

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Departamento de Geriátría y Gerontología
Facultad de Enfermería
Unidad de Investigación – Cátedras: Adulto y Anciano; Salud Comunitaria; Salud Mental
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social – Grupo de investigación Envejecimiento

**“CERRAR LA BRECHA ENTRE
EL CUIDADO SANITARIO Y EL CUIDADO SOCIAL
EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE:
UN DESAFÍO PARA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS”**

**Propuesta de investigación interdisciplinaria a realizar en el marco del
Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública
de Temas de Interés General, 2015**

**Tema 1: Sistema nacional de cuidados: perspectivas y desafíos
Comisión Sectorial de Investigación Científica – UdelaR**

Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	1
I- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA	2
2.3- Contextos de atención y articulación socio sanitaria.	4
IV- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	5
IV- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	5
V- FICHA TECNICA DEL PROYECTO.....	7
TIPO DE ESTUDIO	7
ÁREA DE ESTUDIO	7
OBJETO DE ESTUDIO	7
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	7
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CASOS DE ESTUDIO.....	7
V- PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICO – LEGALES	7
VI- PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	7
VII- RESULTADOS ESPERADOS	8
VIII- PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN	8
BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA.....	8

I- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

Tras un largo período de gestación iniciado en el año 2005, en agosto de 2015 el Senado de la República aprobó por unanimidad el proyecto de Ley por el cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)¹.

El proyecto reconoce al cuidado como un derecho humano y que el SNIC debe facilitar el acceso universal a todas las personas en situación de dependencia, garantizando prestaciones técnicas de calidad y haciendo más equitativo el reparto de la carga social de los mismos, tanto del punto de vista financiero como de género. El mismo se implantará siguiendo *“el principio de universalidad progresiva” [...] “en función de las metas que se establezcan sucesivamente en los Planes Nacionales de Cuidados, que irán pautando el avance de la cobertura del Sistema”*.

El SNIC cubrirá inicialmente las necesidades estimadas de unas 237.200 personas en situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia en tres grandes categorías prioritarias: *niñas y niños de 0 a 12 años, con prioridad en primera infancia, personas discapacitadas no autoválidas y personas adultas mayores que no tengan autonomía para desarrollar las actividades de la vida diaria*.

Esta propuesta integra el conocimiento científico acumulado de tres servicios universitarios y pretende aportar elementos para instalar en el debate público, un aspecto del proyecto de cuidados que desde el punto de vista técnico aparece insuficientemente abordado, que constituye un desafío para el SNIC: los problemas de la coordinación socio-sanitaria en los dispositivos de cuidados de los adultos mayores dependientes.

El conocimiento del funcionamiento de los sistemas de protección sanitaria y social del país, así como la inevitable incidencia de los problemas sanitarios en las problemáticas de las personas adultas mayores dependientes, hace que los equipos aquí asociados interpelen sobre aspectos sustanciales de la calidad de las prestaciones y la coherencia y calidad del gasto tanto en servicios sanitarios como en prestaciones sociales. Ello aún no integra la agenda de discusión, diseño y legalidad prevista. Y debiera considerarse en torno a las necesidades de los usuarios, y no solo desde los sistemas de servicios y sus prestadores. Por eso se incluirá la perspectiva de los usuarios y sus familias respecto de las políticas públicas y los servicios de atención, en ambos campos y en el sistema propuesto. Los problemas planteados no son exclusivos de los adultos mayores y deberían expresarse también en relación a las personas con discapacidades severas.

La hipótesis que se formula sostiene que las insuficiencias constituyen un importante factor de desequilibrio potencial en el desarrollo del SNIC, que de no ser reconsideradas, pondrán rápidamente en juego su viabilidad y sustentabilidad económica, política y social.

Los equipos convocados de las Facultades expresadas en proyecto plantean desarrollar una línea de investigación integrada sobre la problemática del espacio socio-sanitario en la atención a la salud de las personas adultas mayores. Es una primera aproximación que se propone profundizar y luego concretar en un espacio específico que aporte al diseño e implementación de políticas públicas, así como programas de formación de grado y posgrado.

