



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Trabajo Social Sanitario y la COVID-19

Alumna: **Aimara Vega Lorente**

Tutora: Juana Pérez Villar
Dpto: Psicología

Mayo, 2021

ÍNDICE:

1. Introducción	1
2. Fundamentación Teórica	2
2.1. Trabajo Social Sanitario	2
2.2. Origen y evolución histórica del Trabajo Social Sanitario	5
2.3. El impacto y las aportaciones sanitarias de la tuberculosis	9
2.4. Emergencias Sanitarias	12
2.5. Situación de Pandemia provocada por la COVID-19	13
2.6. Situación social provocada por la COVID-19	16
2.7. Gestión Social Sanitaria de la COVID-19	17
3. Objetivos	18
4. Metodología	18
5. Resultados y Discusión	19
6. Referencias Bibliográfica	26

Resumen

Mediante este trabajo Fin de Grado, se busca desarrollar una revisión bibliográfica acerca del Trabajo Social en el ámbito sanitario durante la pandemia de la COVID-19. Se centrará principalmente en conocer la implicación de los profesionales del Trabajo Social Sanitario ante la emergencia social y sanitaria provocada por la pandemia, estudiar las actuaciones que se llevan a cabo por parte de los profesionales, así como conocer las experiencias vividas y roles que han asumido los/las profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario durante la crisis de la COVID-19. Así pues, por medio de este, se pretende dar a conocer los protocolos, las acciones y las actividades desarrolladas durante la pandemia en relación con el tema de estudio y la temática seleccionada. Del mismo modo, el presente trabajo se fundamenta en el ámbito del Trabajo Social Sanitario y el papel que desarrollan los profesionales para intervenir durante y tras la pandemia. En la actualidad, se ha comprobado que existen múltiples factores, sociales, culturales, ambientales, familiares e individuales que influyen en la propagación de la pandemia así como en el incremento de la vulnerabilidad social que aumenta de forma exponencial las desigualdades sociales que de por sí ya se encontraban sufriendo multitud de familias.

Palabras Clave: Trabajo Social Sanitario, COVID-19, desigualdades sociales, vulnerabilidad social, experiencias, emergencia sanitaria y pandemia.

1. Introducción

Actualmente nos encontramos viviendo una situación compleja, que nos ha sumergido en una crisis sanitaria que está generando problemas económicos y con estos, graves problemas sociales. Se ha de señalar que las epidemias o pandemias, han existido durante siglos y desgraciadamente a día de hoy siguen produciendo millones de muertes al año, como por ejemplo la tuberculosis (enfermedad que ha tenido un fuerte impacto en el mundo) o epidemias que en siglos pasados devastaron a pueblos completos y enfermedades que han sido erradicadas parcialmente gracias a los adelantos de la medicina. Pero no podemos obviar que han sido parte de la realidad social de prácticamente todo el mundo y actualmente nos encontramos viviendo la mayor pandemia del siglo XXI.

La crisis de la COVID-19 está teniendo un gran impacto a nivel mundial, al que en muchas ocasiones hay que sumar los efectos de la crisis iniciada en 2008. Está generando multitud de desigualdades, no está siendo igual para todas las personas. Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad, que se encuentran además interrelacionadas. La vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica. En los tres ámbitos se puede hablar y resaltar la importancia de la labor que realizan los profesionales del Trabajo Social.

La definición más importante e influyente en la actualidad en cuanto a salud se refiere, es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Desde la perspectiva que nos aporta la autora Amaya Ituarte (2011) en relación al Trabajo Social en el ámbito sanitario, afirma que “es una actividad profesional de tipo clínico, que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y, de otro, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está en relación con, el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de esos objetivos de salud.” (p.310)

Podemos observar la importancia de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario, encargados de cumplir y conseguir un completo estado de bienestar, incluyendo el aspecto social, así como los aspectos físico y mental.

A través de este trabajo de investigación se ha intentado resaltar la importancia del Trabajo Social Sanitario a la hora de actuar frente a la crisis sanitaria que se está viviendo mundialmente y el impacto que está teniendo la COVID-19 en el mundo entero.

2. Fundamentación Teórica

El punto de partida de la fundamentación teórica, será contextualizar los diversos términos que van a conformar este trabajo, además de desarrollar los orígenes, la evolución histórica y el momento actual en el que se halla la comunidad sanitaria (incluyendo el Trabajo Social como parte fundamental) frente a esta enfermedad, la COVID-19.

2.1. Trabajo Social Sanitario

Según Chong (2012), si entendemos la salud como un componente fundamental de la calidad de vida, el tratamiento del individuo deja de estar sometido a la dualidad salud-enfermedad, para conseguir un objetivo mucho más amplio: el bienestar biopsicosocial. Se han de tener en cuenta elementos culturales y sociales característicos del medio sobre el que se interviene. Por lo tanto, se introduce en el campo de la salud nuevas profesiones que, históricamente nada tuvieron que ver con ella.

Los nuevos profesionales dentro del campo de la sanidad han de intervenir sobre toda la población, en tareas de tipo educativo, preventivo y de rehabilitación. Han de conseguir ya no solo la curación del individuo enfermo sino la aceptación por parte de la persona de su nuevo estado, de forma que le permita desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad. Los múltiples cambios ocurridos en nuestra sociedad hacen que el binomio salud-enfermedad quede transformado en salud-calidad de vida, entrando a formar parte de este término un proceso multifactorial, que puede quedar resumido en la adaptación o no del individuo al medio y su consiguiente equilibrio (Castillo,1991)

El Trabajo Social nació vinculada a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella. Desde el principio, el Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado 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. Así mismo, garantiza la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades (Lima, 2019).

En España, fue un médico, el Doctor Roviralta, quien impulsó en Barcelona en el año 1932 la creación de la primera escuela de Trabajo Social, existiendo tres antes de la Guerra Civil, la cual propició un “parón” en la fundamentación de nuevas escuelas y en la evolución de la profesión en las líneas de otras naciones. Internacionalmente el primer servicio de Trabajo Social hospitalario se creó en 1903 en el *Massachussets General Hospital* de Boston. Posteriormente, se fueron extendiendo por el mundo muchos otros (Cosano, 1993).

En la década de los 50, el doctor Sarró, creó una nueva escuela en Barcelona (Escuela de Visitadoras Sociales Psiquiátricas 1952), cuya importancia radica en que, por primera vez en España, se incluyeron en el Plan de de Estudios de la carrera asignaturas como la Psiquiatría y la Psicopatología, al igual que en otros países occidentales (Cosano, 1993).

Los primeros Servicios de Asistencia Social en los hospitales se crearon en Madrid y Barcelona entre los años 1950 y 1956. Poco después, se inician los esfuerzos por parte de los profesionales para constituir las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, que constituyeron, años más tarde, los actuales Colegios Profesionales. Ya el extinto Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuáles eran las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales (Cosano, 1993).

El desarrollo de la reforma psiquiátrica de 1984 supuso un impulso importante para el Trabajo Social Sanitario en los diferentes servicios de Salud Mental. Se incluyeron a los Trabajadores Sociales dentro de los equipos multiprofesionales de esta

rama médica, dado los efectos positivos que el tratamiento social ejerce sobre estos enfermos y sus familiares (Garcés, 2010).

Como hito histórico fundamental, debemos hacer mención al año 1978, donde la Organización Mundial de la Salud, durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata, reafirma la definición de salud adoptada en 1948. Dicha definición expone que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este suceso histórico supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, no solo acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud. Interdisciplinariedad que incluyó el Trabajo Social como profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud, asumida por todos los países, reorganizando sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla (Tejada, 2018).

La Ley 16/2003, del 18 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, publicado en el BOE (2003) donde se incluye la Atención Socio-Sanitaria, que comprende en el ámbito sanitario los cuidados sanitarios de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Para ello se responsabiliza a las Administraciones Públicas en la continuidad de cuidados a través de los Servicios Sanitarios y Sociales.

Según Castro (2020), el trabajo desarrollado por los profesionales de este ámbito durante la pandemia, es importante resaltar la necesidad de integrar la valoración y la intervención de las situaciones de riesgo social. Así como el estudio del impacto psicosocial generado durante esta situación en la población de mayor vulnerabilidad (personas con dependencia, que viven solas, con altas hospitalarias con necesidades de cuidados, personas que se quedan sin recibir los cuidados básicos en su domicilio, personas con cronicidad, familias con vulnerabilidad o riesgo de exclusión, etc.). Ante esta situación de impacto sanitario y social, se considera oportuno establecer cauces de coordinación sociosanitaria entre los diferentes ámbitos donde se encuentra integrada la profesión de Trabajo Social Sanitario, atención primaria, especializada y salud mental.

2.2. Origen y evolución histórica del Trabajo Social Sanitario

Para identificar las teorías pioneras relativas al Trabajo Social Sanitario, Colom (2010) nos expone que debemos retroceder a principios del siglo XX y situarnos en los Estados Unidos. Fueron muchos los teóricos que influyeron en la disposición de los primeros servicios de Trabajo Social Sanitario, por aquel entonces llamado médico u hospitalario, y que se detallan a continuación. (Díaz, 2017).

