

Nota sobre la coordinación pública en y entre los servicios sanitarios y sociales

SUMARIO: 1. CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA COORDINACIÓN. 2. PRINCIPIOS. 3. MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL. 4. RECURSOS RELATIVOS A LOS CASOS. 5. BIBLIOGRAFÍA.

El Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO en adelante) dedicó sus VI Jornadas —celebradas en 2007— al difícil asunto de la coordinación pública relativa a los servicios sanitarios y sociales —se verá después porque no se alude a la misma mediante la fórmula “coordinación sociosanitaria”—. Se trata de una cuestión de gran interés para la acción pública relativa a la dependencia funcional, de obvia actualidad, pero importa también en otras áreas objeto de aquellas dos ramas de actividades. El SIPOSO ha publicado recientemente los materiales de aquel encuentro —con otros relacionados— en el libro colectivo *Coordinación gruesa y fina (en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (Casado [dir.], 2008). Libro éste que incluye un texto, tributario en gran medida de los trabajos que le acompañan, suscrito por los integrantes del SIPOSO y por otros seis partícipes en el proceso de trabajo que culmina en aquel (VV. AA., 2008). La presente exposición es una reelaboración de ese texto pensada para ser difundida de modo independiente de su matriz. Las apreciaciones y propuestas contenidas en el texto original fueron objeto de validación mediante un cuestionario ad hoc; participaron en aquella treinta y cuatro profesionales y profesores

asistentes a las VII Jornadas del SIPOSO (16-18 de octubre de 2008). De las treinta proposiciones recogidas en aquel cuestionario y con una escala de 1 a 10, 28 fueron puntuadas por encima de 8; se aludirá después a las dos que obtuvieron puntuaciones inferiores.

1. CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA COORDINACIÓN

Es un hecho muy visible la abundancia de divisiones técnicas y organizativas en la acción y en las entidades pro bienestar social. En el sector público de los países desarrollados, el fenómeno se manifiesta de modo notorio en la estructura de las administraciones públicas. Para responder a demandas y posibilidades de protección social propias de las sociedades industriales, se ha venido ampliando la acción con tal objeto de aquellas. Y ese crecimiento ha seguido la pauta, general en dichas sociedades, de la especialización funcional y organizativa. Sirva para ilustrar ese cambio la siguiente comparación: nuestra Constitución de 1812 establece sólo siete Secretarios de Despacho —antecedentes de los ministros—, y ninguna de sus carteras es de objeto netamente social (art. 222); en la actualidad, pese a la enorme descentralización del Estado, el Gobierno de la Nación suele estar integrado por no menos de quince Ministros, cuatro de ellos con carteras específicamente sociales, y cada ministerio cuenta con una o más Secretarías de Estado.

Es menos visible para el común, pero no menos cierto, que algunas las divisiones organizativas mediante las que se realiza la acción pro bienestar necesitan intervenir conjunta o sucesivamente en determinados casos. Así, por ejemplo, la atención de ciertos problemas de salud y sus secuelas puede exigir el concurso de los medios que siguen, con recorridos diversos: centro de salud, centro de especialidades ambulatorio, hospital para intervención quirúrgica y atención médica en fase aguda, hospital de convalecencia, adaptaciones arquitectónicas y ayudas técnicas en el domicilio, servicio ambulatorio de ayuda para actividades de la vida diaria, centro de día, servicio residencial.

Las necesidades de coordinación entre las ramas de servicios sanitarios y sociales viene siendo objeto de una estimable atención observadora y práctica en los tiempos recientes y en los países occidentales, particularmente en el área geriátrica. En España, por lo general mediante la clave “socio-sanitaria”, se están produciendo también algunos estudios y acciones concernientes a las aludidas necesidades de coordinación. Tales acciones, en todo caso, son de alcance muy limitado, según muestran la observación común y algunas investigaciones técnicas. Así, pues, la coordinación *entre* las ramas de servicios sanitarios y sociales es una demanda manifiesta y viva.

