InterAcción y PerspectivA

Revista de Trabajo Social

ISSN 2244-808X
D.L. pp 201002Z43506

Julio-Diciembre 2018
Vol. 8 No. 2

Universidad del Zulia
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Centro de Investigaciones en Trabajo Social

UNIVERSIDAD DEL ZULIA
Serbiluz
Sistema de Servicios Bibliotecarios y de Información
Biblioteca Digital
Repositorio Académico

Interacción y Perspectiva
Revista de Trabajo Social
Vol. 8 N°2 pp. 139-149
Julio-diciembre

Dep. Legal ppi 201002Z43506
ISSN 2244-808X
Copyright © 2018

ARTÍCULO DE ENSAYO

El Trabajo Social en los sistemas de salud: nuevos espacios de intervención

Rubén González Rodríguez* Carmen Verde Diego** Enrique Pastor Seller***

Resumen

La historia del Trabajo Social en salud es amplia y reconocida en muchos servicios, tanto de atención primaria como especializada. Sin embargo, existen muchos otros campos de intervención en salud que sería necesario explorar con mayor profundidad, puesto que nuestra labor profesional todavía está sin definir con nitidez. El objetivo de este trabajo es la revisión de la literatura existente en España en dos servicios específicos: las unidades de trasplante y el servicio de hospitalización a domicilio. Se sinterizarán, brevemente, los objetivos, contenido de las prestaciones y perfil del paciente de estos servicios, así como las principales funciones que realiza el trabajador/a social sanitario en ellos.

Palabras claves: Trabajo Social; sistemas de salud; sistemas de apoyo psicosocial; trasplante; servicios de atención de salud a domicilio.

Abstract
Social Work in health systems: new spaces of intervention

The history of Social Work in health is wide and recognized in many services, in primary attention and specialized care. However, there are many other fields of intervention in health that would need to be explored in greater depth, given that our professional work is still not clearly defined. The aim of this work is to review the literature in Spain in two specific services: the transplant units and the home hospitalization service. The objectives, contents of the compensations and patient profile of these services will be briefly synthesized, as well as the main functions performed by the social health worker in them.

Keywords: Social Work; Health systems; psychosocial support systems; Transplantation; Home care services.

Recibido: 04/10/17 Aceptado: 20/04/18

*Doctor. Universidad de Vigo, Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa, Ourense, España. rubgonzalez@uvigo.es Tel.: +34 988 387 128
**Doctor. Universidad de Vigo, Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa, Ourense, España. carmenverde@uvigo.es
***Doctor. Universidad de Murcia, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Murcia, España. epastor@um.es

1.- Introducción

El trabajo social sanitario surge en España, al igual que en otros países, muy ligado al movimiento del higienismo, común entre los reformadores sociales a finales del siglo XIX y principios del XX, atentos a mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora impactada por el capitalismo industrial (Lima et al., 2017).

La primera escuela que se abre en España de los estudios de Trabajo Social, entonces denominada Escuela de Asistencia Social, se remonta al año 1932 en plena implantación de la II República y se sitúa en la ciudad de Barcelona. Los impulsores de esta escuela fueron el Dr. Roviralta y Antonia Farreras (Rubí, 1991). De este modo, el Trabajo Social queda institucionalizado en España, pero no sería hasta después de la Guerra Civil (1936-1939) cuando comenzaría a afirmarse como disciplina científica (Escartín et al., 1997). A partir de los años cincuenta, ya en pleno franquismo, será cuando aparezcan los primeros servicios de asistencia social en contextos hospitalarios.

En el año 1977 el Instituto Nacional de Previsión establece las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales a través de su Circular 28/1977. Sin embargo, es necesario que fijemos como fecha a destacar el año 1986, ya que es en el vigente periodo democrático, cuando en España se configuró el actual Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en un derecho reconocido a la ciudadanía en la Constitución Española de 1978. Así, en su art. 43 se establece la competencia de los poderes públicos para "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (Pastor et al., 2017). El desarrollo y materialización de este derecho se hizo posible con la publicación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Tanto esta ley, como el vigente Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, instituyen dos grandes niveles de atención de los/as usuarios/as y pacientes en función de la complejidad en la atención y al grado de especialización que ésta requiere y que son: la atención primaria y la atención especializada.