Se trata de producir constructos teóricos- conceptuales que mejoren la comprensión de la problemática socio-sanitaria en la determinación de las necesidades de esta población, que es también una problemática poco considerada por la propia reforma sanitaria y hasta ahora poco explorada en el país desde una perspectiva inter y transdisciplinaria.

II- MARCO DE REFERENCIA:

1- Principales características del problema: El envejecimiento y sobre envejecimiento que vive nuestra sociedad, genera nuevas demandas sanitarias y sociales de servicios de calidad, a los que las políticas públicas deben responder con un alto grado de responsabilidad social y compromiso político.

Con una población mayor de 80 años que triplica el promedio del resto de la región del Cono Sur (la más envejecida de A. Latina), ello supone un crecimiento de una población vulnerable, donde 70% son mujeres y 40% viven solas, en un pobre entorno de cuidados y de redes familiares.²

¹ Ver: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides_2.pdf

Los resultados del Censo 2011³ (INE), confirman la situación descrita y que para 2030 los adultos mayores 60 años representarán 22% de nuestra población, superando en 2050 a los menores de 15 años. Se estima que en Uruguay existen unas 200.000 personas con discapacidad de diverso grado (no todas dependientes), de las cuales por lo menos 50% son personas adultos mayores. No existe información epidemiológica precisa, pero se plantea existen al menos 45.000 personas con alguna forma de demencia y que el 30% de nuestros mayores presentan incapacidad para el desempeño en la comunidad.

Tradicionalmente nuestra sociedad resolvió este problema en base a un modelo que surge en el siglo XIX en torno a tres pilares fundamentales: la familia, dispositivos públicos de beneficencia y los dispositivos privados de caridad. Cuando la dependencia aparece, los cuidados son en primer lugar considerados de responsabilidad familiar y su atención depende esencialmente de recursos económicos y sociales de las personas. Si éstas no pueden asumirlos, generalmente es el Estado que presta asistencia a través de instituciones públicas de beneficencia, esencialmente dependientes del sector sanitario (hogares, residencias, asilos), o bien instituciones privadas caritativas. Este modelo de los cuidados está en crisis y ya no responde de manera satisfactoria a la demanda.

Existe una disminución del número de cuidadores familiares disponibles (por mayor integración de mujeres al mercado de trabajo y menor disposición cultural a ocuparse de las personas dependientes). El sistema de cuidados institucionales, basado en la beneficencia del Estado o en instituciones de caridad, no es coherente con la demanda, se organiza en torno a dos universos de servicios disociados. Por un lado los servicios del sector sanitario, que tienen una organización segmentada y fragmentada, con una cultura organizacional centrada en la enfermedad aguda, escaso énfasis en el cuidado de estas personas (prevención, rehabilitación, continuidad o integralidad de los cuidados). Por otro lado, servicios y prestaciones sociales, focalizados en prestaciones económicas de subsistencia, que articulan poco con dispositivos sanitarios. El espacio sanitario esto ha sido progresivamente “tercerizado” en cuidados básicos hacia empresas privadas que representan una alternativa poco profesionalizada e inequitativa, con mecanismos de selección en función del poder financiero de los interesados.

Existe necesidad de articular recursos y sistemas de respuesta sanitarias y sociales, públicos y privados, con eficacia y eficiencia, centrados en las necesidades de esta población.

Ni la Reforma Sanitaria o ni en el diseño del SNIC, se contemplan mecanismos específicos para asegurar la mejor articulación entre estos sectores de intervención. Las claudicaciones del sistema de cuidados clásico, tanto en el ámbito familiar como institucional, impactan negativamente en el propio sistema de salud, redundando en mayores ingresos, estadías hospitalarias, utilización de recursos, costos y mala calidad del gasto sanitario.

La articulación socio sanitaria, su profesionalización, ordenamiento, financiación y regulación son componentes estratégicos tanto para la profundización de la reforma sanitaria, como para la construcción y desarrollo del SNIC.