El primer Plan Gerontológico (Ministerio de Asuntos Sociales, 1992: 61) postuló la coordinación interna en la rama sanitaria. La necesidad de la misma se plantea de modo muy visible en los tratamientos, no sólo para personas de edad avanzada, que requieren sucesivamente recursos para fase aguda, subaguda y de mantenimiento. También ha sido puesta de manifiesto por varias investigaciones la necesidad de coordinación en el interior de la rama de los servicios sociales. Pese a que las demandas de coordinación en el interior de las ramas sanitaria y de servicios sociales, al menos entre nosotros, es poco ponderada y publicitada, el SIPOSO le concede no menor importancia que a la orientada a conectarlas.

Aparte de los factores generales antes aludidos, ciertos cambios particulares en la acción pro bienestar han incrementado la necesidad de coordinación asistencial. Así, la reforma psiquiátrica sustituye los servicios totales para casos graves —hospitales psiquiátricos de internamiento perpetuo— por una red de medios de salud mental y de servicios sociales, la cual entraña necesidades de conexión. La pretensión de reducir el papel de los establecimientos totales se registra también en la atención de situaciones de dependencia por otras causas, especialmente el envejecimiento patológico.

El enfoque asistencial superador de los servicios totales da lugar a nuevos repartos —con frecuencia conflictivos— de la asistencia entre las dos ramas de servicios. Esto supone un nuevo factor de demanda de coordinación.

Los cambios de enfoque asistencial ven acrecentada su importancia por el incremento de la prevalencia de las situaciones de enfermedad crónica y/o discapacidad grave, especialmente pero no sólo en la población envejecida, acreedoras de atenciones complejas.

En España, la coordinación en y entre las ramas de servicios sanitarias y sociales ha de superar asimetrías institucionales graves. El Sistema Nacional de Salud (SNS) dispensa protección universal, garantizada y, en general, gratuita; excepto para una modalidad asistencial de gran importancia en buena parte de las situaciones con demandas de atención compleja aludidas: la “prestación de atención sociosanitaria”. Las Comunidades Autónomas (CC.AA.) tienen competencia exclusiva en servicios sociales —salvo los creados por la Seguridad Social, a los que les es de aplicación el régimen competencial establecido para la misma por la Constitución (art. 149.117.º), sin perjuicio de la transferencia de la ejecución—. Por virtud de aquella circunstancia —y de la dejación del Estado (central) en el ejercicio de sus responsabilidades en dicha parcela—, las CC.AA. vienen instituyendo regímenes propios para la rama. En ellos, predomina la protección no asegurada mediante derecho subjetivo, con oferta racionada y acceso selectivo, y con participación económica del usuario en los servicios más costosos. En algunas CC.AA. se aprobaron recientemente leyes que fortalecen el acceso a la

protección; su alcance se limita obviamente a las poblaciones correspondientes. A la vez, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (LEPA, en adelante) -que salvó la competencia exclusiva citada mediante el artículo 149.1.1 de la Constitución- superó también la carencia de garantía, pero sólo para ciertos casos. Los regímenes sin protección garantizada hacen problemático el acceso a los servicios y, por ello, constituyen un peligro para la coordinación. Así ocurre cuando, por ejemplo, tras el alta en un hospital de agudos, no se dispone de plaza también hospitalaria de rehabilitación o, en el supuesto de que el egresado deba retornar a su domicilio, no pueda hacerlo por necesitar servicio de ayuda en el mismo y no tenga posibilidad de conseguirlo.

Otro escollo a superar, en España, para lograr la coordinación que aquí interesa consiste en que se han adoptado divisiones territoriales de competencias diferentes en las ramas sanitaria y de servicios sociales. En la rama primera, las competencias son compartidas por el nivel central del Estado y las CC.AA., las cuales tienen transferida la gestión asistencial. Por virtud de su competencia exclusiva en servicios sociales —con la salvedad hecha antes—, las CC.AA. han descentralizado a los Ayuntamientos los servicios sociales del nivel primario; quede dicho que algunos de ellos constituyen mancomunidades para gestionarlos. La descentralización hacia la Administración Local da lugar, por ejemplo, a que la provisión de ayuda a domicilio para un paciente que recibe el alta hospitalaria, de no poder gestionarla él mismo o sus familiares, debe instarla una instancia sanitaria “autonómica” ante un servicio municipal. La LEPA ha establecido un Sistema nacional de protección que utiliza principalmente los servicios sociales y que asume las atribuciones en los mismos de la Administración Local; de este modo, el escollo para la coordinación entre ramas indicado antes queda, como poco, igual que estaba.

