
Atención primaria de salud y trabajo social sanitario

PID_00273048

José Manuel Jiménez Rodríguez

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**José Manuel Jiménez
Rodríguez**

Diplomado en Trabajo Social y licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Granada. Doctor en Ciencias Sociales (mención *cum laude*) por la Universidad de Granada. Máster universitario en Derecho de extranjería por la Universidad de Granada. Máster universitario en Problemas sociales: dirección y gestión de programas sociales por la Universidad de Granada. Experto universitario en asesoramiento de inmigrantes en España y la Unión Europea por la Universidad de Granada. Experto universitario en promoción de la salud en contextos sanitarios, educativos y sociales; experto universitario en bioética; y experto universitario en género y salud a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Trabajador social en el Servicio Andaluz de Salud. Es profesor asociado laboral en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Granada y profesor colaborador en el máster universitario de Trabajo social sanitario de la UOC.

Segunda edición: marzo 2020
© José Manuel Jiménez Rodríguez
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

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

Índice

1. La atención primaria de salud.....	5
1.1. Concepto y características generales de la atención primaria de salud	7
1.2. Los servicios y prestaciones sanitarias de atención primaria de salud	8
2. Paradigmas en la atención sanitaria y social.....	9
2.1. El modelo biopsicosocial en atención primaria de salud	9
3. El trabajo social sanitario en atención primaria de salud.....	10
3.1. Breves antecedentes históricos y su visión contemporánea	10
3.2. Las unidades de trabajo social sanitario en atención primaria de salud	11
3.3. La cartera de servicios y prestaciones de la unidad de trabajo social sanitario en atención primaria de salud: criterios de oferta actual	11
3.4. La coordinación sociosanitaria como espacio de transferencia, continuidad e integralidad en la atención y asistencia	13
3.5. La consulta virtual: nuevas competencias profesionales en trabajo social sanitario en atención primaria de salud	13
4. El trabajo social sanitario y su inclusión en los procesos de actuación sanitaria en atención primaria de salud. Ejemplos.....	16
5. El trabajo social sanitario como figura inserta en los derechos de segunda generación.....	17
5.1. Los equipos de trabajo social sanitario en la voluntad vital anticipada	17
6. Sistemas de información y registro en atención primaria de salud y trabajo social sanitario.....	19
Bibliografía.....	21

1. La atención primaria de salud

La estructura sanitaria española se configura jerárquicamente conforme a diversos ámbitos de atención. La atención primaria de salud (APS) forma parte del primer nivel de dicha atención. Puerta de entrada al sistema sanitario público, la APS da cobertura a las necesidades básicas de la población desde una óptica promocional, preventiva y rehabilitadora. Asimismo, canaliza y difiere las demandas y los problemas de salud (entre otras cuestiones) a otros establecimientos de mayor especialización; esto va a depender de la complejidad de la demanda y su grado de prioridad y/o gravedad. Para garantizar la extensión en la atención sanitaria y ofertar una asistencia especializada, la APS cuenta con otros dispositivos de referencia (hospitales, centros de alta resolución y tecnología, etc.). Estos dispositivos conforman el segundo y tercer nivel de atención.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la APS se define como:

«la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad».

Tal y como establece esta definición, la APS es el nivel más próximo de atención a la ciudadanía. De este modo queda garantizada la contigüidad asistencial en los procesos de salud-enfermedad de la persona.

Los fundamentos de la APS son descritos por primera vez (año 1978) en la Declaración de Alma-Ata. Estos son respaldados en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa (año 1986), la cual tiene como resultado la Carta de Ottawa. Esta carta establece entre sus objetivos la «Salud para todos en el año 2000». Tal medida lleva implícita: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de actitudes personales y la reorganización de los servicios sanitarios; circunstancias que inciden en la APS y comunitaria. Los fundamentos de la APS son ratificados en el año 2018 por la Declaración de Astaná (Kazajstán) a través de su Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Dicha conferencia tiene por objetivo respaldar la universalidad de la cobertura sanitaria sobre la base del desarrollo sostenible. Sus principios inspiradores se relacionan con la prioridad de la salud y el bienestar de la persona; la calidad, integralidad, accesibilidad, continuidad y equidad de la APS y los servicios de salud; el favorecimiento de los entornos saludables; las políticas y planes de salud, etc.

En España, la APS queda enmarcada en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Esta ley reconoce en su título I, capítulo II (art. 18), el derecho a la APS con carácter integral, consignando a las administraciones públicas y sus

Lectura complementaria

V. Julio; M. Vacarezza; C. Álvarez; A. Sosa (2011). «Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud». *Arch Med Interna* (vol. 33, n.º 1, págs. 11-14).

