

L'abordatge sociosanitari integrat, requeriment imprescindible avui

Josep Farrés¹, Bru Barreras¹, Núria Díaz^{1,2}

¹Consell Assessor Agenda Social; ²Diputació de Barcelona.

Introducció

En les darreres dècades, l'acció política per a la millora de les condicions de vida en sentit general –alimentació, habitatge, entorns saludables, etc... i les diferents innovacions científiques, tecnològiques i mèdiques han provocat, entre altres coses, un augment exponencial de l'esperança de vida¹. Des de la perspectiva de l'èxit que això ha suposat, l'augment de l'esperança de vida de les persones ha fet emergir altres problemes, que cada cop prenen més importància, dins de la salut de les persones. Problemàtiques com la cronicitat, la manca d'autonomia i l'augment de la dependència són alguns dels nous reptes sorgits en les societats modernes i desenvolupades. La realitat és que, mentre les problemàtiques citades augmenten sistemàticament, els sistemes encarregats de l'atenció a les persones pateixen una sobrecàrrega creixent sobre els seus recursos disponibles. Això ha provocat una congestió dels sistemes d'atenció a les persones que ha acabat per consolidar desigualtats i, en certes ocasions, ha condemnat persones a situacions d'exclusió social, conseqüència de la manca d'autonomia. En aquest article es mostra la realitat actual del nostre sistema d'atenció a les persones i es proposen mesures concretes per avançar en allò que es creu la millor solució: la integració dels sistemes de salut i social.

Estat de la qüestió

En els darrers temps s'han publicat molts treballs^{2-4,5,6,7,8} que mostren l'evidència que el model més efectiu per afrontar els problemes de salut vinculats a la cronicitat, l'envelliment amb necessitats complexes o les pluripatologies que provoquen pèrdua de l'autonomia i una sobrecàrrega en els diversos nivells d'atenció dels sistemes sanitari i social, és un model integrat sociosanitari.

Cronològicament, i anant des dels més recents fins als més antics, destaca l'informe del Consell Assessor de Sa-

lut³, que l'octubre de 2019 es va presentar amb el títol *Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries*. El juny de 2019, com a complement a l'acord de govern sobre l'atenció a les persones grans amb necessitats complexes, el Departament de Salut va fer públic el *Pla d'atenció integrada de serveis sanitaris i socials* (PAIS), que substituïa el no reeixit *Pla interdepartamental d'atenció integral social i sanitària*, (PIAISS); abans, el desembre de 2018, el Consell de Treball Econòmic i Social (CTESC), òrgan assessor del Govern de la Generalitat, havia publicat en la seva col·lecció d'informes, el número 51, amb el títol *Integració social i sanitària*⁶. En tots aquests treballs es mostren, amb molta correcció i detall, les fortaleses i oportunitats i les limitacions i dificultats per posar-lo en pràctica. Tanmateix, la conclusió unànime i comuna de tots és la seva necessitat ineludible i urgent. El mateix es proposa en els documents "oficials" de planificació dels departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies, el *Pla de salut*⁹ vigent actual i el *Pla estratègic de serveis socials*¹⁰, en fase de procés participatiu. També a nivell de l'Estat espanyol, el *Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria*⁴ (BOE de 7 de maig 2019) defineix diverses propostes en la mateixa línia.

Que la qüestió no és senzilla ni simple sembla evident davant dels nombrosos intents que malauradament no s'han traduït en realitats tangibles.

En la nostra opinió, les causes són múltiples i interdependents, però aquesta realitat, present en tots els projectes de reforma i transformació, no ens ha d'aturar ni fer caure en pessimismes inoperants, sinó que amb l'optimisme de la voluntat¹¹ s'han de proposar les mesures i accions que permetin el seu abordatge i control, i proposin i facilitin la reforma i transformació dels sistemes d'atenció a les persones per fer-los viables i sostenibles. En aquesta tasca ens hi va el reconeixement de la seva utilitat i l'èxit en la funció que la societat els té encomanats.

Algunes preguntes se'n plantegen quan abordem aquest tema: És un problema local? És un problema degut al model organitzatiu dels nostres sistemes? Quins condicionants ideològics influeixen en l'abordatge?

Anem a pams per a respondre les diverses qüestions.