La división territorial de competencias en servicios sociales dentro de las CC.AA. entraña dificultades para la coordinación en dicha rama. Un buen número de ayuntamientos proveen -en el régimen de acceso y mediante la oferta racionada antes indicados- teleasistencia y ayuda a domicilio. Pero, cuando tales medios resultan insuficientes, no tienen capacidad para asignar plazas en centros de día y, sobre todo, en residencias, que dependen de la Administración “autonómica” —en régimen de gestión directa o concertada / contratada—. Ésta sufre, por lo general, la misma limitación en el supuesto recíproco.

Otro obstáculo territorial para la coordinación consiste en la diferente zonificación de las dos ramas que aquí interesan en el interior de las CC.AA.. Dejando a salvo algunos casos ejemplares, predomina la duplicidad de pautas de división territorial.

2. PRINCIPIOS

En la estructuración de la acción sanitaria y de los servicios sociales, ante todo, *debe primar el principio de calidad asistencial sobre los corporativismos* (profesional, de servicio, de rama técnica, territorial). Así, los modernos establecimientos sanitarios, salvo excepciones, no se vinculan a tal o cual especialidad médica, sino que se configuran en función de los niveles asistenciales y son polivalentes. Del mismo modo, el desarrollo de ciertos programas nuevos, como el relativa a la atención de niños de riesgo o con deficiencias, implica una difícil labor de conexión interdisciplinar.

En aplicación del principio anterior, la división territorial del poder político no debe determinar la estructuración organizativa de los servicios de bienestar. Las divisiones territoriales de las competencias administrativas deben hacerse con el criterio de facilitar el buen servicio. La Ley General de Sanidad se atrevió a concentrar la responsabilidad de gestión en la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas, “que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas en las que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión...” (Exposición de motivos, III). La legislación de servicios sociales, en cambio, mantiene la opción municipalista decimonónica incluso para prestaciones cuya correcta provisión es inasequible a un gran número de ayuntamientos, según acredita una ya larga experiencia.

El buen servicio exige en ciertas situaciones la armonía y la continuidad de cuidados, centradas en la persona. Para facilitarlos, las divisiones técnicas y las territoriales no deben regirse por el principio de independencia sino por el de *interdependencia*. En esta línea, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que: “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales” (art. 20.3). (Por desgracia, sólo algunas de las leyes de servicios sociales recientes han incluido disposiciones recíprocas).

La interdependencia debe pautarse mediante la adopción de protocolos y modelos asistenciales complejos que especifiquen los procesos y los servicios que intervienen en los mismos. Para ciertas clases de problemas de salud (como, por ejemplo, la enfermedad mental grave y persistente o el daño cerebral sobrevenido) se considera necesario que tales modelos y protocolos de coordinación sean específicos.

En la elección del modo de lograr la conexión de los servicios sanitarios y sociales deben valorarse, además de las potencialidades positivas de las posibles opciones en abstracto, su *viabilidad* circunstancial concreta, así

como los posibles efectos colaterales en objetivos o medios legítimos de la acción pro bienestar realmente existente. En este orden de cosas, dada la situación española, la integración o fusión de servicios sanitarios y sociales presenta importantes dificultades e inconvenientes para ser adoptada de modo general. Aparentemente, se obviarían plenamente los problemas de coordinación mediante la creación de los llamados servicios “socio-sanitarios”, pero no deben desdeñarse posibles inconvenientes circunstanciales. Así, las valoraciones de la muy conocida iniciativa de la Generalidad de Cataluña de tal signo “Vida a los años” revelan, entre otros hechos, que: vino propiciada por la existencia de hospitales de difícil encaje en la red sanitaria; se crearon fronteras con los servicios sociales; se ofreció una cobertura de menor garantía jurídica que la sanitaria.