2.2- Definiciones – Conceptos

La organización tradicional del sistema de salud (focalizado en las descompensaciones, cuidados y servicios de agudos, atención episódica y la atención ambulatoria -demanda espontánea y no anticipada) no logra satisfacer las necesidades de los usuarios con problemas crónicos y complejos y sus cuidadores habituales.

La carencia de coordinación entre dispositivos asistenciales sanitarios y sociales es uno de los problemas fundamentales si se analiza el modo y organización de la prestación socio-sanitaria. El Sistema Nacional de Cuidados y el propio SNIS deben avanzar en clarificar y homogeneizar unos principios, criterios, acciones, institucionalidad y regulación para la coordinación entre los dos sistemas para asegurar derechos ciudadanos respecto de una atención integral.

Intervenciones y prestaciones que actualmente son objeto de controversia entre ambos sistemas, deben ser abordadas mediante el consiguiente consenso y cuantificación económica, acordando un modelo de atención que no deje ningún “territorio de nadie” sin cubrir.

³

Ver: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm

La Coordinación socio-sanitaria es el “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención socio sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”.⁴ Intenta optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos, con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los mismos.

La Red de Atención Socio-Sanitaria, son los recursos destinados de forma específica a la atención socio sanitaria de las personas en situación de dependencia. Es una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales.

Algunos criterios importantes son: (i) La coordinación socio sanitaria no puede sustituir la escasez de recursos y se basa en el reconocimiento de la competencia de las partes, junto a la necesidad de una mejor utilización del recurso adecuado en cada situación. (ii) El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos. (iii) El acceso a los recursos debe producirse en forma descentralizada a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo por parte de la población y existencia de los recursos), pero debe existir adecuada distribución con estándares comunes en todo el territorio, para que no existan inequidades por opciones de la autoridad política local. (iv) Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas. (v) El Estado debe asegurar mediante fiscalización y regulación la equidad en la provisión de los servicios.

La atención geriátrica integral y coordinación socio sanitaria, implican un sistema de servicios no fragmentados, un acceso fácil, si es necesario, a toda la red de servicios, con lo que no se requiere de una peregrinación por los mismos, ni de una autogestión de sus propios problemas de salud por parte del usuario o su familia.

Las personas con necesidades socio sanitarias son aquellas que, por su condición bio psico social, se benefician de los recursos sanitarios y sociales que los prestadores públicos y/o privados ponen a su disposición desde diferentes modos de organización. Dentro de esta definición se incluyen personas con enfermedades crónicas progresivas, enfermedades en situación terminal, enfermedades mentales, personas con discapacidades físicas y sensoriales y personas con discapacidades psíquicas o intelectuales. En los adultos mayores confluyen muchas de estas situaciones en simultáneo.

Por eso, interesa la: (a) La atención familiar, (b) La atención domiciliaria y (c) La Gestión de Casos. Las estrategias que han demostrado ser más eficaces han sido enfocadas a la estructura organizacional, la forma de provisión de los servicios de salud y la articulación socio sanitaria. Entre ellas se destacan los equipos de cuidados interdisciplinarios, las visitas y seguimiento proactivo a grupos específicos, la gestión de casos y la gestión y valoración geriátrica, junto a la articulación socio-sanitaria y el desarrollo de sistemas y servicios integrados.

2.3- Contextos de atención y articulación socio sanitaria.

Así como existen espacios y servicios exclusivamente sanitarios y sociales, existen personas mayores que requieren de la articulación de ambos, es decir de un espacio y servicios socio sanitarios. Es una construcción sistémica incremental que requiere de dedicación y recursos específicos, en la que existen distintas posibilidades de prestación - atención y estadios de desarrollo: (1) En el nivel más básico y rudimentario, la coordinación informal y artesanal, librada espontáneamente a los actores locales y personas participantes en la coordinación (realidad sistémica y actual en Uruguay), (2) En otro paso una estructura institucional y legalidad de coordinación y algún dispositivo e instrumento de coordinación, (3) En un mayor desarrollo, los sistemas son independientes, presupuestos propios y una institucionalidad diferenciada y (4) La etapa más integral, denominada “Modelos Integrados en Salud” .

