

COHESIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN SOCIOSANITARIA

SUMANDO LAS FORTALEZAS DE LOS DOS SISTEMAS



Nuestro reto es avanzar hacia una cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios, que permita una atención integral y eficiente a la población sociosanitaria.

Cohesión implica que tengan una estrecha relación en diseño, planificación, atención, coordinación y mejora.

©ACEB. Madrid, 21 de febrero de 2019

ÍNDICE

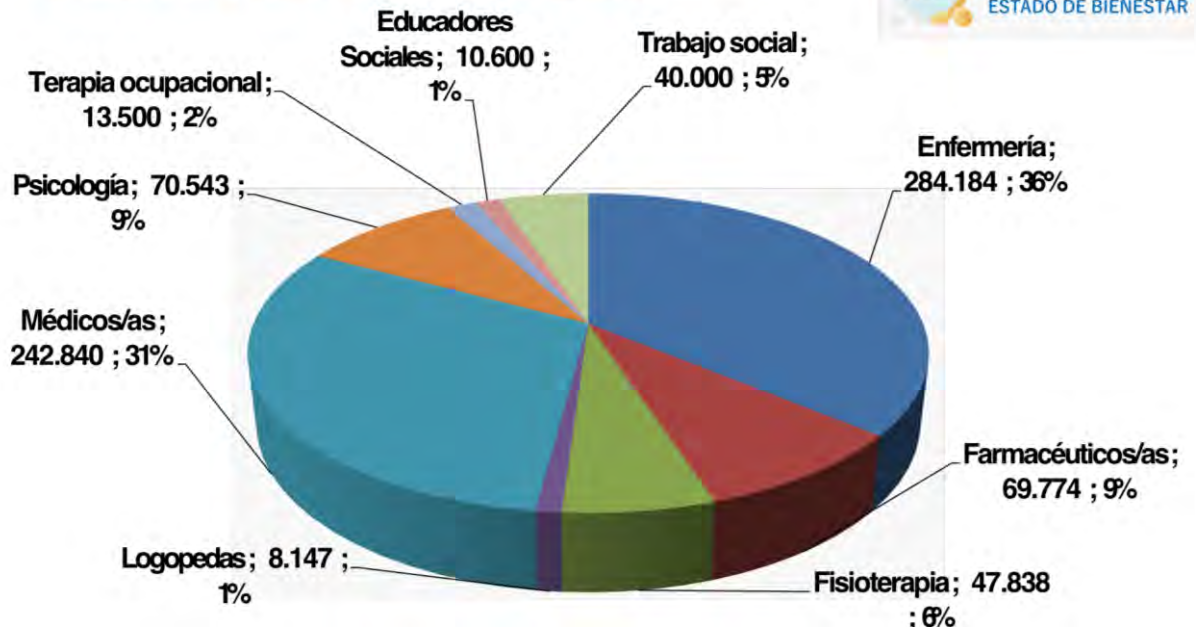
1. SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES, DOS SISTEMAS DIFERENTES A NIVEL ESTRUCTURAL:	3
2. APORTACIONES INTERNACIONALES:	5
3. EL PRIMER PASO, CONSENSUAR “EL PERFIL DE POBLACIÓN SOCIOSANITARIA”:	6
4. DECÁLOGO PARA LA COHESIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:	9
5. EJES ESTRATÉGICOS PARA EL FUTURO DEL ESTADO DE BIENESTAR:	11
➤ LA EDUCACIÓN:	12
➤ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN:	13
➤ LA INVESTIGACIÓN:	14
➤ AFRONTAR EL RETO DEMOGRÁFICO:	15
➤ DECÁLOGO PARA IMPULSAR EL DIÁLOGO CIVIL Y POLÍTICO	17
6. BIBLIOGRAFÍA Y PUBLICACIONES RECOMENDADAS:	19

1. SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES, DOS SISTEMAS DIFERENTES A NIVEL ESTRUCTURAL:

Existen unas grandes diferencias entre los dos sistemas en España:

- Por historia y diferentes culturas.
- Diferencias importantes en tamaño y presupuestos.
- Diferente cartera de servicios.
- Solo sanidad con principio de universalidad y derecho subjetivo.
- Diferentes ámbitos territoriales.
- Diferentes Administraciones públicas y competencias.
- Diferentes capacidades investigadoras y científicas.
- Diferentes sistemas de acceso, intervención y evaluación.
- Diferentes perfiles de población, casos, pacientes o personas usuarias.
- Diferente voluntad de querer integrar los sistemas.
- Diferentes sistemas de evaluación.
- Diferentes esquemas de investigación.
- Diferente lenguaje y criterios profesionales y técnicos.
- Diferentes perfiles profesionales (**Gráfico: fuente ACEB, 2017**):

PROFESIONALES DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA (Más de 730.000 colegiados)



Para un tema que se lleva 20 años planteando, **es necesario aportar un modelo científico-profesional de amplio consenso, lo más aplicable y práctico posible**, que facilite la decisión política.

2. APORTACIONES INTERNACIONALES:

Existen diversos antecedentes internacionales que postulan que la salud no puede entenderse sin una comprensión profunda de los factores contextuales circundantes.

La Organización Mundial de la Salud crea, en 2005, la **Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud**. "La Comisión se interesa por las «causas de las causas», los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población. Los determinantes que subyacen a las inequidades sanitarias están interconectados y, por consiguiente, es necesario abordarlos mediante políticas integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región" (OMS, 2005, 2009, 2012).

Se hace necesario resaltar la experiencia internacional desde 1999 **del modelo PRISMA de Canadá**, quienes han integrado la atención y los cuidados de los sistemas sanidad y servicios sociales, coordinando los dos sistemas (a nivel estratégico, táctico y clínico), con una puerta de acceso única, estableciendo el sistema de gestión de casos, contando con un Plan de Servicio Individualizado, integrando un único modelo valoración y contando con herramientas tecnológicas de información compartida (PRISMA, 2015).

Esta experiencia nos aporta soluciones prácticas, que han demostrado ser eficaces y sostenibles desde hace casi 20 años, lo que nos permitiría avanzar, sin necesidad de integrar dos sistemas tan diferentes (manteniendo sus dos identidades, trabajaríamos desde un enfoque de cohesión). Lo que necesitamos definir e integrar, es la atención a la población con perfil sociosanitario.

3.EL PRIMER PASO, CONSENSUAR “EL PERFIL DE POBLACIÓN SOCIOSANITARIA”:

Todo punto de partida pasa por una **mejor coordinación efectiva entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.**

Comenzar por **definir este perfil de población sociosanitaria** y cuantificar el volumen de población y los recursos actualmente destinados para su atención, puede ser el primer paso.

Para definir este perfil de población sociosanitaria, tenemos múltiples **bases científicas y conceptos** que actualmente se utilizan y que aportan criterios especializados a tener en cuenta, como los siguientes:

Algunos perfiles que se abordan desde Servicios Sociales:

- **Personas con reconocimiento de situación de dependencia (del SAAD):**
 - Grado II de dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) dos o tres veces al día pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
 - Grado III de gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- **Situaciones de duelo o estrés postraumático en colectivos en riesgo de exclusión.**
- **Familias en situación de vulnerabilidad social.**
- **Familias de acogida y adopción con menores** mayores de 2 años, de origen internacional, institucionalizados o con necesidades especiales.

