

Aplicaciones y demanda de la gestión de caso en España

Demetrio Casado Pérez

Resumen

La primera parte trata de las aplicaciones de la gestión de caso en España y se describen estas experiencias: en primer lugar, la que se desarrolla en el plan que articula la atención médica y la social de salud mental en la Comunidad de Madrid y, en segundo lugar, la generada en el proyecto Etxean Ondo, de Guipuzcoa, destinado principalmente a personas de edad avanzada con necesidades de atención de los servicios sociales y sanitarios. La segunda parte aborda la cuestión de la demanda latente de la gestión de caso, que se ilustra mediante dos ejemplos: uno del campo del sanitario y otro del educativo.

Palabras clave

Atención personalizada, continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria, cuidados de larga duración, gestión de caso.

Abstract

First, we look at two case management programmes in Spain: the one carried out in Comunidad de Madrid within the framework of a plan aimed at coordinating social and health care for mental health patients, and the one in Guipuzcoa within the Etxean Ondo project that deals mainly with elderly patients that need care from social and health care services. Then, we consider the underlying demand for case management which is illustrated by two examples from health care and educational services.

Keywords

Personalised care, care continuity, health and social care coordination, long-term care, case management.

Demetrio Casado Pérez

Doctor en Farmacia. Diplomado en Sanidad
Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)
demetrio.casado@gmail.com



Introducción

La gestión de caso es particularmente útil -y aun imprescindible, cabría decir- en las situaciones personales que requieren la utilización convergente o sucesiva y continuada de servicios aportados por diferentes proveedores. Como es sabido, tales situaciones crecen en España por efecto principalmente, por una parte, de la extensión de patologías con efectos, de duración media o larga, discapacitantes. Sin embargo, la aplicación de dicho método objeto es mucho más limitada de lo sería conveniente. Tuvimos en cuenta esa circunstancia para diseñar y desarrollar este artículo.

1. Demanda reconocida y aplicaciones de la gestión de caso

En esta primera parte presentamos aplicaciones de la gestión de caso en dos ámbitos demandantes de ese método.

1.1.- Asistencia pro salud mental de enfoque comunitario

La reforma psiquiátrica postula la sustitución de la asistencia a las personas con enfermedad o trastorno mental grave y crónico mediante el internamiento indefinido -en hospitales especializados- por un complejo de apoyos e intervenciones orientado a procurar la permanencia de los afectados en el hogar y la comunidad. Ese complejo, además de los apoyos familiares y otros comunitarios, incluye prestaciones y servicios sanitarios y sociales, la mayor parte de ellos de utilización ambulatoria, y también cuenta con servicios de internamiento circunstancial. Ese cambio estratégico se inició en España en los años ochenta del pasado siglo y fue asumido por la Ley 14/1986, de

25 de abril, General de Sanidad (art. 20); por cierto, en los apartados 3 y 4 de ese artículo se establece la necesidad de coordinación de los servicios sanitarios con los servicios sociales.

En las Comunidades Autónomas que, como el Principado de Asturias, emprendieron la aplicación rigurosa de la reforma psiquiátrica observaron que la misma exige prestar una especial atención a la integración de los cuidados en la comunidad y al aseguramiento de la continuidad de atención (García González, 2009: 55). En la citada comunidad, la función del equipo de tratamiento asertivo del Área Sanitaria de Oviedo fue considerado como gestión de casos (Montejo Candosa, 2009: 57 a 68).

Para la aplicación de la reforma psiquiátrica, a partir de 1988, la Comunidad de Madrid fue generando los oportunos servicios y procedimientos, no sólo en la rama sanitaria, sino también en la de servicios sociales (Sanz Andrés, 2008). Esa doble acción y sus conexiones serían objeto de formalización y compromiso público mediante el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. En el documento de la Consejería de Sanidad por el que se publica este plan (Comunidad de Madrid, 2002), se prevé la coordinación de los servicios sanitarios con los sociales (p. 123) y aun se establece el coordinador de cuidados de salud mental (pp. 146 y 147). A esta figura se le asigna un amplísimo campo de acción y se prevé que sea desempeñada por profesionales de enfermería y de trabajo social principalmente. Como se verá seguidamente, las previsiones de cooperación entre los servicios sanitarios y sociales se explicitan y amplían en documentación paralela de la consejería competente en la atención social.

