

## Evolución del trabajo en la red socio-sanitaria

M. ABENOZA GUARDIOLA<sup>a</sup> y M.C. GARCÍA AMEIJERAS<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Althaia. Xarxa assistencial. Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Manresa. Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

---

**Resumen.**—La atención socio-sanitaria tiene y continuará teniendo un gran desarrollo en los próximos años, y ha facilitado la creación de una red de servicios dirigidos fundamentalmente al colectivo de personas mayores y enfermos crónicos con discapacidad.

Se caracteriza por la aplicación de un modelo de atención social y sanitaria adaptada y específica para dar respuesta a las necesidades de los colectivos señalados.

Este modelo ofrece asistencia a personas con diferentes grados de dependencia, aplicando un modelo asistencial de cuidados prolongados, que desarrolla programas adaptados a la situación global de cada paciente y garantiza el acceso a estos servicios a todas las personas que lo precisen, en el lugar adecuado, durante el tiempo necesario y con financiación correspondiente, siendo la autonomía del paciente y su calidad de vida el objetivo primordial de este tipo de actividad.

**Palabras clave:** Valoración multidimensional. Trabajo interdisciplinario. Plan de cuidados. Objetivos. Calidad de vida.

---

### WORK EVOLUTION IN THE SOCIO-HEALTH CARE NETWORK

**Summary.**—Socio-health care has had and will continue to have great development in the next years and has facilitated the creation of a service network essentially aimed at the group of elderly persons and chronic patients with incapacities.

It is characterized by the application of a model of social and health care model that is adapted and specific to give a response to the needs of the group mentioned.

This model offers care to persons with different degrees of dependence, by the application of a prolonged health care model, that develops programs adapted to the global situation of each patient, guaranteeing access to these services to all those requiring it, in the adequate place, for the necessary time and with the corresponding financing, the autonomy of the patient and his/her quality of life being the essential objective of this type of activity.

**Key words:** Multidimensional assessment. Interdisciplinary work. Care plan. Objectives. Quality of life.

---

### INTRODUCCIÓN

La edad no constituye por definición un factor de dependencia. Hay personas mayores y muy mayores que desarrollan una vida prácticamente normal y que asumen la vejez como una etapa más de la vida y no como un desastre. Sin embargo, con el paso del tiempo suelen presentarse problemas de salud y psicosociales complejos e interrelacionados<sup>1</sup>.

El aumento de la longevidad con dependencia se encuentra mayoritariamente en la población anciana, y en colectivos de pacientes de cualquier edad con enfermedades crónicas discapacitantes, o de pacientes en situación terminal<sup>2</sup>. Todos estos cambios demográficos han obligado a plantear estrategias que den una respuesta más adecuada a esta situación que, además de cuidar a estos ciudadanos, permita disminuir la morbilidad y prevenir la dependencia a todos los niveles y controlar el gasto sanitario.

Un error clásico ha sido considerar que la atención socio-sanitaria es sinónimo de atención a la vejez. Existen pacientes que por su fragilidad admiten el calificativo de "riesgo" y, por tanto, tienen prioridad en la atención.

Las enfermedades crónicas que con frecuencia subyacen a lo largo del tiempo son las que condicionan la autonomía psicofísica de la persona cualitativa y cuantitativamente. Puede decirse que toda pérdida de autonomía se correlaciona con un aumento de la dependencia.

Si bien envejecer es un hecho irreversible para cualquier ser humano vivo, la pérdida de la salud y de sus capacidades entra en el dilatado espacio de lo previsible<sup>3</sup>.

Es el modelo socio-sanitario de atención, que está basado en la atención integral, multidisciplinar y coordinada, el que garantiza la continuidad asistencial a estas personas, desde la atención primaria a las redes de la atención especializada.