En el *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore, en el año 1889, el Dr. William Osler desarrollaba un programa de visita domiciliaria, a través del cual los estudiantes de medicina realizaban una visita personal a los enfermos que habían tratado, y se interesaban por sus condiciones sociales (Colom, 2010).

Asimismo, el Dr. Cabot, al que podemos considerar como el padre del Trabajo Social Sanitario, sensibilizado por la importancia de lo social en la evolución de la enfermedad, vio la importancia de este programa de visitas a domicilio y su valor en la mejora de la eficacia de sus tratamientos, ya que su puesta en marcha garantiza el estudio y la atención de los aspectos sociales que afectan a los pacientes. Por ello, viendo la importancia que tenían los problemas sociales en la recuperación de los pacientes que él atendía, creó el primer Servicio de Trabajo Sanitario, llamado Servicio Social Médico en el *Massachusetts General Hospital* (Colom, 2011).

Jane Addams, socióloga estadounidense que realizó una gran obra social, participó en obras de caridad, creó una de las primeras casas de acogida de EE.UU, fundó organizaciones de ayuda a las personas, y fue la primera mujer americana en ganar el Premio Nobel por su compromiso social. En este mismo sentido, en 1897, abrió la discusión de la vigésimo cuarta Conferencia de Bienestar Social, refiriéndose a la necesidad de contar con casas de convalecencia para las personas necesitadas que dejaban los hospitales y cuyas viviendas carecían de las mínimas condiciones de habitabilidad para asegurar su recuperación (Sánchez, 2016).

Garnet Isabel Pelton, se convertía en la primera Trabajadora Social Sanitaria que asume este cargo. Fue la primera persona en colaborar con el Dr. Cabot, por lo que en el 1905 puso en marcha la primera plaza de Trabajadora Social Hospitalaria en el *Massachusetts General Hospital* de Boston, las funciones que Pelton llevaría a cabo serían las de ayudar a socializar la medicina, actuar de traductora entre el médico y el

paciente y su familia, y proporcionar información sobre los factores sociales y mentales, pudiendo ser éstas consideradas las primeras funciones reconocidas a las precursoras del Trabajo Social. Debido a la tuberculosis que sufrió unos meses más tarde, tuvo que ser sustituida por Ida M. Cannon (Gehler,S. Browne,T. 2012).



Fotografía 1. Imagen de Ida Cannon y el Dr. Richard C.Cabot en el Departamento de Servicio Social del Hospital General de Massachusetts.

Fuente: Extraído de Bull, W. Bull, M (2011) Something in the Ether: A bicentennial history of Massachusetts General Hospital 1881 to 2011, Memoirs Unlimited, Massachusetts.

Ida M. Cannon fue una de las figuras más relevantes que ha dado la historia del Trabajo Social Sanitario, estando al frente del Servicio Social Médico durante treinta y nueve años. Se convirtió al poco tiempo en Jefa del Departamento de Trabajo Social del hospital en el año 1914. En el año 1918, creaba la Asociación Americana de Trabajadores Sociales en Hospitales. Ella fue para su generación, el símbolo de la Trabajadora Social Hospitalaria, desarrollando el modelo de casos individuales. A partir de 1906, se empezaron a crear nuevas plazas de esta profesión, siempre vinculadas a servicios médicos. La *Escuela de Medicina* de la Universidad de Harvard puso en marcha un programa de formación para médicos con el fin de que conocieran la importancia de los aspectos sociales de las personas que trataban (Sánchez, 2016).

Según el estudio de Sánchez (2016), el Trabajo Social Sanitario experimentó un crecimiento exponencial en ciudades como Nueva York o Chicago, cuyos hospitales adoptaron el esquema de trabajo del *Massachussets General Hospital* de Boston, al considerarlo una nueva fórmula asistencial del bienestar. Además, se extendió por aquellos lugares donde la medicina tenía en cuenta a los pacientes en su conjunto y a sus familias, y no solo la enfermedad que padecían, ampliando gradualmente sus funciones a la investigación y a la prevención.

Las principales divisiones iniciales del Trabajo Social Médico fueron: la tuberculosis, la educación e higiene, la alimentación infantil y el cuidado de los niños delicados, las vacaciones, las excursiones y casas de convalecencia, el cuidado de jóvenes solteras, mujeres embarazadas, moralmente expuestas o enfermas mentales, la ayuda a los pacientes que necesitaban trabajo o un cambio de trabajo, el suministro y las disposiciones para los pacientes objeto de dumping en el hospital o la asistencia a los pacientes que necesitan tratamiento después del alta, entre otras (Colom, 2010).

Había empezado el desarrollo imparable del Trabajo Social Sanitario. A partir de este momento, los principales hospitales de Estados Unidos, entre ellos el *Mount Sinai Medical Center* de Nueva York y el *Hospital de Bellevue*, también en Nueva York, empezaron a crear plazas y departamentos con servicios de Trabajo Social Sanitario especializado y participaban en la *National Conference on Social Welfare*, que se celebraba todos los años (Colom, 2011).

Se refleja una y otra vez, la importancia de contar en los hospitales con un adecuado servicio de Trabajo Social Sanitario para completar las atenciones médicas y quirúrgicas, teniendo en consideración el contexto social de la persona y sus circunstancias específicas.

El Dr. Michael Marks Davis (1879-1971) fue miembro activo de varios sindicatos y organizaciones como The People 's Institute (1905-1910) y Boston Dispensary (1910-1920). Su trabajo en el Dispensario de Boston influyó en la idea de una clínica de pago, que permitía a los pacientes de bajos ingresos pagar una pequeña tarifa por los servicios médicos. Durante su tiempo en el Dispensario comenzó a investigar la función estructural de los servicios de salud y la forma más eficiente de gestionar un equipo de médicos, enfermeras, administradores y trabajadores sociales. Su defensa de nuevos métodos de atención médica lo convirtió en un pionero en la

administración de hospitales. Defendía que había que ir más allá de la enfermedad misma; cabía ver, estudiar y tratar el entorno social de las personas que estaban atendiendo los médicos, puesto que, si no se actuaba, era a ese ambiente enfermo al que volvían. Davis, establece dos clasificaciones: en la primera, incluía las condiciones y los problemas sociales de los enfermos; en la segunda, diferenciaba el perfil psicosocial de cuatro tipos de pacientes (Colom, 2010).

En 1910, Garnet Isabel Pelton establecía, quizás por primera vez y de manera clara, la diferencia entre la ayuda prestada desde el Trabajo Social Sanitario, de las actividades desarrolladas desde la mera filantropía o de las cuidadoras clínicas. Aquello, no era Trabajo Social Sanitario. Estableció cuál debía ser el objetivo general del Trabajo Social Hospitalario: El diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento. Ella evaluaba las condiciones de las viviendas de los pacientes para evitar las posibles dificultades en el cumplimiento del tratamiento, ponía en contacto a las personas que necesitaban ayuda de caridad con las agencias que la proporcionaban, y estaba pendiente de las atenciones que necesitaban los enfermos. Esta nueva profesión complementaba el diagnóstico médico, aportaba las características de la situación sociofamiliar y económica de los enfermos, y buscaba recursos sociales en la comunidad para que los pacientes pudieran continuar con el tratamiento pautado (Sánchez, 2016).

Señalar el lema que se encontraba situado sobre la puerta del *Hospital Virchow* de Berlín: “Trata a la enfermedad, pero no olvides tratar al hombre”. Un principio que, al menos en un plano teórico, hoy siguen asumiendo prácticamente por unanimidad profesionales y políticos sanitarios que se tratan a enfermos, no a enfermedades. Esto implica que es necesario atender los aspectos psicosociales de los pacientes.

En 1917, Ida M. Cannon, como se ha mencionado con anterioridad, una de la figuras más representativas del Trabajo Social Sanitario, publicó un libro titulado *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. Un tratado sin precedentes que llegó a convertirse en uno de los discursos narrativos más útiles para entender la profesión. En el año 1922, Mary Ellen Richmond, otras de las grandes pioneras del Trabajo Social Hospitalario en su libro *Caso Social Individual*, se refería a la profesión como el “intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población” (Díaz, E. 2002).

En 1931, Gordon Hamilton puso en valor todos los aspectos sociales condicionados por la enfermedad que el Trabajador Social Sanitario de casos debía considerar en su intervención. Además, relacionaba la enfermedad con los aspectos psicosociales que afectaban al paciente. Los procesos de enfermedad pueden alterar en diferentes grados las dinámicas sociales más básicas de los enfermos y de quienes se relacionan o conviven con ellos. En este sentido, se entiende que cualquier acto sanitario debe traspasar las fronteras del propio ámbito sanitario y llegar al contexto social específico de cada persona (Colom, 2010).

Hay que resaltar la importancia del entorno social de la persona a la hora de hacer frente al proceso del tratamiento clínico. Todos los recursos y medios empleados en mejorar la calidad de vida de la persona puede verse deteriorado si se abandona el sistema sanitario sin asegurar que posteriormente el entorno social va a favorecer el proceso de recuperación. En definitiva, garantizar la continuidad asistencial. Los modelos actuales de gestión sanitaria exigen la eficacia y eficiencia del sistema sanitario (Díaz, E. 2002).

