



**ROL PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA SALUD**

00RA3 0-HZM3C00D

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN	6
CONCEPTO	8
ÁREA DE ATENCIÓN DIRECTA	10
ÁREA DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA	19
ÁREA DE APOYO SOCIAL	26
ÁREA PROMOCION DE SALUD Y PARTICIPACIÓN	30
ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	34
GLOSARIO DE TÉRMINOS	40
BIBLIOGRAFIA	45
AGRADECIMIENTOS	53

INTRODUCCIÓN

El documento que aquí presentamos corresponde al desarrollo del objetivo que se plantea desde el Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación, de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, éste es: **“Definir el papel del Trabajador /a Social en la Atención Primaria de Salud en la Comunidad Autónoma Canaria, que regule la práctica del trabajo social en la misma, aumentando con ello la homogeneidad y la calidad del servicio en los equipos”**.

Se trata de determinar las líneas que definen el papel del Trabajador/a Social en la Atención Primaria de Salud, que sirva de referencia para el desarrollo de sus funciones a través de los Programas de Salud y la Cartera de Servicios, homogeneizando la actividad de este profesional y sirviendo de orientación a directivos y otros profesionales de Atención Primaria, para el planteamiento de objetivos.

Este documento debe ser concebido como un **marco de referencia** de las funciones y el método del Trabajador /a Social (en adelante TS) en Atención Primaria de Salud (en adelante APS).

Nace de la reflexión, la profundización y la sistematización de la práctica profesional en APS en la Comunidad Autónoma Canaria. Entendemos que debe ser un documento **abierto** a las aportaciones del conjunto de los profesionales y **vivo**, sujeto a los cambios que se irán produciendo en la evolución de la APS y las demandas de la sociedad.

La **participación** de los profesionales en el proceso de desarrollo de este documento, ha sido un requerimiento imprescindible. La **experiencia** de las profesionales de Trabajo Social durante casi 20 años en la APS en la Comunidad Autónoma de Canarias junto con el **análisis de la bibliografía**, son elementos que garantizan la rigurosidad y utilidad de un manual profesional. El procedimiento seguido para su desarrollo ha sido:

- Desde el Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud se

presenta la propuesta de trabajo a los directivos de las Gerencias de Atención Primaria.

- Presentación de la propuesta a los/as Trabajadores/as Sociales de AP de la Comunidad Autónoma de Canarias, (reuniones por provincias), con el fin de recoger sus aportaciones al contenido del documento.
- Elaboración del documento de consenso con las aportaciones recogidas en ambas reuniones y envío del mismo con un cuestionario Delphi a todos los profesionales de Trabajo Social de APS de la Comunidad, para contar con su aportación individual como expertas.
- Formación de un grupo de trabajo para el desarrollo del documento, constituido por siete trabajadoras sociales de las cuales: cuatro desarrollan actualmente su actividad en Equipos de Atención Primaria; dos como coordinadoras de Trabajo Social de las Gerencias de AP de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria; una como técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales, que actúa como coordinadora del grupo.

El documento se estructura por áreas de trabajo o unidades de planificación que recogen la actividad de este profesional, éstas son:

- **Área de Atención Directa** que hace referencia a la atención individual/familiar.
- **Área de Coordinación Sociosanitaria** que recoge la actividad de coordinación con los recursos sociales de la zona.
- **Área de Apoyo Social** que desarrolla el fomento de la Red Social de Apoyo en salud.
- **Área de Promoción de salud y Participación** que recoge estrategias para promoción de la salud y fomento del autocuidado.

- **Área de Docencia e Investigación** hace referencia a la actividad para el desarrollo profesional y el estudio de los factores sociales en salud.

En cada una de estas áreas se desarrollan fundamentalmente los apartados de **definición** del área, el **método** y las **funciones** del profesional de Trabajo Social.

FUNDAMENTACIÓN

Con la Ley General de Sanidad de 1986 y el Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, se regula en nuestro país la Atención Primaria de Salud, constituyéndose equipos multidisciplinares, Equipos de Atención Primaria (en adelante EAP), donde el profesional de Trabajo Social forma parte de ellos.

En nuestra Comunidad Autónoma, es la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (1994) la que regula la atención sanitaria, incluyendo la Atención Primaria de Salud, que con el Decreto 117/1997, que desarrolla el Reglamento de Organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud, recoge los profesionales de AP, las funciones de algunos de ellos y la inclusión del Trabajador/a Social como personal, entre otros.

La incorporación del Trabajador/a Social en los EAP es una realidad desde 1985, aunque ha tenido una evolución lenta y desigual, tanto en el desarrollo de sus funciones como en su presencia.

Este hecho ha llevado a la necesidad de plantear este objetivo de homogeneización del papel del TS en APS. Algunas dificultades que han impulsado este objetivo son:

- La tradición que existe de **asistencia individualizada, medicalizada, biologicista** y de satisfacción de demandas puntuales no facilita la visión integral y comunitaria de la salud.
- No existe un Marco Normativo que regule las funciones de este profesional.
- En la **Cartera de Servicios** no se contemplan los servicios ni normas técnicas mínimas relacionadas con el papel de los/as trabajadores/as sociales por lo que no existe planificación ni evaluación de su actividad.
- La **heterogeneidad** del trabajo entre los distintos profesionales de Trabajo Social de los EAP, no estando definida su

metodología de intervención ni integrada de manera formal en el EAP su actividad.

- El **número reducido** de este profesional, unido a la **dispersión** de su ubicación, no favorece el establecimiento de líneas de actuación homogéneas ni favorece el trabajo conjunto en el colectivo.
- La coincidencia con la implantación de los Servicios Sociales y el **desconocimiento de los sanitarios del papel** de este profesional en Atención Primaria de Salud, lleva a confusión sobre las funciones del TS.
- La **ausencia de formación** específica de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, no teniendo un marco de referencia, salvo la larga trayectoria de la profesión en el campo de la salud en el nivel hospitalario.

Por tanto se considera necesario establecer las **líneas de trabajo que desarrollen el rol del profesional de Trabajo Social** que contribuya a aumentar su eficiencia en la Atención Primaria de Salud, así como **desarrollar el potencial técnico** de este profesional en la APS, homogeneizar su actividad, introducir formación específica e introducir indicadores para la evaluación de su actividad.

CONCEPTO

Partimos de la concepción de **Trabajo Social** como una disciplina profesional que forma parte del campo sanitario desde principios de S.XX (Dr. Cabot, Massachussets 1905), y que ha sido definida en el campo de la salud como:

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el *proceso salud-enfermedad*, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas” (Ituarte Tellaeché, A., 1995 b: 277, citado en Ituarte, A., 2001: 23).

Responde a una **concepción del Trabajo Social en APS** cuyos elementos fundamentales son:

- a) El Trabajo Social en Salud y particularmente en Atención Primaria constituye una **actividad profesional especializada** que requiere por tanto de formación específica, con una diferenciación de la actividad en otros sectores.
- b) La intervención del Trabajador/a Social se puede desarrollar en los niveles: **asistencial, de gerencia y planificación/evaluación**. Este hecho garantiza el abordaje integral en salud desde la planificación, la coordinación, la intervención hasta la evaluación, en el marco de los Centros de Salud, Gerencias de Atención Primaria y Servicios Centrales.
- c) Incluye el **Trabajo Social de Caso** en la medida que diagnóstica, trata y/o interviene en el problema social relacionado con la situación de salud de individuos y familias.
- d) Este profesional se incluye en el **equipo multidisciplinar** del EAP, favoreciendo un abordaje integral de la salud.

- e) Su actividad en el marco de la Atención Primaria tiene un alcance **Promocional, Preventivo, Asistencial y Rehabilitador**.
- f) Es un **profesional de enlace** con el tejido social y los sistemas de Educación y Servicios Sociales de la Zona Básica de Salud (en adelante ZBS).
- g) Aporta al Sistema de Salud el conocimiento y el fomento de la red de recursos informales y formales de **apoyo social** orientados a la mejora de la salud de la población.

Por último, es importante señalar que el Trabajo Social es una disciplina que se dedica al estudio y transformación de una realidad social determinada, a través de un método propio, por tanto el presente documento tiene como base del procedimiento a seguir en cada área, el método **de esta disciplina profesional**, que se estructura en cinco etapas (5,15). Éstas son:

- Estudio
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

ÁREA DE ATENCIÓN DIRECTA

DEFINICIÓN

La atención directa es la actividad que se desarrolla con el usuario a partir de la demanda que éste presenta o de forma programada, siendo esta atención uno de los pilares en la Atención Primaria de Salud, que es la puerta de entrada del sistema sanitario y nivel más básico de atención.

En esta área, el profesional de Trabajo Social es el profesional del EAP que asume:

- La investigación de los factores sociales que inciden en la salud
- La intervención en los problemas sociales que aparecen en el proceso de salud - enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a esos problemas sociales, como si éstos se producen a consecuencia de la situación de enfermedad.

Esta es una actividad en la que se interviene en las necesidades de salud, desde la perspectiva psicosocial, es decir, desde la superación de la mera descripción de los aspectos sociales (familia, entorno físico y comunitario, economía, relaciones, actividad social) para ir a **un enfoque que incorpora cómo el sujeto interioriza su situación social** (10,11,12). Permite la comprensión de los fenómenos que se producen en el proceso salud - enfermedad, teniendo en cuenta las emociones, vivencias, reacciones del individuo y/o familia; las interacciones e interrelaciones en el medio y el contexto donde éstas se desarrollan y actúan (familias, amigos, trabajo...).