Una constatació inicial és que el maneig de la cronicitat, l'envelliment amb necessitats complexes –com la solitud no desitjada– i la precarietat residencial i amb múl-

Correspondència: Josep Farrés Quesada
Coordinador del Consell Assessor Agenda Social
C/ Sant Vicenç, 52 D, àtic
08208 Sabadell
Tel. mòbil. 629651320
Adreça electrònica: ndiaz@psc.cat

tiples problemes de salut que provoquen dependència són una realitat quasi universal, sobretot dins del que podríem anomenar món desenvolupat. Afecta tant els països que gaudeixen de sistemes de cobertura universal (model NHS “Beveridge”) com els que tenen models de cobertura i finançament basat en cotitzacions obligatòries (model Seguretat Social “Bismarck”), com també els que no reconeixen el dret a la salut com un dret universal i deixen la cobertura dels problemes de salut i el seu finançament a la voluntat de les persones, contractació d'assegurances o pagament per acte (model lliberal EUA) i els que tenen models mixts en els quals es combinen les diverses modalitats. En tots els casos existeixen creixements exponencials de la demanda d'atenció, amb perill de col·lapse en els serveis i llistes d'espera creixents i, per tant, tensions financeres i dificultats per a la sostenibilitat, que obliguen a cercar solucions i mesures que permetin revertir la situació. L'increment exponencial de la despesa i dels costos és una realitat que contínuament posa en qüestió la seva sostenibilitat i viabilitat, encara que, òbviament, les expressions i propostes de solució són diferents segons si s'espera un retorn econòmic (benefici) –com si l'atenció social i sanitària fos una mercaderia més– o bé si hi ha un model que parteix del finançament públic i, per tant, no s'espera obtenir rendibilitat econòmica a la inversió. Una política pública ben aplicada no ha d'aportar beneficis, sinó que ha de garantir la millora de l'eficiència de l'àrea que regula.

Les mesures reguladores proposades que impliquen, des de la decisió general, un impacte individual han obtingut poc èxit en els resultats esperats. Algunes, com el copagament, s'han mostrat perfectament ineficaces. Altres, com la selecció adversa, han acabat provocant desatenció o fent inassolible el pagament de l'assegurança, en cas de preexistir algunes condicions d'edat o de patologies o altres característiques socials. Ambdues, a més de la seva ineficàcia, aprofundeixen en les desigualtats i penalitzen fortament amplis sectors de la societat, fonamentalment els més febles i necessitats. Aquest fet ja va ser estudiat i demostrat l'any 1978 per un grup d'experts de l'empresa Rand Corporation¹⁰.

A més dels condicionants ideològics ja esmentats, cal destacar la visió medicocèntrica i especialitzada, avui hegemònica en les persones i en la societat, no només en els entorns professionals. Les expectatives d'omnipotència i immediatesa han estat alimentades i adobades pels discursos hegemònics entre els i les professionals del sistema sanitari i entre els proveïdors de tecnologia diagnòstica i de tractament. Aquest discurs omet els riscos iatrogènics de les intervencions sanitàries¹², riscos presents en la sobremedicalització i el sobrediagnòstic^{13,14}.

El discurs comunitari, l'acceptació de la realitat de la mortalitat i de les capacitats limitades del sistema sanitari

per afrontar la cura, el seguiment i l'acompanyament queden ocults per la potència demagògica de l'altre discurs.

Altres documents^{15,16} ja posen de relleu els determinants socials i les desigualtats en la gènesi, el manteniment i l'evolució dels problemes de salut. Potser l'única esmena que es podria fer seria terminològica, ja que preferim parlar més de condicionants que de determinants, per evitar l'impacte d'impotència paralitzadora que arrossega la formulació determinista. Utilitzar el terme *condicionants* ofereix, almenys teòricament, la possibilitat d'intervenció per anul·lar, limitar o modificar el seu impacte, mentre que un *determinant* és percebut com quelcom definitiu i perenne.

Problemes i propostes d'abordatge

Hi ha consens en considerar la tradició i la realitat de la manca de treball integrat com un dels factors clau a abordar. Una manca d'integració que té dues expressions, la intrasistema i la intersistema. Parlem de manca d'integració intrasistema quan ens referim a la manca de coordinació entre els diferents nivells assistencials dins d'un mateix sistema. Per altra banda, ens referim a manca d'integració intersistema (entre els sistemes salut i social i altres d'atenció a les persones) quan parlem del nivell de coordinació i treball cooperatiu entre dos sistemes diferents.

