA i postIMA BCN

Els generals son:

- seguir un mètode
- pel que fa al postIMA estar en sincronia
  - amb la cronologia del risc/trauma psíquic: estrès agut, trastorn adaptatiu i estrès post traumàtic: 72 hores, 1r mes, 2n-6è mes
  - amb la piràmide d'intervencions per als serveis de salut mental i recolzament psicosocial que proposa la *Inter-Agency Standing Committee*.

El Pla i la Resposta IMA i postIMA de Barcelona:

- es basen en el Sistema públic: salut, educació, social, seguretat...
  - les entitats privades son activades pel Sistema públic en condicions SISCAT
- segueix el principi d'equitat
  - els operadors i els professionals SISCAT sense distincions i sense renunciés asseguren la resposta
- es basen en la continuïtat assistencial i la informacional
- no generen cap dispositiu ni nou ni *ad hoc*, s'empren aquells que es disposen: xarxa territorial
  - l'afectació es distribueix per capil·laritat entre el Centres per fer-ho sostenible
- durant
  - el IMA parlem de comandament amb un sistema de relacions vertical

- el postIMA parlem de coordinació amb un sistema de relacions laterals
- aposten per una base específica de coneixement
- tenen visió
  - poblacional
    - promoció de la salut: educació emocional
    - prevenció de la malaltia: detectors sanitaris
  - professional: mecanisme d'atenció als intervinents

1a redacció



Document

<p><b>emergències mèdiques</b></p> 	 <p><b>CUESB</b> CENTRE D'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES SOCIALS DE BARCELONA</p>	 <p><b>Consorci Sanitari de Barcelona</b> Generalitat de Catalunya Ajuntament de Barcelona</p>	 <p><b>Consorci d'Educació de Barcelona</b> Generalitat de Catalunya Ajuntament de Barcelona</p>
--	---	---	---

Resposta IMA

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p>	 <p>Hospital del Mar Parc de Salut MAR</p>	 <p>Vall d'Hebron Hospital</p>	 <p>CLÍNIC BARCELONA Hospital Universitari</p>	 <p>SJD Sant Joan de Déu Barcelona · Hospital</p>
---	---	---	--	--

 <p>Hospital dos de maig Centros Sanitari Integrals</p>	 <p>hp Hospital Plató</p>	 <p>Hospital Universitari Sagrat Cor</p>	 <p>Institut Català de la Salut</p>
 <p>Centre Integral de Salut Cotxeres</p>	 <p>Centre PERACAMPS</p>	 <p>CUAP Gràcia</p>	 <p>CAPÍ CENTRE D'ATENCIÓ PEDIÀTRICA INTEGRAL</p>

 <p>Hospital Sociosanitari MUTUAMGUÉLL</p>	 <p>Parc Sanitari Pere Virgili</p>	 <p>CBC centres blauclic</p>	 <p>Centre Integral de Salut Cotxeres</p>
 <p>Centre FORUM</p>	 <p>Nhe</p>	 <p>SA+</p>	 <p>Hestia Alliance Senior Care</p>

Resposta postIMA

 <p>Sant Pere Claver FUNDACIÓ SANITÀRIA</p>	 <p>Hermanas Hospitalarias HOSPITAL MARE DODU DE LA MERE</p>	 <p>LESCORTS CENTRE D'HYGIENE MENTAL</p>	 <p>CLÍNIC BARCELONA Hospital Universitari</p>	 <p>Hospital del Mar Parc de Salut MAR</p>
 <p>CIPIB Serveis Salut Mental</p>	 <p>fetb Fundació Eulàlia Torres de Bèa Institut de Psiquiatria i Psicologia</p>	 <p>ASM Horta Guinardó</p>	 <p>Hermanas Hospitalarias HOSPITAL MARE DODU DE LA MERE</p>	 <p>nou barris ASSOCIACIÓ CENTRE HIGIENE MENTAL</p>
 <p>Parc Sanitari Sant Joan de Déu</p>	 <p>F9B FUNDACIÓ NOU BARRIS</p>	 <p>FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER</p>	 <p>UTCCB Unitat de Trauma, Crisis i Conflictes de Barcelona</p>	 <p>Collegi Oficial de Psicologia de Catalunya</p>