Los modelos, con bases epistemológicas distintas, que utiliza fundamentalmente el/la trabajador/a social en la intervención directa son los siguientes:

- Modelo psicosocial o diagnóstico de base psicoanalítica
- Modelo ecológico y sistémico
- Modelo de crisis

Otros modelos de referencia son los modelos de base psicodinámica, modelos de base cognitiva y el modelo de modificación de conducta (15).

Atendiendo a lo característico de la Atención Primaria de Salud, el/la Trabajador/a Social no se presenta como un profesional aislado que asume la atención del malestar psicosocial relacionado con los problemas de salud del paciente, sino que es un miembro más del equipo, que persigue la atención integral en salud. De este modo, partiendo de una valoración global de la situación del usuario, el profesional de referencia podrá ser el médico/a, la enfermera/o o el profesional de Trabajo Social.

La intervención realizada deberá enmarcarse preferiblemente, en programas de salud y/o protocolos de actuación, que faciliten el logro de los objetivos de salud.

Proceso de Atención Directa

El acceso al Trabajador/a Social de APS puede darse:

- A demanda del propio usuario o familia.
- Por captación oportunista por ser persona de riesgo a incluir en Programas.
- Derivado por cualquiera de los miembros del EAP para:
 - Completar el diagnóstico con la dimensión social.
 - Valoración y diagnóstico social enmarcado o no en un protocolo, programa o servicio, por pertenecer a grupo de riesgo.
 - Atender la demanda explícita del usuario expresada a otro profesional del EAP.
- Intervenir en problemas sociales de forma conjunta.
- Derivado por otros miembros de la comunidad.
- Derivado por otros profesionales de la zona.
- Derivado por otros servicios del sistema sanitario y otros sistemas (servicios sociales, educación).

La intervención en el Área de Atención Directa puede ser:

- Individual
- Familiar
- Grupal siempre que se trate de pequeños grupos con características comunes y necesidad de atención.

El lugar donde se da puede ser:

- En consulta: Demanda y Programada
- En el domicilio.
- En otros ámbitos: instituciones, residencias, centros de acogida e incluso centros sociales cuando las circunstancias lo requieran, tras su valoración.

MÉTODO

Desde el primer momento de la intervención, la finalidad terapéutica está presente, independientemente de que ésta siga todas las fases del proceso o termine en el primer contacto, por la naturaleza de la demanda o por otros motivos.

A continuación exponemos el procedimiento a seguir en este área, teniendo en cuenta que las distintas fases se dan en un proceso circular y dinámico.

1º- Estudio.

Estudio de los factores sociales que inciden o están relacionados con el proceso de salud-enfermedad, para lograr objetivos de salud, recogiendo la información necesaria de la familia y su contexto, haciendo una exploración del sistema familiar, las interrelaciones y las relaciones con otros sistemas. Los elementos a estudiar incluye la persona, el entorno y el malestar o problema social.

Incluye además:

Análisis de la demanda. Al analizar la demanda se accede a información sobre:

- Lo que la persona demandante considera problemático para ella y/o el entorno.

- Las expectativas del demandante sobre las soluciones y el papel que desempeña el mismo y los servicios del medio sanitario en esta resolución.
- Lo que solicita del profesional.
- El tipo de demanda (explícita, encubierta, de información,...)
- La forma en que ha sido derivada.
- Persona que consulta y relación con la persona afectada, si no es la misma.

Estudio de factores sociales principalmente:

- Cómo se percibe el problema de salud por parte de la persona.
- El impacto que éste provoca al individuo y/o familia.
- Las repercusiones de los factores sociales en el proceso de enfermar.
- La detección del estrés psicosocial y su afrontamiento.
- La familia y sus relaciones.
- El contexto. Entorno/medio físico.
- Red social de apoyo.
- Análisis de recursos (personales, familiares, sociales, institucionales...) de acuerdo a cada situación. Valoración de potencialidades

2º- Diagnóstico social

Consiste en la comprensión de la situación del paciente en sus aspectos internos y externos e implica reflexionar y valorar sobre los tres elementos interrelacionados: la persona, el problema y la situación, para establecer las hipótesis de intervención. El proceso de diagnóstico se da de forma simultánea con la intervención siendo incluso parte de ella.

Incluye:

- Identificar los problemas sociales y factores de riesgo social.
- Relacionar los factores causales.
- Priorizar las actuaciones.
- Valoración de la posible evolución.

3º- Intervención social

Se trata de establecer y realizar el plan de intervención con el usuario, con relación a su afrontamiento personal y del entorno.

La intervención establece objetivos e intervenciones a corto y medio plazo, junto con el usuario, y estrategias para modificar su situación. Las **intervenciones** fundamentales se describen en el siguiente apartado.

4º- Evaluación

Es un proceso continuo, en el que se analiza el grado de consecución de los objetivos propuestos en el plan de intervención y el usuario participa junto con el profesional o profesionales que han intervenido. Incluye:

- La evaluación del proceso y de los resultados.
- Finalizar la relación de ayuda, ya sea porque se ha producido un adecuado grado de resolución del/los problemas del usuario/a o por decisión del mismo/a.

FUNCIONES E INTERVENCIONES del Trabajador/a Social en el Área de Atención Directa.

Las **funciones** que se desarrollan **con la presencia del usuario son:**

1. Estudio de los factores sociales para establecer una valoración diagnóstica y el plan de intervención con el paciente y con la Unidad de Atención Familiar (UAF) en aquellos casos que lo requiera.
2. Movilizar y potenciar los recursos internos (capacidades) y externos de las personas para que afronte adecuadamente la situación de salud: estrategias de afrontamiento personal y fomento de la Red social de apoyo (formal e informal).
3. Información al paciente/familia sobre los servicios, programas de salud y los recursos comunitarios existentes promoviendo el buen uso de los mismos.
4. Canalizar al paciente/familia poniéndolo en relación con otros que sufran el mismo problema y/o grupos de ayuda mutua existentes.
5. Mediación en los conflictos del paciente con su entorno y con relación al proceso (relación con el sistema sanitario, acuerdos familiares, organización de cuidados).
6. Evaluación por problemas abordados, concretando lo más posible.

En esta Área, el/la Trabajadora Social de Atención Primaria de Salud también realiza **funciones sin la presencia del usuario**. Éstas son:

1. Coordinación Interinstitucional con los recursos que están implicados en la intervención ya sean públicos, ONG o privados.
2. Coordinación intrainstitucional con otros servicios del sistema (Salud Mental, Salud laboral, Inspección, etc.).
3. Realización de interconsultas con otros miembros del EAP.
4. Investigación y estudio de documentos e informes que permitan una visión amplia y veraz de la situación.
5. Utilización de soporte documental (historia de salud, fichas, estadísticas, informes...). Realizar informes sociales.
6. Participación en actividades de planificación y organización de los servicios.

Intervenciones.

La intervención es el desempeño de un papel para modificar o condicionar acontecimientos o resultados, es un imput del trabajo social y equivalente al tratamiento en términos sanitarios. Algunas de las intervenciones a desarrollar en el procedimiento de trabajo en Atención Directa son las siguientes (61):

- **Suministrar información.** La información debe ser actualizada y exacta; cuando se deriva a un usuario a otros organismos /recursos (asociaciones de enfermos, hospitales, servicios de atención al paciente...) es necesario comprobar la exactitud de la información antes de derivar al mismo. Otra modalidad es suministrar información escrita en forma de folletos o dípticos informativos, información de recursos sociosanitarios y actividades relacionadas con promoción y prevención de salud. El suministro de información es uno de los puntos claves del proceso de solución de problemas y de toma de decisiones.
- **Dar explicaciones.** Las explicaciones tienen como finalidad aclarar, reconciliar o interpretar acontecimientos con vistas a facilitar una mayor comprensión. Las explicaciones pueden

adoptar tres formas: instrucciones, demostraciones y explicaciones verbales. Dar explicaciones como forma de abordar las necesidades afectivas es una función habitual en nuestra práctica en la medida en que las necesidades afectivas están estrechamente ligadas al conocimiento, aceptación/rechazo de diagnósticos, tratamientos...