De este modo, se configura la *atención primaria* como el nivel básico de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando (...) la continuidad asistencial, así como la coordinación entre los sectores implicados. En relación a la atención comunitaria ha de asegurarse la coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

De entre los servicios que comprende la *atención especializada* queremos destacar los que el Real Decreto 1030/2006 recoge en los apartados que relacionamos a

continuación, y que están relacionados de forma directa con el contenido de este trabajo: 1) Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio; 2) Atención paliativa a enfermos terminales; y 3) Indicación o prescripción, y la realización en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (entre los que se incluyen los trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano).

Actualmente, y siguiendo lo dispuesto por el Consejo General del Trabajo Social de España (2017) podemos considerar que:

> *el **Trabajo Social Sanitario** supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de **dificultades de salud,** dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.*

A pesar de su evolución e implantación dentro del Sistema de salud, el Trabajo Social sanitario ha tenido un desarrollo desigual en los diferentes servicios, tanto de atención primaria como de especializada. Así, en servicios tales como la red de salud mental, las atenciones específicas en el marco de las adicciones, los servicios de medicina interna o geriatría que atienden población mayormente envejecida, o servicios de especial vulnerabilidad como el caso de pediatría (por atender a población en minoría de edad legal y sus familias), parecen estar ya consolidados. Sin embargo, no resulta así en otros servicios con particularidades específicas.

El presente trabajo recoge una investigación cuyo objetivo es el estudio de la literatura existente en España sobre las intervenciones que se realizan, desde el Trabajo Social, en dos servicios de atención específicos y diferenciados: las Unidades de trasplante y la Hospitalización a domicilio. Entendemos que aportan novedad a las atenciones convencionales de los profesionales del Trabajo Social y, por ello, deben de destacarse y visualizarse.

2.- El Trabajo Social en las unidades de trasplante

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) es un órgano coordinador de carácter técnico, perteneciente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es el ente encargado de desarrollar las funciones relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células. Su estructura se basa en una organización a tres niveles: Coordinación Nacional, Coordinación Autonómica y Coordinación Hospitalaria. La ONT actúa como agencia de servicios en el marco del Sistema Nacional de Salud. Promueve la donación altruista y garantiza la distribución de órganos, tejidos y células en base a procedimientos técnicos y éticos. Mediante el Real Decreto 1825/2009, de 27 de noviembre, se aprobó el Estatuto de la Organización Nacional de Trasplantes.

En todo el marco europeo está delimitado que los programas de trasplante de órganos deben basarse en los principios de donación voluntaria y no retribuida y, obviamente con el consentimiento, autorización o ausencia de toda objeción debidas (González et al., 2015).

El sistema organizativo y de estructuración en los trasplantes en España, donde la donación es voluntaria, anónima y altruista, está siendo copiado en toda Europa e Iberoamérica, siendo un modelo a imitar en todo el mundo (Noda et al., 2009). En el éxito de este modelo, internacionalmente ya conocido como *modelo español*, intervienen múltiples factores, entre los que destaca la capacidad de integrar organizaciones de diferente naturaleza en una única misión coherente que ha de adaptarse a las condiciones externas que se presentan en cada situación (Pablos et al., 2012).

Una de las Comunidades Autónomas donde más se ha visibilizado la figura del trabajador/a social en unidades de trasplante es Canarias. En el año 1998 se incorpora la figura del profesional del Trabajo Social a un Servicio de coordinación autonómico de trasplante, en este caso dependiente del Servicio Canario de Salud. Se justificaba su incorporación ante las necesidades detectadas por la Sociedad Canaria de Nefrología que constataba que, en muchos casos, la calidad de vida de los pacientes trasplantados de riñón no mejoraba tras la intervención. Se estimaba como necesaria una intervención sobre los factores psicosociales, previa y posterior al trasplante por parte de los trabajadores/as sociales de salud (Noda, 2007). La intervención sobre estos factores también se determina como necesaria en procesos previos al trasplante, como es el caso de tratamiento de hemodiálisis en pacientes con patología renal. En estos casos concretos, los pacientes presentan problemas añadidos al estrictamente físico que hacen que el desarrollo de las áreas que componen la denominada *situación social* pueda verse afectada (Herrera et al., 2004).

Canarias ha desarrollado un Protocolo de intervención psicosocial para pacientes trasplantados que asegura la continuidad asistencial por parte de los profesionales de Trabajo Social en atención primaria de salud posibilitando, de este modo un mayor abordaje integral de la población afectada (Afonso et al., 2004). Estos protocolos cada vez están más instaurados. Asimismo, en otras Comunidades Autónomas, como es el caso de Valencia, existen estudios que señalan que, tomando como referencia el diagnóstico médico, la mayor carga asistencial en la intervención social en el hospital de agudos está relacionada con los trasplantes (15,5 %) seguida de los procesos oncológicos (14,7 %) (Guillén et al., 2012).