En la mayor parte de las reseñas de iniciativas de coordinación extranjeras no se describen adecuadamente los niveles institucionales, organizativos y de gestión en los que incide la coordinación. Salvo excepciones recientes, se observa ese fallo también en los informes disponibles sobre iniciativas españolas. Pero es posible esa diferenciación y el SIPOSO entiende que la acción racional en pro de la coordinación requiere diagnosticar correctamente la situación a mejorar, distinguiendo claramente al efecto y para la acción de mejora al menos estos niveles estructurales:

- Situación de abastecimiento y regímenes institucionales de derechos y responsabilidades influyentes en la misma
- Estructura organizativa de los servicios, incluyendo la zonificación
- Reglas generales de funcionamiento y conexiones
- Recursos estables al servicio de los casos

3. MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL

Es frecuente en los trabajos que postulan la coordinación entre las ramas de servicios sanitarios y sociales que se plantee, directa o indirectamente, la cuestión de la insuficiencia de la oferta de los recursos. A este propósito conviene recordar que la vía principal para evitar déficit en la oferta pública es de carácter jurídico. La atención al daño cerebral sobrevenido, por ejemplo, está condicionada a esta situación: 1) la atención en fase aguda está garantizada por la norma que regula la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre); 2) dentro de la rama sanitaria, la atención en la fase subaguda no está garantizada, de modo que se dan casos de frustración del proceso rehabilitador; 3) tampoco están garantizadas —lo que entraña análogo riesgo— las prestaciones de la

rehabilitación ambulatoria, una parte de las cuales están siendo provistas por los servicios sociales. La situación indicada deriva de la grave omisión en la regulación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud señalada anteriormente —a lo que vino a añadirse la elusión de la acción sanitaria por la LEPA— y del régimen sin garantía de protección de los servicios sociales públicos. Trascendiendo el ejemplo propuesto, procede decir que es prerequisite básico de la coordinación efectiva una oferta suficiente de las diferentes prestaciones y servicios necesarios para atender las situaciones de que se trate. La suficiencia de la oferta requiere recursos económicos en cuantía adecuada, desde luego. La condición que los asegura es un *régimen de garantía de acceso* a toda la oferta concernida; régimen éste que pone en manos de los ciudadanos la posibilidad de exigir sus derechos ante los tribunales de justicia. Para la situación española, sin perjuicio de otras demandas, parecen especialmente importantes estas medidas:

- Extender a la “prestación de atención sociosanitaria” (Ley 16/2003, de 28 de mayo, art. 14) el régimen de garantía universal de las otras prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Extender a las prestaciones de servicios sociales el mismo régimen de garantía —salvo el copago para las prestaciones hoteleras— dominante en el Sistema Nacional de Salud.

La suficiencia de recursos es condición necesaria para la coordinación, pero no suficiente. La cooperación interadministrativa obligatoria por virtud de normas jurídicas superiores, como es el caso de la LEPA (arts. 10 a 12), no asegura la coordinación efectiva entre las partes concernidas. Se hace necesario, por ello, recurrir a los medios de facilitación oportunos.

Para las ramas sanitaria y de servicios sociales se ha adoptado la misma división funcional de niveles asistenciales: atención primaria y especializada. Esto hace posible opciones de coordinación como, por ejemplo, la integración de los servicios de ambas ramas en el nivel primario y en un ámbito territorial determinado. Tal es el caso del Ayuntamiento de Sabadell (Graells i Domingo, 2007). Dicho en términos generales: la coordinación entre ramas se ve facilitada cuando se *homogeneiza la estructura funcional* de las mismas. Para mejorar esta circunstancia positiva de España, sería necesaria la normalización de los contenidos funcionales del nivel primario de servicios sociales, que presenta grandes disparidades dentro de cada comunidad autónoma debido a la descentralización municipal.