- **Proporcionar asesoramiento/orientación.** Consiste en dar recomendaciones o instrucciones sobre el tema planteado en una o varias líneas de acción, para lo cual es necesario tener unos conocimientos de leyes, de los derechos sociales y de los servicios comunitarios (Ley General de Sanidad, Derechos y Deberes de los usuarios, Oficina de Defensa de los derechos de los Usuarios sanitarios...). En el asesoramiento hay que tener presente la situación y expectativas personales del individuo, incluido su contexto cultural y social.
- **Recontextualizar.** Supone tomar los mismos hechos pero situándolos en un contexto o marco diferente, de esta forma el sentido de las mismas cambian por completo y ayuda al usuario.
- **Realizar interpretaciones.** Las interpretaciones consisten en hacer una lectura profesional de los hechos relatados. Bien expresadas tienen un valor especial a la hora de ayudar a tener una mejor comprensión de sí mismos.
- **Negociar.** Se trata de lograr algún tipo de acuerdo o entendimiento con relación a cómo se entiende el problema y las formas de superarlo así como llegar a un acuerdo entre dos personas implicadas en el problema planteado.
- **Persuadir.** Crear la posibilidad de cambio a través de adoptar un enfoque directivo: en situaciones de abandono, negligencias, maltrato a menores o personas con discapacidad.
- **Prestar asistencia práctica.** Ayudar a acceder a recursos que de otro modo sería difícil acceder (elaboración de informes,

- lecturas e interpretación de documentación y/o expedientes en trámites, cartas, etc.)
- **Proporcionar apoyo emocional.** Dar respaldo adecuado en periodos de tensión, estrés o crisis que incluye la derivación en casos con patologías con afectación emocional (impacto de una enfermedad, duelo, síndrome de sobrecarga del cuidador).
 - **Garantizar cuidados sociales.** Es decir preocuparse por el bienestar de la persona tanto dedicando atención a las necesidades que sean de la competencia del TS, como procurar la ayuda que precisa ante la necesidad de cuidados sociales.
 - **Dar ánimo y seguridad.** Ayudar al usuario a ir hacia una línea de acción, experiencia, pensamiento o ayudar a cómo aprender de ellos. Infundir ánimos de forma positiva. Ayudar a aceptar la enfermedad especialmente si es incapacitante o terminal.
 - **Formar en Habilidades Sociales.** Consiste en un proceso de aprendizaje que se emplea para ayudar a los usuarios a dominar comportamientos que les hacen vulnerables al aislamiento o la exclusión o para ampliar o desarrollar habilidades que precisan, sin olvidar las diferencias sociales o culturales entre el usuario y el profesional.
 - **Contener la ansiedad.** Actuar de receptores de los pensamientos y sentimientos de los usuarios de manera que se ayude a que éstos sean más controlables. Requiere empatía, escucha activa, hacerse cargo de las preocupaciones que se expresan dando la sensación de que la persona no está sola. La ansiedad es una constante en nuestro trabajo con el usuario por lo que es una intervención habitual
 - **Mediar/Facilitar.** Asegurar que distintas partes se comunican entre sí, buscando alcanzar acuerdos aceptables para todos.

- **Educación.** Proceso intencional por el cual se aprende a tomar conciencia de la realidad y entorno que las rodea, ampliando conocimientos, valores y habilidades que permitan desarrollar sus capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad.

ÁREA DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

DEFINICIÓN

El Equipo de Atención Primaria desarrolla sus objetivos de salud en una comunidad, formando parte integrante de la misma y aportando su papel en la protección y atención a la salud.

Teniendo en cuenta que las personas con necesidades de distinta índole no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, sino que intervienen en ella otros sistemas, es cuando el término de coordinación sociosanitaria y trabajo en equipo son conceptos clave. La relación que el EAP establece con el resto de los servicios y recursos es fundamental. La calidad de esta relación ayudará al desarrollo de sus objetivos de forma más eficiente y eficaz.

En los últimos años, ha habido un aumento de usuarios en los que confluye necesidades sanitarias y sociales motivado por los cambios sociales que se están produciendo. A esto se suma la cada vez más compleja red de servicios públicos, privados y subvencionados y la diversificación de las tipologías de servicios. Estos elementos han provocado que hoy se considere prioritaria por todos los profesionales, la coordinación. Los profesionales de Trabajo Social, han insistido de forma continua en esta necesidad de “poner en relación los recursos”, de “establecer canales” entre las distintas instituciones y técnicos que intervienen en la atención de una persona o comunidad, para llevarla a cabo de manera integral e integradora.

El Trabajador Social de Atención Primaria es un profesional de enlace formado para impulsar e iniciar la coordinación sociosanitaria, así como desarrollar, junto al resto del Equipo de Atención Primaria la relación con las distintas entidades y asociaciones de la comunidad. El conocimiento actualizado de los Sistemas Educativo, Sanitario y de Servicios Sociales así como los Recursos Sociales de distinta titularidad, es lo que permite a este profesional impulsar la coordinación para beneficio de los usuarios, del Equipo de Atención Primaria y del Sistema Sanitario.

Se entiende la **Coordinación Sociosanitaria** como el conjunto de acciones llevada a cabo por los profesionales encaminadas a

organizar las actuaciones de los sistemas sanitarios y sociales, para ofrecer una respuesta integral a las necesidades sociales y sanitarias que se presentan simultáneamente en las personas (39).

La Coordinación Sociosanitaria es necesaria cuando atendemos a población de especial vulnerabilidad, en la que confluyen necesidades sanitarias y sociales debido a la situación de dependencia o desventaja social que padecen.

Estos grupos de población son:

Los grupos de especial vulnerabilidad por dependencia funcional y pérdida de autonomía:

- Personas Mayores: independientes funcionalmente, con riesgo de aumento de dependencia funcional o deterioro cognitivo.
- Personas Mayores dependientes funcionalmente o con demencia.
- Enfermos mentales y sus familias.
- Personas con discapacidad física, intelectual y/o sensorial.
- Personas con patologías crónicas invalidantes o con estigma social. (VIH, TBC, drogadicción, esclerosis múltiple, alcoholismo, etc).

Los grupos de especial vulnerabilidad por su situación social:

- Mujeres en situaciones de conflicto o desventaja social. Víctimas de violencia doméstica.
- Menores en situación de pre-riesgo y riesgo social.
- Población inmigrante.
- Población joven y adulta en exclusión social extrema, que presentan problemas de salud.

MÉTODO

El procedimiento a seguir en la Atención Primaria de Salud en este área es el siguiente:

1. ***Estudio*** Permite describir y recoger las características de los distintos recursos, las formas de acceso y los profesionales de

contacto. Conocer la dinámica de las redes o relaciones que se establecen entre los mismos y las experiencias que han existido o existen de coordinación o relación.

2. **Impulso de estrategias para la coordinación sociosanitaria**, teniendo como base el trabajo con el equipo de Atención Primaria y teniendo en cuenta las prioridades del Servicio Canario de la Salud. En este sentido se debe buscar estrategias adaptadas al equipo de trabajo como son, entre otras:
 - La inclusión en sesiones de formación del equipo
 - Creación de comisiones sociosanitarias o grupos de trabajo
 - Inclusión del tema de la Coordinación en las reuniones de equipo
 - Inclusión en los objetivos del EAP para su evaluación.
3. **Programación de la coordinación sociosanitaria** del centro, teniendo en cuenta aquellos grupos de población que deben verse beneficiados de dicha coordinación acorde con las necesidades de la Zona Básica de Salud y las prioridades del SCS. Se trata de explicitar por escrito las líneas de coordinación en dicha zona.
4. **Organización y ejecución**. Organizar aquellas actividades y estrategias que nos permitan trabajar de manera conjunta con las otras entidades de la zona, así como llevar a cabo las acciones organizadas por la Comisión Sociosanitaria Interinstitucional si existiera.
5. **Evaluación** es un componente de todas las fases por considerarse una estrategia continua del procedimiento seguido en un proceso de acción – reflexión – acción y debe estar especificada en el programa de trabajo, que periódicamente se revise el grado de cumplimiento de los objetivos así como la valoración del proceso. Para ello se desarrollarán los instrumentos de registro e indicadores de evaluación necesarios.

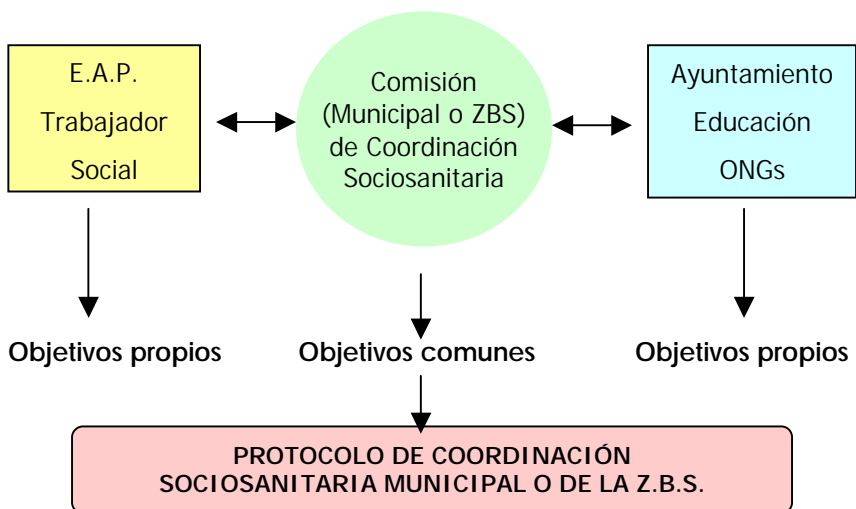
Las estrategias para la Coordinación Sociosanitaria a desarrollar por el EAP deben contemplar la gestión de casos, en los que se desarrolla la figura del profesional de enlace, las Comisiones Sociosanitarias Interinstitucionales y los protocolos de Coordinación Sociosanitaria buscando el compromiso formal de las instituciones implicadas en la coordinación.

La **Comisión Sociosanitaria**, se trata de un grupo de trabajo formado por al menos un técnico/a y responsables de cada institución, cuyos objetivos están orientados a articular la coordinación de las instituciones de ámbito social y sanitario que intervienen con los usuarios con necesidades sociales y sanitarias.

Esta comisión tendrá los siguientes objetivos:

- Definir el objetivo u objetivos comunes.
- Clarificar las competencias y funciones de los distintos servicios.
- Unificar instrumentos de valoración.
- Establecer estrategias para la continuidad de la atención.
- Establecer mecanismos para la identificación precoz de las necesidades de la población.
- Establecer mecanismos de derivación y de acción especialmente en situaciones de urgencia.
- Promover estrategias que permitan la utilización coherente y eficaz de los recursos de la zona evitando la duplicidad.
- Estudiar las demandas sociosanitarias a fin de promover que se generen nuevos recursos en la zona que diversifiquen la oferta.