- **Menores en situación de riesgo.**
- **Personas con enfermedad mental grave.**
- **Personas mayores de 80 años, con deterioro progresivo y que viven solas.**
- **Personas migrantes, en situación de vulnerabilidad social.**

Algunos perfiles que se abordan desde servicios sanitarios:

- **Personas con enfermedades crónicas avanzadas**, con frecuentes descompensaciones y reingresos hospitalarios.
- **"Personas mayores frágiles"**: Personas mayores con la presencia de 3 o más de los criterios de Fried (Robles R,MJ, et al. 2006), (Abizanda S,P y Rodríguez M,L., 2014).
- **"Pacientes geriátricos"**: Persona normalmente de edad avanzada, mayor de 80 años, con múltiples patologías crónicas que producen limitaciones funcionales físicas o psíquicas y con problemas sociales sobreañadidos y con mucha frecuencia, trastornos del comportamiento. (Ribera, 1993).
- **Personas en postoperatorio o con enfermedades agudas que originan gran discapacidad**, que es potencialmente reversible y que tras el alta hospitalaria de la unidad de agudos, requieren altas cargas de cuidados médicos, farmacéuticos, de enfermería, de fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional.
- **Personas que tras el alta hospitalaria por cirugía o enfermedad aguda, precisan curas complejas o intensidad terapéutica compleja**, para su estabilización o rehabilitación.
- **Personas que tras el alta hospitalaria, requieren atención especializada sanitaria en momentos próximos a la muerte (cuidados paliativos).**
- **Personas con enfermedades neurológicas, trastornos mentales o con discapacidad intelectual** y que presentan graves alteraciones de conducta o necesidades de rehabilitación o atención especializada.

- **Personas con necesidad de atención temprana.**
- **Población infanto-Juvenil con necesidades de atención especializada.**
- **Personas con enfermedades que requieren tratamiento especializado del dolor.**

Los recursos actualmente en funcionamiento y que más relación tienen con el perfil sociosanitario, son:

En la comunidad:

- Atención socioasistencial.
- Atención socioeducativa.
- Atención psicosocial.

A domicilio:

- Atención social a domicilio (SAD) a personas en situación de dependencia.
- Atención sanitaria a domicilio, incluidos servicios profesionales farmacéuticos relacionados con el uso adecuado de los medicamentos.
- Atención rehabilitadora/ fisioterápica, logopédica o de terapia ocupacional.
- Atención sociosanitaria en momentos próximos a la muerte.
- Viviendas tuteladas.
- Servicios de intervención especializados sociocomunitarios.

En centros especializados:

- Centros de día o de rehabilitación o inserción.
- Residencias y Centros de día para personas en situación de dependencia severa.
- Residencias y centros para personas con discapacidad intelectual severa.
- Residencias y centros para personas con enfermedad mental grave.
- Residencias y centros para personas con discapacidad física.
- Hospitales de media y larga estancia. Hospitales de día.
- Rehabilitación hospitalaria ambulatoria.
- Centros de referencia (unidades especializadas estatales o autonómicas).
- Unidades de atención temprana.

4. DECÁLOGO PARA LA COHESIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:

Para la cohesión de la atención sociosanitaria, son necesarios definir e incorporar los siguientes 10 aspectos:

- 1. Definir los perfiles de población sociosanitaria, con indicadores comunes para todo el proceso de atención.**
- 2. Establecer un proceso único de información y acceso que sea común a nivel estatal** (puerta de acceso común en el entorno comunitario de sanidad y servicios sociales).
- 3. Definir la composición y actuación del “Equipo Gestor de casos”,** conformado equitativamente por profesionales de atención primaria de salud y de los servicios sociales. Además podrán contar con otros profesionales especializados. Dispondrán de acceso a la utilización de recursos de los servicios básicos y especializados de la red de servicios sanitarios y sociales.
- 4. Definir el modelo de valoración común, historia sociosanitaria única y compartida.**
- 5. Establecer la cartera de servicios y recursos de apoyo,** con la participación de los programas, centros y recursos sanitarios y de servicios sociales, tanto de atención primaria como de especializada. Identificar las acciones y los recursos existentes y los nuevos que sean necesarios. Potenciar el enfoque preventivo y de promoción de salud y bienestar.