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid (Consejería de

Sanidad de la Comunidad de Madrid), se mantiene la cobertura complementaria de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales, y se avanza en el desarrollo de los órganos y procesos de coordinación y continuidad de aquella. Abelardo Rodríguez, responsable de la coordinación técnica de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, nos señala la función asimilable a la gestión de casos que cumplen los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Estos órganos provienen de tiempo anterior y, en el diseño que se adoptó de los mismos en el Plan 2003-2007, se les asignó la responsabilidad de prestar atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental severa con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario; función que incluye “Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.” (Comunidad de Madrid, 2005: p. 3)

En 1994, la Comunidad de Madrid elaboró una “Propuesta de actuación coordinada de los Servicios de Salud Mental y de los Servicios Sociales en la Atención a personas con trastornos psiquiátricos en situación de Marginados sin Hogar”. El Plan de salud mental 2003-2008 de dicha comunidad asume dicha propuesta, salvo que prevé actualizarla y adecuarla (Comunidad de Madrid, 2002: 165). Su aplicación en el periodo indicado fue descrita por el coordinador del programa como “Una experiencia de gestión de caso” (Recalde Iglesias, 2009). Según nos informa el responsable de la coordinación técnica de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, PRISEMI -como se denomina a este programa- sigue activo.

1.2.- Asistencia en situaciones de envejecimiento y/o dependencia

En España, también merece ser reseñado el movimiento pro gestión de caso en el campo de la atención a personas afectas de dependencia, especialmente de edad avanzada. Participan en este movimiento profesores universitarios, gerontólogos, servicios públicos y entidades del tercer sector. Como no es posible en esta ocasión intentar un inventario cabal de acciones, nos limitamos a una selección basada en nuestras relaciones de seguimiento y colaboración.

En el ámbito universitario, nos parece que debe ser citado el trabajo de investigación dirigido, al menos desde 2002, por Pilar Monreal, del Departamento de Psicología de la Universidad de Gerona (Monreal y Del Valle, 2008).

La gerontología viene proponiendo la gestión de caso desde hace varios años (Rodríguez Rodríguez y Valdivieso, 2006; Rodríguez Rodríguez, 2013: 81 a 89). Debemos aclarar que las propuestas surgidas en el ámbito gerontológico, si bien tienen como referencia inicial la población de edad avanzada con necesidades asistenciales importantes, es aplicable a personas afectas de dependencia de edades inferiores.

De los servicios públicos, citaremos la aplicación de la gestión de casos en el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social, de la ciudad de Madrid (Ausín Benito y Santos-Olmo Sánchez, 2009).

En el tercer sector, contamos con una aplicación reciente. Se trata de la incorporada al Proyecto Etxean Ondo, iniciado en 2011 por la Fundación Matia -de Guipúzcoa-, con apoyo económico del

Gobierno Vasco y dirección técnica de la Fundación Pílares. En el II Congreso Internacional de Atención a la Dependencia (Madrid, 25 y 26 de junio de 2013) se presentó una ponencia que mostró el papel de la gestión de caso en dicho proyecto (Sancho, 2013).

En junio de 2014, el proyecto se ha llevado a cabo en 5 municipios de Guipúzcoa y en 10, de tipo rural, de Álava. Las profesionales que están llevando a cabo la gestión de casos son trabajadoras sociales de los servicios sociales municipales, que lo han realizado en colaboración con las enfermeras de los centros de salud correspondientes.