Lectura complementaria

Organización Mundial de la Salud (2019). «Atención primaria. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud» [actualizado 27 de febrero de 2019] [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Lecturas complementarias

Organización Mundial de la Salud (1986). «Carta de Ottawa para la promoción de la salud» [en línea]. Ontario, Canadá: Organización Mundial de la Salud [actualizado 21 de noviembre de 1986]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

World Health Organization (2018). «Global Conference on Primary Health Care» [en línea]. Astaná, Kazajstan: World Health Organization [actualizado 26 de octubre de 2018]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

servicios de salud el mantenimiento y desarrollo de esta. A nivel autonómico, por mandato expreso de la Constitución española de 1978 (en lo relativo a la transferencia de competencias), las comunidades autónomas asumen la capacidad para el desarrollo de la sanidad, en su ámbito territorial, entre muchas otras asunciones. Así, su título VIII, capítulo III (art. 148) establece que las comunidades autónomas podrán asumir materias tales como la sanidad e higiene, la asistencia social, etc., donde la APS se ve representada.

La APS ha estado sometida y sujeta a los avatares de las políticas de austeridad vividas en los últimos lustros. Tal situación deriva en una variabilidad a nivel territorial (de la cartera de servicios, recursos humanos, etc.) que afecta a la calidad de la APS. La actual crisis económica y política provoca constricciones y reajustes en el sistema sanitario general, y en particular en la APS; lo que origina un retraimiento en los derechos sanitarios y sociales de la ciudadanía. La aprobación y entrada en vigor del Real decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, produce una reforma estructural en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Dicho real decreto ley, mediante las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula la condición de asegurado y ejerce reconocimiento y control sobre los beneficiarios y su derecho a las prestaciones sanitarias y sociales, entre las que se encuentran las prestaciones farmacéuticas y su sistema de copago. Esta circunstancia aleja al ciudadano de alguna de las medidas subsidiarias por no poder hacerse cargo del presupuesto, lo que restringe los preceptos del estado del bienestar.

Con la aprobación del Real decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y se modifica el Real decreto 595/2018, de 22 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, se reorganiza y actualiza la función de órganos y directivos superiores. Su fin es dotar de eficacia y eficiencia al cumplimiento de los objetivos propuestos. Fruto de esta nueva estructura ministerial es la aprobación de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, entre otras. A esta se le adhieren como órganos directivos: la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia; la Dirección General de Ordenación Profesional y la Dirección General de Consumo (arts. 6 al 10). Mediante estos órganos y su arquitectura sanitaria se desarrollan, coordinan y evalúan acciones relativas a la salud pública, la coordinación interterritorial, la planificación, evaluación y financiación sanitaria, la política farmacéutica, la innovación y avances en salud, la vigilancia y control epidemiológico, la salud laboral y ambiental, la relación sanitaria internacional, la publicidad e información sanitaria, la promoción y prevención en salud, la red asistencial y profesional, la cartera de servicios y prestaciones, la inclusión social, la promoción de la familia, la infancia y el

Lecturas complementarias

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. BOE 1986-10499, n.º 102, págs. 15207-15224.

Constitución española. BOE 1978-31229, n.º 311, págs. 29313-29424.

Lectura complementaria

Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 2012-5403, n.º 98, págs. 31278-31312.

Lectura complementaria

Real decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y se modifica el Real decreto 595/2018, de 22 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. BOE 2018-11841, n.º 206, págs. 84681-84704.

voluntariado, la cooperación entre instituciones no gubernamentales, la lucha contra la pobreza y exclusión social, etc.; actuaciones de tipo sociosanitario que inciden directa e indirectamente en la APS y su planificación.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha publicado un nuevo marco estratégico de acción de la APS. Este responde a la necesidad de modernizar el sistema público sanitario y sus servicios, acercándolo a toda la ciudadanía y el territorio nacional. Dicha táctica, denominada Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria (de 10 de abril de 2019), tiene por objetivo: reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el liderazgo de la APS; consolidar una política presupuestaria y de recursos humanos que garantice la eficacia y la calidad de la APS; mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones; reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en APS; potenciar el uso de las técnicas de la información y la comunicación, e impulsar la formación y la investigación en APS. Mediante estas estrategias se intenta remodelar y reforzar la APS y sus líneas de acción, atendiendo a la calidad y cohesión de los servicios (red integral) desde el SNS.

Lectura complementaria

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). «Marco Estratégico para la atención primaria y comunitaria» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

1.1. Concepto y características generales de la atención primaria de salud

La APS centra su actuación en las necesidades y particularidades de las personas, familias y comunidades. Para ello, establece un abordaje enfatizado en la salud física, mental y social de los individuos de un modo global. El concepto de APS se ha visto sometido a redefiniciones. La OMS dispone una definición de APS considerando tres aspectos fundamentales: el carácter integral de la asistencia, el abordaje sistemático de los determinantes en salud en sentido amplio y la autonomía del individuo como forma de optimizar su salud y la de su comunidad; todo ello a través de políticas y medidas públicas. En cuanto a las características generales de la APS, estas hacen referencia a la integralidad, la integración, la continuidad asistencial y la participación de los pacientes, las familias y las comunidades en los procesos de salud-enfermedad; hecho garantizado por medio de la suficiente dotación de servicios y recursos sanitarios, así como de profesionales especializados en los diferentes ámbitos de intervención.