Entre otras, las funciones principales del trabajador/a social de salud en este ámbito de intervención específico se encontrarían las siguientes (Noda et al., 2009):

- Atención directa en relación a información a los pacientes y sus familias.
- Valoración de los factores psicosociales que condicionan el estado de salud, en colaboración con otros profesionales, especialmente con los trabajadores/as sociales de atención primaria y especializada.

- Coordinación intra e inter-institucional, especialmente con los sistemas de salud y servicios sociales.
- Participación en actividades formativas y de información y sensibilización.

En el marco de las competencias de las Coordinaciones Autonómicas de Trasplantes también se señala la importancia de la participación del trabajador/a social de salud. Noda et al. (2011) defienden que sus funciones están indicadas en estas problemáticas puesto que está formado/a en el estudio de las necesidades y características de una población concreta y, este diagnóstico, mejora las capacidades para la promoción y sensibilización hacia la donación.

En el estudio de Afonso et al. (2004) las demandas de intervención psicosocial por parte de los pacientes y sus familias (que pueden tomarse como ejemplo) fueron las siguientes: información sobre el reconocimiento de discapacidad; información sobre la gestión de pensión de tipo no contributivo y/o prestación por familiar por hijo a cargo; información sobre la gestión de ayudas económicas esenciales; información sobre el acceso a viviendas de protección oficial; información sobre desgravaciones en la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas; ayudas individuales en relación con la discapacidad presentada; información sobre trámites para el parte de baja laboral; información de trámite de tarjeta sanitaria para personas extranjeras; información sobre gestión de dietas para pacientes desplazados; información sobre derivación a asociaciones de enfermos o familiares de enfermos renales; información de cómo gestionar ayudas económicas puntuales a través del sistema de servicios sociales; apoyo emocional; intervención familiar de implicación en el proceso invalidante post-quirúrgico; gestiones para el traslado al hospital de residencia habitual.

Como considera la conceptualización actual de la OMS sobre las dimensiones de la salud, Afonso et al. (2004) estiman que la correspondiente valoración psicosocial, junto con la intervención, derivación y seguimiento, desde un abordaje de trabajo en equipo, deben situarse entre las acciones encaminadas a prestar una atención integral en el ámbito de la salud. Esta visión justifica la presencia del profesional del Trabajo Social en este tipo de unidades, asegurando la coordinación con los profesionales de trabajo social de atención de primaria de salud, así como con los técnicos del sistema de servicios sociales.

3.- El Trabajo Social en los Servicios de hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HAD) se inicia en la ciudad de Nueva York en el año 1947, como un modelo asistencial novedoso. Más concretamente, la primera unidad de *home healthcare* se crea en el Hospital universitario Guido Montefiore (Fernández-Miera, 2009; Massa, 2017). Posteriormente en el año 1951 se creó en la ciudad de Paris un sistema de asistencia domiciliaria dirigido especialmente a intervenciones con enfermos crónicos (Villarreal, 1996). En la década de 1960 comienzan a implementarse unidades de HAD en Canadá.

En España, la llegada de esta modalidad asistencial no tuvo lugar hasta el año 1981 siendo el antiguo Hospital de Madrid, actualmente denominado Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el primer hospital del Estado que creó una unidad de hospitalización a domicilio. En todo este tiempo, esta modalidad asistencial se ha ido implantando con mayor o menor éxito en países europeos de nuestro entorno. Massa apuntaba que el crecimiento errático de esta modalidad asistencial está motivado por diferentes circunstancias "*que van desde la ausencia de marco normativo y regulador, el escaso impulso institucional, la falta de evidencia científica, hasta la heterogeneidad de las unidades en aspectos tan relevantes como la cartera de servicios y la dotación de recursos"* (2017: 7)*.*

Una de las principales controversias que se tienen en relación a la HAD es su propia definición y el hecho de acotar las intervenciones que en el marco de esta modalidad realizan los profesionales del sistema de salud. Se considera, como punto de partida, que las intervenciones se realizan en el domicilio del paciente y que sus dos funciones principales son: 1) evitar el ingreso hospitalario y, recíprocamente, 2) favorecer el alta precoz desde la situación de hospitalización.