- 6.** Establecer un **presupuesto común**, a través de partidas aportadas desde Sanidad y Servicios Sociales.
- 7.** Establecer un **cronograma de implantación**, coordinación y derivación.
- 8. Establecer el sistema de sensibilización, prevención, formación y comunicación con los profesionales y con la población general.**
- 9.** Para impulsar este proceso, es necesario el **diálogo civil y un papel de liderazgo, corresponsabilidad** de las organizaciones estatales implicadas (administraciones públicas, organizaciones políticas, sindicales, empresariales, científico-profesionales, tercer sector y ciudadanas).
- 10.** Es clave crear un **marco común estatal**, que sirva de apoyo y base, para enriquecerlo con la experiencia y el conocimiento autonómico y local.

5.EJES ESTRATÉGICOS PARA EL FUTURO DEL ESTADO DE BIENESTAR:

Resaltamos los siguientes 5 ejes estratégicos, como aspectos clave para el futuro en la mejora y sostenibilidad del Estado de Bienestar (Educación, Sanidad, Servicios Sociales y Pensiones):



➤ LA EDUCACIÓN:

- **La finalidad de un sistema educativo** es preparar a las personas para pensar, reflexionar y actuar, nos permite aprender a conocer, a ser, a hacer y a convivir. La labor de la educación es ofrecer sentido a la realidad social para que podamos comprender nuestro mundo. La educación es un acceso al saber y al conocimiento que nos han legado nuestros antepasados, para poder tomar decisiones sobre el mundo futuro (ACEB, Resumen de comparecencias por el Pacto de Educación, 2017).
- **La educación ha de entenderse como un proceso que se desarrolla a lo largo y ancho de la vida de las personas**, en el que no sólo participan agencias educativas asimiladas al modelo de la educación escolar o de la educación social, sino que se desarrolla en múltiples contextos y agentes incluido el autotrendizaje y todos los recursos socioculturales de la sociedad. La UE adoptó oficialmente el ALV en 1996 (declarado Año Europeo del Aprendizaje a lo Largo de la Vida) y se ha convertido en un gran paradigma de la educación en el siglo XXI, incluido en el Objetivo de desarrollo Sostenible nº4 de la Agenda 2030.
- La educación nos aporta **valores y nos permite construir con un lenguaje común.**
- La educación, competencias y habilidades de la población, son una condición necesaria para la **creación de valor añadido y para la innovación** en una sociedad (Informe COTEC ,2017).
- Desde estos enfoques, es muy importante que en la educación se incluyan aspectos como los siguientes:



- **La ética** como base de nuestro comportamiento y relación con otras personas.
- La importancia del **cuidado a las personas**.
- La importancia de la **colaboración entre generaciones y entre profesiones**.
- La importancia del **diálogo y el consenso entre personas y organizaciones diversas** como clave para construir soluciones conjuntas.
- Promover **una mentalidad más colaborativa** que competitiva orientada al bien común.
- Que **los profesionales en su formación, tengan una visión global de la salud, una visión ética, centrada en la persona y unos enfoques de tratamientos integrales**, que les permitan aportar, aprender y colaborar con otros profesionales de Sanidad, Servicios Sociales y Educación.
- **El trinomio de educación, sanidad y servicios sociales, puede ser una realidad**, si se impulsa una mayor comunicación, aprendizaje y colaboración entre ellos.

➤ **LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN:**

- Según la OMS, **la promoción de la salud** permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales, destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de



las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

- Desarrollar una **cultura de promoción de la salud y de bienestar**, es clave para la prevención de todos los procesos que generan enfermedades.
- Impulsar acciones e **invertir de forma decidida en prevención, promoción de hábitos saludables a lo largo de la vida e investigación**, es la fórmula más eficiente de optimizar los recursos, evitando un incremento exponencial en los gastos de salud y recursos necesarios, asociados al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades.