Los modelos de gestión sanitaria actuales han cambiado tanto que no son comparables con los de hace diez años. La modernización del sistema sanitario ha sido posible en gran parte gracias a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, si bien esta modernización ha implicado en muchas ocasiones la invisibilidad de las dinámicas personales y sociales, tanto de los profesionales de la sanidad como a los propios ciudadanos que se atienden (Díaz, E. 2002).

En definitiva, el binomio enfermedad-problema o dificultad psicosocial demanda al sistema sanitario una atención integral, multidisciplinar, capaz de dar una respuesta eficaz a cualquier problema que pueda afectar a la persona en cualquiera de sus dimensiones, lo que solo será posible mediante la integración del Trabajo Social Sanitario en los equipos de salud (Díaz, E. 2002).

2.3. El impacto y las aportaciones sanitarias de la tuberculosis

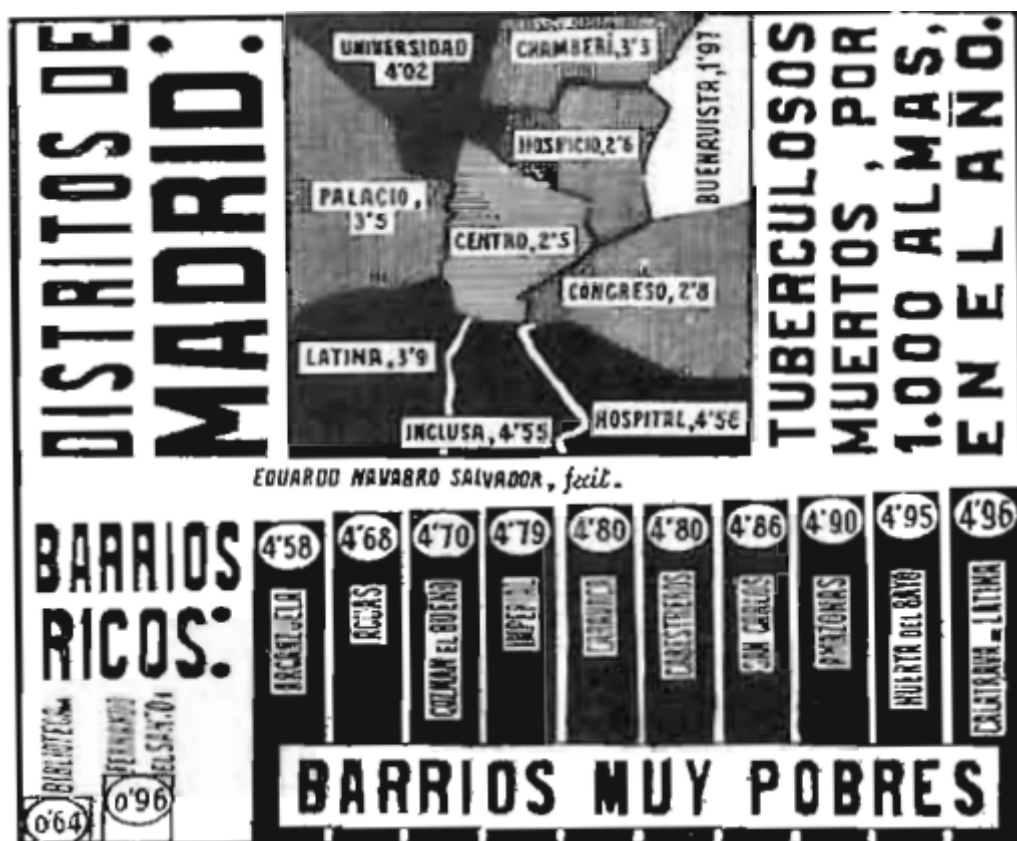
A la hora de definir a ciertas enfermedades como sociales, uno de los criterios que se ha tenido en cuenta tradicionalmente ha sido las repercusiones socioeconómicas, políticas o culturales derivadas de sus altas tasas de mortalidad. Pero si se presta

atención a las causas en vez de a las consecuencias, también se pueden definir a las enfermedades sociales como aquellas que se generan a consecuencia de la propia organización social. En ambos casos, la tuberculosis responde a ambas definiciones (Molero, 2001).

Durante todo el siglo XIX y la primera mitad del XX, la tuberculosis fue una de las principales causas de mortalidad en los países occidentales. Aún así, el peso de esta enfermedad fue disminuyendo paulatinamente hasta ser sustituida por el cáncer y las afecciones cardiocirculatorias. A pesar de todo, la mortalidad provocada por esta enfermedad siempre mantuvo una tendencia descendente hasta ser sustituida, en los años cincuenta del siglo pasado, por el cáncer y las afecciones cardiocirculatorias (Molero, 2001).

Atendiendo a su origen, la tuberculosis mostró en nuestro país de forma clara la desigualdad humana ante la enfermedad y la muerte. Aunque con retraso, debido a la tardía incorporación de la estadística, los trabajos epidemiológicos coincidieron en denunciar estas diferencias sobre la base de la existencia de clases sociales. Las condiciones de vida favorecedoras de la tuberculosis, consecuencia directa de este desequilibrio social, fueron estudiadas claramente a través de tres variables fundamentales: alimentación, vivienda y trabajos (Rodríguez, 1987).

A lo largo del siglo XIX los médicos higienistas consideraban que la tuberculosis era hereditaria pero la enfermedad sólo se desarrollaba si además, se daban sobre la persona una serie de causas que hicieran que el «germen» tuberculoso prosperase. De esta forma, la higiene se presentaba como la única opción para evitar la propagación de la enfermedad y aumentaba su importancia al no existir ningún tratamiento eficaz. El programa profiláctico comprendía, por un lado, una serie de medidas tomadas de la higiene privada, tendentes a actuar sobre el individuo: buena alimentación, limpieza corporal, reducción del contacto entre personas; y por otro, aquellas normas de higiene pública dirigidas a modificar el medio ambiente del individuo: saneamiento de las viviendas, salubridad de las poblaciones, reglamentación higiénica de talleres y fábricas, entre otras (Molero, 2001).



Fotografía 2. Mortalidad por tuberculosis en Madrid por distritos y barrios (1925). Archivo: Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924 a 1925 (1925).

Fuente: Extraído de Molero Mesa, Jorge (2001) *La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX*. In: Atenza, Juan; Martínez Pérez, J. (Eds.) *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad Española de su tiempo*. Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, pp.131-147. ISBN: 84-88439-85-7

El aislamiento de la persona, en 1882, supuso la reducción de la multifactoriedad de la enfermedad. Las múltiples propuestas antituberculosas que a partir de 1889 surgieron en España, fueron dirigidas a concienciar a la población sobre el peligro del contagio y la forma de evitarlo (Molero, 2001).

Estas medidas legisladas de forma oficial, consistían en la declaración obligatoria de la enfermedad, aislar al paciente y desinfectar sus enseres y productos. Así como se procedió a educar a la población convenientemente sobre el problema. La mala e insuficiente alimentación, hacinamiento, falta de aire y de luz... se convirtió en factores favorecedores de la enfermedad que podrían ser evitados a través de la regulación higiénica de la vida del trabajador. Complementados a través de unos hábitos de limpieza personal y doméstica, el fomento del ahorro para elevar su nivel de vida, abandono de los vicios propiciadores, educación en materia culinaria (hervir la leche y

cocinar bien la carne), y una propaganda tendente a hacer calar en la conciencia del obrero que siguiendo estas normas se mantendría sano (Molero, 2001).

Como hemos venido observando, la tuberculosis acompaña al hombre desde la más remota antigüedad, una enfermedad conocida desde tiempos inmemoriales. Hay quien afirma que se inició ya cuando el hombre empezó a vivir en grupos sociales. En épocas antiguas, incluso hasta el siglo XIX y a principios del siglo XX, ha constituido un verdadero problema para la humanidad, afectando especialmente a las grandes aglomeraciones industriales con una altísima mortalidad (Paneque, 2018).

Pero el conocimiento de la naturaleza de la tuberculosis es bastante reciente. En 1865, Villemin demostró su contagiosidad, y en 1882 Robert Koch descubrió el agente productor, el bacilo tuberculoso. Este mismo autor fabricó la primera tuberculina a partir de extractos bacilares.

2.4. Emergencias Sanitarias

El mundo se enfrenta a una emergencia sanitaria sin precedentes originada por el virus del COVID-19, por lo que la vida y la salud de miles de personas se ha visto afectada, independientemente de la nacionalidad, raza, sexo, edad, condición social o preferencias políticas, ideológicas o de cualquier otro tipo. El virus que origina la enfermedad del COVID-19, no discrimina a nadie y ha demostrado la fragilidad de la vida y salud humana ante la propagación de la pandemia, para la cual nadie estaba preparado (Samaniego, 2020).