La HAD a menudo se ha confundido con otro tipo de cuidados que se pueden llevar a cabo en casa del paciente, tanto respecto a atenciones prestadas por el equipo de atención primaria de salud como la prestada por el personal técnico del sistema de servicios sociales. Es necesario recordar que la Ley General de Sanidad establece que las áreas de salud deben desarrollar intervenciones en el ámbito de la atención primaria de salud y en el nivel de atención especializada.

La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), armoniza y regula el catálogo de prestaciones del SNS y, entre ellas, establece el contenido específico de la prestación de atención primaria y de la atención especializada. Respecto a la prestación de atención primaria, nivel básico e inicial de atención, señala que este tipo de asistencia puede desarrollarse tanto en la consulta como en el domicilio de la persona enferma. Ahora bien, la HAD no se trata de este tipo de intervenciones, sino que aparece recogida como una de las modalidades asistenciales propias de la prestación de atención especializada. La atención sanitaria especializada comprenderá, entre otras (…), el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, *la hospitalización a domicilio*.

En España se define la HAD como "*una alternativa asistencial que consiste en un modelo organizado capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario (proporcionados por profesionales de salud y recursos materiales del propio hospital), tanto en calidad como en cantidad a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan de vigilancia activa y asistencia compleja*" (Massa, 2017: 7-8).

Para facilitar la diferenciación de la HAD respecto a la atención primaria de salud y la atención domiciliaria prestada por el sistema de servicios sociales se sintetizan sus características principales en la siguiente tabla.

Tabla 1

Características diferenciales de hospitalización a domicilio (HaD), atención domiciliaria desde los equipos de atención primaria (ADEAP) y ayuda domiciliaria de los servicios sociales en España (ADSS).

	HaD	ADEAP	ADSS
Cuidados			
Tipo	Salud	Salud	Social
Intensidad	Alta	Baja	Baja
Complejidad	Alta	Baja	Nula
Duración de la atención	Transitoria	Larga	Larga
Aportación de tecnología	Sí	No	No
Colaboración del cuidador necesaria	Sí	Sí	Sí
Características de los pacientes			
Edad (años)	Cualquiera	>65	>65
Enfermedades	Cualquiera	Crónicas	Crónicas
Dependencia funcional	Sí/no	Sí	Sí
Estado evolutivo de la enfermedad	Agudo	Estable	Estable
		44	
Financiación	Pública	Pública	Pública
Provisión	Publica	Pública	Pública/privada
Origen de los recursos	Hospital	Atención Primaria	Públicos/privados

Fuente: Fernández-Miera, M. F. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *44*(S1), 39-50.

Las condiciones para acceder a este servicio varían en ocasiones en función de la oferta asistencial disponible y del volumen de demanda. En todo caso, suelen fijarse unos requisitos comunes entre los que destacan:

- Que la persona enferma se encuentre ingresada en el hospital o que su situación clínica sea subsidiaria de cuidados hospitalarios. Deben tratarse de procesos de salud que se consideren, a priori, transitorios.
- El domicilio del paciente debe encontrarse en el área de cobertura de la unidad de HAD, que suele ser mucho más reducida que el territorio que abarca la propia área sanitaria. Asimismo, las condiciones de habitabilidad e higiene de la vivienda han de ser adecuadas, debiendo disponer también de teléfono en el domicilio.
- El paciente, pero también su familia, deben aceptar la inclusión en esta modalidad de asistencia y estimar la propuesta de ingreso.
- El profesional médico del servicio del que dependa el paciente debe solicitar una interconsulta al servicio de HAD para valorar si procede su inclusión en la unidad.

Se han señalado múltiples ventajas de la HAD frente a otras atenciones más convencionales. Así, diferentes autores apuntan a la disminución de costes de los procesos, el alivio de la saturación asistencial y una mejor interconexión entre la atención primaria de salud y la atención especializada. A ello cabe añadir la ausencia de infecciones de carácter nosocomial, tan importantes en pacientes de especial vulnerabilidad. Respecto a los beneficios que aporta al paciente y a su familia destacan la integración de ambos en el proceso curativo, así como una mejora en el proceso de comunicación y trasvase de información con el personal sanitario. Añadir, además, la importancia de que las intervenciones en salud se realicen en el contexto social habitual de la persona enferma, clave en muchas ocasiones para una más rápida recuperación.