2. Demanda pendiente de la gestión de caso

En un informe evaluador de la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 2009, se dice lo siguiente: “La eficacia de la atención de las personas beneficiarias exige un seguimiento de su evolución concreta a lo largo del tiempo así como de los posibles cambios que se puedan producir en su grado y nivel de dependencia y ajuste entre ésta y las prestaciones que recibe por parte del SAAD. Ello hace aconsejable la extensión normalizada en el conjunto del sistema

del gestor del caso.” (Cervera Maciá et al., 2009: segunda parte, 12) Además de este importante nicho de demanda pendiente, en España, existen otros; como los que, a título de muestra, presentamos seguidamente.

2.1.- Daño cerebral adquirido

El daño cerebral grave resultante de ictus o de traumatismos requiere una cadena de intervenciones médicas de carácter curativo y rehabilitador. Reproducimos una propuesta del proceso indicado.

Con el fin de lograr el máximo aprovechamiento de las posibilidades de rehabilitación, el tránsito desde la atención de la fase aguda a la siguiente y posteriores debe realizarse en modo inmediato, sin pausas. Para conseguir esa continuidad resultan especialmente indicados apoyos como la planificación del alta (Colom Masfret, 2013) y la gestión de caso. En España, tales ayudas resultan especialmente necesarias por la circunstancia que exponemos seguidamente.

La asistencia sanitaria para el daño cerebral adquirido en la fase aguda está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de modo que los pacientes tienen asegurado

DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. FASES DEL TRATAMIENTO				
FASES	AGUDA	SUBAGUDA		REHABILITACIÓN AMBULATORIA
SERVICIOS E INTERVENCIONES	UCI Ss. de Neurología y Neurocirugía	Servicio u hospital de rehabilitación	Hospital de día	Centro de rehabilitación ambulatoria

W.AA., Modelo de atención a las personas con daño cerebral, IMSERSO, Madrid, 2007, p. 38.

el acceso a la primera fase de la atención sanitaria. Por el contrario, el acceso a la atención rehabilitadora no está garantizado. Ello es consecuencia de una grave omisión en el desarrollo reglamentario de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece la “Prestación de atención sociosanitaria” (art. 14), la cual incluye los cuidados de convalecencia y rehabilitación requeridos por, entre otros problemas de salud, el daño cerebral adquirido. Pero dicha prestación de atención sociosanitaria no fue incluida en la cartera de servicios aprobada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (Zabarte, 2008: 102 y 103).

La carencia de garantía de acceso a los cuidados sanitarios posteriores a la fase aguda supone la necesidad de buscar plazas en hospitales de media estancia y de día, así como en centros de rehabilitación ambulatorios. Dicha tarea comporta graves y, en ocasiones, aun insuperables dificultades para los pacientes y sus familiares, no sólo por la posible escasez de oferta, sino también por el desconocimiento de la adecuación de los servicios disponibles a las necesidades de cada caso. Es posible que la planificación del alta del hospital de agudos brinde ayuda para afrontar tales dificultades, pero no parece fácil que continúe la misma para los tránsitos siguientes. Por ello y por lo que diremos seguidamente, la gestión de caso tiene aquí un papel importante que jugar.

En los casos de daño cerebral sobrevenido grave, las reducciones de las deficiencias funcionales que se logran mediante la rehabilitación son limitadas. De este modo, cuando concluye la atención de la segunda fase, el paciente ha de regresar a su domicilio o, en algunos casos, ingresar en una residencia colectiva. La primera opción comporta

operaciones extrasanitarias como, por ejemplo: supresión de barreras en la propia vivienda y, no pocas veces, en la finca donde se ubica la misma, adaptación del automóvil familiar o adquisición de uno nuevo para posibilitar el transporte del paciente en silla de ruedas, contratación de servicios del hogar privados, gestión o contratación de servicios de ayuda a domicilio públicos o privados. En el segundo supuesto, resulta necesario estudiar posibilidades y, si se opta por una residencia del sector público, emprender el proceso administrativo de solicitud. La experiencia nos muestra que, en muchos casos, ni los pacientes ni los familiares adquieren de modo anticipado la información necesaria para planear con tiempo las operaciones de atención no sanitaria relativas a la reubicación tras el alta en el régimen hospitalario de internado.