El procedimiento a seguir será definido por los servicios de Planificación del Servicio Canario de Salud en coordinación con las Instituciones con competencias en materia de Asuntos Sociales.



FUNCIONES del Trabajador/a Social en el área de Coordinación Sociosanitaria.

1. Conocer y analizar los recursos y las redes de la zona de salud.
2. Formar parte activa de la Comisión Sociosanitaria, programando y protocolizando las acciones que se determinen en dicha Comisión.
3. Impulsar con el Director de Zona, el área de coordinación sociosanitaria:
 - Dinamizando la formación de la comisión sociosanitaria .
 - Garantizando la inclusión de esta área en las reuniones de equipo.
 - Contribuyendo con técnicas de trabajo en equipo.
4. Elaborar y actualizar la Guía de Recursos Sociales y Sanitarios de la zona básica de salud para informar y asesorar al resto del equipo de los recursos existentes en la zona.

5. Ejecutar con el resto de la Comisión aquellas funciones que se consideren necesarias para el desarrollo de las acciones programadas.

6. Ser el **gestor de casos** en los grupos de riesgo social o problemática social, que incluye: problemática o dificultades socioeconómicas, problemas vinculados a la vivienda o entorno, aislamiento social y geográfico, problemas de conflictividad o disfunción familiar que afecte a la persona discapacitada, problemas con los cuidados sociales, sospecha o evidencia de malos tratos en la unidad familiar,...
Implica:
 - Valoración social
 - Plan de intervención y responsabilidades de los distintos profesionales
 - Determinación de los recursos y servicios a los que puede acceder
 - Fomento de creación de circuitos de intervención/derivación/atención

ÁREA DE APOYO SOCIAL

DEFINICIÓN

En el contexto de las sociedades modernas encontramos una clara regresión de las interacciones de unas personas con otras en todas sus formas, de ahí que el abordaje de muchos de los problemas de salud se vea dificultado por la fragilidad de los lazos sociales que conforman la red de apoyo social del individuo. En nuestro contexto, este hecho es manifiesto sobre todo en las áreas metropolitanas frente a las zonas rurales. Por tanto, se hace necesario las estrategias que fomenten el apoyo social formal e informal.

Entendemos por **Apoyo Social** el conjunto de provisiones expresivas e instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin y Ensel 1989) (82). Es decir las manifestaciones tanto en forma de expresión de emociones, afecto, información o en forma material como préstamo de silla de ruedas, ayuda a la movilización, etc.

En el apoyo social se dan varios niveles de análisis:

- El **nivel comunitario** es donde se proporciona el sentido de pertenencia y de integración social; fomenta la obediencia de las normas del grupo y las virtudes cívicas.
- El nivel de las **redes sociales**, son los contactos sociales que mantienen las personas.
- El nivel de las **relaciones íntimas**, son las relaciones donde se establecen vínculos más estrechos.

De los tres niveles, son las relaciones íntimas las que tienen un efecto más directo sobre la salud y el bienestar del individuo.

Desde la psicología social y la sociología se ha estudiado que el apoyo social puede tener dos tipos de efecto sobre la salud, éstos son: **efecto directo y efecto amortiguador**.

El **efecto directo** hace referencia a que el aumento de apoyo social mejora la situación de salud, en la medida que el apoyo puede intervenir:

- Creando un ambiente promotor de salud
- Disminuyendo la probabilidad que se produzcan acontecimientos estresantes
- Proporcionando a las personas información retrospectiva.

El **efecto amortiguador** se refiere a que protege a las personas de los elementos patogénicos de las situaciones de estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto de éste. Existe evidencia a través de distintas investigaciones que cuanto más integrada socialmente esté una persona, menos probabilidades tendrá de padecer determinadas enfermedades y en el caso de que éstas se produzcan, las relaciones sociales podrán proporcionar información, ayuda material y apoyo emocional fundamentales para la superación y/o adaptación a la misma (Schwarzer y Leppin 1992-metanálisis; Berkman 1986; Waltz y Bandura 1990; Durá y Garcés 1990. Citados en Bibliog: 82, 83, 84)

Los instrumentos que se desarrollan en esta área para el fomento del apoyo social son los **Grupos de Ayuda Mutua** y el **Voluntariado**.

Los **Grupos de Ayuda Mutua** (en adelante GAM) son aquellos que están formados por personas (dos o más) que comparten un tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento social, en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo, realizando funciones de información e intercambio de experiencias, apoyo emocional, actividades recreativas, prestación de servicios, presión social. La OMS considera la ayuda mutua como un recurso social para la salud y plantea la necesidad de dar apoyo a los GAM desde APS.

El **Voluntariado** como fenómeno social, toma importancia en las sociedades actuales buscando un espacio de colaboración social, que contribuye a generar un tejido social más denso y aporta respuestas flexibles e innovadoras a las necesidades sociales emergentes (Campello García, 2001) (88). Esto sin obviar el compromiso del estado, que sigue siendo el pilar fundamental de la atención. **Voluntario** se define como toda persona que de forma

desinteresada, gratuita, generosa y constante, dedica parte de su tiempo a los demás. En salud, el trabajador social como promotor de recursos, potencia el voluntariado aportando información de la iniciativa social a través de las oficinas del voluntariado aprovechando los proyectos en marcha a fin de que sean capaces de responder a las necesidades de los usuarios en salud.

MÉTODO

En este área se desarrollará el método a seguir para el fomento del Apoyo Social **a nivel grupal** que responde a los siguientes objetivos:

- Fomentar la creación y mantenimiento de los GAM
- Fomentar el voluntariado como fuente de Apoyo Social.

En el fomento de la Red de Apoyo Social a **nivel individual /familiar** se realizará según se determina en el Área de Atención Directa ya desarrollada anteriormente.

Las estrategias a seguir para el fomento de los **Grupos de Ayuda Mutua** es:

1. Generar contactos.

Poner en relación a las personas afectadas por un mismo problema ya sea ofreciendo teléfonos, utilización de recursos de forma común, canalizar hacia grupos ya creados, a través de educación sanitaria, sesiones socioeducativas, etc.

2. Fomento

Recoger información sobre los GAM y difundirlo en la comunidad y grupos interesados, teniendo la información actualizada dentro de la Guía de Recursos de la Zona Básica de Salud

3. Apoyo a los GAM

Promover, desarrollar y mantener los grupos de Ayuda Mutua de nueva creación y a los ya formados, así como a las asociaciones relacionadas con salud. Esto se hará a través de suministro de información, investigación, apoyo en la organización, asesorar, proporcionar material de apoyo y evaluar. Además se ofrecerá la posibilidad de aplicación de técnicas que potencien los procesos informativos, conductuales

y emocionales, ofertando los conocimientos en habilidades sociales, resolución de problemas, dinámicas de grupo, etc.

4. Colaboración

Canalizando las demandas de los grupos de ayuda mutua a los servicios sanitarios y viceversa; fomentando la participación de los mismos en las actividades comunitarias de Promoción y Prevención generadas por el EAP en la Zona Básica de Salud y estableciendo canales de comunicación recíprocos.

El procedimiento a seguir para el fomento del **voluntariado** como fuente de apoyo social en salud es:

1. Estudio de necesidades.

Fundamentalmente a través de la demanda en el EAP, teniendo en cuenta las necesidades sociales emergentes, las nuevas tendencias demográficas y las nuevas formas de enfermar.

2. Fomento.

Recoger información sobre el voluntariado y difundirlo de forma que favorezca el conocimiento y la utilización de este recurso social por parte del EAP y con los pacientes en aquellos casos que se requiera, teniendo la información actualizada dentro de la Guía de Recursos de la Zona Básica de Salud

3. Apoyo al desarrollo de Proyectos de voluntariado.

Ofreciendo formación y asesoramiento al voluntariado de forma puntual o continuada.

4. Colaboración.

Canalizando la captación de pacientes con necesidades que pueden ser atendidos por los proyectos de voluntariado y recogiendo las demandas de los proyectos de voluntariado a los servicios de salud.

FUNCIONES del Trabajador/a Social en el área de apoyo social.

- 1. Impulsar la creación de los GAM** teniendo en cuenta las necesidades de la población de la Zona Básica de Salud, apoyando junto al resto del equipo en aquellas actividades que necesiten la actuación de profesionales de la salud (charlas, educación sanitaria, etc.)

2. **Fomentar la puesta en marcha**, por los organismos competentes, de Proyectos de Voluntariado que respondan a necesidades en salud.
3. **Asesorar y apoyar** a los GAM ante situaciones de crisis o conflicto.
4. Contribuir, junto al resto del EAP, a la **formación** del voluntariado en temas de salud si se considera necesario.
5. Garantizar la elaboración de **soporte documental** que permita la acción programada, el seguimiento y la evaluación en este área.
6. **Coordinarse** con los distintos recursos de apoyo social de la Zona Básica de Salud.
7. **Sensibilizar a los profesionales sanitarios** de la importancia del apoyo social en salud y de las estrategias de su utilización de forma adecuada.

ÁREA PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN

DEFINICIÓN

Desde la **Declaración de Alma Atta**, el enfoque de la Atención Primaria de Salud abarca entre sus componentes, la implicación y participación de la comunidad. Las posteriores conferencias de promoción de salud (Carta de Ottawa, la Declaración de Yakarta, Helsinki, México) continúan insistiendo en la **acción comunitaria para la salud** en el S. XXI, que es definida por la OMS “como aquella que se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (42).