### MATERIAL Y MÉTODO

La población potencialmente beneficiaria de la atención socio-sanitaria es la comunidad en su totalidad, y

puede clasificarse en dos grupos: clientes directos y profesionales:

– *Clientes directos*. Son personas con enfermedades crónicas, personas con enfermedades invalidantes y/o degenerativas, personas con minusvalías, las familias de los pacientes que los tienen en su seno, personas con problemas de salud que no se pueden incluir en ninguno de los grupos mencionados.

– *Profesionales*. Los que deben planificar y programar las actividades, los que deben llevar a cabo los procesos de atención, y los políticos que deben asignar los presupuestos necesarios para que lo programado se haga una realidad<sup>4</sup>.

Cualquier persona que haya perdido alguna capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) por un problema de salud es demandante de atención sociosanitaria por la dependencia creada.

La *comisión sociosanitaria del área*, lugar de encuentro de todos los profesionales implicados en la atención sociosanitaria de un territorio concreto, se creó para elaborar un modelo asistencial basado en el trabajo en equipo y la valoración multidimensional estructurada y la intervención integral e integrada de los diferentes pacientes; conocer la diferente complejidad de cada paciente generada por su nivel de dependencia, los aspectos específicos sanitarios y la crisis de necesidades particulares de cada uno de estos enfermos; diseñar la intervención tipo, y aplicar los recursos más adecuados para llevarla a cabo.

Según el Plan Gerontológico, se define como “un órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas, en un ámbito geográfico determinado, y que procurará una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios”. Asumir este método de trabajo por el conjunto de los profesionales del sector social y sanitario constituye sin duda una buena parte del éxito de este nivel de atención<sup>5</sup>. Desarrolla funciones comunitarias y también individuales como “la gestión de casos” centrado en el cliente<sup>6,7</sup>.

El Ameritan Geriatric Society Policy Committee da la siguiente definición de evaluación multidisciplinaria: “se detectan, describen y aclaran múltiples problemas de la persona mayor; se registran sus recursos y posibilidades, se asesora sobre la necesidad de servicios y se desarrolla un plan de cuidados que dirige la intervención sobre los problemas de las personas”<sup>8</sup>.

Para poder implementar este modelo asistencial se crearon diferentes unidades funcionales:

– *Unidades funcionales de ingreso*. La persona deja su casa temporal o definitivamente, y localiza su residencia en una institución que le atiende y le presta una mayor o menor cobertura, según el pacto establecido previamente.

– *Unidades funcionales de atención diurna*. La persona sigue viviendo en casa, pero pasa el día en la institución.

– *Unidades funcionales de atención domiciliaria*. La persona recibe en casa los servicios de soporte requeridos y organizados institucionalmente.

Se propuso utilizar una tecnología de clasificación de la casuística que aúne criterios generales de aplicación, tanto en los hospitales de larga estancia como en las residencias asistidas con alto contenido sanitario. Dos sistemas de clasificación para la utilización racional de los recursos son el instrumento de valoración del residente (Resident Assessment Instrument, RAI) y el Resource Utilization Group (RUG-III), que son dos sistemas ampliamente aplicados en Estados Unidos y en algunas comunidades autónomas.

Estos sistemas proporcionan notables avances conceptuales y una amplia experiencia de validación y desarrollo para enfocar los problemas de recogida de información en estos centros.

El RUG-III divide a los residentes en 44 grupos, agrupados en siete categorías jerárquicas: rehabilitación especial, cuidados extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y funciones físicas reducidas. Estas categorías describen diferentes tipologías de pacientes en orden descendente en cuanto a consumo de recursos.

La segunda dimensión es el índice AVD, que mide la capacidad funcional basada en cuatro actividades: higiene, alimentación, traslados cama-silla y movilidad en cama.

Los sistemas de *case-mix* en estos centros se enfocan para explicar las variaciones en el consumo diario de recursos.

Elegir el instrumento de valoración multidimensional específico del sector sociosanitario es garantía del plan de cuidados individualizado. Esta premisa convierte el conjunto mínimo básico de datos/instrumento de valoración del residente (CMBD/RAI) en un sistema idóneo para el sector sociosanitario.