A partir de lo expuesto, y aun contando con la práctica de la planificación del alta hospitalaria, no parece arriesgado postular la incorporación de la gestión de caso a la procura tanto de la continuidad como de la coordinación de los cuidados sanitarios, familiares y de los servicios sociales para los pacientes de daño cerebral adquirido grave. ¿Contamos con bases de lanzamiento de tal iniciativa?

El desarrollo de la gestión de caso tiene apoyo en la normativa de la atención primaria. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, antes citada, establece que “La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.” (art. 12.1). Para la atención especializada -en la que se incluyen los cuidados que se prestan a los pacientes de daño cerebral en su fase aguda-, la Ley 16/2003, en la regulación de la atención sociosanitaria establece

que “La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.” (art. 14.3). Pero, por lo que ya quedó dicho, esa disposición no fue desarrollada.

Así pues, pasando de la reseña de la situación presente a las propuestas de mejora, hemos de comenzar por la reivindicación de una medida jurídica previa: en el daño cerebral adquirido, la continuidad de asistencia sanitaria tras el alta en el hospital de agudos requiere que se incluya la prestación de atención sociosanitaria en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Pero, tanto en la situación actual como tras la posible adopción de la medida indicada, la continuidad de atención sanitaria y, sobre todo, la coordinación o articulación de la misma y de la atención familiar y de los servicios sociales se vería facilitada por la adopción de planes, redes de servicios y procedimientos de gestión análogos al de la Comunidad de Madrid para salud mental mencionados anteriormente. Y en tales redes de servicios, la gestión de caso sería un instrumento particularmente útil, en colaboración con la planificación del alta hospitalaria, para el doble objetivo de continuidad y coordinación.

2.2.- Escuela y guardería

La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, aparte de otros factores, ha propiciado cambios en la configuración de la oferta educativa. Por una parte, se viene extendiendo la educación infantil para niños de edades inferiores a la de escolarización obligatoria: primer ciclo (0-3 años) y segundo ciclo (3-6 años). No será necesario argumentar que, en esa etapa, los centros

escolares han de asumir funciones de cuidado y guardería, más la acción educativa posible. Por otra parte, especialmente para los niños de la etapa siguiente (educación primaria, que consta de tres ciclos, con dos cursos o niveles cada uno), se han ido desarrollando en los centros escolares ofertas complementarias y adicionales que, al menos en gran parte, tienen la función de guardería.

En los meses lectivos de jornada completa, los progenitores -o quienes desempeñen su papel- que tengan necesidad de la función de guardería deben proveer a informarse y gestionar la incorporación de sus hijos a las actividades complementarias o anejas que sirvan para ese efecto; lo que no resulta fácil realizarlo de modo exitoso en todos los casos.

El servicio de educación escolarizada se ofrece con discontinuidades de calendario -vacaciones-, también, con variaciones de horario-jornada reducida- en los meses de junio y septiembre. Como quiera que tales reducciones del servicio educativo no coinciden con las vacaciones laborales, aquellas generan la necesidad de ampliar la oferta de actividades con función de guardería.

Ante cada coyuntura de cambio de horario o de vacaciones, a los familiares responsables de los escolares necesitados de conseguir la continuidad de la función de guardería se les plantean nuevos retos de información y de gestión. Retos éstos que, por las circunstancias vacacionales, pueden ser harto difíciles en muchos casos.

En la tabla resumimos la oferta de servicios escolares, complementarios y adicionales de un centro escolar, sito en la ciudad de Madrid, que presta servicio de educación infantil en su segunda etapa y de educación primaria. Lo hace en jor-

nada partida. En dicho centro no existe asociación de madres y padres de alumnos (AMPA). Importa señalar que la mayor parte de los escolares son hijos de inmigrantes, así como que son frecuentes los casos de madres trabajadoras que proveen en solitario al sostenimiento funcional y económico de sus hogares.