En nuestra Comunidad Autónoma, en consonancia con la propia definición de la Atención Primaria, en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (1994) se plantea la participación de la población a través de los órganos de participación (Consejos de Salud).

La **Atención Comunitaria** también aparece en la Cartera de Servicios del Ministerio de Sanidad y se define como el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad.

La intervención en el ámbito comunitario **se operativiza** en los **grupos y las redes sociales**; a través de los primeros se organiza la comunidad, generando el contacto entre los mismos, formando las redes sociales.

La atención comunitaria considera **la participación** de la población como un elemento fundamental y las estrategias que utiliza son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, siendo la educación para la salud, la herramienta que facilita el desarrollo de las capacidades y habilidades personales, buscando el **fomento del autocuidado** del ciudadano

MÉTODO

La **propuesta de método** está constituida por un conjunto de fases, que no siempre se presentan de forma secuencial, al ser éste un proceso dinámico. Éstas son:

1. **Contactos**: Identificando y analizando los grupos y redes sociales de la Zona Básica de Salud, con el fin de crear canales estables de comunicación y colaboración generando procesos participativos.
2. **Estudio**: Conociendo los grupos y colectivos de la ZBS, así como los factores de riesgo, los recursos y los medios de que se dispone. También contribuir al conocimiento de los datos epidemiológicos, los datos poblacionales y los socioeconómicos de la Zona Básica de Salud.
3. **Determinación de estrategias**: pueden ser de carácter preventivo y/o de promoción de salud, teniendo en cuenta las necesidades de la Zona Básica de Salud.
4. **Organización de actividades**: irán encaminadas a promover la implicación y la participación del mayor número de personas. Estas podrán ser de: educación para la salud, promoción del autocuidado, formación de agentes de salud y mediadores, formación de los Consejos de Salud, etc. Se realizará la Acreditación a las gerencias correspondientes figurando por escrito las líneas del área de promoción de salud de la zona donde constará: Definición de objetivos, actividades, recursos, diseño de evaluación, etc.
5. **Ejecución**: de todas aquellas acciones encaminadas a promover la salud de la población.
6. **Evaluación**: que deberá medir: la efectividad, la idoneidad y la eficacia al mismo tiempo que la medición cuantitativa y cualitativa de los resultados, la relación coste-beneficio, la durabilidad de los logros alcanzados y el impacto de las acciones programadas. Debiendo desarrollarse el instrumento de registro y evaluación en función de la actividad (memorias, informes, resultados, etc.).

FUNCIONES del Trabajador/a Social

1. **Estudiar los factores sociales** que caracterizan a la población de la zona básica de salud (ZBS), con el objetivo de incorporar éstos aspectos a las estrategias dirigidas a mejorar la salud de la comunidad.
2. Actuar de **enlace entre el EAP y el tejido social de la ZBS**, estableciendo canales estables de comunicación y colaboración. Recepción en el EAP de las demandas de los distintos grupos y colectivos de la zona.
3. **Estimular la participación en salud** del tejido social de la zona, a través del desarrollo de metodología participativa y de los órganos de participación. Fomenta las redes y grupos sociales que sean referentes de actitudes, valores y conductas positivas promotoras de salud.
4. Impulsar, desarrollar, junto con el EAP, de los órganos de participación en salud: **Consejos de Salud de la Zona Básica de Salud**, de los que deberán formar parte.
5. Aportar al equipo el conocimiento de las relaciones de las redes sociales (formales e informales) a través de un **inventario de colectivos y del sociograma** o mapa de relaciones.
6. Garantizar **el soporte documental** de las acciones desarrolladas en el área comunitaria.
7. Desarrollar **programas de educación para la salud**, con el resto del equipo, para la población.
8. **Educar para la salud** de forma individual y grupal con el resto del EAP.

La función a desempeñar por el/la TS en el ámbito de la Educación Grupal para la Salud se concreta en:

- Crear proyectos específicos de educación para la salud, que muestre la interrelación entre los factores sociales y el estado de salud, así como las formas de prevenir e identificar los conflictos sociales

- Aportar los contenidos sociales pertinentes a los diferentes programas de educación sanitaria planificados por el equipo o servicio de salud
- Facilita a los miembros del equipo sus conocimientos técnicos, en lo referente a técnicas de relación, de comunicación, de trabajo en grupos e intervención comunitaria.

ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

DEFINICIÓN

Dentro de las atribuciones de los Equipos de Atención Primaria y en el marco de lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, se establece que entre las actividades a desarrollar están las de docencia e investigación.

El Trabajador/a Social como un miembro más del EAP debe realizar y participar en actividades incluidas en este área, ya que tanto con el trabajo investigador como con la docencia se obtendrán beneficios en formación, prestigio científico y mejora de la práctica profesional.

La formación es un reto en toda profesión, es necesario desarrollar una actividad formativa continuada debido a distintos factores como el olvido de conceptos adquiridos, los cambios conceptuales, la deformación del conocimiento, la rápida evolución de la sociedad y los cambios en las necesidades y demandas sociales.

La Formación Continuada es el conjunto de actividades dirigidas a incrementar la competencia y cualificación, con la finalidad de promover el desarrollo personal y profesional. Además, facilita los procesos de innovación tecnológica, así como las nuevas formas de organización en el trabajo. Incluye la actividad docente que está encaminada a aportar los conocimientos, realizándose en dos vertientes: hacia el equipo, aportando aspectos sociales, abordando determinados temas o transmitiendo experiencias comunitarias; y hacia otros profesionales y alumnos, del ámbito sanitario o no.

La Investigación se entiende como un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder a una pregunta.

Desde la Política de Investigación del Servicio Canario de Salud, además de promover el establecimiento de estudios de investigación multicéntricos, se define la multidisciplinariedad en la composición de los equipos de investigación.

En la práctica asistencial del TS en APS, es donde se generan ideas para la investigación: clínica, epidemiológica, de organización de servicios y evaluación del impacto de determinadas intervenciones sobre el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad. Además hay que tener en cuenta entre otros, los criterios de pertinencia, viabilidad y eficiencia, junto con los éticos, que ayudan a definir la utilidad social.

MÉTODO

En **formación continuada** las etapas del proceso que se identifican son:

1. **Identificar el problema o la necesidad de formación.**
2. **Determinar los objetivos de dicha formación.**
3. **Organizar y ejecutar las actividades.**
4. **Evaluar los resultados obtenidos.**

En el área de Docencia se concreta en las siguientes acciones, en las que participará el Trabajador Social junto al resto del EAP:

- Determinar el responsable de docencia del EAP.
- Identificar las necesidades formativas de los profesionales y / o alumnos.
- Organizar las actividades formativas y docentes: sesiones bibliográficas, sesiones clínicas, cursos, seminarios, conferencias...
- Formar parte de manera activa tanto en actividades docentes a otros profesionales, como en las actividades formativas (autoformación y/o formación continuada dentro del EAP).

En **investigación** se debe aplicar los **métodos cuantitativos**, los **métodos cualitativos** y los **métodos de investigación participativa (IAP)**, atendiendo a sus distintos procedimientos. A la hora de iniciar el estudio, el equipo investigador valorará el tipo de estudio a aplicar.

Las líneas de investigación que propone el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) para la Atención Primaria de Salud son:

- **Investigación básica.** Hace referencia a la investigación aplicada para medir la calidad de vida de los pacientes, el cumplimiento

del paciente, la calidad de atención, los resultados de dicha actuación... Sería la piedra angular para una mejora de los servicios asistenciales. En este área se adaptan muy bien los métodos cualitativos.

- **Investigación epidemiológica:** va dirigida a estudiar el curso o progreso de la enfermedad en un grupo particular de personas, las relaciones entre ellas y sus hábitos de salud, estilos de vida y el medio ambiente donde viven y los factores de riesgo relativos a ciertas enfermedades. Desde el Centro de Salud, el delimitar el ámbito investigador, permitirá el estudio de problemas de alta prevalencia y el estudio natural de la enfermedad, mejorando la efectividad y dirigiendo los recursos a los que más lo necesitan. Los diagnósticos de salud de las ZBS pueden completarse con el método de Investigación Acción Participativa.
- **Investigación clínica.** Se refiere a:
Trabajos descriptivos que son trabajos de casos clínicos o de series de casos; Trabajos analíticos que contienen una hipótesis expresa que precisa para su constatación de algún tipo de control.
- **Investigación en servicios sanitarios.** Se orienta hacia el estudio del nivel de efectividad en la prestación de cuidados a la población, modelos de gestión, evaluación económica...

El objeto de estudio de la investigación debe estar enmarcado preferentemente en los campos recogidos en el **Plan de Salud** vigente de la Comunidad Autónoma que marca las grandes líneas de investigación sanitaria de la Comunidad Canaria y tendrán en cuenta las características de la propia Zona Básica de Salud o Área de Salud.

FUNCIONES del Trabajador/a Social en el Área de Docencia e Investigación.

En Formación continuada.

1. **Formarse/autoformarse** según las necesidades, expectativas, posibilidades y medios, tomando la forma de cursos, seminarios, consultas bibliográficas...