El Plan Gerontológico postuló la homogeneización territorial de las dos ramas que aquí se consideran (Ministerio de Asuntos Sociales, 1992: 69). En el *Libro blanco* preparatorio de la LEPA se alude al asunto en estos tér-

minos: “Es indispensable que se avance definitivamente en el establecimiento de criterios de sectorización acordes con las necesidades de intervención sociosanitaria. El diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios se configura como condición indispensable para la coordinación de servicios” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004: 523). El SIPOSO sigue esa pauta y postula que las Comunidades Autónomas avancen en la *convergencia de las zonificaciones de las ramas de servicios sanitarios y sociales*.

Una buena parte de las experiencias españolas de coordinación entre las ramas de servicios sanitarios y sociales que se reseñan en la literatura tienen carácter de programas. Puede servir como ejemplo la coordinación sociosanitaria en atención gerontológica en el Ayuntamiento de Madrid (Serrano Garijo y Tena-Dávila, 2007). Son partes del correspondiente acuerdo la Administración sanitaria de la Comunidad de Madrid y la de servicios sociales del Ayuntamiento de la capital, entre los que no existe ninguna relación jerárquica. También como ejemplo, dentro del Plan de Atención Social a personas con enfermedad grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, se han arbitrado normas y órganos para la coordinación de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales. Con carácter general, cabe afirmar que, incluso en las situaciones institucionales y organizativas más favorables, pero sobre todo cuando no se dan éstas, la coordinación entre servicios y, sobre todo, ramas exige establecer *programas de criterios, normas y procedimientos vinculantes para las partes*.

En España, para la coordinación sociosanitaria, se han creado órganos tales como las comisiones sociosanitarias derivadas del Acuerdo Marco, de 1993, entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales o los consorcios. El SIPOSO aprecia esta práctica y adopta el criterio de que, tanto para seguir el cumplimiento de los pactos sustantivos y procedimentales de coordinación, como para afrontar situaciones críticas o simplemente imprevistas, suele ser necesario crear *órganos interadministrativos ad hoc*. Quede nota, de todos modos, de que dicho criterio fue uno de los dos que obtuvieron una puntuación media menor a 8 (7,87) en la validación aludida la comienzo.

Se dan no pocos casos en los que las Administraciones Públicas, en la acción pro bienestar, conciertan o subvencionan actividades complejas realizadas por entidades privadas —sobre todo no lucrativas— que a ella les resultan difíciles de afrontar por gestión directa. El SIPOSO asume esta práctica con la siguiente formulación literal: “Las Administraciones Públicas pueden salvar sus dificultades para cubrir demandas complejas recurriendo a la *externalización*, supuesto que las entidades privadas pueden desarrollar su acción sin dificultad en los servicios sanitarios y sociales conjuntamente”.

Criterio éste que obtuvo la puntuación media más baja de las registradas en la validación (6,46) —por lo que será objeto de análisis ulterior—.

Se cuenta con experiencias, por ejemplo en atención temprana a nacidos de riesgo, de procesos de diálogo, intercambio y colaboración de carácter voluntario y abierto. El SIPOSO, sin perjuicio de las acciones jurídicas y administrativas pertinentes, recomienda la extensión de los *foros y redes de estudio y debate* de carácter interdisciplinar, interprofesional, interadministrativo e interinstitucional con vistas a promover la coordinación.