Parlem de funcionament desintegrat quan la relació entre els diversos nivells assistencials de cada sistema no ofereix ni la mínima coordinació ni cap tipus de treball cooperatiu.

La relació entre salut pública –atenció primària, atenció especialitzada hospitalària, urgències i nivell sociosanitari de salut–, en el millor dels casos, només ofereix una mínima coordinació. Malgrat la disponibilitat d'elements instrumentals, història clínica compartida i professionals d'enllaç, encara avui hi ha fortes mancances en la integració dins del propi sistema sanitari.

La situació empitjora molt més a l'interior del sistema social. La diferent dependència de les administracions –serveis bàsics, administració local, serveis especialitzats i administració autonòmica– complica molt el treball en comú. Si, a més, s'afegeix l'absència de sistemes de registre compartits, les duplicitats i la manca de la mínima coordinació, les problemàtiques socials existents només poden ser abordades amb l'important esforç voluntarista dels i les professionals que treballen aïllades en cada nivell. Un fort grau d'ineficiència i manca d'efectivitat regna per aquest motiu dins del sistema de serveis socials.

Un altre problema és la seva orientació més cap a la prestació, amb tot el farragós tràmit administratiu que comporta¹⁷, que cap al servei. Malgrat les declaracions oficials que periòdicament es van produint sobre la necessitat de posar a la persona i a la comunitat en el centre del servei, la realitat és una altra. La burocratització i l'alentiment administratiu són una resposta reactiva lògica

davant l'escassetesa (fent-ne un ús racionat) de recursos, que obliga a oferir un accés en concurrència competitiva segons la valoració dels paràmetres de necessitat, que desvirtua el caràcter d'universalitat del servei, tal com es postula en la Llei de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència (Llei estatal de la dependència) i la Llei de serveis socials de Catalunya.

També es comenta, com una dificultat per a la integració entre sistemes, el diferent desenvolupament, fortalesa, reconeixement social i volum econòmic que manegen cadascun. Gràficament, en la presentació de l'informe CTESC⁵ es va dir que la integració és la construcció d'un pont o passarel·la en una vall entre un cim de 8.000 m (sistema sanitari) i un altre de 3.000 m (sistema social).

A més, caldria afegir-hi els desconeixements, les desconfiances i els estereotips entre els diferents professionals, que ja van ser magistralment descrits per Peter Pritchard (1981, avui vigents completament) en el seu *Manual of primary health care* (Manual sobre atenció primària)¹⁸ (pàg. 42), on també descriu com són vistos mútuament els metges i els treballadors socials entre ells. Si ja hi ha dificultats per entendre la tasca del metge de família, l'especialista, l'/la infermer/a, el personal de suport tècnic, els auxiliars de clínica, els gestors de casos, etc., només cal afegir els diferents perfils del sistema social: treballadors socials, educadors socials, professionals d'integració/inserció, treballadores familiars, etc. A la Taula 1 es presenta la informació esmentada.

TAULA 1. Com es veuen els metges i els treballadors socials entre ells

Els metges de capçalera vistos pels treballadors socials	Els treballadors socials vistos pels metges
1) Gaudeixen d'un sou i un estatus excessiu.	1) Són una nova professió, amb poc recorregut, la majoria molt joves i sense massa qualificació.
2) Pensen que tots els problemes tenen una base "sanitària", i per aquest fet sempre volen liderar/dirigir l'equip.	2) Quasi només veuen el sector més pobre de la societat i extrapolen (basen) totes les seves idees en aquesta experiència.
3) No són avaluats per ningú ja que disposen d'un contracte com a professionals liberals, i per això tendeixen a ser arrogants.	3) Tenen dificultats en prendre decisions per les barreres burocràtiques que tenen.
4) Tenen poc coneixement del treball social i de la tasca dels treballadors socials.	4) No comprenen què és l'Atenció Primària de Salut, i que de fet la seva tasca, en gran part, està assumida per la infermeria d'atenció domiciliària ("Visitors").
5) Provenen d'una antiga professió i mostren poca tendència a adaptar-se a les necessitats actuals de la societat.	5) Pertanyen a una nova, i amb un ràpid desenvolupament, professió, encara sense una clara identitat.
6) Són creguts, massa cegament, pels seus pacients.	6) Estan massa orientats cap als recursos materials i no al tractament (seguiment) amb continuïtat. De fet, quan un pacient estableix vincles amb un treballador social, aquest canvia de lloc de treball.
7) Prescriuen medicació massa generosament abans d'intentar comprendre els problemes.	7) Són poc efectius/ves, tenen poca comprensió de la urgència quan se'ls deriva un cas i rarament fan el retorn de la seva actuació i de la informació cap al metge o el professional que els ha derivat el cas.
8) No són fiables en el maneig d'informació confidencial.	8) No són fiables en el maneig de la informació confidencial.