Para frenar la propagación de una epidemia, la Organización Mundial de la Salud puede declarar una emergencia sanitaria internacional, como lo acaba de hacer con el coronavirus. Se utiliza el término “emergencia de salud pública de interés internacional” cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para afrontarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser inusual e inesperado. La decisión final sobre si habrá o no una emergencia de salud pública de interés internacional recae en el director general de la OMS, en la actualidad, Tedros Adhanom Ghebreyesus. La comunicación y la coordinación se realizan a través de un punto de contacto nacional (Müller, 2020).

En las normas sanitarias internacionales de la OMS se estipula que se convoque al *Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional* en casos extremos. Expertos internacionales y representantes del Estado miembro que ha informado sobre un evento sanitario, se asesoran sobre los procedimientos a seguir. La información relevante, como resultados de laboratorio, la causa y el tipo de riesgo, el número de enfermedades y muertes deben comunicarse periódicamente a la organización. La comunicación y la coordinación se realizan a través de un punto de contacto nacional. En Alemania, por ejemplo, es la *Oficina Federal de Protección Civil y Socorro* en casos de catástrofe (Müller, 2020).

La propagación de la pandemia ha originado una crisis sanitaria y a la par una crisis económica y social cada vez más evidente. La declaración de una emergencia sanitaria internacional alberga riesgos económicos y tiene un impacto en sectores como el turismo y el comercio. Las medidas adoptadas por los gobiernos nacionales para hacer frente a la propagación de los contagios, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han consistido, además de medidas sanitarias, en el aislamiento social, la restricción a la movilidad y la paralización de las actividades económicas consideradas no esenciales. La dimensión y la duración de sus efectos, si bien difíciles de cuantificar debido a la incertidumbre, se vislumbra como la causa de la mayor crisis económica y social en décadas, con efectos muy negativos en el empleo, el combate a la pobreza y la reducción de la desigualdad. (Samaniego, 2020)

2.5. Situación de Pandemia provocada por la COVID-19

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), el 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero

El día 11 de marzo, la OMS declara pandemia mundial. Desde el inicio de la epidemia se han alcanzado más de 168 millones de casos notificados en todo el mundo y más de 3,4 millones de casos en España.

Según un estudio realizado por Calzón (2020), los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

Los mecanismos de transmisión son de animal a humano aunque el modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos es desconocido. Todo apunta al contacto directo con los animales infectados o sus secreciones. La vía de transmisión entre humanos se considera similar a la descrita para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El SARS-CoV-2 se ha detectado en secreciones nasofaríngea, incluyendo la saliva (Calzón, 2021)

A través de un informe presentado por el Ministerio de Sanidad (2021), se expone que a fecha 24 de agosto de 2020, se habían notificado 412.553 casos confirmados de COVID-19 a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), de los cuales 377.291 tenían información completa para las variables de sexo, edad y fecha de diagnóstico. Además, en dicho informe se incluye una síntesis desglosada por variables, exponiendo que desde el inicio de la pandemia, la franja de edad más afectada ha sido la comprendida entre 50 y 59 años con 60.314 casos confirmados (16%) a lo largo de todo el periodo siendo el 55% del total de casos son mujeres. Los casos hospitalizados, son en un 55% hombres y el 21% tienen una edad entre 70 y 79 años. La diferencia más importante entre hombres y mujeres se observa en

los casos ingresados en UCI con un ratio hombre-mujer de 2,2 (69% hombres). Durante todo el periodo, se han registrado (con las variables sexo y edad completas) 27.776 casos confirmado de COVID-19 que han fallecido, 55,6% fueron hombres y 11.279 (40%) se encontraban en la franja de edad entre 80 y 89 años.

Se ha observado un cambio en la distribución por edad de los casos a lo largo de los últimos meses. En el periodo enero-mayo, el 18% de los casos tenían entre 50 y 59 años y el 69% eran mayores de 50 años. En un segundo periodo, entre junio y agosto, ha habido una disminución en la edad de los casos, siendo el grupo de edad entre 20 y 29 el más afectado con un 20% del total de casos notificados, seguido del grupo entre 30 y 39 años con un 18% de los casos. La edad de los pacientes ingresados en hospital y en UCI también ha disminuido si comparamos el primer periodo con el segundo. Sin embargo, entre los fallecidos se observan menos diferencias entre los dos periodos.

Actualmente, (27/04/2021) la situación ha empeorado, según se refleja en un artículo de Radio Televisión Española (2021) denominado *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución* se refleja: El nuevo coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad COVID-19, avanza por todo el planeta sumando más de 3,1 millones de fallecidos y cerca de 147,8 millones personas infectadas. Así evoluciona el número de casos y muertes en el mundo. El país más afectado en términos absolutos es Estados Unidos, con más de 32,1 millones de contagios y por encima de los 572.000 fallecimientos, seguido de la India, que se ha convertido en el segundo país con más casos con más de 17,6 millones de diagnósticos y más de 197.000 muertos, y de Brasil, que rebasa los 14,3 millones de infecciones y que alcanza los 391.000 decesos.

La gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores: por una parte factores intrínsecos de la persona (susceptibilidad) y del agente causal (virulencia) y por otra parte de otros factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural (demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos y vacunas efectivas etc.).

2.6. Situación Social provocada por la COVID-19

Según el Ministerio de Sanidad (2020), al igual que otras enfermedades, la COVID-19 puede distribuirse de manera desigual por áreas geográficas. En países como Estados Unidos o Reino Unido se ha descrito una mayor incidencia en territorios más vulnerables, asociándose con menor nivel socioeconómico y con mayor proporción de personas pertenecientes a minorías raciales. La evidencia en España es aún muy limitada, si bien algunos datos preliminares indican una posible asociación entre la incidencia y gravedad de la infección con barrios menos favorecidos en ciudades como Madrid y Barcelona.

Esta distribución desigual se podría explicar a través de la exposición de una serie de factores, entendiendo que las personas que habitan los barrios desfavorecidos presentan una mayor vulnerabilidad al presentar menor renta, empleos más precarios y presenciales, peores condiciones de vivienda, etc. Se ha de destacar la importancia de la respuesta a la vulnerabilidad con elementos protectores y mitigadores como las redes comunitarias o el acceso a la alimentación básica a través de distintas vías. De hecho, una menor disponibilidad de redes comunitarias o de Servicios Sociales en una zona con mayor población vulnerable puede dificultar el seguimiento de las medidas implementadas por las administraciones (Salas, 2020).

Según Campello (2020), en otros países se ha señalado la asociación entre áreas desfavorecidas y la falta de acceso a servicios esenciales y preventivos en el entorno cercano como un factor de riesgo para una mayor exposición a la infección. En España, se ha descrito una relación inversa en algunas ciudades, aunque el fenómeno de la gentrificación puede estar invirtiendo esta relación. En algunos casos ha afectado más a zonas rurales y a lugares concretos, como asentamientos y poblaciones excluidas, aunque el aislamiento geográfico también ha actuado como un factor protector. Señalar la importancia en el refuerzo de las capacidades de los sistemas de salud y bienestar social, garantizando la capacidad suficiente de recursos humanos y materiales en los Servicios de Salud Pública, Atención Primaria (incluyendo Trabajo Social), Servicios Sociales y Sanidad Penitenciaria que permita realizar la vigilancia epidemiológica y la implementación de medidas de prevención y control con enfoque de equidad.

2.7. Gestión Social Sanitaria de la COVID-19

Desde el Plan de Emergencia de Trabajo Social Sanitario (2020) se expone que, la Ley 16/2003, de 18 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye la Atención Socio-sanitaria, que comprende en el ámbito sanitario los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Para ello se responsabiliza a las Administraciones Públicas en la continuidad de cuidados a través de los Servicios Sanitarios y Sociales.

La infección y contagio por COVID-19 conlleva un importante impacto sanitario y social para las personas afectadas, para sus familias y para toda la comunidad. De ahí la necesidad ineludible de diseñar un *Plan de Emergencia Social Sanitaria COVID19*, que contemple las líneas estratégicas y las principales acciones operativas a seguir, por el colectivo de Trabajo Social Sanitario (en adelante TSS), en nuestro país (Fernández, 2020).

En el contexto de emergencia sanitaria por COVID 19, el objetivo de la intervención del Trabajo Social Sanitario es garantizar la atención adecuada y en condiciones de seguridad, a las personas diagnosticadas o con medidas preventivas, con indicación de aislamiento social. Este podrá realizarse en el domicilio, previa valoración de idoneidad, o indicación de dispositivo alternativo acorde a las necesidades psicosociales y de autonomía de cada persona (Vicente, 2020).

Para ello, se necesita la valoración del Trabajo Social Sanitario que realizará el cribado social y clasificación de pacientes según su vulnerabilidad, con el consiguiente plan de intervención social sanitario personalizado. Esto supone, en algunos casos, articular los recursos de apoyo social domiciliario necesarios; en otros, gestionar recursos residenciales no asistenciales y los que presenten mayor complejidad, requerirán indicación de ingreso residencial sociosanitario. De esta manera, se contribuye a disminuir el impacto social en la salud de la población, tanto de las personas que están en proceso de infección activa o preventivo, de su familia y/o red informal y de la población en general; así como, a una utilización más racional y adecuada de los recursos del sistema sanitario (Campello, 2020).