Lecturas complementarias

Organización Médica Colegial de España (2017). «La atención primaria de salud en España en 2025» [en línea]. España: CGCOM. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/09/primaria_en-Es-pa%C3%B1a_2005.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). «La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca» [en línea]. Suiza: Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

1.2. Los servicios y prestaciones sanitarias de atención primaria de salud

Lectura complementaria

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). «Cartera de servicios comunes de atención primaria» [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

La cartera de servicios comunes del SNS contempla las diferentes prestaciones en salud en sus distintos ámbitos de atención. Dicha cartera queda recogida y regulada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el 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; este último surge tras la derogación del Real decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Ambas normas sufren actualizaciones, la actual de estas por ende de la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del 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. La cartera de servicios comunes de APS contempla las siguientes actuaciones:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio de la persona enferma.
- Atención familiar y/o comunitaria.
- Atención y servicios específicos relativos a los colectivos de mujer, infancia, adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y personas con enfermedad crónica.
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención paliativa a las personas con enfermedad terminal.
- Atención a la salud bucodental.
- Indicación/prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actuación en materia de promoción y prevención de la salud.
- Actuación en materia de rehabilitación básica.
- Actuación de información y vigilancia en protección de la salud.

Por medio de tales actuaciones la APS garantiza la asistencia y da continuidad de los cuidados en salud. Haciendo uso de un enfoque biopsicosocial y multidisciplinar, avala la calidad y accesibilidad de estas.

2. Paradigmas en la atención sanitaria y social

La atención sanitaria y social, tal y como la concebimos hoy día, encuentra sus orígenes, o parte de ellos, en la Edad Media. Históricamente esta atención ha estado basada en un paradigma biomédico (biologicista), donde el aspecto social de la enfermedad no ha sido contemplado en los diagnósticos facultativos. El surgimiento de la medicina social y la salud pública conforman un nuevo modo de hacer y entender el proceso de salud-enfermedad. Gracias a estas disciplinas los factores sociales, económicos, ambientales, etc., son considerados y analizados como un continuo de dicho proceso. Tal hecho dimensiona el espectro clínico de la salud y la enfermedad y lo extrapolan a otras esferas del conocimiento como lo son, entre ellas, la sociología, la antropología y el trabajo social.

2.1. El modelo biopsicosocial en atención primaria de salud

Hablar del modelo biopsicosocial implica centrar la atención en figuras como la de George L. Engel (año 1977), quien defiende la necesidad de un modelo de atención más allá del biomédico, donde los factores psicológicos y sociales sean puestos de relieve. Engel promueve la idea de un modelo de atención de carácter holístico, creando una corriente de pensamiento propia –ideológico-científica– en torno a dicho modelo. De entre sus afirmaciones cabe destacar el hecho de que en la enfermedad no solo debutan síntomas de tipo molecular, sino que además existen variables de tipo psicológico y social que operan y pueden alterar el resultado de la dolencia.

Lecturas complementarias

F. Borrell (2002). «El modelo biopsicosocial en evolución». *Med Clin (Barc)* (vol. 119, n.º 5, págs. 175-179).

G. L. Engel (2012). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Psych Psychiatry* (vol. 40, n.º 3, págs. 377-396).

Los profesionales de la APS convergen sobre este modelo, lo que permite integrar, en el abordaje de la dimensión salud-enfermedad, tres dimensiones: **la biología humana** (genética, fisiología, afecciones, etc.), **los factores psicológicos** (emociones, creencias, hábitos, etc.) y **los factores sociales** (el contexto natural y familiar, cultural, grupal, comunitario, macrosocial, etc.). Esto exige un enfoque de atención interdisciplinar e intersectorial que permita incorporar el diagnóstico social sanitario al diagnóstico clínico de medicina y enfermería, así como determinar un análisis de la situación sanitaria y social consensuado.

Lectura complementaria

J. V. Echevarri (2010). «Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud». *Rev Psic Univ Antioquia* (vol. 2, n.º 4, págs. 47-55).

Lectura complementaria

Proyecto Hombre Asociación (2015). *Proyecto Hombre: el modelo biopsicosocial en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MB-PS)* [en línea]. España: Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

3. El trabajo social sanitario en atención primaria de salud

En España, el trabajo social sanitario, con independencia del ámbito de atención, se encuentra legitimado en diversas normas de carácter nacional. Estas recogen en su articulado, directa o indirectamente, la necesidad de incorporar la figura del profesional del trabajo social sanitario al SNS. Bien sea por mención expresa o a través de términos vinculados a la profesión del trabajo social sanitario (inclusión social, necesidades sociales, desigualdad social, atención sociosanitaria, coordinación con otros servicios sanitarios y sociales, etc.), estas normas responsabilizan a las administraciones públicas en la implantación de esta categoría profesional en el sistema sanitario. Prueba de ello son la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de 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 y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública. Partiendo de estas premisas, cada profesional de trabajo social sanitario establece su marco estratégico de acción.