IV- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

El **objetivo general** es el generar evidencia científica para la mejor comprensión de los desafíos que se plantean en torno a la atención a la salud de las personas adultas mayores dependientes (AMD), potencialmente beneficiarias del SNIC.

En esa perspectiva, se propone realizar los siguientes **objetivos específicos**:

- Poner en evidencia la especificidad y la complejidad del “espacio socio-sanitario”, que determina las condiciones de la atención, identificando la brecha existente entre el cuidado sanitario y el cuidado social en el marco del Sistema Nacional de Cuidados propuesto:
 - Generar categorías relacionadas con los casos que abordan la heurística del adulto mayor en forma transdisciplinaria, que demanda atención,
 - Relacionar elementos, dimensiones y perspectivas de la demanda de atención y sus respuestas o vacíos para generar conceptos que propicien la construcción teórica de una gestión en salud eficiente.
- Generar foros de debates en opinión pública para acopiar información e hipótesis que expliquen y sustenten las políticas sobre el SNIC;
- Elaborar propuestas para optimizar la pertinencia, eficacia, eficiencia y la calidad de los servicios de atención a la salud que podrán ser propuestos a los AMD beneficiarios del SNIC.

IV- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se propone un enfoque cualitativo, desde los equipos asociados, que permita movilizar un conocimiento acumulado e interdisciplinar para analizar la realidad en la cual deberá operar el SNIC, de manera de identificar los principales desafíos conceptuales, organizacionales, políticos y sociales, que el mismo debería considerar para obtener los mejores resultados en la atención a adultos mayores beneficiarios del mismo.

En esa perspectiva se desarrollará una estrategia de investigación en tres fases y 7 etapas de trabajo en las que se adoptarán metodologías cualitativas específicas según los objetivos de cada una de ellas.

El cronograma preliminar siguiente representa el plan de trabajo global, a desarrollarse durante un periodo estimado de 310 días.



La tabla siguiente presenta los detalles de la propuesta.

Fases	Etapa	Objetivo	Actividad	Metodología	Tiempo estimado
I En la primera fase se procederá a la realización de un estudio de tipo descriptivo y transversal, que partiendo del estudio multidisciplinario de una selección de casos aportados por los equipos asociados en la investigación, permitirá la identificación de la matriz de situaciones tipo, a las cuales el SNIC debería responder incorporando las recomendaciones que la experiencia y la ciencia pueden aportar desde las disciplinas involucradas;	1	Definición del problema	Elaboración de la problemática y de los objetivos de la investigación (revista de la literatura, descripción del problema en Uruguay, elaboración de la hipótesis de trabajo y de las preguntas de la investigación)	Estudio de casos : elaboracion de monografias por territorios del estudio y síntesis en talleres de consenso intredisciplinarios	30 días
	2	Identificación de los casos	Definición de los criterios de inclusión y de la metodología de selección de los casos. Selección de casos		30 días
	3	Adopción de un instrumento de análisis de los casos	Elaboración de la grilla de análisis de casos y de un plan de reporte de resultados Realización de un análisis de caso piloto, test de hipótesis de trabajo Ajustes metodológicos y conceptuales Validación del instrumento Formación de los equipos de investigación al manejo del instrumento		30 días
	4	Colecta y análisis inicial de datos	Selección de casos Análisis de casos (búsqueda e identificación de evidencias para la generación de cadenas de causas y consecuencias hasta saturación de la información) Primera síntesis de resultados Elaboración de un reporte inicial de resultados		120 días
II En la segunda fase se procederá a la discusión de los resultados de la primera fase, en el marco de debates públicos con las principales categorías de actores concernidos por esta problemática, que serán realizados en res departamentos del país, con el fin de afinar la comprensión de los determinantes y de las recomendaciones para la mejor consideración en el SNIC	5	Colecta y análisis secundario de datos	Validación de resultados por panel de informantes calificados Segunda síntesis de resultados	Diálogos ciudadanos : grupos focales de informantes calificados (experientes en casos seleccionados) de Salto, Colonia y Montevideo ciudad y región metropolitana Técnica de análisis de casos: árbol de problemas, causas, consecuencias, soluciones	50 días
III La tercera fase será consagrada a la sistematización y valorización de los resultados, mediante la publicación de los mismos en artículos científicos, la elaboración y difusión en el marco de formaciones de grado y posgrado de guías y pautas para la integración de los conocimientos a las prácticas profesionales e institucionales, la vulgarización de conocimientos útiles al debate público y a la participación social en salud	6	Redacción de informe final	Triangulación de datos de la literatura científica, de la observación empírica y de informantes calificados Validación de hipótesis de trabajo Elaboración de conclusiones y recomendaciones para la acción	Redacción de informes técnicos disciplinarios – Redacción y validación de síntesis en talleres de consenso interdisciplinarios	50 días
	7	Presentación y valorización de resultados	Entrega de informe final a CSIC Presentación pública de resultados (vulgarización) Redacción de artículos científicos Elaboración de guías y pautas para la intervención profesional	Publicaciones en medios de comunicación de masa, educativos y científicos	40 días