3. Objetivos

Objetivos Generales

1. Investigar la bibliografía publicada sobre el Trabajo Social Sanitario y la COVID-19.

Objetivos Específicos

- 1.1. Conocer la implicación del Trabajo Social Sanitario ante la emergencia social y sanitaria producida por la COVID-19.
- 1.2. Estudiar las actuaciones que llevan a cabo los profesionales del Trabajo Social Sanitario frente la pandemia provocada por la COVID-19.
- 1.3. Conocer las experiencias vividas por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales Sanitarias durante la pandemia.
- 1.4. Investigar el rol que ha asumido el/la profesional del Trabajo Social en el ámbito sanitario durante la pandemia.

4. Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de análisis bibliográfico a través de técnicas de rastreo analítico y cuantificación documental (Rodríguez-García, Trujillo & Sánchez, 2019; Molina, Martínez-Baen & Villamón, 2017) siguiendo los indicadores establecidos por la declaración PRISMA para investigaciones de esta índole (Urrutia & Bonfill, 2010). Para atender al objetivo de investigación anteriormente mencionado, se delimitaron descriptores indexados en Google como: «Trabajo Social Sanitario y la COVID-19», «Trabajo Social y COVID-19», «Trabajo Social Sanitario» y «COVID-19»

Además, se ha procedido a la consulta y visionado de diferentes fuentes bibliográficas, tanto libros, como artículos científicos publicados en diferentes portales como por ejemplo la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* (SEMFYC), o la consulta de enlaces encontrados a través de bases de datos especializados como son Pubmed, Medline, Cochrane plus, Medicina interna, Dialnet, etc., así como revistas especializadas, como *Trabajo Social y Salud*, y portales

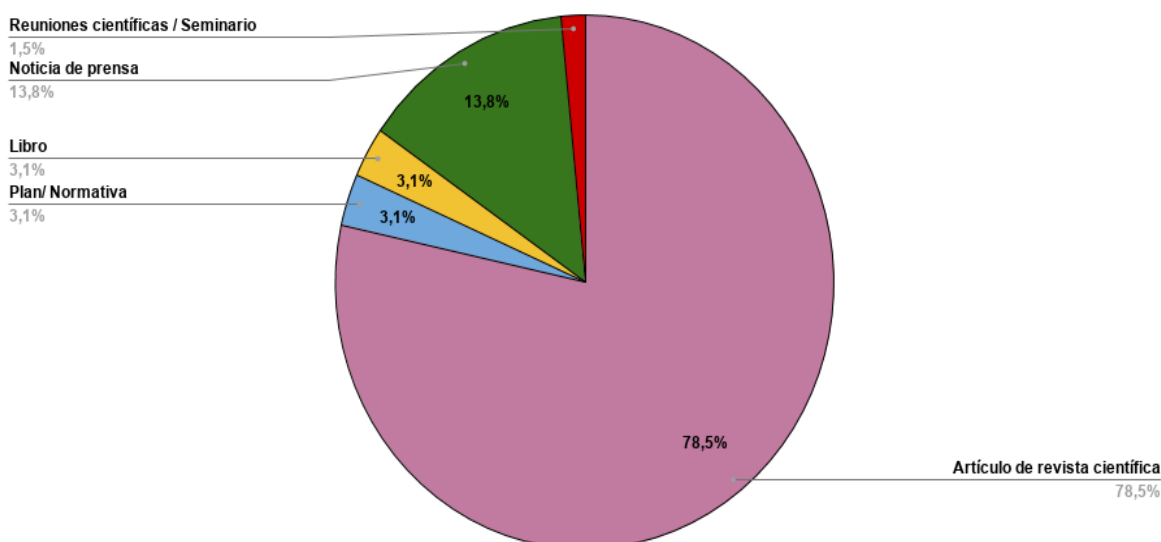
específicos como son el *Portal del Consejo General del Trabajo Social*, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) o el *Ministerio de Sanidad*, entre otros.

Llegados a este punto se analizó qué documentos eran acordes al objeto de estudio. Para ello, se leyeron multitud de resúmenes y palabras clave, de entre los cuales se han seleccionado 65 documentos de acuerdo a la afinidad temática de interés. Además se estudiaron a fondo para desglosar la información más relevante a través de una hoja de vaciado de datos. La búsqueda comienza con una publicación de marzo del 2020 y se cierra en abril del 2021. Los artículos han sido seleccionados teniendo en cuenta, además del año de publicación, las siguientes variables: tipo de documento, autor, principales asuntos tratados, rol del Trabajo Social, objetivos/fin y sinopsis.

5. Resultados y Discusión

El estudio realizado se ha concretado en un total de 65 documentos. Como podemos observar en la *Figura 1*, nos encontramos con 51 Artículos de revista científica, 2 Normativas (Planes), 2 Libros, 9 Noticias de prensa y 1 Reunión científica/Seminario.

Tipología de documentos:



*Gráfica 1. Tipología de documentos
(Elaboración propia)*

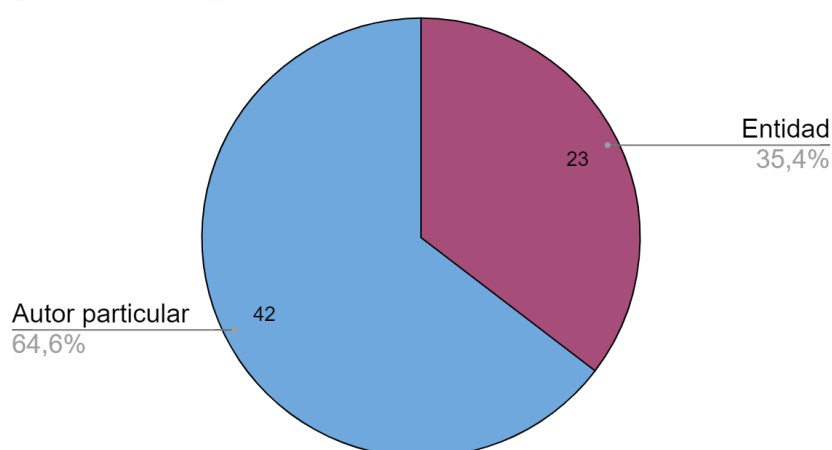
De estos, 23 documentos han sido publicados por entidades como el *Ministerio de Sanidad*, el *Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales*, el *Consejo General del Trabajo Social*, la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, la *Asociación Española de Trabajo Social y Salud* y la *Federación Internacional de Trabajadores Sociales*. Y por otro lado, nos encontramos con otros 42 documentos, que han sido publicados por autores y autoras particulares como María Gracia Marín Pérez (Trabajadora Social Sanitaria), Concepción Castro Clemente (Trabajadora Social), Agustina Hervás, Presidenta de la *Asociación Española de Trabajo Social y Salud* (AETSyS), entre muchos otros y otras.

Además, se ha analizado un libro y una revista monográfica, dedicando un número íntegramente a tratar el tema de la COVID-19, compuesto por un conjunto de artículos de autores particulares, en su mayoría profesionales del Trabajo Social. En el libro y el monográfico, se aporta información relacionada a experiencias que han vivido los profesionales del Trabajo Social durante la pandemia en los diversos ámbitos donde intervienen, la repercusión social que se está teniendo, sus opiniones sobre las medidas anti COVID-19 que han tenido que implementar, los pros y contras de la virtualización de sus servicios, entre otros puntos que se expondrán a continuación, ya que la mayoría de documentos que se han sido analizados siguen una línea de temática general.

Las noticias de prensa que se han encontrado buscan ser divulgativas para la población en general. Por lo que se hacen recomendaciones sobre las medidas que se están llevando a cabo para hacer frente a la COVID-19 y qué medidas se deben tomar. Además, se abordan los problemas sociales que está ocasionando la pandemia en la sociedad, las repercusiones y la importancia de la labor que están llevando a cabo los profesionales a la hora de hacer frente esta crisis.

Los artículos científicos, están formados por investigaciones, revisiones bibliográficas que buscan difundir de forma clara y precisa los resultados que se han obtenido sobre un área determinada del conocimiento, en este caso, el Trabajo Social del ámbito sanitario durante la pandemia provocada por la COVID-19. Se ha investigado acerca de las repercusiones que está teniendo la pandemia tanto en los profesionales como en la sociedad, la importancia del Trabajo Social para hacer frente a la crisis que se está sufriendo actualmente, la importancia de la coordinación y el análisis de las intervenciones que se han llevado a cabo de forma virtualizada.

¿Quién los ha publicado?



Gráfica 2. Publicación
(Elaboración propia)

Principales asuntos tratados en los 23 documentos que han sido publicados por entidades	
Nº de documentos	Temas tratados
4	Importancia de la intervención de los profesionales del Trabajo Social Sanitario a la hora de hacer frente a la pandemia.
2	Importancia de la coordinación sociosanitaria como espacio profesional.
1	Limitaciones de la virtualización de la atención de los Trabajadores Sociales.
3	Vulnerabilidad social provocada por la pandemia.
1	Funciones de los profesionales del Trabajo Social Sanitario como herramienta para hacer frente a las situaciones de crisis.