3.1. Breves antecedentes históricos y su visión contemporánea

El trabajo social sanitario halla sus orígenes en la figura de Garnet Isabel Pelton (año 1905). Transcurrido más de un siglo desde su aparición, y aun coexistiendo diversos modelos de atención profesional (sistémico, basado en la resolución de conflictos, etc.), los equipos profesionales del trabajo social sanitario se han ido adaptando a las exigencias del momento. Una visión más contemporánea del trabajo social sanitario es aquella que toma como referencia los nuevos y emergentes problemas y necesidades sanitarias y sociales de una sociedad cada vez más avanzada y tecnificada; problemas que transitando en el tiempo se ven redefinidos y multidimensionados. Es aquí donde la actuación de los equipos profesionales del trabajo social sanitario de APS requiere medidas más específicas para su protección y amparo, así como una mayor especialización. Problemas incipientes de salud física y mental como las demencias, las adicciones en sus diferentes manifestaciones, la anorexia, la bulimia, los síndromes/enfermedades raras, etc., exigen conocimiento y especificidad en la atención. También aquellos otros problemas de salud donde impacta el fenómeno de las nuevas tecnologías. Tal situación requiere la adaptación en las actividades para satisfacer las funciones de los profesionales del trabajo social sanitario en su adherencia y transferencia competencial en salud. Los nuevos escenarios sociales y espacios de intervención profesional en salud, unidos a la reconceptualización de la figura de los equipos profesionales

Lecturas complementarias

D. Colom (2010). «El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario». *Ekania* (págs. 109-119).

N. Nucci; R. Crosetto; C. Bilavcik; A. Miani (2018). «La intervención de trabajo social en el campo de la salud pública». *Concienciasocial* (vol. 1, n.º 2, págs. 10-28).

del trabajo social sanitario, demandan novedosas y complejas estrategias de acción. Para ello, la formación y la investigación social en salud se convierten en requisitos indispensables.

3.2. Las unidades de trabajo social sanitario en atención primaria de salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza en áreas de salud y zonas básicas de salud. Estas últimas conforman el marco territorial de la APS, que, a su vez, se estructura en centros de salud y consultorios de APS; ambos, dispositivos asistenciales próximos a la ciudadanía, recogidos en el Real decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Los centros de salud están constituidos por equipos multidisciplinares a los que se adhieren, entre otras categorías, la de los equipos profesionales del trabajo social sanitario, insertos en las unidades de trabajo social sanitario, que suelen depender de la dirección médica o asistencial del centro de salud o área de salud. Una aspiración y a la vez horizonte al que hay que ir es que la dependencia sea de las gerencias de área sanitaria. Dichas unidades se definen como la estructura básica general adscrita a la arquitectura sanitaria, fundamentada en el análisis, tratamiento y evaluación de todos los aspectos sociales que inciden en la salud y el bienestar del individuo, los grupos y la comunidad. Y con un enfoque promocional, preventivo, rehabilitador y educativo (definición propia). Por medio de estas se organiza la agenda de los equipos profesionales del trabajo social sanitario en APS.

Lecturas complementarias

Ministerio de Salud y Políticas Sociales (2010). «Sistema Nacional de Salud, España 2010» [en línea]. España: Ministerio de Salud y Políticas Sociales / Centro de Publicaciones. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Resumen ejecutivo* [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informe, estudios e investigación. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/ResumenEjecutivo2017.pdf>

3.3. La cartera de servicios y prestaciones de la unidad de trabajo social sanitario en atención primaria de salud: criterios de oferta actual

Los equipos profesionales del trabajo social sanitario de atención primaria de salud, como los de atención especializada y hospitalaria, tienen como asignatura pendiente la elaboración de una cartera de servicios y catálogo de prestaciones propia de la profesión.

Si bien los intentos están ahí, de momento se quedan en intentos. No obstante, hay una serie de responsabilidades alejadas del mero asistencialismo. Su mapa competencial, que se asocia a las funciones de dichos equipos profesio-

nales, engloba actuaciones de alcance multifactorial y estructural. Revisado el catálogo de oferta actual del sistema sanitario de las distintas comunidades autónomas de España, se puede inferir que las responsabilidades actuales se traducen con las actuaciones que a continuación se presentan:

- De acuerdo con el diagnóstico social sanitario o con un prediagnóstico, informar y orientar a la población y a los miembros del equipo multidisciplinar del centro de salud sobre derechos y deberes del ciudadano, el mapa de recursos de la zona, etc. Así como de la evaluación diagnóstica de la zona.
- Asesorar a los miembros del equipo multidisciplinar del centro de salud sobre los factores de tipo social, grupal y comunitario y su relación con los procesos de salud-enfermedad, etc.
- Ofrecer atención sanitaria y social, a demanda, de la población y los miembros del equipo multidisciplinar del centro de salud.
- Promocionar la acción profesional dentro y fuera del equipo multidisciplinar (intraintersectorial), estableciendo canales de coordinación.
- Impulsar y organizar el trabajo con grupos y la comunidad, promoviendo la participación.
- Trabajar la dimensión individual, grupal y comunitaria desde la prevención y promoción de la salud, atendiendo a los factores de riesgo y protectores de los que se disponen.
- Detectar e intervenir sobre situaciones de riesgo social.
- Contribuir en el estudio/análisis de la salud-enfermedad, así como en la elaboración de programas de salud.
- Desarrollar estrategias de formación continua y de colaboración en la formación de grado y posgrado de los otros profesionales de la APS, así como elaborar y participar en estrategias de investigación.
- Otras vinculadas a la profesión del trabajo social sanitario.