V- FICHA TECNICA DEL PROYECTO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, cualitativo a través de la metodología de estudio de casos y debate público de resultados con paneles de informantes calificados (diálogos ciudadanos).

ÁREA DE ESTUDIO

Estudio de casos y análisis en Foros de debate público de la situación de la atención socio-sanitaria a Adultos Mayores Dependientes de los Departamentos de Salto, Colonia, y Montevideo.

OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio es la caracterización de la “brecha socio-sanitaria” en la gestión de casos de personas Adultas Mayores Dependientes con problemas de salud, y la identificación de puntos clave para su gestión en el marco del SNIC

UNIDAD DE ANÁLISIS

La Unidad de Análisis serán los casos seleccionados

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CASOS DE ESTUDIO

Adultos mayores frágiles, dependientes, que viven en la comunidad, potenciales beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, entendiéndose por anciano frágil aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas corporales y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia,

Se incluyen aquellos que tienen dos o más factores de riesgo de fragilidad:

- edad avanzada (mayor de 80 años)
- hospitalización reciente;
- caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio; comorbilidad, fundamentalmente si tiene enfermedad osteoarticular (artrosis, fractura de cadera, dolor osteomuscular, etc.), sensorial (trastorno de la visión y audición), cardiovascular (ictus, cardiopatía, insuficiencia cardíaca), y mental (deterioro cognitivo, depresión, psicopatología).
- deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, falta de redes, incomunicación, viudez reciente);
- polifarmacia (4 ó más fármacos de manera habitual) o determinados tipos de medicamentos, especialmente aquellos con efecto sobre el Sistema Nervioso Central: neurolépticos, antidepressivos, ansiolíticos y analgésicos opiáceos.
- deficiente estado nutricional

V- PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICO – LEGALES

El proyecto será presentado al Comité de ética de la investigación de la Facultad de Enfermería.

Las personas participantes a las instancias de debate público firmarán un consentimiento informado.

VI- PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La recopilación de información sobre el mismo individuo o grupo y la Entidad Nosológica a estudiar se comporta como unidad de análisis para esta investigación; el material proviene principalmente de observaciones directas de situaciones, entrevistas clínicas e intervenciones de las disciplinas que conjugan este estudio. Es un estudio exploratorio donde el abordaje descriptivo de múltiples casos, el diseño nos permite recoger información sobre procesos complejos que posibilitan formular las ideas sobre el desarrollo y respuestas en el ciclo vital. Existe recopilación formal de datos presentada como opinión interpretativa de un caso único que al nivel evaluativo se delibera para producir evidencias.

- 1- la replicación lógica de los resultados repitiendo el mismo estudio en cada caso a través de variables que surgen de la saturación del mismo.
- 2- Identificación y frecuencias de las variables comunes de cada caso,
- 3- creación de las categorías y dimensiones
- 4- elaboración de hipótesis explicativas a contrastar en el marco de un debate público.