Adaptada de: Pritchard P. Manual of primary health care. 1978, 1981; traducció de Josep Farrés).

Estereotips, metges de capçalera i treballadors socials

Un estereotip és un conjunt d'idees que un grup o una societat obté a partir de les normes o dels patrons culturals prèviament establerts (*Diccionari de la llengua catalana*. Institut d'Estudis Catalans. Setembre de 1995).

Després del que hem esmentat sembla òbvia la dificultat de proposar un treball integrat entre sistemes. Però aquest és el repte.

La proposta organitzativa requereix d'una forta voluntat i lideratge polític, que fins ara malauradament tampoc ha existit.

Proposta

A continuació incloem una sèrie de propostes:

- Construcció de plataformes territorials integrades amb governança compartida entre l'administració local i l'autònoma. Encarregades del disseny de proves pilot, la seva extensió a més parts del territori, tant en l'àmbit rural com urbà, i de dur a terme el control pertinent amb una posterior escalada de les intervencions exitoses.

- Definir una delimitació territorial única entre les àrees bàsiques de salut i socials. Aquesta ja era una proposta en una clàusula addicional de la Llei 12/2007 de serveis socials de Catalunya, avui encara vigent i que mai s'ha realitzat.

- Porta d'entrada única compartida pels serveis d'atenció primària de salut i els serveis socials bàsics⁵.

TAULA 2. Persones que vivien soles l'any 2018 (nombre i percentatge)

Grups d'edat	Homes		Dones	
	Milers	%	Milers	%
De 65 a 79 anys	57,3	13,3	137,4	26,7
De 80 anys i més	25,3	16,3	114,1	44,8

Font: Pla Estratègic de Serveis Socials, 2019.

– Simplificar la burocràcia en el sistema social per tal de garantir agilitat i pal·liar el problema de la concurrència competitiva, donant al servei un caràcter cada cop més universal. En aquesta direcció aconseguiríem augmentar l'eficiència d'un sistema congestionat administrativament com és el sistema social.

– Dotar de major protagonisme el sistema social en els processos d'aconsellament i disseny de programes. Els i les professionals socials han de gaudir de molt més protagonisme en els processos de decisió “benestaritzant”²⁷ de la integració sociosanitària. Si el que es vol és treballar amb un alt grau de coordinació i integració, no sembla responsable deixar el poder de decisió i el consell només en mans de professionals sanitaris. Els professionals d'ambdós sistemes han de fer un esforç per apartar els estigmes creats entre ells i posar-se a treballar braç a braç per tal de dissenyar una integració real, que gaudeixi de la influència d'ambdós sectors. No sembla doncs pertinent que l'últim document aportat pel Consell Assessor de Salut (CAS), *Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries*, estigui dissenyat i acordat únicament per professionals del sistema de salut.

– Cal dissenyar un pla d'execució. L'argumentari a favor de la integració sociosanitària és suficientment gran com perquè seguim aportant-ne més. És moment d'entrar en temes tècnics i de factibilitat estructural i econòmica. Des dels diferents nivells de govern cal fer esforços per destinar recursos econòmics al procés d'integració i, conjuntament, acordar un seguit de terminis temporals, que han de ser vinculants i respectats. Només amb voluntat política i professional es podrà iniciar aquest procés, que estimen tan necessari els professionals dels dos sistemes. Cal també definir en cada cas la quantificació econòmica que es destinarà a les diferents etapes i processos de la integració, justificant-ne el seu ús i donant els arguments a favor pels quals es destinen els recursos esmentats.

– Elaboració del diagnòstic comunitari de necessitats que ha de formular i informar sobre les prioritats d'actuació.

– En un context d'envelliment accelerat de la població^{1,19,20} és lògic endevinar que la demanda d'ajut a la dependència també serà creixent. I com es veu en els diferents estudis demogràfics realitzats, tant a Espanya com a Catalunya, el creixement és exponencial. Així doncs, com a proposta d'integració, creiem que és fonamental que una

de les bases d'aquesta integració sigui el treball coordinat per abordar la dependència i la pèrdua d'autonomia. Tot i que l'envelliment té necessitats sanitàries, les necessitats socials són molt més importants i habituals. Per tant, doncs, si el procés d'integració ha de ser eficient, cal centrar-se en aquesta problemàtica, que ja és i serà una forta realitat en un termini d'un parell o tres de dècades.