Mediante ello, los equipos profesionales del trabajo social sanitario establecen sus líneas estratégicas de acción, apoyando al resto de los profesionales del equipo de APS. Y contribuyendo con su análisis a la elaboración del diagnóstico clínico y el diagnóstico social sanitario de individuos, grupos y comunidades.

La delimitación del mapa competencial y funcional del perfil de los equipos profesionales del trabajo social sanitario en APS permite la descripción de tareas y responsabilidades profesionales en salud. También la definición de funciones según el sector o ámbito de actuación de un mismo corpus profesional, la relación entre las distintas categorías profesionales intervinientes en los procesos de salud-enfermedad, etc.; hecho que origina y facilita la sinergia y limita el intrusismo profesional.

3.4. La coordinación sociosanitaria como espacio de transferencia, continuidad e integralidad en la atención y asistencia

En APS la coordinación sociosanitaria se considera un aspecto central que garantiza la atención integral de las demandas y necesidades, así como la continuidad en la atención prestada. Esta coordinación queda avalada por las normas, planes, procedimientos, etc., de actuación sociosanitaria de los que se dispone en el ámbito de la salud. También en la cartera de servicios y prestación de los equipos profesionales del trabajo social sanitario. La coordinación sociosanitaria, definida en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, requiere escenarios, modelos e instrumentos adecuados para su desarrollo. Su puesta en marcha es un intento de dotar de eficacia a la atención profesional, eliminando así cualquier duplicidad. Tomando como referencia las recomendaciones del *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, la coordinación sociosanitaria ha de considerar, para su éxito: las diferencias en la cultura de los servicios, como también las derivadas de la organización territorial; los distintos ámbitos competenciales (nacional/autonómico); el tipo de financiación y su complejidad; las estructuras y los procesos paralelos según el sector de actuación, y la ausencia de sistemas de información compartidos. Estas consideraciones se encuentran limitadas por circunstancias como el envejecimiento, la cronicidad de la enfermedad, la dependencia y su sistema de protección, entre otros. No obstante, la coordinación sociosanitaria favorece el óptimo tratamiento a las necesidades, la responsabilidad de la persona usuaria, la eficacia y eficiencia de los servicios propios de trabajo social sanitario, los canales de comunicación, etc., en los que cada profesional se encuentra interviniendo.

Lectura complementaria

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España* [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.apeto.com/assets/asociosanitaria2011.pdf>

3.5. La consulta virtual: nuevas competencias profesionales en trabajo social sanitario en atención primaria de salud

La consulta virtual encuentra su origen en la telemedicina. Esta última queda refrendada en el Plan de Telemedicina del INSALUD (año 2000), el Plan Info XXI y el Plan Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica.

También en el Plan de Acción (European eHealth Action Plan 2004-2010) y la estrategia marco de implementación de servicios de telemedicina de la OMS. Estas medidas fundamentan la telesalud, los teleservicios, las teleconsultas de seguimiento, los telecuidados, etc..

Lecturas complementarias

Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). «Plan de telemedicina del INSALU» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.ingesa.msbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/telemedicina.pdf>

D. Novillo (2016). *Marco de implementación de un servicio de telemedicina* [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.salud.gob.ar/telesalud/sites/default/files/marco-servicio-telemedicina.pdf>

La consulta virtual, igualmente conocida con el nombre de teleconsulta o consulta no presencial, es el resultado de los avances tecnológicos en salud. Además de una consecuencia directa de las políticas de mejora de la accesibilidad. Este tipo de consulta se convierte en una herramienta útil que, bajo un nuevo modelo de atención, facilita la accesibilidad a las consultas de APS y elimina las barreras de factibilidad a sus unidades. Inclusive el contacto con cada profesional de la salud sin necesidad del desplazamiento físico. Este novedoso nicho de intervención favorece la creación de nuevas competencias, estas centradas en las tecnologías 2.0, 3.0 y 4.0. Asimismo, reduce la carga paraasistencial y mejora de la coordinación gracias a mecanismos que promueven el acceso a la información clínica de la persona enferma mediante la historia clínica digital.

Lecturas complementarias

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). «El sistema de historia clínica digital del SNS» [en línea]. España: Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019] http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDNSNS_Castellano.pdf

N. Naranjo (2016). «Teleconsulta: análisis de la herramienta de consulta médica virtual en el sistema de salud pública». *Rev Cienc Invest* (vol. 1, n.º 2, págs. 23-26).

S. L. Fuente; N. García; M. Hernández; A. Hidalgo; I. García; E. García (2018). «La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria». *Semergen* (vol. 44, n.º 7, págs. 458-462).