La función principal del profesional del Trabajo Social dentro del ámbito de la hospitalización a domicilio sería incorporar a la intervención en salud los datos socio-demográficos y familiares aportando una visión global del paciente, de su entorno y del contexto en el que desarrolla su proyecto vital. Todo ello en el marco del concepto actual de salud que prima las intervenciones en salud desde un marco global que comprende no sólo la dimensión física, sino también la mental y social.

Los niveles de intervención, por tanto, serían los siguientes (Villarreal, 1996):

- Con la persona enferma y su familia: informar del funcionamiento del servicio.
- Estudio de la situación sociofamiliar: convivencia y actitudes familiares.
- Coordinación con el profesional de Trabajo Social del servicio precedente, en los casos en que hubiese habido alguna intervención anterior para evitar la duplicidad de datos.
- Estudio del contexto ambiental realizando visitas domiciliarias cuando hubiese dudas sobre las condiciones del domicilio.
- Coordinación con los servicios de atención primaria de salud para derivar a los pacientes cuya continuidad asistencial fuese necesaria.

- Coordinación con los servicios sociales comunitarios de las entidades locales situadas dentro del área de salud correspondiente.

En un estudio sobre Trabajo Social en HAD, Ruano et al. (2006) señalan que la intervención del trabajador/a social es importante a la hora de la valoración inicial de admisión, así como en la prevención y resolución de problemática social durante el ingreso. Apuntan que, con estas intervenciones, el número de reingresos por problemática social es bajo. Tanto este estudio como el de Ortiz (2006) identifican claramente la importancia de la intervención del profesional del Trabajo Social con la familia de la persona enferma y, principalmente, con el cuidador/a que se ocupa de dispensarle los cuidados que precisa.

Por el contenido de la intervención propia del trabajo social y como profesionales de ambos sistemas de bienestar es imprescindible el llevar a cabo una coordinación correcta con el resto de equipos y dispositivos (de salud y servicios sociales) para garantizar una correcta prestación de la asistencia que la persona enferma necesita. Ortiz et al. (2004) ya entendían como primordial la labor del trabajador/a social, como profesional integrado en el equipo de HAD, al tiempo que hacían hincapié en la importancia de que las instituciones sanitarias y sociales caminaran de la mano en beneficio de los pacientes, las personas que les cuidan y sus familias.

Sin duda, la HAD juega actualmente un papel importante en la prestación de servicios de rango hospitalario en pacientes con diferentes patologías, especialmente de tipo crónico que, de no existir este servicio, requeriría de las atenciones de una hospitalización tradicional. Por las características sociodemográficas actuales, especialmente el envejecimiento de la población, unidas especialmente a la dispersión geográfica, son servicios cada vez más demandados. El futuro de la HAD está ligado inexcusablemente a la humanización de la enfermedad, a la asistencia cualificada, al aprovechamiento de las nuevas tecnologías y al desarrollo de la atención domiciliaria en su globalidad (González et al., 2002). Dentro del marco del desarrollo de las prestaciones de atención sociosanitaria apunta a ser uno de los servicios donde la figura profesional del trabajador/a social tenga mucho que decir.

4.- Conclusiones

En España, el sistema público de salud, es el segundo ámbito de intervención con mayor presencia de profesionales del Trabajo Social (el primero es el sistema público de servicios sociales) (Pastor, 2013). La relevancia de los/as trabajadores/as sociales en el sistema de salud ha sido largamente constatada en el transcurso del tiempo y la necesidad de su participación en equipos interdisciplinares ha sido intensamente defendida por aquellos modelos en los que la *enfermedad* y la *salud* trascienden las cuestiones estrictamente clínicas de los pacientes, esto es, en palabras de la OMS donde la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social.

El presente trabajo tenía como cometido explorar las publicaciones existentes sobre nuevos campos de intervención del trabajo social sanitario. Por su especificidad e interés se han considerado las unidades de trasplante y los servicios de hospitalización. Sin duda, representan y ejemplifican toda la potencialidad que la profesión de Trabajo Social aún puede proyectar dentro de los sistemas de salud.

Con este estudio que revisa experiencias novedosas de praxis de trabajadores/as sociales sanitarios pretendemos, no sólo difundirlas, sino también reflexionar acerca de la trascendencia de nuestra intervención para aquellas personas afectadas de estas problemáticas de salud, así como para sus familias.