– Dins del fenomen de l'envelliment, ens trobem amb quelcom preocupant i significatiu. Com indica Sara Berbel en *La soledad en las personas mayores: impacto, causas y consecuencias*¹⁴, la solitud de les persones grans és un fet que afecta un percentatge significatiu de la població envellida. Segons les dades que aporta, juntament amb la diagnosi realitzada en el Pla estratègic de serveis socials¹⁰, al voltant del 15% d'homes majors de 65 anys es troben en situació de solitud. El problema s'agreuja de forma accentuada si ens fixem en el col·lectiu femení de la mateixa franja d'edat. Entre les dones que es troben en la franja de 65 a 79 anys, una de cada quatre pateix solitud no desitjada; això és significativament preocupant. Les alarmes es disparen quan observem que gairebé una de cada dues dones majors de 80 anys pateix aquesta solitud no desitjada. Diversos estudis, el de Berbel²⁰ inclòs, demostren que les necessitats relacionades amb la dependència augmenten considerablement en situacions de solitud no desitjada.

Una bona implementació de la integració sociosanitària tindrà majoritàriament repercussions econòmiques positives. S'evitaria la duplictat de proves i diagnòstics, els nivells de congestió haurien de caure i les intervencions per part dels professionals donarien solucions reals que, en molts casos, evitarien la institucionalització de la problemàtica de l'individu, donant més protagonisme a l'atenció domiciliària amb el suport necessari. Això repercutirà directament en una major eficiència econòmica.

Aquest serà un cercle en el qual volem veure'ns involucrats. Però, un cop dins d'aquest cercle és primordial que existeixi una reinversió dels beneficis, que han d'anar destinats a una millora continuada dels sistemes integrats per tal d'assolir nivells màxims d'eficiència.

En aquesta línia, i veient l'alt protagonisme del cuidador familiar dins del tractament de la dependència, cal incloure en aquesta integració algun tipus de formació i acreditació de les cuidadores. Parlem de “cuidadores” ja que, tal i com indica Berbel²⁰, la majoria de cuidadors familiars són dones i, a més, immigrants, cosa que encara les posa en situacions de més vulnerabilitat. Aquest fet també potencia l'economia submergida i les feines sense contracte laboral. Això es tradueix en una situació d'alta indefensió de la cuidadora familiar, que duu a terme una tasca tan important com la cura dels i les nostres persones grans.

Quan analitzem la demanda expressada en termes qualitatius podem agrupar i definir els següents perfils de

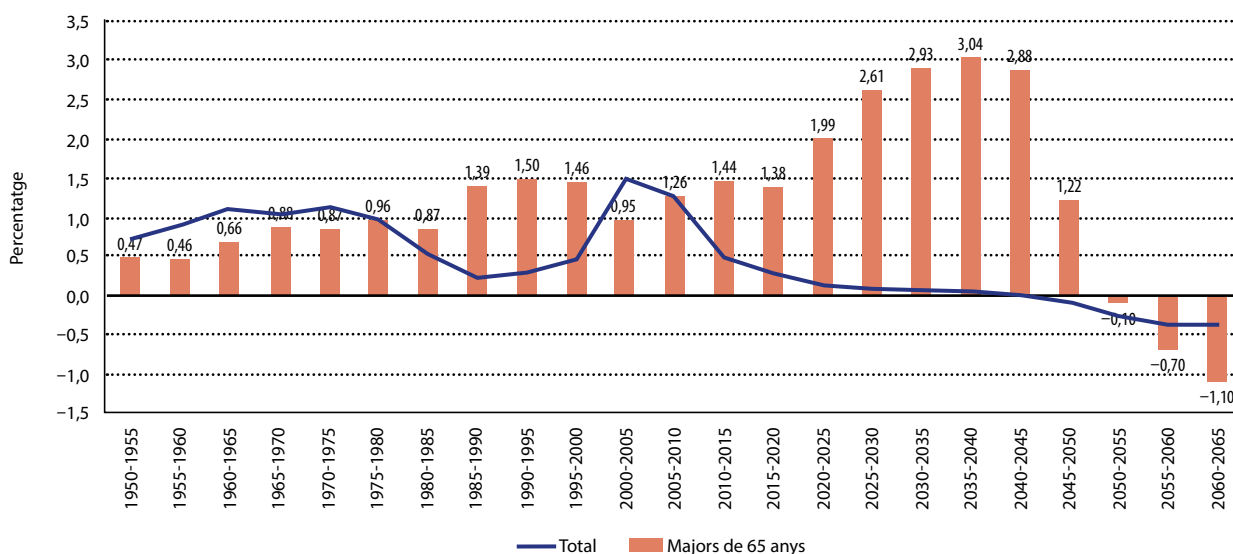
persones demandants que es beneficiarien d'una integració sociosanitària. En el benentès que aquestes demandes, avui, poden contactar tant amb el sistema sanitari com el social i, fins i tot, en els dos simultàniament:

- Persones amb pluripatologia i dependència
- Persones en situació terminal en cures pal·liatives
- Persones amb trastorn mental greu crònic
- Persones amb gran discapacitat física
- Persones amb discapacitat intel·lectual greu
- Persones menors de 65 anys amb malalties cròniques que generin dependència
- Persones amb la coexistència de més de dues de les situacions anteriors, patologia dual, trastorn cognitiu més discapacitat física, etc.

- Altres casos d'atenció puntual, per afrontar situacions concretes, patologia aguda, risc d'exclusió, addiccions a substàncies tòxiques, alcohol, altres drogues, etc.

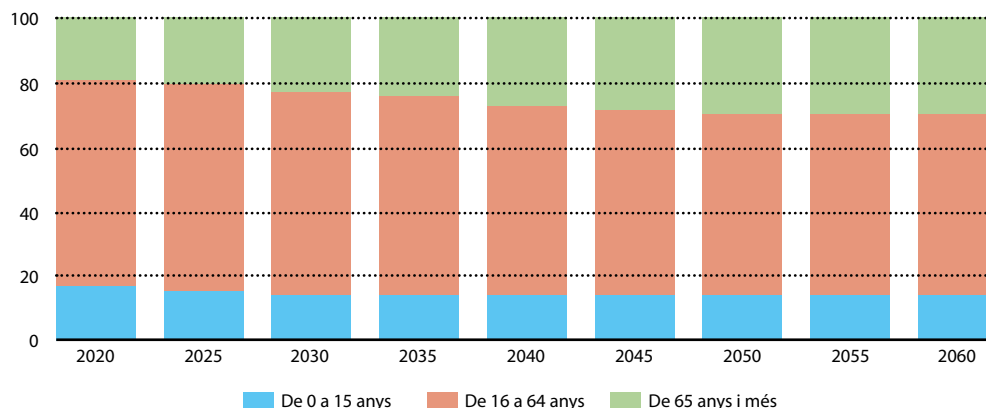
Altres propostes són:

- Establiment de pressupostos compartits tant de l'oferta de serveis com dels recursos disponibles des de l'àmbit sanitari i social.
- Definició de guies i espais de coordinació que avancin en propostes de treball integrat amb definició del professional de referència.
- Definició dels elements instrumentals i de la seva disponibilitat^{8,21}, com ara sistemes de registre compartits i guies d'actuació pels casos més prevalents i complexos dins del territori.



Font: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, World Population Prospects: The 2012 Revision, http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm. Consulta: juny de 2017

FIGURA 1. Creixement mitjà anual de la població de gent gran a Espanya, 1950-2065



Font: Idescat. Projeccions de població (base 2018).

FIGURA 2. Població projectada a 1 de gener, per grups d'edat. Escenari mitjà (%). Catalunya 2020-2060

– Abordatge de l'envelliment amb solitud i necessitats complexes, de l'exclusió social, de la protecció de la infància en risc, tractament de les addicions, problemes de salut mental, etc.

– Definició i identificació de la figura del “gestor de cas” com a interlocutor i com a garantia per a la continuïtat i el seguiment del procés d'intervenció¹³.