Los equipos profesionales del trabajo social sanitario asumen atribuciones bajo la óptica de las innovaciones tecnológicas. Ahora modifican, reestructuran y acomodan sus procedimientos, protocolos, servicios y roles profesionales a los nuevos retos, asumiendo el compromiso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) desde la ética individual y profesional. Esto se traduce en una atención virtual (en línea) que favorece la inmediatez, reduce los tiempos de espera, descentraliza y expande los márgenes de la acción profesional, etc.; lo que garantiza proximidad, integridad e integralidad. A través de plataformas y recursos telefónicos e informáticos (web, app, tableta, etc.) se generan espacios/ventanas de acceso cada vez más recurrentes entre la ciudadanía. Esto permite trabajar de un modo adyacente no solo a nivel individual-familiar, sino también con grupos y la propia comunidad. Desde su creación, el máster universitario de Trabajo social sanitario de la UOC está

innovando en la formación académica del trabajo social sanitario dentro de la asistencia clínica virtual con el prácticum clínico online dentro de un hospital virtual, un prácticum innovador y líder en España.

Lecturas complementarias

R. Arriazu; J. L. Fernández (2013). «Internet en el ámbito del trabajo social: formas emergentes de participación e intervención socio-comunitaria». *Cuad Trab Social* (vol. 26, n.º 1, págs. 149-158).

D. Colom; F. X. Medina; A. Aguilar (2020). *Prácticum clínico online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formando para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (págs. 261-290). Valencia: Tirant lo Blanch.

4. El trabajo social sanitario y su inclusión en los procesos de actuación sanitaria en atención primaria de salud. Ejemplos

En APS los profesionales actúan mediante planes integrales, procesos asistenciales o protocolos estandarizados. A través de manuales de procedimiento pueden canalizar, reconducir, consensuar, evaluar, etc., las demandas y problemas de salud. Esto permite unificar criterios en la atención prestada y garantizar la uniformidad. Actualmente existen múltiples planes y procesos destinados a dar respuesta a las diferentes patologías presentadas en la persona enferma. Muestra de ello son el Plan de atención para personas con enfermedades crónicas, el de atención a personas con enfermedades raras, el de cuidados paliativos, el de oncología, obesidad, cardiopatía, dolor, etc. O para procesos tales como el de cáncer de mama, de neoplasias benignas, de insuficiencia cardiaca, demencias, cuidados paliativos, etc., cada uno de ellos con arquitectura propia bien definida. Los equipos profesionales del trabajo social sanitario forman parte y participan, directa o indirectamente, de ellos. Mediante el diagnóstico social sanitario estos profesionales evalúan y emiten su juicio técnico, que apoya a la valoración clínica y de cuidados. Gracias a la valoración social, la gestión y coordinación de recursos y prestaciones sanitarias y sociales y la prescripción del tratamiento social, etc., cada profesional del trabajo social sanitario complementan la atención clinicoasistencial; lo que favorece la atención integral. Así, dichos profesionales garantizan la asistencia y dan continuidad de los procesos anteriormente citados, aun no figurando siempre esta categoría profesional en aquellos.

A modo de ejemplo, tomando como referencia el Plan integral de atención para personas con enfermedades crónicas (persona con esclerosis múltiple en fase aguda y discapacidad física asociada), el profesional del TSS desarrolla estrategias de actuación tales como: la valoración de la situación (riesgo sanitario y social), de la red de apoyo formal e informal, de la situación económica, de las condiciones de la vivienda, etc., lo que le permite realizar el dictamen, definir el plan de actuación y aplicar el tratamiento social; además de mantener la coordinación con el resto de los profesionales del equipo de APS (personal médico y de enfermería de referencia). Y llevar a cabo los trámites precisos con el resto de las instituciones y profesionales homólogos, o de otras categorías, para garantizar la cobertura de las necesidades de la persona en sí.

5. El trabajo social sanitario como figura inserta en los derechos de segunda generación

Los derechos de segunda generación son aquellos que se vinculan con los derechos económicos, sociales y culturales de la ciudadanía, donde la sanidad está representada. En salud, estos derechos se relacionan con el derecho a la libertad y autonomía personal, es decir, el derecho a la autodeterminación clínica. Estos están avalados, entre otros, por el derecho a la libre elección de médico/especialista o libre elección de centro, el derecho a la segunda opinión médica o el derecho a declarar la voluntad vital anticipada (VVA). Aquí, cada profesional del trabajo social sanitario se convierte en un eje central. El sistema de valores y el código deontológico por el que se rigen estos profesionales legitiman sus acciones, orientadas a la defensa de la libertad y autonomía de la persona. Esta ha de ser una de las responsabilidades que se debe promover.

5.1. Los equipos de trabajo social sanitario en la voluntad vital anticipada

La voluntad vital anticipada (VVA) se define como aquel documento en el que quedan recogidas (por escrito) las preferencias sanitarias de la persona para que estas sean tenidas en cuenta en los momentos finales de la vida, tras desaparecer la capacidad para expresar libremente con el personal médico. El planteamiento y desarrollo de la VVA requiere un proceso de comunicación libre, consciente y madurado, entre la persona interesada y el profesional de la salud. Con esto hacemos referencia a la planificación anticipada de las decisiones. Cada profesional del trabajo social sanitario de APS presentan un perfil adecuado para iniciar el discurso de la VVA y el derecho a la muerte digna en consulta. Estos equipos profesionales cuentan con suficientes habilidades y estrategias de comunicación, que permiten el éxito de esta prestación, la cual se halla recogida en la cartera de servicios de los distintos sistemas sanitarios autonómicos.