Cada vez, en mayor medida, existe un consenso acerca de la dimensión social de la enfermedad y sobre las problemáticas sociales que determinan en gran medida la pérdida de salud. En este sentido, el trabajo social aporta nuevos afrontamientos desde una perspectiva social imprescindibles para alcanzar niveles adecuados de calidad de vida en todas las fases del ciclo vital (Verde-Diego et al., 2017).

5.- Referencias bibliográficas

- Afonso, L. C., y Noda, M. A. (2004). Factores psicosociales de pacientes renales trasplantados Comunidad Autónoma Canaria. *Trabajo Social y Salud*, *47*, 219-226.
- Consejo General del Trabajo Social (2017). *Trabajo Social y salud*. Consultado el 04-11-17 en:
- https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Escartín, M. J., y Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social*. Alicante: Aguaclara.
- Fernández-Miera, M. F. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *44*(S1), 39-50.
- González, F., y Vaquero, S. (2015). Trasplante de órganos y derecho comunitario. *Revista Universitaria Europea*, *22*, 97-136.
- González, V. J., Valdivieso, B., y Ruíz, V. (2002). Hospitalización a domicilio. *Medicina Clínica*, *118*(17), 659-664.
- Guillén, M., y Fuster, R. (2012). Estudio sobre el tratamiento de la problemática social en el ámbito hospitalario. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, *51*, 145-180.
- Herrera, J. M., Marrero, D., Getino, M. A., y Noda, M. A. (2004). La salud percibida y el apoyo social de pacientes en tratamiento por hemodiálisis sin expectativa de trasplante. *Trabajo Social y Salud*, *47*, 177-183.
- *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.
- *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* Boletín Oficial del Estado, 128, de 29 de mayo de 2003.
- Lima, A. I., y González-Rodríguez, R. (2017). Trabajo Social Sanitario. En A. Hidalgo y A. I. Lima (Coords.), *Trabajo Social sociosanitario. Claves de salud pública, dependencia y Trabajo Social* (pp. 79-102). Madrid: Ediciones Académicas.
- Massa, B. (2017). La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hospital a domicilio*, *1*(1), 7-9.
- Noda, M. A. (2007). El Trabajo Social de Salud en trasplante como técnico del servicio de coordinación autonómica de trasplante. *Trabajo Social y Salud*, *58,* 47-62.
- Noda, M. A., Maitre, M. D., Medina, I., y Afonso, L. C. (2009). El trabajador social sanitario en trasplante: como técnico del servicio de la coordinación autonómica de trasplante de órganos y tejidos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, *45*, 197-207.

- Noda, M. A., Rosquete, C., y Sosa, R. E. (2011). Aprender a dar vida. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, *50*, 187-197.
- Ortiz, E. (2006). Intervención del trabajador social de la unidad de hospitalización domiciliaria, en la sobrecarga del cuidador, según la Escala de Zarit. *Trabajo Social y Salud*, *53*, 63-72.
- Ortiz, E., Sánchez, G., y Muñoz. M. (2004). La dimensión social en las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) de la Comunidad Valenciana. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 3*, 24-32.
- Pablos De, C., y López, D. (2012). La importancia de los mecanismos de coordinación organizativa en la excelencia del sistema español de trasplantes. *Intangible Capital*, *8*(1), 17-42.
- Pastor, E. (2013). Situación actual del trabajo social en España; Un estudio necesario en España. *Servicios Sociales y Política Social*, *30*(103), 111-119.
- Pastor, E., Verde-Diego, C., y González-Rodríguez, R. (agosto, 2017). Las políticas de dependencia en España. Comunicación presentada a las *XII Jornadas de Sociología*. Buenos Aires (Argentina).
- *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Boletín Oficial del Estado, 222, de 16 de septiembre de 2006.
- *Real Decreto 1825/2009, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Estatuto de la Organización Nacional de Trasplantes*. Boletín Oficial del Estado, 287, de 28 de noviembre de 2009.
- Ruano, M. M., y Salaberri, I. (2006). Hospitalización a domicilio: Hospital Universitario Son Dureta. *Trabajo Social y Salud*, *55*, 259-260.
- Rubí, C. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Barcelona: Euge.
- Verde-Diego, C., y Pastor, E. (2017). Ámbitos de intervención emergentes en trabajo social y salud. En A. Hidalgo y A. I. Lima (Coords.), *Trabajo Social sociosanitario. Claves de salud pública, dependencia y Trabajo Social* (pp. 79-102). Madrid: Ediciones Académicas.
- Villarreal, F. (1996). El servicio de hospitalización a domicilio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Atención Especializada Hospitalaria*, Mono S2.