1	Recomendaciones y propuestas por parte de los profesionales del Trabajo Social frente la COVID-19.
3	Medidas llevadas a cabo desde el Trabajo Social frente la crisis provocada por la COVID-19.
6	Acciones de contingencia por parte de los profesionales del Trabajo Social Sanitarios.
2	Experiencias de los profesionales del Trabajo Social Sanitario en tiempos de COVID-19.

*Tabla 1. Principales asuntos tratados/Entidades.
(Elaboración propia)*

Como podemos observar en la Tabla 1, los principales asuntos tratados en los documentos que han sido publicados por entidades son múltiples. Nos encontramos con que el mayor número de documentos trata sobre las acciones de contingencia llevadas a cabo por los profesionales del Trabajo Social Sanitario para hacer frente a la pandemia, seguido por la importancia de la intervención que realizan. Aunque, se puede observar que la mayoría de los asuntos están relacionados entre sí y son complementarios a la hora de hablar sobre el Trabajo Social en el ámbito sanitario y las situaciones que se están generando a causa de la pandemia de la COVID-19.

Principales asuntos tratados en los 42 documentos que han sido publicados por autores particulares	
Nº de documentos	Temas tratados
4	Importancia de la intervención de los profesionales del Trabajo Social Sanitario durante y tras la pandemia.

8	Importancia de las funciones del Trabajo Social Sanitario.
7	Coordinación sociosanitaria como espacio profesional del Trabajo Social Sanitario.
2	Medidas llevadas a cabo desde el Trabajo Social frente la crisis provocada por la pandemia.
2	Situación social, económica y sanitaria provocada por la COVID-19.
5	Vulnerabilidad social y las desigualdades sociales que se están incrementando como consecuencia de la pandemia.
5	Impacto negativo de la pandemia en los profesionales de la salud y atención social
3	Las experiencias de los profesionales del Trabajo Social Sanitario en tiempos de COVID-19.
2	Las nuevas herramientas de los profesionales del Trabajo Social para intervenir con mayor eficacia.
2	Reflexión de la intervención desde el Trabajo Social durante la pandemia.
2	Emergencia Sanitaria e Intervención Social.

*Tabla 2. Principales asuntos tratados/Autores particulares.
(Elaboración propia)*

Por otro lado, si observamos la Tabla 2, podemos ver que aparecen reflejados los principales asuntos tratados en los documentos que han sido publicados por autores particulares, encontrándonos con que el mayor número de documentos basa sobre la importancia de las funciones que llevan a cabo los profesionales del Trabajo Social,

seguido por la coordinación sociosanitaria como espacio profesional del Trabajo Social Sanitario, así como en un tercer lugar la importancia de la intervención de los profesionales del Trabajo Social durante y tras la pandemia. Aunque, por otro lado también nos encontramos con un tema que es transversal a todo el trabajo, la vulnerabilidad social y las desigualdades sociales que se están incrementando como consecuencia de la pandemia.

Alguno de los objetivos y fines que persiguen los documentos que han sido analizados a través de la hoja de vaciado de datos, se pueden concretar en el análisis del impacto de las desigualdades sociales sobre la vulnerabilidad epidemiológica, las consecuencias sociales del COVID-19 y sus implicaciones para la intervención social de los/as trabajadores/as sociales con colectivos vulnerables, conocer las actuaciones que desempeñan los Trabajadores Sociales en el ámbito sanitario para paliar las secuelas del COVID-19, conocer las medidas específicas relativas a medios y reorganización del servicio de Trabajo Social ante la situación de emergencia generada por la COVID-19, expresar la realidad que se está viviendo socialmente (vulnerabilidad social, desigualdades sociales), mostrar la importancia de la labor de los profesionales en el ámbito sanitario, la necesidad de crear y consolidar una buena estructura de coordinación sociosanitaria que responda de manera simultánea y sinérgica a las necesidades de atención integral de la persona, tanto social como sanitaria, que cuente con instrumentos ágiles para situaciones excepcionales como la vivida actualmente, describir las acciones estratégicas de coordinación del cuidado, monitorización y vigilancia de los casos de COVID-19 en la Atención Primaria a la Salud.

Todos los documentos que se han analizado hacen referencia al rol del Trabajo Social en mayor o menor medida, exponiendo las funciones que desempeñan los profesionales del ámbito sanitario, la intervención psicosocial, la nueva función de los profesionales del Trabajo Social del ámbito sanitario que ha consistido en coordinar el cribado Covid-19 de pacientes y cuidadores en departamentos ambulatorios (OPD) y observar el protocolo de triage Covid-19. Además, en varios documentos se hace referencia a la importancia de la coordinación sociosanitaria, de la intervención de los profesionales para paliar las secuelas del coronavirus, las desigualdades sociales y la vulnerabilidad social. El Trabajo Social como herramienta que utiliza un conjunto de enfoques para abordar los principales problemas sociales, repensando la praxis del

Trabajo Social y cómo gestionar las intervenciones en condiciones de Pandemia de Covid-19.

Se puede concluir que la mayor parte de la bibliografía analizada se centra principalmente en exponer la importancia y la necesidad de la implicación de los profesionales del Trabajo Social Sanitario ante la emergencia social y sanitaria provocada por la pandemia, en demostrar los beneficios sociales de las actuaciones que se llevan a cabo por parte de los profesionales y en conocer cuáles han sido las experiencias vividas y roles que han asumido los/las profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario durante la crisis de la COVID-19.

A lo largo de todo el trabajo, se ha sacado algo en claro y es que en la actualidad, son múltiples los factores, sociales, culturales, ambientales, familiares e individuales que influyen en la propagación de la pandemia así como en el incremento de la vulnerabilidad social que aumenta de forma exponencial las desigualdades sociales que de por sí ya se encontraban sufriendo multitud de familias. Por lo que debemos resaltar la importancia de los profesionales del Trabajo Social Sanitario a la hora de actuar frente a la crisis sanitaria que se está viviendo mundialmente debido a la pandemia ocasionada por la COVID-19.

Finalmente, se reafirma una y otra vez la importancia de la coordinación de los sistemas sanitario y social, así como la intervención de los profesionales del Trabajo Social como fundamental a la hora de hacer frente a cualquier situación de crisis que se pueda dar tanto de forma individual como colectiva, mitigando las situaciones de desigualdades sociales.

6. Referencias Bibliográficas

- Abigail M. Ross, Brianna Lombardi, Brianna. De Saxe Zerden, L. (2021) *Introducción al número especial: Práctica del trabajo social en la era de la pandemia COVID-19 - Desafíos e innovaciones, Trabajo social en el cuidado de la salud*. Recuperado de: <https://bit.ly/3ylx8aK>
- Ahmed, Faheem. Pissarides, Christopher. (2020) *Por qué la desigualdad podría propagar el COVID-19*. Recuperado de: <https://bit.ly/3ynu3Ha>
- Almansa Camacho, JM. (2021) *La importancia del trabajo social en el acompañamiento a familias durante la crisis sanitaria COVID-19 en residencias de mayores*. El Diario.es. Recuperado de: <https://bit.ly/2S42KkC>
- Ituarte, Amaya. (2011) *Trabajo Social Clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica*. Trabajo social y salud. ISSN 1130-2976, N°. 68. págs. 303-323. Recuperado de: <https://bit.ly/3hSykwu>
- Anderson, Geoffrey. William Frank, J. (2020) *Uso de la socioeconomía para contrarrestar las disparidades en salud que surgen de la pandemia del covid-19*. Recuperado de: <https://bit.ly/3wiPKGv>
- Asociación Española del Trabajo Social y Salud. (2020) *Trabajo Social Sanitario en tiempos de la COVID-19: Experiencias, desescalada y gestión de incertidumbres. Jornadas y eventos*. Recuperado de: <https://bit.ly/3fxHvQu>
- Barahona Gomáriz, Mª José. (2020) *"El Impacto Social del COVID-19"*. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Recuperado de: <https://bit.ly/2RrFDAs>
- Barbero Biedma, E. Oliva Arias, C. López Maestro, M. Rodríguez García, MC. (2020) *La función del trabajo social "sanitario" durante la pandemia por COVID-19*. Med Paliat;27(3):217-225. Recuperado de: <https://bit.ly/3fvdBfo>
- Bull, W. Bull, M (2011) *Something in the Ether: A bicentennial history of Massachusetts General Hospital. 1881 to 2011, Memoirs Unlimited, Massachusetts*.