En instrumentos formales, tanto del Estado central como de las Comunidades Autónomas, se ha incurrido en la aparente impropiedad de denominar “socio-sanitarios” a ciertos servicios sanitarios y sociales básicamente simples. En 1991, la “actividad socio-sanitaria” del programa catalán “Vida a los años”, dejando aparte la administración y dirección, se realizaba mediante trabajo casi exclusivamente sanitario. La Ley 6/2001, de 20 de noviembre de protección a las personas dependientes, de la Comunidad Autónoma de Cantabria, incluye “Prestaciones socio-sanitarias (art. 5), siendo que sólo abarca los servicios sociales. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud regula la “Prestación de atención socio-sanitaria”, cuyo contenido es explícitamente sanitario (art. 14). Como quiera que la acción colectiva está muy condicionada por la comunicación —la cual se sirve sobre todo de la lengua—, se recomienda usar *el término “socio-sanitario”* con propiedad, de modo que se eviten las confusiones a que está llevando su abuso.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad incluye un mandato de coordinación sanitario-social en salud mental (art. 20.3). El mismo ha sido asumido por alguna comunidad, como la de Madrid, pero otras Comunidades no han hecho lo propio. La LEPA postula la coordinación de los servicios sociales y los de salud (arts. 3.1 y 21), pero no establece medida alguna que la asegure. En vista de dicha pauta, se recomienda reprimir la tendencia a formular en las normas jurídicas proclamaciones de la coordinación socio-sanitaria sin garantías de cumplimiento.

4. RECURSOS RELATIVOS A LOS CASOS

La asistencia sanitaria y mediante los servicios sociales cuenta con métodos o técnicas de coordinación micro, centrados en los casos individuales. Para el objetivo que aquí interesa resultan especialmente indicadas la planificación del alta sanitaria y la gestión de caso. La experiencia muestra que tales recursos procedimentales son útiles en situaciones de coordinación general favorables, así como que son muy necesarios en situaciones de fallo de aquella.

La normativa del SNS incluye disposiciones que prescriben —o, al menos, abren la puerta— a los métodos o técnicas de coordinación centrados en los casos. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que regula la cartera de servicios de dicho Sistema, en sus Anexos II y III, establece lo que sigue (subrayados de la transcripción):

“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la *globalidad y continuidad de atención* a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como *gestor de casos* y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y *trabajo social*”.

“La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.”

También contamos con bases normativas para la microcoordinación en los servicios sociales, mediante la figura de los profesionales de referencia:

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid: “1. El profesional de referencia será el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de recursos.” (art. 25.1).

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra establece el “Derecho a la asignación y elección libre de un profesional de referencia, en los términos establecidos reglamentariamente.” (art. 6.j). Y le asigna este cometido: “El profesional de referencia tendrá como función canalizar los diferentes servicios y prestaciones que necesite el usuario, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones.” (art. 64).

La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales de Cataluña establece el derecho a “e) Tener asignado un profesional o una profesional de referencia que sea el interlocutor principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la globalidad del proceso de atención, y cambiar, si procede, de profesional de referencia, de acuerdo con las posibilidades del área básica de servicios sociales.” (art. 9.2). Y regula sus funciones (art. 26).

El *Libro blanco* de la dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 497-498 y 518-521) la función de la gestión de caso y el SIPOSO (2006) postuló la inclusión de la misma en el catálogo de medios regulado por la LAAD (art. 15). No tuvieron éxito tales iniciativas, pero ello no impide que la acción protectora de dicha Ley pueda beneficiarse de los recursos de coordinación de casos que se desarrollen al margen de la misma, especialmente por las CC.AA. en la rama de los servicios sociales, dado el

contenido prestacional de la LEPA. Y, por supuesto, debe procurarse que se corrija la omisión señalada cuando se presente ocasión de reforma.

5. BIBLIOGRAFÍA

- CASADO, Demetrio (dir.) (2008), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*, Hacer Editorial, Barcelona.
- GRAELLS I DOMINGO, Rosa (2007), “La atención primaria sociosanitaria en Sabadell”, en Demetrio Casado y Fernando Fantova (coordinadores), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*, Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores, Madrid.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1992), *Plan gerontológico*.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005), *Atención de las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*.
- SEMINARIO DE INTERVENCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES (SIPOSO) (2006), Informe sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, <www.polibea.com/siposo>.
- SERRANO GARIJO, Pilar y TENA-DÁVILA MATA, María Cruz (2007), “La atención sociosanitaria en atención gerontológica en el Ayuntamiento de Madrid”, en en, *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*, Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores, Madrid.
- VV. AA. (2008), “Coordinación pública en y entre las ramas de servicios sanitarios y sociales”, en *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*, Hacer Editorial, Barcelona.