VII- RESULTADOS ESPERADOS

Es posible y razonable desarrollar una investigación basada en estudios de casos, que permita dar cuenta de objetivos más ambiciosos, más allá de revisar el tema y su contraste con nuestra realidad, así como del desafío en torno al diseño y ensayo de un sistema de cuidados. Un estudio sin antecedentes respecto de un desafío actual, que integra la perspectiva de usuarios y familias respecto del afrontamiento desde episodios de internación hasta el alta siguiendo a la reinserción comunitaria en nuestro sistema y en los potenciales beneficiarios de un sistema de cuidados hacia personas adultas mayores frágiles y dependientes.

VIII- PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

Puesto	FEnf	FM	FCS	Total
Extensiones de cargos	185833,36	88840,74	55303,02	329977,12
Gastos en materiales	5000	5000	5000	15000
Gastos de difusión	5000	5000	5000	15000
Otros gastos	12500	12500	12500	37500
TOTAL	208333,36	111340,74	77803,02	397477,12

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- Gregorio Rodríguez Cabrero, Julia Monserrat Codorníu; Modelos de Atención Socio Sanitaria, Una aproximación a los de la dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002.
- Proyecto de Ley Sistema Nacional de Cuidados, marzo de 2015.
http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides_2.pdf
- Luis Romero Rizos, Pedro Abizanda Soler, Carmen Luengo Márquez. El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada, Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas et al, Tratado de Medicina Geriátrica, Fundamentos de la atención Sanitaria a los mayores, Elsevier – España, 2015; (2): 9 – 16.
- Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Evaluación geriátrica multidimensional. Tallis RC, Fillit, HM. Brocklehurst's Geriátria. Madrid: Marbán; 2005. p. 291-9.
- Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas et al, Tratado de Medicina Geriátrica, Fundamentos de la atención Sanitaria a los mayores, Elsevier – España, 2015; (21): 172 – 181.
- François Béland, María Victoria Zunzunegui. Sistemas integrados de atención sanitaria al anciano frágil y dependiente. Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas et al, Tratado de Medicina Geriátrica, Fundamentos de la atención Sanitaria a los mayores, Elsevier – España, 2015; (37): 305 – 310.
- Williams AP, Deber R, Lum J, et al. Mapping the State of the Art: Integrating Care for Vulnerable Older Populations: Canadian Research Network for Care in the Community; 2009.
 Disponible en: http://www.ryerson.ca/crncc/knowledge/related_reports/pdf/MappingtheStateoftheArt.pdf
- Boult Ch, Green AF, Boult LB, et al. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an aging America" Report. J Am Geriatr Soc 2009;57:2328-37.
- Gestión de casos en la práctica enfermera. Secretaria de Estrategia i coordinació. Direcció d'estrategia d'infermeria. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat Catalunya; 2005.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Competencias de las enfermeras en atención gerontológica. Documento de la comisión de enfermería gerontológica del Consell de Col·legis de Diplomats d'Infermeria de Catalunya y Sociedad. Disponible en: http://www.seegg.es/index.php/principios_2014.
- Savio I, Hacia un modelo de atención integral a la salud, centrado en las personas, eficiente y de calidad. En Prensa. 2014.

“Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay”, Ministerio de Desarrollo Social y dirección Nacional de Políticas Sociales. Uruguay. Noviembre 2014.

San Joaquín Romero, A; Fernández Arín, E; Mesa Lampré, M; García-Arilla Calvo, E. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL Piedad Cristina Martínez Carazo: “El método de estudio de caso – Estrategia metodológica de la investigación científica”, Pensamiento y gestión, 20. Universidad del Norte, Colombia, 165-193, 2006 .

Luc Arbarello, "Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche", De Boeck, Collection Méthodes en sciences sociales, 2011. ISBN 978-2-8041-6588-8 Guía europea para la realización de estudios de caso en evaluación geográfica:

http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_cas_res_fr.pdf

Stenberg SA, Wersholff A, Karnanathan S, Bergman H, Clarfield M. The identification of Frailty; a systematic literature review. JAGS 2011; 59: 2129-38.