- BOE. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Referencia: BOE-A-2003-10715 . Recuperado de: <https://bit.ly/3fnckbD>
- Buitrago Ramírez, F. Ciurana Misol, R. (2020) *Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española*. Recuperado de: <https://bit.ly/2QsC1xG>
- Calzón Fernandez, Silvia. (2021) *Información Científica Técnica. Transmisión de SARS-CoV-2*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Recuperado de: <https://bit.ly/3upfUWL>
- Campello, Luz. (2020) *Plan de emergencia de Trabajo Social Sanitario*. Consejo General del Trabajo Social. Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/3uXXGN7>
- Cassilde, Stéphanie. (2020) *El trabajo social con personas sin hogar en Bélgica durante la pandemia*. Recuperado de: <https://bit.ly/3v3FX7k>
- Castillo Charfolet, A., Abad González, G., Pérez Díaz-flor, M. C. (1991). *Las funciones del trabajador social en los equipos de atención primaria del Insalud*. Recuperado de: <https://bit.ly/3oTe0MU>
- Castro Clemente, Concepción. (2020) *El papel del profesional en Trabajo Social durante el COVID-19*. La Universidad en Internet. Recuperado de: <https://bit.ly/3wiLUx5>
- Chong Daniel, Aida. (2012). *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 28(2), 79-86. Recuperado de: <https://bit.ly/3fO2PB8>
- Colom, D. (2010). La información como base para la toma de decisiones: la importancia de las fuentes. Sedisa S.XXI, nº 18, 1-7. Recuperado de: <https://bit.ly/2QSFYvM>
- Colom, D. (2011). *El Trabajo Social Sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC. Recuperado de: <https://bit.ly/3wBB8Cp>
- Colom, D. (2020) *La COVID-19 y Salud Pública: una nueva área de conocimiento para el Trabajo Social Sanitario*. Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de: <https://bit.ly/3hww7Fz>

- Consejo General del Trabajo Social. *Trabajo Social y Salud*. Recuperado de: <https://bit.ly/3whnjJo>
- Consejo General del Trabajo Social. (2020) *Recomendaciones del Consejo general del Trabajo Social. Los y las Trabajadoras Sociales ante la situación del Covid-19..* Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/33TCoVc>
- Consejo General del Trabajo Social. (2020) *Monográfico: Trabajo Social vs. COVID-19. Sumario Servicios Sociales y Política Social*. Vol. XXXVII (monográfico especial). ISSN 1130-7633. Recuperado de: <https://bit.ly/2SORJUD>
- Consejo General del Trabajo Social (2020) *Desde el Consejo General del Trabajo Social analizamos la estrategia de vacunación frente a la COVID-19*. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (G.E.I.E.S.). Recuperado de: <https://bit.ly/33RU0R8>
- Consejo General del Trabajo Social (2020) *Los Servicios Sociales como Esenciales. Orden SND/ 2 9 5 / 2 0 2 0*. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (G.E.I.E.S.). Recuperado de: <https://bit.ly/3bAzOaT>
- Consejo General del Trabajo Social. Social (2020) *"Trabajo Social con grupos en tiempos de pandemia"*. Junta de Gobierno del Consejo General del Trabajo G.E.I.E.S. Recuperado de: <https://bit.ly/2SQeBTJ>
- Cosano, F. (1993) *El Trabajo Social en Salud*. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, ISSN 1133-6552, N°. 0, 1993, págs. 39-52. Recuperado de: <https://bit.ly/3oPu5U4>
- Cuéllar, José. (2020) *"Las trabajadoras sociales sanitarias presentan a Sanidad el protocolo de actuación en hoteles medicalizados"*. El Mundo. Recuperado de: <https://bit.ly/3wTHPkn>
- Datos RTVE. (2021) *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución*. Recuperado de: <https://bit.ly/3hAf6fa>
- Díaz de Mera, E. (2017) *El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las*

- mutuas colaboradoras con la seguridad social en España*. Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales N° 13. Recuperado de: <https://bit.ly/3fNjBOX>
- Díaz, E.; Díaz-Faes, C... [Et al.] (2002). *Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público: balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK, p.16.
- Espín Gázquez, Lidia. Nova González, Cristina. (2021) *El trabajo social sanitario frente a las nuevas realidades*. Universidad Ouberta de Catalunya. Salud con Ciencia. Recuperado de: <https://bit.ly/3ouTrXg>
- Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. (FADSP) (2020) *COVID 19: Una respuesta comunitaria para una pandemia social*. OSALDE. Recuperado de: <https://bit.ly/3wcGPGM>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014) *Definición global de la profesión de trabajo social*. Recuperado de: <https://bit.ly/3ymFWgA>
- Fernandez, R. (2020) *Impacto económico y social del coronavirus (COVID-19) en España. Datos estadísticos*. Recuperado de: <https://bit.ly/3fvvpIN>
- Garcés Trullenque, Eva Mª. (2010). "El Trabajo Social en Salud Mental". Cuadernos de Trabajo Social, 23, pp. 333-352. Recuperado de: <https://bit.ly/3v1nMij>
- García Giráldez, Teresa. (1991-1992) *Cuadernos de Trabajo Social n.º 4-5*. Universidad Complutense de Madrid 1993. Págs. 129 a 138 Ed. Recuperado de: <https://bit.ly/3vaC1BP>
- García Iglesias, J.J. Martín Pereira, Jorge. (2020) *Herramientas de vigilancia digital para el seguimiento de contactos de personas infectadas por SARS-CoV-2*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/2RZCg3L>
- García Meré, Beatriz. Juesas Celorio, Rebeca. (2020) *Trabajo social sanitario: una revisión de la evolución del trabajo social en el ámbito de la salud*. Ocronos. Editorial Científico-Técnica. Recuperado de: <https://bit.ly/2RrxZGq>
- García Pastrana, Claudia. Trujillo De los Santos, Zoila (2020) *Participación del personal de trabajo social durante la pandemia de COVID-19, en un Instituto de*

- tercer nivel de atención. Archivos de Neurociencias (Mex) INNN. Recuperado de: <https://bit.ly/3hCzaNJ>
- Gehlert,S; Browne,T (2012). *Handbook of Health Social Work* (2nd Edition). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. Recuperado de: <https://bit.ly/3fleuZ8>
- Gray, Darrell M.. Anyane-Yeboah, Adjoa. (2020) *COVID-19 y la otra pandemia: poblaciones vulnerables por la inequidad sistémica*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/3u0M2jk>
- Gupta A, Sodhi J, Shekhar BR, Sharma DK. (2020) *Medical Social Service Officers and their contribution in COVID-19 Pandemic*. Indian J Comm Health. 610-612. Recuperado de: <https://bit.ly/3eV7TEt>
- Haseltine, William (2020) *"Dr. William Haseltine: Los trabajadores sociales tienen un papel clave que desempeñar en la guerra contra el coronavirus"*. Recuperado de: <https://fxn.ws/3oxsJNt>
- Hermenegildo, C.(2020) *Trabajo Social y el COVID-19: Perspectiva Política, Praxis Profesional y Posibilidad Comunitaria*. Recuperado de: <https://bit.ly/3hxAfXn>
- Jimenez, Susana. (2021) "Y ahora, ¿quién es el que no entiende fronteras?" elDiario.es. Recuperado de: <https://bit.ly/3tiyNen>
- Lima Fernandez, Ana Isabel. González Rodríguez, R. (2019) *El trabajo social sanitario: origen e importancia de la especialización para la coordinación social y sanitaria*. Recuperado de: <https://bit.ly/3bV9pEG>
- Martin Ayala, María. (2020) *La ausencia de un modelo sociosanitario en la crisis COVID-19 Servicio de coordinación Sociosanitaria*. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Recuperado de: <https://bit.ly/3whBwpq>
- Marín Perez, María G. (2020) *El Trabajo Social Sanitario en la Pandemia- COVID- 19: Retos y consecuencias*. Recuperado de: <https://bit.ly/3foMIPW>
- Martínez, JA. Bolívar, Y. Yanez Peñúñuri, LY. Rey, CA. (2020) *Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19*. Med. U.P.B ; 39(2): 24-33. Recuperado de: <https://bit.ly/33UyNGp>

- Martínez Rieraa, J.R. Gras-Nieto, Elvira. (2020) *Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/3wfjLr0>
- Millán-Franco, M. (2020) *Trabajo Social y COVID-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables*. Málaga. Recuperado de: <https://bit.ly/3uYZYvL>
- Miller, J. Jay. Reddin Cassar, Jennifer. (2021) *Autocuidado entre trabajadores sociales de la salud: El impacto de COVID-19*, Trabajo social en la atención médica, Recuperado de: <https://bit.ly/3v1XpZA>
- Ministerio de Sanidad. (2020) *Actualización nº 195. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. Situación en España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por Coronavirus, COVID-19. Recuperado de: <https://bit.ly/3hDoqPg>
- Ministerio de Sanidad (2020) *Equidad en Salud y Covid-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/3fmKgUu>
- Ministerio de Sanidad. (2021) *Información Científica-Técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Recuperado de: <https://bit.ly/3bXCCik>
- Molero Mesa, Jorge (2001) *La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX*. El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad Española de su tiempo. Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, pp.131-147. ISBN: 84-88439-85-7
- Monrós, M.^a José. (2020) *"La importancia del Trabajo Social ante la crisis del coronavirus"* Universidad de Valencia. Recuperado de: <https://bit.ly/3dWqFKd>
- Montenegro, Erica. Montenegro, Mónica. (2020) *Re-pensando el campo de intervención del trabajo social junto a las víctimas de violencia de género, durante la pandemia de COVID-19*. Revista Difusiones, ISSN 2314-1662, Núm. 18. pp.59-67. Recuperado de: <https://bit.ly/2QwNSuM>