Existen estudios de investigación que demuestran que los equipos profesionales del trabajo social sanitario poseen conocimientos y una actitud positiva frente a la VVA, pero no siempre informan sobre esta prestación. Por su parte, autores como Stein, Cagle y Christ señalan que desde el trabajo social sanitario informan sobre la VVA y sus diferentes opciones, aunque esta labor está condicionada por el servicio de pertenencia. No obstante, es necesaria la formación en esta materia, lo que requiere implantar docencia específica sobre VVA en los programas académicos de grado y posgrado.

Lecturas complementarias

S. A. Kwon; S. Kolomer (2016). «Advance care planning in South Korea: social work perspective». *Soc Work Health Care* (vol. 55, n.º 7, págs. 545-558).

Lectura complementaria

J. M. Jiménez (2018). «Planificación anticipada de las decisiones en atención primaria: un análisis comparativo desde el trabajo social». *Trab Soc Salud* (vol. 89, n.º 1, págs. 7-15).

J. M. Jiménez (2015). «Voluntad vital anticipada: la realidad sociosanitaria del Distrito Guadalquivir desde una perspectiva del trabajo social sanitario». *Doc Trab Social* (vol. 55, págs. 223-240).

G. L. Stein; J. G. Cagle; G. H. Christ (2017). «Social work involvement in advance care planning: findings from a large survey of social workers in hospice and palliative care settings». *Jour Palliat Med* (vol. 20, n.º 3, págs. 253-259).

D. P. Arthur (2015). «Social work practice with LGBT elders at end of life: developing practice evaluation and clinical skills through a cultural perspective». *Jour Soc Work End. Life Palliat Care* (vol. 11, n.º 2, págs. 178-201).

6. Sistemas de información y registro en atención primaria de salud y trabajo social sanitario

Los sistemas de información sanitaria (SIS) y de registro del SNS se relacionan con las TIC y el papel de la Administración pública sanitaria ante la ciudadanía. Son SIS aquellos que garantizan una correcta información, dan respuesta eficaz a las exigencias y necesidades planteadas por la sociedad y generan conocimiento (definición propia). Dichos SIS se hallan influidos por la Administración pública sanitaria, los profesionales, los ciudadanos y las organizaciones y asociaciones sanitarias. Los principios básicos de los SIS del SNS se relacionan de manera directa con: el trabajo sobre las necesidades de información reconocidas por los distintos destinatarios; la gestión de sus contenidos a nivel integral; el establecimiento de medidas garantes de la sistematización de datos y sus normas de aplicación; el análisis y la validación de la información, etc. Sus contenidos comprenden el grado de satisfacción, expectativas y opinión de la ciudadanía ante los servicios, la organización y disponibilidad de estos, su coste, la continuidad en la asistencia, el tiempo de espera, entre otros aspectos. El acceso de la ciudadanía a los SIS (y la participación en ellos) se realiza a través de plataformas informáticas como la ventanilla única de servicios, la ventanilla electrónica del ciudadano, los portales de salud, las encuestas de satisfacción, las comisiones de participación ciudadana en APS, comités, etc.

Lectura complementaria

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). «Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información y estadísticas sanitarias. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.mschs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

En lo referente al registro de información en APS, los sistemas sanitarios autonómicos cuentan con TIC que facilitan esta labor asistencial. Entre ellas, destacan la agenda clínica y la historia clínica digital. Esta última herramienta permite gestionar, estructurar y codificar la información usada por los profesionales de la salud, así como custodiar todos los datos extraídos de las entrevistas y demandas. Por su parte, los equipos profesionales del trabajo social sanitario de APS disponen de la historia de trabajo social sanitario de la persona enferma. Al igual que la historia médica o de la enfermería, esta historia permite tener un registro de las personas atendidas en consulta, su identificación, el tipo de acción según el horario y tramo de la agenda, la demanda/consulta, las características de la persona demandante, los objetivos perseguidos, el plan de actuación, las intervenciones realizadas, el diagnóstico social sanitario, el riesgo social, etc. Dicha herramienta permite conservar y manejar un gran volumen de información (datos), así como analizar múltiples variables, lo que posibilita la obtención de más de un resultado en la acción profesional. Además, suele integrar el informe social. Asimismo, algunas historias de trabajo social sanitario incorporan cuestionarios y test de valoración que miden

el riesgo sociofamiliar y sanitario de la persona. Entre estos, se encuentra, por ejemplo: la escala del reajuste social, el índice de esfuerzo del cuidador, la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, el cuestionario de Barber, el Apgar familiar, la escala de Zarit, etc. Esto va a depender de la comunidad autónoma de referencia y de su sistema sanitario e informático.

Finalmente, existen otras herramientas de registro que permiten grabar los datos de los ciudadanos y con ello evitar la movilidad. Ejemplo de ello son: la sede electrónica para la gestión de cita previa, el registro de voluntades anticipadas, de donación de órganos, etc., a los que la persona interesada puede acceder a través de certificado o firma digital.