En el barrio existe oferta escolar suficiente de las etapas indicadas, de modo que sólo excepcionalmente se plantean problemas para el acceso a la escolarización, sea en el centro referido o en otro.

Conseguido el ingreso, los familiares interesados o necesitados de becas de comedor y/o de las

ACTIVIDADES ESCOLARES Y COMPLEMENTARIAS EN UN CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Jornada partida

De octubre a mayo	Junio y septiembre	Julio y agosto
De 8:00 a 9:00: Servicio “Los primeros del cole”, atendido por monitores del Ayuntamiento Voluntario y gratuito	De 8:00 a 9:00: Servicio “Los primeros del cole”	De 9:30 a 14:00: Centro de día de Cruz Roja para niños en situación de riesgo social
De 9:00 a 12:30: Actividad escolar. Acceso universal y gratuito	De 9:00 a 13:00: Actividad escolar	----- De 9:00 a 16:00:
De 12:30 a 14:30: Comida y recreo -Pago de la comida para el común -Becas por importe parcial de la Comunidad y ayudas del Ayuntamiento, ambas para situaciones de necesidad -Los alumnos con necesidades educativas especiales pueden recibir asignaciones para comedor	De 13:00 a 14:00: Comida	Campamentos provistos por la Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento en el propio centro u otro del barrio Plazas gratuitas limitadas, concedidas mediante sorteo
De 14:30 a 16:00: Actividad escolar	De 14:00 a 18:00: Centro de día de Cruz Roja para niños en situación de riesgo social	
De 16:00 a 17:00: -Actividades extraescolares provistas por el Ayuntamiento y una asociación de vecinos Plazas limitadas y gratuitas -Programa de apoyo al estudio para el 3º ciclo, provisto por la Comunidad de Madrid Plazas limitadas y gratuitas -Centro de día de Cruz Roja para alumnos del barrio en situación de riesgo social		

actividades complementarias o adicionales deben procurarse la información relativa a su contenido y oferta, así como a las condiciones de acceso. Como quiera que se trata de ofertas que no son conocidas por una buena parte de los familiares, el logro de una información suficiente es difícil en no pocos casos. Y, por no ser obligatorias para sus proveedores y de disponibilidad limitada, los familiares deben afrontar los correspondientes trámites de solicitud de acceso en régimen competitivo. La experiencia muestra que, especialmente en familias afectas de problemas marginalidad, es frecuente la necesidad de apoyos informativos y de gestión personalizados. Esa necesidad se agudiza en las coyunturas de cambio de horario y de vacaciones, las cuales pueden poner en peligro la función de guarda en el centro escolar, especialmente necesaria para algunas familias; sirvan como ejemplo las mantenidas funcional y económicamente sólo por las madres.

Lo expuesto muestra que en el complejo escuela/guardería se plantean estas dos necesidades de gestión para las familias: coordinación de prestaciones y continuidad de la atención. Especialmente para familias funcionalmente deficitarias, nos parece que la gestión de caso está muy indicada.

Las necesidades de información y de gestión apuntadas se ven acrecidas en momentos críticos: enfermedad, abandono del hogar, detención o reclusión... Una gran parte de las familias cuenta para tales situaciones con posibilidades de ayudas familiares y otras comunitarias extra, pero las que adolecen de ellas requieren muy especialmente del auxilio de los servicios sociales. Y ese auxilio debe alcanzar al aseguramiento, no solo de la continuidad de la atención escolar básica, sino también de las prestaciones con función de guardería.

Para dichos casos atípicos o problemáticos, nos parece que sería especialmente oportuno asignar de modo temporal un gestor de caso a las familias afectadas.

Los servicios sociales públicos -aparte de los privados- prestan apoyos a los colegios y las familias en relación con situaciones de dificultad, duraderas o transitorias, como las evocadas, pero parece que no disponen de oferta de gestores de caso en sentido estricto. Hacemos esta salvedad en relación con la previsión por algunas Comunidades Autónomas del profesional de referencia (Sánchez Pérez, 2010: 79; Vilà, 2010: 119; Casado, 2010: 142; Herrero Zarate, 2010: 166). Se trata de una figura funcional a la que, a nuestro parecer, cabe encomendarle tareas de gestión de caso.