➤ **LA INVESTIGACIÓN:**

- España es uno de los países desarrollados que presenta un menor apoyo público a la ciencia, la tecnología y la innovación en el sector privado, en relación con su PIB, ocupando la posición 22 entre los países de la OCDE (Informe COTEC, 2018).
- Es necesario **impulsar la inversión en investigación**, ya que mientras el conjunto de la UE invierte hoy un 25% más en I+D que antes del inicio de la crisis económica, nuestra economía en España invierte un 10% menos. (Informe COTEC, 2018).
- Es fundamental **impulsar e incentivar la producción y la innovación científica**. En 2017 España ocupaba la posición undécima en el ranking mundial de producción científica (Informe COTEC, 2018).

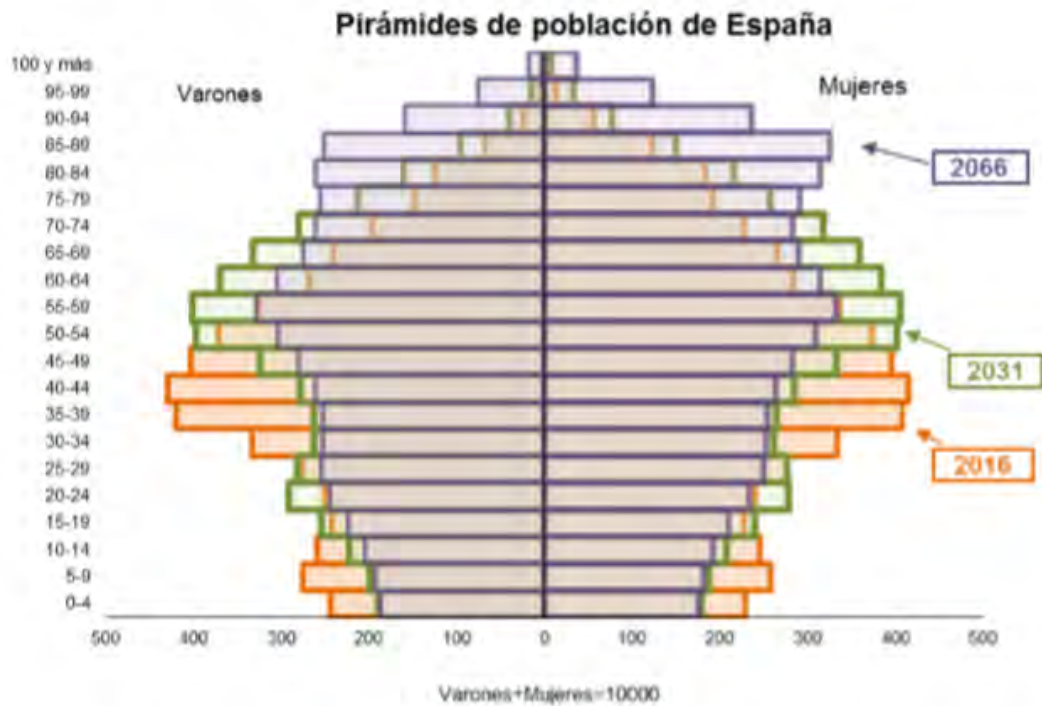


- Se debe **invertir a medio y largo plazo en investigación y generar nuevas patentes**, ya que son generadoras de riqueza económica y social. España debería multiplicar por 10 sus patentes para equipararse a Alemania o de los países nórdicos y por 30 para igualar a Suiza (Informe COTEC, 2018).
- Es clave **impulsar la innovación social**, ya que es un motor de desarrollo y equidad que permite encontrar nuevas respuestas, más eficaces y eficientes a los principales desafíos de nuestra sociedad. Un buen ecosistema de innovación social puede hacer que innovaciones exitosas dejen de ser anécdotas locales y se implanten a gran escala. La innovación social como cambio basado en conocimiento genera valor para toda la sociedad (Informe COTEC, 2018).

➤ **AFRONTAR EL RETO DEMOGRÁFICO:**

- El envejecimiento de la población es una buena noticia y un logro de la sociedad. **Las personas mayores son ciudadanía de pleno derecho y aportan a todos los niveles de la sociedad** (Foro LideA, Liderazgo de mayores. 2017).
- En España, en **menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años** y en el año 2050, las personas mayores representarán más del 30% del total de la población. Los octogenarios llegarán a superar la cifra de cuatro millones (Fundación General CSIC, 2010).