Bibliografía

Arriazu, R.; Fernández, J. L. (2013). «Internet en el ámbito del trabajo social: formas emergentes de participación e intervención socio-comunitaria». *Cuad Trab Social* (vol. 26, n.º 1, págs. 149-158).

Arthur, D. P. (2015). «Social work practice with LGBT elders at end of life: developing practice evaluation and clinical skills through a cultural perspective». *Jour Soc Work End. Life Palliat Care* (vol. 11, n.º 2, págs. 178-201).

Borrell, F. (2002). «El modelo biopsicosocial en evolución». *Med Clin (Barc)* (vol. 119, n.º 5, págs. 175-179).

Colom, D. (2010). «El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario». *Ekanía* (págs. 109-119).

Colom, D.; Medina, F. X.; Aguilar, A. (2020). *Prácticum clínico online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formando para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (págs. 261-290). Valencia: Tirant lo Blanch.

Constitución española. BOE 1978-31229, n.º 311, págs. 29313-29424.

Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 2012-5403, n.º 98, págs. 31278-31312.

Echevarri, J. V. (2010). «Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud». *Rev Psic Univ Antioquia* (vol. 2, n.º 4, págs. 47-55).

Engel, G. L. (2012). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Psych Psychiatry* (vol. 40, n.º 3, págs. 377-396).

Fuente, S. L.; García, N.; Hernández, M.; Hidalgo, A.; García, I.; García, E. (2018). «La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria». *Semergen* (vol. 44, n.º 7, págs. 458-462).

Jiménez, J. M. (2015). «Voluntad vital anticipada: la realidad sociosanitaria del Distrito Guadalquivir desde una perspectiva del trabajo social sanitario». *Doc Trab Social* (vol. 55, págs. 223-240).

Jiménez, J. M. (2018). «Planificación anticipada de las decisiones en atención primaria: un análisis comparativo desde el trabajo social». *Trab Soc Salud* (vol. 89, n.º 1, págs. 7-15).

Julio, V.; Vacarezza, M.; Álvarez, C.; Sosa, A. (2011). «Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud». *Arch Med Interna* (vol. 33, n.º 1, págs. 11-14).

Kwon, S. A.; Kolomer, S. (2016). «Advance care planning in South Korea: social work perspective». *Soc Work Health Care* (vol. 55, n.º 7, págs. 545-558).

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. BOE 1986-10499, n.º 102, págs. 15207-15224.

Ministerio de Salud y Políticas Sociales (2010). «Sistema Nacional de Salud, España 2010» [en línea]. España: Ministerio de Salud y Políticas Sociales / Centro de Publicaciones. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). «Plan de telemedicina del INSALU» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.ingesa.msbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/telemedicina.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). «El sistema de historia clínica digital del SNS» [en línea]. España: Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). «Cartera de servicios comunes de atención primaria» [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Resumen ejecutivo* [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo

y Bienestar Social. Informe, estudios e investigación. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/ResumenEjecutivo2017.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). «Marco Estratégico para la atención primaria y comunitaria» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España* [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.apeto.com/assets/asociosanitaria2011.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). «Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud» [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información y estadísticas sanitarias. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.msbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

Naranjo, N. (2016). «Teleconsulta: análisis de la herramienta de consulta médica virtual en el sistema de salud pública». *Rev Cienc Invest* (vol. 1, n.º 2, págs. 23-26).

Novillo, D. (2016). *Marco de implementación de un servicio de telemedicina* [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.salud.gob.ar/telesalud/sites/default/files/marco-servicio-telemedicina.pdf>

Nucci, N.; Crosetto, R.; Bilavcik, C.; Miani, A. (2018). «La intervención de trabajo social en el campo de la salud pública». *Concienciasocial* (vol. 1, n.º 2, págs. 10-28).

Organización Médica Colegial de España (2017). «La atención primaria de salud en España en 2025» [en línea]. España: CGCOM. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/09/primaria_en-Espa%C3%B1a_2005.pdf

Organización Mundial de la Salud (1986). «Carta de Ottawa para la promoción de la salud» [en línea]. Ontario, Canadá: Organización Mundial de la Salud [actualizado 21 de noviembre de 1986]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2008). «La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca» [en línea]. Suiza: Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2019). «Atención primaria. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud» [actualizado 27 de febrero de 2019] [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Proyecto Hombre Asociación (2015). *Proyecto Hombre: el modelo biospiciosocial en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)* [en línea]. España: Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.proyectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

Real decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y se modifica el Real decreto 595/2018, de 22 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. BOE 2018-11841, n.º 206, págs. 84681-84704.

Stein, G. L.; Cagle, J. G.; Christ, G. H. (2017). «Social work involvement in advance care planning: findings from a large survey of social workers in hospice and palliative care settings». *Jour Palliat Med* (vol. 20, n.º 3, págs. 253-259).

World Health Organization (2018). «Global Conference on Primary Health Care» [en línea]. Astaná, Kazajistán: World Health Organization [actualizado 26 de octubre de 2018]. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019]. <http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>