- Müller-Plotnikow, Sabrina (2020). *OMS: ¿Qué es una emergencia sanitaria internacional?*. Recuperado de: <https://p.dw.com/p/3X62V>
- Munuera Gómez, M^a. Pilar. Jiménez Rodríguez, JM (2021). *Fundamentos del trabajo social sanitario : análisis de su recorrido histórico hasta la actual pandemia*. Recuperado de: <https://bit.ly/2SVwwZf>
- Noticias del Parlamento Europeo (2020) *Coronavirus: 10 medidas que la UE está tomando para combatir la pandemia*. Recuperado de: <https://bit.ly/2RuHsgb>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Recuperado de: <https://bit.ly/34k6cuo>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Neumonía de causa desconocida – China*. Recuperado de: <https://bit.ly/3foDBKA>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Recomendaciones actualizadas de la OMS para el tráfico internacional en relación con el brote de COVID-19*. Recuperado de: <https://bit.ly/33QYEPF>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Tuberculosis Datos y Cifras*. Recuperado de: <https://bit.ly/3tRjpFi>
- Organización Mundial de la Salud (1988) *41ª Asamblea Mundial de la salud*. Actas Taquigráficas de las sesiones plenarias. Informes de las comisiones. Ginebra. Recuperado de: <https://bit.ly/3bUDVPo>
- Paneque Ramos, E. Rojas Rodríguez, L. Pérez Loyola, M. (2018). *La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 17(3), 353-363. Recuperado de: <https://bit.ly/3wEzuQG>
- Pérez Quintero, Ana Lilia del Carmen (2020) *Trabajo Social, autocuidado y redes de apoyo social en la emergencia sanitaria por COVID-19*. Fundación de Ayuda a la Ancianidad I.A.P. Recuperado de: <https://bit.ly/3ym68rO>
- Piedra Cristóbal, Julio. Morán Carrillo, Jose María. (2020). *Intervención psicosocial desde el trabajo social sanitario. El apoyo telefónico durante la pandemia Covid 19, una aproximación teórico-práctica*. Servicios Sociales y Política Social. Recuperado de: <https://bit.ly/3fqfH0i>

- Porcel Gálvez, Ana M^a. Badanta, Bárbara. (2020). *Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria*. ScienceDirect. Recuperado de: <https://bit.ly/3ynsqJw>
- Pollock, Alex. Campbell, Pauline. (2020) *Intervenciones para apoyar la resiliencia y la salud mental de los profesionales sanitarios y de atención social de primera línea durante y después de un brote de enfermedad, una epidemia o una pandemia: una revisión sistemática de métodos mixtos*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/3bDTkDI>
- Pollock, A. Clements, L. Harding Edgar, L. (2020): “Covid-19: why we need a national health and social care service”. Revista BMJ, N. 369, Recuperado de: <https://bit.ly/3v1kknV>
- Radio Televisión Española (2021) *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución*. Datos RTVE. Recuperado de: <https://bit.ly/2Tg7NPs>
- Redacción Sevilla (2020) *Así son las nuevas medidas en Andalucía para frenar al coronavirus*. La Vanguardia. Recuperado de: <https://bit.ly/3uXZTZ8>
- Renom Figuerola, Ariadna. Puig Villanueva, Meritxell. (2020) *Oportunidades del Trabajador Social en tiempos del COVID-19*. De Política / núm. 15, volumen 9. Recuperado de: <https://bit.ly/3elpxQi>
- Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales (2017) ISSN: 2173-0512 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/art>
- Rodriguez Ocaña, E. (1987). *La constitución de la medicina social como disciplina en España. 1882-1923*. Madrid, Publ. Ministerio Sanidad, 280 pp. Recuperado de: <https://bit.ly/3froLTI>
- Ross, Abigail. Schneider, Samantha.(2021) *"You never stop being a social worker:" Experiences of pediatric hospital social workers during the acute phase of the COVID-19 pandemic.*” Soc Work Health Care ; 60(1): 8-29, 2021. MEDLINE | ID: mdl-33657982. Recuperado de: <https://bit.ly/3wfcOWF>

- Ruiz Mosquera, Ana C. Consejo General del Trabajo Social (2020) *El duelo por el COVID-19. Desde el Trabajo Social*. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (G.E.I.E.S.). Recuperado de: <https://bit.ly/3yiu27r>
- Salas, P. (2020) *Coronavirus. Precariedad laboral y falta de recursos: la brecha socioeconómica dispara la transmisión del coronavirus*. Datos RTVE. Recuperado de: <https://bit.ly/3fu8Rbf>
- Samaniego Santamaría, L. (2020) *Derecho a un medio ambiente adecuado y transición energética en tiempos del COVID-19*. Bogotá. Recuperado de: <https://bit.ly/3fMhBIJ>
- Sanchez Reyes, Miriam (2016) *Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados. (Tesis doctoral)* Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/2RNklO2>
- Santana Soto, Vanesa. (2020). *La mediación familiar como recurso de apoyo y protección a las familias durante el estado de alarma por Covid19: un enfoque profesional dentro del Trabajo Social*. Servicios Sociales y Política Social. Recuperado de: <https://bit.ly/3v0uyF7>
- Seaman, Karla; Wuthrich, Viviana; Johnco, C. (2021) *The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care*. MEDLINE. Recuperado de: <https://bit.ly/3wiYv3I>
- Sepúlveda Hernández, Elia (2020) *Sentipensar la pandemia COVID-19 desde la sistematización de la experiencia en Trabajo Social: reflexiones del profesor Oscar Jara Holliday*. Recuperado de: <https://bit.ly/3os0sYJ>
- Serrano Gallado, Pilar. (2021) *COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/3yntihg>
- Silva Jaimes, M. (2020). *El SARS-CoV-2 y otros virus emergentes y su relación con la inocuidad en la cadena alimentaria*. Scientia Agropecuaria, 11(2), 267-277. Recuperado de: <https://bit.ly/3ft58Lc>

- Smith, James A. Judd, Jenni. (2020) *COVID - 19: Vulnerabilidad y el poder del privilegio en una pandemia*. Librería Nacional de Medicina. Recuperado de: <https://bit.ly/3yvvO5s>
- Tejada de Rivero, David A. (2018). *La historia de la Conferencia de Alma Ata*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(3), 361-366. Recuperado de: <https://bit.ly/3p1JRLM>
- Truell, Rory.(2020). *"La respuesta del Trabajo Social al COVID-19: Seis meses después, promoviendo los cambios en los servicios y preparándose para las consecuencias a largo plazo."* Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <https://bit.ly/3uLHZsa>
- Truell, Rory. (2020) *"Mientras los trabajadores sociales trabajan a través de la crisis de COVID-19, Trabajamos hacia un mundo mejor."* Secretario General de la IFSW. Recuperado de: <https://bit.ly/3dXlJVd>
- T. Riley, William. Mensah, George A. (2021) *Perspectiva: Determinantes sociales de la salud e investigación de implementación: lecciones de la pandemia COVID-19*. Recuperado de: <https://bit.ly/3fsp3bL>
- Vázquez Dopazo, Teresa. (2020) *Abordaje sociosanitario del Covid-19 desde la experiencia de trabajo social sanitario en las unidades de tuberculosis*. Programa gallego de control y prevención de enfermedades epidemiológicas de Salud Pública. Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia. Recuperado de: <https://bit.ly/3fraiWK>
- Vicente, Emiliana. Arredondo, R. Rodríguez Cayetana. (2020) *Trabajo Social: Intervención ante el Covid 19. Servicios Sociales y Política Social*. Recuperado de: <https://bit.ly/3yvgG8a>
- Vicente Gonzalez, Emiliana. Arredondo Quijada, R. (2020) *Plan de Emergencia de Trabajo Social Sanitario. Gestión social sanitaria covid*. Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de: <https://bit.ly/2S7luQ7>
- Vicente Gonzalez, Emiliana. (2020) *El Trabajo Social ante la emergencia del Covid-19. Consejo General del Trabajo Social*. Recuperado de: <https://bit.ly/33VX2nG>

- Villalobos, C. Wyman, I. (2020) *Trabajadores/as Sociales de primera línea frente al COVID-19. Continuidades y Transformaciones en Chile*. Intervención. Revista del departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de: <https://bit.ly/3bxXHji>
- Vishal MV. M.Phil., PhD (2021). *"Práctica del trabajo social médico durante el Covid-19: un análisis introspectivo de un trabajador social médico de la India"*. Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <https://bit.ly/3ov8m3K>
- Walter-McCabe, H. (2020): *"Coronavirus Pandemic Calls for an Immediate Social Work Response"*. Revista Social Work in Public Health, N. 35, 2020, p. 69-72. Recuperado de: <https://bit.ly/2QtplGS>
- Williams, David R. Cooper, Lisa A. (2020) *COVID-19 y la equidad en salud: un nuevo tipo de "inmunidad colectiva"*. Recuperado de: <https://bit.ly/3v08N8n>
- Ximenes Neto, F. (2020). *Coordinación de la atención, vigilancia y seguimiento de casos de COVID-19 en Atención Primaria de Salud*. Recuperado de: <https://bit.ly/3uZfE27>