2. Participar en **la formación continuada** del equipo, tanto aportando conocimientos específicos de Trabajo Social, como integrándose en las actividades de formación.
3. Llevar a cabo actividades propias como **tutor de prácticas** de alumnos/as pregrado de Trabajo Social, como son:
 - Elaborar el proyecto de actuación del alumnado en prácticas pregrado.
 - Facilitar que se cubran las necesidades del alumno/a en el desarrollo de sus prácticas.
 - Participar en las reuniones de coordinación con la Universidad.
 - Participar en sesiones formativas.
 - Colaborar en la evaluación de los/las alumnos/as.
4. **Participar** en las actividades de docencia postgrado en los Centros Docentes, aportando en todo caso, el abordaje de los problemas de salud desde el profesional de Trabajo Social de Atención Primaria.
5. **Identificar** junto con el EAP, las necesidades formativas
6. **Colaborar en la planificación** de las actividades docentes del Centro; facilitar apoyo y/o asesoramiento al responsable de docencia en torno a los temas de la competencia de este profesional.
7. **Realizar las actividades** formativas a grupos de profesionales de la Zona Básica o Área de Salud.
8. **Participar** en las sesiones clínicas.
9. Realizar y/o colaborar en la **elaboración** de ponencias, comunicaciones, publicaciones...

En investigación.

El equipo investigador debe ser preferentemente un equipo multidisciplinar donde las funciones de cada miembro se estimarán oportunamente, quedando de alguna manera marcada por el tipo de investigación a realizar, el objeto a estudiar, recursos con los que se cuenta, etc.

El cualquier caso, el profesional de Trabajo Social:

1. Aportará la perspectiva social y los conocimientos propios de su disciplina, fomentando la inclusión en el estudio de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo social en salud.
2. Ofrecerá información sobre recursos y facilitará los lazos de coordinación con los recursos y/o instituciones de interés para el estudio.

CAMPOS DE FORMACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN APS

El Trabajo Social en Atención Primaria de Salud adquiere el carácter de una actividad especializada, por lo que el/ la Trabajador/a Social debe orientar su formación hacia las siguientes materias específicas, además de las generales de su profesión.

- Formación sanitaria sobre conceptos médico-sociales, etiología y desarrollo de las enfermedades, profundizando en aquellas enfermedades que tienen mayor impacto social (SIDA, enfermedades mentales, enfermedades infecciosas, etc).
- Trabajo Social Clínico, conociendo modelos de intervención y técnicas especializadas para trabajar situaciones complejas (entrevista clínica, entrevista motivacional, counselling, intervención familiar sistémica, mediación, análisis transaccional, intervención en crisis,...).
- Conocimiento de los Programas y Protocolos de salud vigentes en la Comunidad Autónoma

- Estrategias para la Promoción de Salud y metodología de Participación Comunitaria.
- Conocimientos básicos sobre Salud Pública y Epidemiología Social.
- Adiestramiento en el uso de escalas de valoración que contribuyan a mejorar la calidad asistencial
- Formación en investigación y planificación en el campo de la APS.
- Supervisión en trabajo social de cara a un aumento en la calidad de la atención al usuario.
- Conocimientos administrativos y legales (Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, Ley Integral del Menor, Plan de Salud de Canarias...).
- Actualización en materia de prestaciones y recursos sociales y sanitarios.
- Otros conocimientos: Informática, habilidades docentes, inglés básico.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Apoyo Social:** Conjunto de provisiones expresivas e instrumentales-percibidas o recibidas-proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (82).
- **Apoyo emocional:** Se trata de conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que llevan al sujeto a creer que es admirado, respetado y amado, y que hay personas disponibles para proporcionarle cariño y seguridad.
- **Apoyo material/instrumental:** Acciones o materiales proporcionados por otras personas que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas o que ayudan a resolver problemas prácticos.
- **Apoyo informacional:** Proceso a través del cual las personas reciben información, consejo y guía, que les ayuda a comprender su mundo y/o a ajustarse a los cambios que existen en él.
- **Área:** en este documento el término hace referencia unidades de planificación o áreas funcionales en base a las cuales se organiza la actividad de este profesional.
- **Capacitación (Empoderamiento):** Es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.
- **Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Éstos incluyen los comportamientos y estilos de vida saludables; los ingresos y la

- posición social; la educación, el trabajo y las condiciones laborales; el acceso a los servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos (42).
- **Educación para la salud:** Proceso intencional de adquisición de conocimientos, habilidades y valores destinadas a adoptar medidas para mejorar la salud individual y comunitaria (42).
 - **Factores de riesgo:** Condiciones sociales, económicas, biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.
 - **Factores sociales:** Son factores ambientales, interpersonales y familiares que ejercen influencia en los individuos, en sentido positivo y/o negativo.
 - **Gestión de casos:** Estrategia que opera a distintos niveles asistenciales y administrativos para individualizar, organizar y coordinar un conjunto de servicios.
 - **Grupo de riesgo:** Grupo de personas que en virtud de su condición biológica, psicológica, social o económica, o de su ambiente, es más susceptible a determinadas enfermedades o al desarrollo de un estado de salud deficiente, con respecto al resto de la población.
 - **Intervención clínica en trabajo social:** Conjunto de estrategias y técnicas desarrolladas por el/la Trabajador/a Social, en orden a lograr que el usuario desarrolle una comprensión de sí mismo y de su situación, comprometiéndose activamente en el tratamiento.
 - **Necesidad:** es el reconocimiento de una carencia o ausencia de aquello que impida o dificulte el desarrollo de la persona y que moviliza sus potencialidades para satisfacerlas.
 - **Participación comunitaria:** Proceso social por el que grupos con necesidades comunes toman decisiones para la satisfacción de las mismas.

- **Prestaciones sociales:** Son los medios que se proporcionan a los individuos o familias para su uso privado, pero que cumplen una función social (becas, pensiones, subsidio de desempleo....).
- **Prevención:** Conjunto de acciones y medidas que se promueven e implantan para evitar, reducir o aminorar la posibilidad de que surjan situaciones de riesgo o que éstas generen desigualdad e injusticia social.
- **Prevención de la enfermedad:** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas a anticiparse a la aparición de la enfermedad, a reducir los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias.
- **Protocolo:** Es la construcción ordenada de un tema específico que nos permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, metodológicamente sencilla y eficiente (9).
- **Problema de salud:** Conjunto de factores de diversa índole que tiene como efectos la dificultad o la imposibilidad de disfrutar de bienestar físico, psíquico y social, determinando la aparición de enfermedad o de morir.
- **Problema social:** Cuando uno o varios factores sociales causan dificultad y afectan al bienestar físico, psicológico o social.
- **Promoción de la salud:** Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (42).
- **Psicosocial:** Se refiere a la forma estrictamente individual y particular en que una determinada persona ha introyectado su medio externo o contexto social (familia, trabajo, vivienda, ocupación...) y a la manera en que se relaciona con ese medio.

- **Recursos:** Medios disponibles para realizar una acción. Pueden ser comunitarios, económicos, materiales, humanos, etc. Se les denomina **sociales** cuando se puede recurrir a ellos para atender una necesidad y/o un problema social.
- **Red:** Agrupación de individuos, organizaciones y/o agencias, organizados de forma horizontal en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa, sobre la base del compromiso y la confianza.
- **Riesgo:** Probabilidad de que ocurra un hecho adverso. Engloba la dimensión epidemiológica (tasas y tendencias, facilidad de prevenirlas y morbimortalidad) y social (nivel socioeconómico, cultural y disfunciones sociales). Se entiende **Riesgo Social** como el incremento de la susceptibilidad a tener enfermedad psíquica y orgánica. La presencia de riesgo social en sí, representa un deterioro del estado de salud.
- **Salud:** “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia”. Definición Ecológica de Salud aporta más concreción, entendiendo ésta como “Una situación relativa, variable y dinámica que se produce como consecuencia de las interacciones positivas o favorables entre las poblaciones y los individuos y su ambiente o contexto ecológico (natural o social). Cuando esas interacciones son desfavorables o negativas, se produce una situación de desequilibrio o desadaptación, que llamamos enfermedad” (23).
- **Servicios sociales:** Son el conjunto de estructuras organizativas y administrativas destinadas a responder a las necesidades personales y sociales más próximas e inmediatas, con el fin de facilitar la adaptación recíproca de personas y entorno social, mejorar la calidad de vida y potenciar el bienestar individual y colectivo.
- **Sistema de protección social:** Conjunto estructurado de prestaciones sociales, centros y servicios, desarrollados a través de las instituciones públicas y privadas con la finalidad de procurar la superación de situaciones de

- necesidad, favoreciendo para ello la promoción e integración de los ciudadanos.
- **Tejido social:** Conjunto de relaciones, grupos, instituciones y organizaciones en cuyo espacio concreto se encuentra enmarcado un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