3. Conclusiones

Las aplicaciones de la gestión de caso en España son de ámbito regional o local. Ello da pie a proponer que los órganos de coordinación nacional -como los del Sistema Nacional de Salud y el correspondiente a la Ley de dependencia-, previas las valoraciones oportunas, promuevan la extensión territorial del método.

La legislación española incluye algunas disposiciones en las que apoyar la gestión de caso. Para su aplicación práctica resulta necesario arbitrar planes, redes de servicios y protocolos de actuación con objetivos de continuidad y/o coordinación, así como asignar el papel de la gestión de caso a puestos de trabajo determinados.

La prestación de atención sociosanitaria del Sistema Nacional de Salud carece de reglamentación. Aparte de postular la superación de ese fallo,

entendemos que el mismo hace especialmente necesario el recurso a la gestión de caso.

En España, se dispone de experiencias que acreditan la utilidad de la gestión de caso en situaciones de enfermedad grave y/o de discapacidad-dependencia. Las mismas pueden servir de referencia para, con las oportunas adaptaciones, llevar dicho método a los complejos de intervenciones y apoyos en favor de personas en situación de precariedad familiar y marginalidad social.

4. Agradecimientos

Por la información y documentación facilitada a: Ainhoa Casado Otaola, Demetrio Casado Otaola, Pilar Monreal, Abelardo Rodríguez, Pilar Rodríguez, María Jesús Sanz y Alicia Sarabia.

Bibliografía

Ausín, B. y Santos-Olmo Sánchez, A. B. (2009). Programa de intervención psicosocial con ancianos aislados en la ciudad de Madrid. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 139-149.

Casado, D. (2010). Análisis de la tercera ley de servicios sociales de Galicia. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, (pp. 129-146). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Cervera, M. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Segunda parte: documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. septiembre de 2009. Recuperado en 10 de julio de 2014 de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

Colom, D. (2013). *La planificación del alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona: Ediciones UOC.

Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad (2002). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008*.

Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de Planes para Personas con Discapacidad (2005). *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003-2007)*. *Diseño de equipos de apoyo social comunitario (EASC)*. Documento interno.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, *Plan estratégico de salud mental 2010-2014*. Recuperado el 4 de septiembre de 2012 de www.madrid.org.

García, J. (2009). Los cambios en las formas de atención generados por la reforma y la desistitucionalización psiquiátrica. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 45-56.

Herrero, I. (2010). Análisis de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales del País Vasco". En D. Casado, D. Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 147-166). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Monreal, P. y Del Valle, A. (2008). Las evidencias de la necesidad de la coordinación y/o la gestión de caso desde la perspectiva de las personas mayores. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 55-73). Barcelona: Hacer Editorial.

Montejo, J. (2009). El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del Área Sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con trastorno mental grave. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 57-68.

Rodríguez, P. y Valdivieso, C. (2006). *Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pílares para la Autonomía Personal.

Sánchez, M^a C. (2010). Análisis de la Ley Foral, de 14 de diciembre, de servicios sociales de Navarra. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 51-90). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Sancho, M. (2013). Proyecto Etxean Ondo, domicilios y entornos. Recuperado el 2 de julio de 2014 de www.fundaciónpilares.org.

Sanz, M. J. (2008). La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con enfermedad mental. La experiencia de la Comunidad de Madrid. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 123-136). Barcelona: Hacer Editorial.

Vilà, A. (2010). Análisis de la ley catalana de servicios sociales de 2007. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 105-128). Madrid. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

VV.AA.(2007). *Modelo de atención a las personas con daño cerebral*. Madrid: IMSERSO.

Zabarte, M. E. (2008), Aportaciones del Sistema Nacional de Salud a la dependencia: los instrumentos garantistas. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 99-104). Barcelona: Hacer Editorial.