Fuente: INE (2016).

- **Existen tres situaciones en las cuales las personas mayores se tienen que apoyar en su entorno** (Leichsenring and Billings, 2005): cuando viven solas; tras el alta hospitalaria teniendo necesidades de atención a largo plazo; y cuando padecen enfermedades crónicas-degenerativas y tienen riesgo de perder su autonomía.

➤ **DECÁLOGO PARA IMPULSAR EL DIÁLOGO CIVIL Y POLÍTICO**

Proponemos para la mejora del diálogo civil y político y para la sostenibilidad del Estado de Bienestar, los siguientes 10 aspectos: (ACEB, 2017):



Enfoque de diálogo civil ¿El qué?

- 1) Crear un nuevo espacio de diálogo civil entre los Grupos Parlamentarios y los Agentes Civiles para abordar la sostenibilidad y mejora a medio y largo plazo de los 4 pilares del Estado de Bienestar (Educación, Sanidad, Servicios Sociales y Pensiones).

Áreas de diálogo civil ¿Para qué?

- 2) Modelo Educativo al que queremos llegar en 20 años y sostenibilidad y mejora estructural a medio y largo plazo del sistema educativo.
- 3) Sostenibilidad y mejora estructural a medio y largo plazo del sistema sanitario.
- 4) Sostenibilidad y mejora estructural a medio y largo plazo de los servicios sociales e impulsar una Ley Orgánica del ámbito social.
- 5) Sostenibilidad y mejora estructural a medio y largo plazo del sistema de pensiones.

Tipos de agentes civiles ¿Con quién?

- 6) Incorporar como Agentes Civiles para el Estado de Bienestar, a los siguientes grupos de organizaciones:
- a. Organizaciones empresariales.
 - b. Organizaciones sindicales.
 - c. Organizaciones científicas y profesionales colegiales.
 - d. Organizaciones ciudadanas y del tercer sector.

Lugar y metodología del diálogo ¿El cómo?

- 7) Iniciar encuentros de diálogo civil para el Estado de Bienestar en el Congreso de los Diputados, con todas las partes implicadas.
- 8) Constituir una Mesa de diálogo civil y parlamentario para la sostenibilidad a medio y largo plazo del Estado de Bienestar.
- 9) Generar un compromiso de los Grupos Parlamentarios para pactar un sistema permanente de diálogo, para abordar el trabajo a lo largo de varias legislaturas.
- 10) Establecer un sistema de comunicación y coordinación fluida con los Ministerios implicados y con las siguientes comisiones del Congreso de los Diputados:
- a. Comisión de Educación y Deporte.
 - b. Comisión de Sanidad y Servicios Sociales.
 - c. Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos Pacto de Toledo.
 - d. Comisión de Empleo y Seguridad Social.

6. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADAS:

Y

PUBLICACIONES

1. Abizanda S,P y Rodríguez M,L. Evolución histórica del término "fragilidad". Realidad actual. En: Guía de Buena Práctica clínica en geriatría. Fragilidad y Nutrición en el anciano. pp.15-30. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2014. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file...Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf
2. ACEB. Resumen global de comparecencias de la Subcomisión del Pacto de Estado Social y Político por la educación. 2017. Disponible en: www.alianzaestadobienestar.com
3. ACEB. 10 propuestas ACEB: nuevo diálogo civil para la sostenibilidad y mejora a medio y largo plazo del estado de bienestar. 2017. Disponible en: www.alianzaestadobienestar.com
4. Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona, 2010. Disponible en: <https://antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/302f724bb3aee932dab3310f0ec83eeb69157758.pdf>
5. Antares Consulting. El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro. 2016. Disponible en: https://fundacionidis.com/wp-content/informes/informesociosanitario2016_idis_0.pdf
6. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. 2016. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf>
7. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986. Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
8. CEAPAT. Centro de Referencia Estatal de Autonomía personal y Ayudas Técnicas del IMSERSO. Disponible en: http://www.ceapat.es/ceapat_01/servicios/sg_pm/index.htm
9. CEOE. El Libro blanco de la Sanidad: Ámbito Sociosanitario. 2016. Disponible en: http://www.spainglobal.com/files/2016/sanidad_espana.pdf
10. Consejo Asesor de Sanidad. El Informe del Consejo Asesor de Sanidad, sobre Coordinación y Atención sociosanitaria. 2013. Disponible en: <http://www.agoraceg.org/banco-conocimiento/informe-de-coordinacion-y-atencion-sociosanitaria>
11. Consejo de Trabajo Social. Decálogo para una estrategia de coordinación y de atención sociosanitaria, 2014. Disponible en:

http://cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/murcia/files/informes/2014_12%20Decalogo%20FINAL.pdf

12. Consejo de Trabajo Social y Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Propuesta de una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria. 2015. Disponible en: http://cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/murcia/files/informes/2015_02%20Documento%20sociosanit%20FINAL%20%20FINAL%202015.pdf
13. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Prioridades estratégicas de atención sociosanitaria EUSKADI 2017- 2020. Dos sistemas, un objetivo: las personas. 1ª Edición Enero 2018. Disponible en: www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf
14. Fundación Economía y Salud. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud: iniciativas para avanzar en el recorrido. 2013. Disponible en: <http://www.fundacioneconomiasalud.org/wp-content/uploads/2015/07/EVOLUCIONANDO-HACIA-UN-MODELO-SOCIOSANITARIO-DE-SALUD.pdf>
15. Foro LideA. Diez estereotipos sobre las personas mayores y respuestas LideA sobre su realidad. <http://www.forolidea.com/medios-y-documentacion/Catalog/listing/documentos-lidea-44462/1>
16. Fundación Edad & Vida. Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores. 2010. Disponible en: <https://www.edad-vida.org/publicaciones/analisis-de-los-costes-sanitarios-en-centros-residenciales-privados-para-personas-mayores/>
17. Fundación Edad & Vida. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. 2015. Disponible en: <https://inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/perfil-sanitario-de-personas-ingresadas-en-centros-residenciales-edad-y-vida.pdf>
18. Fundación General CSIC. Envejecimiento. 2010 Disponible en: http://fgcsic.es/lychnos/upload/publicacion.6.ficPDF_castellano.Lychnos_02_esp.pdf
19. Fundación salud, Innovación y Sociedad. Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria: Consulta prospectiva 2015-2020. Disponible en: <https://novartis.es/sites/www.novartis.es/files/Num.%2010%20Informe%20Delphi%20Integracion%20Atencion%20Social%20y%20Sanitaria.pdf>
20. IMSERSO. Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia. Capítulo VII: Coordinación Sociosanitaria. Madrid. 2004. Disponible en: <http://dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

21. INE 2016-Notas de Prensa: Proyecciones de población 2016-2066. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
22. INFORME COTEC 2018. Fundación COTEC para la Innovación. Disponible en: http://informecotec.es/media/Informe-Cotec_2018_versiónweb.pdf
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011. Disponible en: http://msc.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible: http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Como subsanar las desigualdades sanitarias en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
26. Organización Mundial de la Salud. Guías para la Rehabilitación Basada en la Comunidad. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
27. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. 2009. Disponible en: http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
28. PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy. A system-level integration model in Quebec. International Journal of Integrated Care, Vol. 15, 23 september 2015. Disponible en [o](#)
29. Ribera Casado, José Manuel. Clínicas Urológicas de la Complutense. 2, pp. 13-23. Editorial Complutense de Madrid. 1993. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110013A/1519>
30. Robles R,MJ, Niralles B,R, Llorach G,I, Cervera A,AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En Tratado de Geriatría para residentes. pp. 25-32. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2006. Disponible en: <https://segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
31. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo. 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>