Atención Primaria/Trabajo Social/General

1. Hill, R. Caso Individual. Buenos Aires 1979. Ed. Humanitas.
2. Kisnerman N. Salud Pública y Trabajo Social Buenos Aires 1981 Ed. Humanitas
3. Richmond, M.E. Caso Social Individual. 2ª Edición. Buenos Aires 1982. Ed Humanitas.
4. Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Manual de Atención Primaria. Barcelona 1986 Ed DOYMA
5. De Robertis, C. Metodología de la intervención en trabajo social. Buenos Aires 1988. El Ateneo.
6. Ituarte Tellaeche A. Trabajo Social en Salud, historia, situación actual, perspectivas. Revista Trabajo Social y Salud 1990. Volumen 6 31- 60.
7. Campanini, A, Luppi F. Servicio Social y modelo sistémico. Barcelona 1991. Paidós.
8. Ituarte Tellaeche, A. Procedimiento y proceso, el Trabajo Social Clínico.1992. Ed. Siglo XXI
9. Jiménez Villa, J. Programación y protocolización de actividades.1ª Reimpresión. Barcelona 1993. Ediciones Doyma.
10. Ituarte Tellaeche A. El Trabajo Social en salud hoy: retos y estrategias. Documentos de Trabajo Social 1994 Volumen 1 31-52
11. Ituarte Tellaeche A. El papel del Trabajador Social en el campo sanitario. II Jornadas de Trabajo Social en Salud. Ponencia central. S/C de Tenerife 1994.
12. Ituarte Tellaeche A. El papel del trabajador Social en el contexto sanitario. Trabajo Social y Salud 1995. Volumen 20 275-290.
13. Cossío Linares C. Presente y futuro del Trabajo Social en Atención Primaria. Rev. Trabajo Social y Salud.1995 V. 20, 175-186
14. Miranda Aranda M., Vilas Torruella M.La Formación pregrado y postgrado para el trabajo social en salud. IV Jornadas Nacionales y II del País Vasco de Trabajo Social y Salud. Bilbao 1995. Rev Trabajo Social y Salud. V. 20, 87-134
15. Du Ranquet, M. Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias. Madrid 1996 Siglo Veintiuno de España Editores.
16. Coletti M., Linares J.L. Compiladores. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La

- experiencia de Ciutat Vella. Barcelona 1997. Paidós Terapia Familiar.
17. Alonso C., Bññez T., Caro I., Colom D., Fresno M., Garcés E.M. et alt. "Organizaciones de Bienestar" Zaragoza 1998. Ed. Mira
 18. Villazón González J. Posición del trabajo social en la evaluación y calidad del producto sanitario en Atención Primaria. Rev Trabajo Social y Salud 221- 231
 19. Colom Mafret D. Trabajo Social en las Organizaciones de Salud. Rev Trabajo Social y Salud. 1997 V. 28, 53-66.
 20. Uribe Oyarbide J.M. Atención Primaria y Centro de Salud: La construcción social de la salud. Rev Trabajo Social de la salud 1998 V. 29, 235-249
 21. Plan General de Servicios Sociales de Canarias. Viceconsejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias.1998
 22. Martín Zurro A., Ledesma Castellort A., Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Rev Atención Primaria 25 2000 48-58.
 23. Ituarte Tellaeche A. Trabajo Social en el contexto sanitario: Socioepidemiología y clínica 2001. Departamento de Medicina preventiva de salud pública. Facultad de Farmacia. Master en Salud Pública y Trabajo Social. Victoria-Gasteiz
 24. Zotes Arés L. Organización del área de Trabajo Social. Rev Trabajo Social y Salud.2001, V. 40, 51-60
 25. Pérez López R.B. La incorporación de las organizaciones del voluntariado en el INSALUD, Rev. Trabajo Social y Salud, 2001, V. 40, 77-86.
 26. Gallo Vallejo F.J., Altisent Trota R., Díez Espino J., Fernández Sánchez C., Foz i Gil G. Granados Méndez M.I Lago Debe F. Perfil profesional del médico de familia. Disponible en <http://www.semfyec.es/>
 27. Díaz Palacios E., Díaz Faes Alonso C., Suárez Álvarez D., Villazón González J., Casero Álvarez M. Trabajo Social en le Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas. 2002. Ed KRK. Oviedo
 28. Servicio Canario de Salud. Programa de Atención a las Persona Mayores en Atención Primaria. 2ª Edición. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno de Canarias 2002.

Coordinación Sociosanitaria

29. Ituarte Tellaeché Coordinación entre servicios sanitarios y sociales ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo? Rev. Trabajo Social y Salud, 1993, V. 15, 11-30.
30. Iturria Sierra J.A., Márquez Calderón S. Servicios sanitarios y Sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. Rev. Esp. De Salud Pública 71 nº 3 1997 281-291.
31. Ruipérez Cantera I. Características de la atención Sociosanitaria a los ancianos desde el sistema público. Evolución y tendencias. Rev. de Administración Sanitaria 1999 V III nº 11 405 - 411.
32. Maravall Gómez- Allende H. La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible. Rev. Administración Sanitaria V III nº 11 1999. 393 – 404
33. Arias E. Atención Sociosanitaria. Rev Administración Sanitaria V III, nº 11 1999. 385 – 388
34. Peñalver R. Atención Sociosanitaria (II) Rev. Administración Sanitaria. V III, nº 11 1999 389 – 392
35. Astrain V., Jusué L., Celaya T., Gaminde I. Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria. Rev Salud Pública y administración Sanitaria. 1999
36. García, M.L. Servicios Sociosanitarios: La asignatura pendiente. Rev Salut i Força nº 18 2000.92-95
37. Sangrá Moncasi, Jauma. Trabajo Social Sociosanitario: Reflexiones y Propuestas. Revista Trabajo Social y Salud. Zaragoza, 2001.38:101-115
38. Contel Segura J.C. La coordinación Sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Rev Atención Primaria.2002. 29. 502-506.
39. Subcomisión Técnica Sanitaria. Bases para un Modelo de Atención Sociosanitaria. Madrid, Junio de 2002.

Promoción de Salud

40. Hersch-Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. Rev. Salud pública. México. 1992 Volumen 34 334-346
41. Manual de terminología de la OMS. IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Julio /1997 Disponible en www.who.int/int/es/index.

42. Cuarta Conferencia de promoción de Salud. Yakarta 1998. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el S. XXI. OMS www.who.int/int/es/index
43. Turabián J.L., Pérez Franco B., ¿Cuál es el sentido de la Educación para la Salud y las actividades "comunitarias" en Atención Primaria? Rev Atención Primaria 1998. Volumen 22 662-666.
44. Martínez Hernández A, Gallego Diéguez J, Granizo Membrado C, Miranda Aranda M (compiladores). Monográfico Educación y Promoción de la Salud. Revista Trabajo Social y Salud. Zaragoza, 2000.35
45. Moobie R., Pisani E., de Castellarnau M. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud Informe Final. México D.F. Organización Panamericana de la Salud. 2000 OMS. Disponible en www.who.int/int/es/index
46. Ancizu E. Echaurri M., Pérez Jarauta M.J. La atención grupal www.enfermeriacomunitaria.org
47. Restrepo, Helena E. Y Málaga, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá. Editorial Médica Panamericana.2001
48. Villalbí J.R. Promoción de la salud basada en la evidencia. Rev Española de Salud Pública. 2001. Volumen 6 489-490.
49. Sáez Cárdenas S., Marqués Molías F., Pallarés Gómez J., Serrano Segura J., Nuín Orrioa C., Martínez Fernández V. Perfil de los profesionales de la salud de Lleida respecto de la educación para la salud (EPS) Atención Primaria 1999 Vol. 24 N° 3 157-161

Atención Psicosocial

50. Simonton S. M., Simonton O.C., Creighton J.L. Recuperar la Salud. 2ª Edición. Madrid 1990. Editorial Raíces.
51. Ituarte Tellaeché A. Aspectos psicosociales en Atención Primaria de Salud. Intervención del trabajador social. Trabajo Social y Salud 1995. Volumen 20 163-174
52. Romea Lecumberri S., Franch Nadal J., Sánchez Pérez M., Ruiz Cabello C., Fuentes Abad A., Grau Bartomeu J. Indicadores para valorar la problemática social en la práctica diaria asistencial. Atención Primaria. 1996. Volumen 18 546-550
53. Victoria García-Viniegras C.R., Martínez Canals E. Factores psicosociales y salud. Reflexiones necesarias para su investigación

- en nuestro país. Revista Cubana Med Gen Integr 1997. 13:572-576.
54. Méndez, X. El modelo clínico en intervención psicosocial. Revista de Servicio Social. Vol. 1. Nº 1 Mayo-Noviembre 1998. Disponible en: <http://www.udec.cl/ssrevi/numero1/articulos/a4/articulo4.htm>.
 55. Arroyo Cardona E., Auquer Framis F., Buñuel Álvarez J.C., Rubio Montañés M. L., Adalid Villar C., Solanas Saurab P., et al. Hiperfrecuentación en Atención Primaria: Estudio de los factores psicosociales. Atención Primaria. 1998, Volumen 22 627-630.
 56. García Campallo J., Claraco Vega L.M., Tasón P., Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas. Psicoterapia de elección para la atención primaria. Atención Primaria 1999. Volumen 24 594-601
 57. Casani Martínez C., Suárez Varela M.M. Aspectos psicosociales de los accidentes infantiles. Revista española de pediatría. 2000. Volumen 56, 494-500.
 58. Vergueles - Blanca J.M., Vilaplana y Quesada C. Abordaje desde la atención primaria de salud de una alerta social. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001. Volumen 8, 170-173.
 59. Association of oncology social work. Standards of practice in oncology social work. 2001 (fecha de acceso 11 de julio de 2002)
 60. Martín Menasalvas M. Atención psicosocial en la demanda de la interrupción voluntaria del embarazo. Rev. digital www.entornosocial.es/
 61. Trevithick, P. Habilidades de comunicación en intervención social. Madrid 2002. Narcea.
 62. Anand, S. The changing face of medical social work in India. Disponible en: <http://www.Healthlibrary.com/reading/vhai/set-oct/chang.htm>.
 63. Miller, Heather. Ida M. Cannon: Founder of medical social work. Disponible en: http://www.harvardsquarelibrary.org/unitarians/cannon_ida.html.
 64. Department of medical social work. Muljibhai Patel Urological Hospital. Disponible en: <http://www.mpuh.org/dosw.htm>.