Conclusions

El repte és ara. La voluntat política hi ha de ser i s'ha de traduir en una agenda operativa i executiva d'accions a desenvolupar. L'augment de l'esperança de vida i les noves problemàtiques que se'n deriven ha provocat un augment significatiu de la demanda de suport a la cronicitat i a la dependència. La realitat ens ha mostrat la incapacitat dels sistemes d'atenció a les persones per abastir de forma universal, tal com diu la llei, totes les persones demandants d'ajut. Aquest fet ha provocat una consolidació de les desigualtats en l'accés a serveis d'atenció a la dependència. Per tal d'escapar de la desigualtat, el sistema públic ha de ser capaç d'abastir de forma eficient i efectiva la demanda actual com també la projectada en el futur pròxim. Una demanda que, inevitablement, anirà en augment ja que l'esperança de vida segueix creixent. Són molts els experts que postulen que la millor solució per a la situació actual i la futura és la integració real dels sistemes d'atenció a les persones.

Com veiem, i d'acord amb diverses publicacions, les limitacions a la integració dels sistemes de salut i social en són diverses i significatives. Una de les barreres més importants és l'asimetria en el desenvolupament i la integració d'ambdós sistemes. Una coordinació interdepartamental és més efectiva quan ambdós sistemes gaudeixen d'un desenvolupament similar. Així doncs, i com a primer repte, cal potenciar el desenvolupament del sistema social i motivar la integració intrasistema. Cal dotar-lo de mecanismes de coordinació entre els diferents nivells assistencials per tal d'apropar-lo al sistema de salut i pactar un augment en la partida pressupostària destinada als afers socials.

Altres limitacions, com els estereotips entre professionals d'ambdós sectors, també entorpeixen la integració. Les desconfiances presents posen traves al treball coordinat, al consens en la presa de decisions i al disseny d'estratègies conjuntes. El procés d'integració s'ha de realitzar amb la participació real d'ambdós sistemes i evitar que el sistema social vagi a remolc del que es dicta des de salut.

Agraïments: volem donar les gràcies a l'Assumpta Escarp i al Raül Moreno pels seus comentaris i aportacions, que han enriquit aquest text.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pinker S. En defensa de la ilustración. Por la razón, la ciencia, el humanismo y el progreso. Barcelona: Editorial Paidós; 2018. p. 81-8.
2. Carrillo Rídao E, Cervera Macià M, Gil Suárez V, Rueda Falcón Y. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de posicionamiento. Barcelona: Antares Consulting; 2010.
3. Consell Assessor de Salut. Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019.
4. Álvarez Rosete A, Jiménez Lara A (coord.). Modelos integrados de atención a la discapacidad. Observatorio estatal de la discapacidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junta de Extremadura. SEPAD. CERMI; 2017. Consultable a: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/>
5. Graells Domingo R. La atención primaria sociosanitaria en Sabadell. A: Casado D, Fantova F, coord. Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia. Colección Estudios, 17. Madrid: Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, FOESSA. Cáritas Española, editores; 2007. p. 467-72.
6. Riudor X, dir. Integració de l'atenció social i sanitària. Informe. Col·lecció estudis i informes nº 51. Barcelona: Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2018.
7. Rivera JM, Peña C. Com no ha de ser el model d'atenció integral social i sanitària: la mirada del treball social. Acció Social. 2019 27 de maig;1-5.
8. Farrés J. L'atenció sociosanitària integrada: utopia o realitat imprescindible? Informe Social 12. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2019.
9. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016.
10. Pla Estratègic Serveis Socials 2020-2024. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Família. Generalitat de Catalunya.
11. Gramsci A. Odio a los indiferentes. Barcelona: Ed. Ariel; 2011.
12. Helms LJ, Newhouse JP, Phelps CE. Copayments and demand for medical care: The California Medicaid experience. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1978. Consultable a: <https://www.rand.org/pubs/reports/R2167>.
13. Varela J. 5 intensitats de provisió per a 1 sanitat més valuosa. Barcelona: ESADE. Societat Catalana de Gestió Sanitària; 2019.
14. Segura Benedicto A. Iatrogenia y atención primaria de salud. FMC. 2019;26:529-31.
15. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford, Nova York: Oxford University Press; 2005.
16. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014 Jan-Feb;129(sup 2):19-31.
17. Querejeta González M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.
18. Pritchard PMM. Manual of primary health care. Oxford, Nova York: Oxford University Press; 1981.
19. IDESCAT. Esperança de vida. Altres estadístiques vitals. Maig de 2019.
20. Berbel S. La soledad en las personas mayores: impacto, causas y consecuencias. Informe Social 12. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2019.
21. Diversos autors. Vidre i mirall. Integració de l'atenció social i sanitària (1). Annals de Medicina. 2019;102(4).