Intervención Comunitaria

65. Vuóri, H. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma. Atención Primaria. Vol. 10. Nº 9 Diciembre 1992: 54-68.
66. Turabián, J.L. Conflicto entre la atención individual y la comunitaria ¿los árboles nos impiden ver el bosque? Atención Primaria Vol. 11 Nº 4 Mayo 1993:161-162.
67. López Fernández, L.A. Siles Román, D. La participación comunitaria. Verdades y falacias. Centro de Salud. Marzo 1993-103-113.
68. Marchioni M., Santana Hernández J., Delgado A., López Fernández A., Turabia J.L., Anía J. Et al. Trabajo social, salud y comunidad. Hoja informativa Nº1. Instituto de desarrollo social y participación comunitaria. Junio/1993. <http://www.uv.es/merelles/marco/appc/hi/hi1.htm>.
69. Marchioni M. Participación, comunidad y conflictos sociales. Hoja Informativa nº 1 1993. Publicación del Instituto de Desarrollo Social y Participación Comunitaria.
70. Turabián J.L. Salud Comunitaria. II Jornadas de Interacción Comunitaria. Fuerteventura 1995.
71. Miranda Aranda, Miguel. Redes Sociales y Participación. Revista Trabajo Social y Salud. Zaragoza.2002.41:69-87
72. Rodríguez Beltrán, Mares. Empoderamiento y Participación: papel de la educación para la salud. Revista Trabajo Social y Salud. Zaragoza, 2002.41:43-55
73. Sánchez Moreno A., Ramos García E., Marcet Campos P. La participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. Rev Salud Pública 317-339
74. Turabián, J.L., Pérez-Franco, B. Canales de participación y promoción de la salud de los ciudadanos en los centros de salud. Cuadernos de Gestión 115-125
75. Aguiló Pastrana E., López martin M., Siles Román D., López Fernández L.A. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del programa de Actividades Comunitarias (PACAP). Rev Atención Primaria nº 29 2002 26-32.
76. Lillo N, Roselló E. Manual para el Trabajo Social Comunitario. Madrid2001. Narcea.

77. Putnam Robert D. Solo en la bolera. Colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana. Barcelona 2002. Galaxia Gutenberg/ Circulo de Lectores.

Apoyo social y Ayuda Mutua

78. Roca F., Llauger M.A. Grupos de Ayuda Mutua: Una realidad a tener en cuenta en Atención Primaria. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 1994. Volumen 1 214-224.
79. Roca F., Villalbí J.R. Manual para el funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua. Publicación del Ayuntamiento de Barcelona 1991.
80. Rodríguez Marín, J. Psicología social de la salud Editorial Síntesis, Madrid.1995
81. Gracia Fuster, E. El apoyo social en la intervención comunitaria. 1ª Reimpresión. Barcelona 1998. Paidós Trabajo Social.
82. Barrón López de Roda A. Apoyo Social 1996 Ed. S.XXI.
83. Gracia Fuster E., Herrero Olaizola J., Musito Ochoa G. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. 2002. Ed Síntesis
84. Barrón López de Roda, Ana. Jano 9-15 Marzo 1990. V. XXXVIII nº 89
85. Roca F. El papel del Trabajador Social en los Grupos de Ayuda Mutua. Publicaciones del Ayuntamiento de Barcelona 49-52.
86. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Otawa para Promoción de la Salud. Rev. Sanidad Higiene P. 1987; 61 129-133
87. Villalbí J. R., Roca F. Un instrumento a desarrollar para la promoción de la salud entre nuestros pacientes y sus allegados. : Los grupos de ayuda mutua. Medicina clínica.1989. Volumen 93 427-430.
88. Campello García Luz. El voluntariado en una organización de salud: Organización y Planificación, Rev Trabajo Social y Salud, 2001,V. 40, 61-76

Investigación y formación

89. J. Jiménez Villa, J.Mª Argimón Pallás. Métodos de investigación aplicados a la AP de Salud. Barcelona 1991 Ed. DOYMA

90. Jiménez Villa J. Programación y protocolización de actividades. Monografías clínicas de Atención Primaria. Barcelona 1990. Ed. DOYMA
91. González Rio M.J. "Metodología de la investigación social" 1997.
92. García Criado E.I. Investigación en Atención Primaria. Semergen 2001 Vol. 27 N° 4 190-211.
93. Pita Fernández S. Metodología de la Investigación. La investigación en Atención Primaria. XXII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Revista de Publicación Oficial de la SEMFYC, Noviembre 2002.
94. Guerra Aguirre J. Formación continuada y Formación postgraduada. Documento INSALUD. Subdirección General de Salud Pública. 2002 473-479
95. Icart M.T., Pulpón Segura A.M. "Cómo cumplimentar una solicitud de un proyecto de investigación en ciencias de la salud". Rev. Atención Primaria Volumen 25, n° 8 2000 126- 139
96. Vallés M.S., "Técnicas cualitativas de investigación social" 2000. Editorial Síntesis.
97. Guía de Prácticas de Trabajo Social II 2002-2003. Dpto. De Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de La Laguna
98. Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria Rev. Gaceta Sanitaria, Volumen 16 n° 2 2002 (182 – 187)
99. Pita Fernández S., Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa CAD Atención Primaria 2002. Volumen 9 (76-78).
100. Pujol, E. Cómo iniciar un trabajo de investigación cuantitativa: Preparación de una investigación. DAP Sant Martí. Barcelona. 57-67
101. Pla, M. El rigor en la investigación cualitativa. Dpto. de Salud Comunitaria Atención Primaria Vol. 24 n° 5 1999 295-300
102. Cabrera González D., Menéndez Caicoya A., Fernández Sánchez A., Acebal Gracia V., García González JV., Díaz Palacios E., Salamea Gracia A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. 1999 Vol. 23 N° 7 434-440
103. Badia X. La investigación de Resultados en la Investigación sanitaria. Disponible en [www. aeets.org](http://www.aeets.org).

AGRADECIMIENTOS

El Documento presentado ha sido posible gracias al conjunto de profesionales del Servicio Canario de Salud que han colaborado en las primeras aportaciones al documento y a las revisiones del mismo. Agradecemos sus valoraciones.

En especial a las/os profesionales de Trabajo Social de Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma Canaria que se nombran a continuación.

Área de Salud de Tenerife

M^a Candelaria Álvarez Hernández
Jacinta Arzola Arzola
Nieves Brito Álvarez
Mercedes Contreras González
Lila Damas Plasencia
M^a Angeles Díaz Domínguez
Ana Jesús García Rodríguez
Carmen Dolores González Izquierdo
Gladys González Medina
M^a Candelaria Hernández Luis
Pablo Jerez Herrera
Dolores Lezcano Herrera
Nieves Matute Cruz
Marisol Muñoz Paredes
Pilar Pérez Déniz
Aida Pérez Lorenzo
Heriberta Rodríguez Morales

Área de Salud de La Palma

M^a Mercedes Arteaga Rodríguez
Pilar Martín Concepción

Área de Salud de la Gomera

Domingo Herrera García

Área de Salud de Gran Canaria

José R. Alvarado Ramos
M^a Luz Bugallo Esteira
Mabel E. Cavaillé Maggai
Miguel Ángel de la Torre Vila
Ana Diego Delgado
M^a Mar Estupiñán Rodríguez
Cruci Falcón González
Lidia García Betancor
Angela M^a González González
M^a Rosario Guerra Rodríguez
Rosa Delia Jiménez Medina
Teresa Martín Armas
Auxiliadora Naranjo Falcón
M^a Pino Pérez Medina
Raquel M^a Ramírez Báez
Juana M^a Romero Hernández
Blanca D. Santiago García
Ana Dolores Suárez Ruano
Araceli Vera Perdomo

Área de Salud de Fuerteventura

Sixto J. Ramírez Sosa
Estrella Trujillo Pérez

Área de Salud de Lanzarote

Marisa Martín González
Jesús Martínez Perdomo

Profesionales sanitarios que enviaron sus sugerencias al Documento

Carmen Cervera. Médico.
Josefina García Barroso. Matrona
Miguel Ángel Hernández Rodríguez. Médico.
Sergio Trenzado Torres. Enfermero.

SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA, PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN:

Jefa de Servicio:

- Mercedes Cueto Serrano

Coordinación:

- Luisa M^a. Saavedra Jiménez. *Técnica del Servicio. Trabajadora Social.*

Grupo de trabajo:

- M^a. Concepción Abreu Velázquez. *Trabajadora Social del Equipo de A. P. Arona Vilaflor*
- Josefa Armas Santana.. *Coordinadora de Trabajadores/as Sociales Gerencia de A. P. del Área de Salud de Tenerife*
- M^a. Esther García Almeida. *Coordinadora de Trabajadores/as Sociales Gerencia de A. P. del Área de Salud de Gran Canaria*
- Alicia Gil Martín. *Trabajadora Social del Equipo de A. P. San Roque*
- Concepción Hernández González. *Trabajadora Social del Equipo de A. P. de Los Gladiolos*
- M^a. Carmen Jiménez Reyes. *Trabajadora Social del Equipo de A. P. de Jinámar*

EXPERTOS CONSULTADOS EN TRABAJO SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL EN SALUD:

- Equipo de profesores/as *del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Laguna*
- Amaya Ituarte Tellaeche. *Trabajadora Social del Servicio Vasco de Salud.*

AÑO DE REALIZACIÓN: 2004