La práctica del trabajo en equipo requiere un aprendizaje y organización de la asistencia específicos, debiendo dotarse de espacios comunes de comunicación y discusión, y la necesidad de traducir este modelo específico en la documentación clínica específica de cada centro o servicio<sup>9</sup>.

Tiene un enorme potencial para influir en la práctica y como valor añadido para fomentar el trabajo interdisciplinario, la formación de los profesionales, la mejora del seguimiento y la evaluación de la calidad asistencial<sup>10</sup>.

El paciente y su calidad de vida es el centro de la atención, así como del cuidador principal cuando existe, y ésta únicamente puede darse con la suma de los ámbitos de asistencia sanitaria y social<sup>11</sup>.

El lenguaje y la comunicación son una de las bases para crear conciencia de diferenciación de grupo profesional. Los profesionales que trabajan con personas ma-

yores o con dependencia han ido creando un lenguaje común, fruto de la fusión de diversos lenguajes profesionales y de las numerosas disciplinas que se han sumado para trabajar en este campo<sup>12</sup>.

Las palabras valoración integral, plan terapéutico, soporte familiar, comunicación, pluripatología, continuidad asistencial, equipo multidisciplinar y cuidador principal son un ejemplo de este lenguaje.

La formación específica de los profesionales y las instituciones de nuestro entorno que con medios limitados iniciaron la investigación descriptiva clínica que de manera progresiva ha ido acumulando conocimientos.

## EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Desde hace años, el envejecimiento poblacional ha provocado un aumento de personas que presentan limitaciones de su autonomía y bienestar. En consecuencia, muchas personas, sobre todo mayores, requieren atenciones específicas y profesionales para disponer de una mejor calidad de vida<sup>13</sup>.

Las desigualdades de salud acumuladas a lo largo de la vida se manifiestan con claridad en la vejez; las variables sociodemográficas y económicas están asociadas de manera significativa al estado de salud y a la capacidad funcional, individualmente.

En la actualidad, la mayoría de los servicios que se prestan en nuestros hospitales son predominantemente curativos y no responden de forma adecuada a las necesidades de los colectivos de personas mayores. La tendencia a la disminución de las estancias medias y los costes en el nivel hospitalario de agudos traslada a la comunidad un perfil de paciente con unas necesidades, un nivel de dependencia y un requerimiento de cuidados mayor<sup>14</sup>.

Esta evolución ha propiciado la creación y readaptación de equipamientos sanitarios y sociales para dar mejor respuesta a las necesidades de los usuarios y de sus familiares.

Con la aparición de centros sociosanitarios se incluyeron en el equipo de atención a las personas mayores diferentes tipos de profesionales. Al principio seguían los roles establecidos de los hospitales de agudos; fue necesario implantar el concepto de trabajo en equipo interdisciplinario. Hoy día este modo de trabajar en equipo interdisciplinario es la base y el pilar fundamental de atención a las personas dependientes, con cierto grado de calidad reconocible.

### El programa “Vida als Anys”

En 1986, Cataluña implantó su programa de atención sociosanitaria denominado “Vida als Anys”, que tenía

por objeto la atención sociosanitaria del colectivo de pacientes ancianos enfermos, enfermos crónicos y pacientes terminales. Este modelo de atención se basa en la valoración integral de las necesidades del individuo, la multidisciplinariedad y la coordinación de niveles. De esta forma se permite desarrollar un modelo de atención que garantiza la continuidad asistencial en este colectivo de pacientes<sup>15</sup>. La complejidad clínica evolutiva de los pacientes ingresados en unidades de cuidados continuados ha obligado a una diversificación de las líneas de producto sociosanitario. Se distinguen dos etapas. En la primera, de 1986 a 1991, se convirtieron los centros privados y públicos, de agudos a crónicos, inicialmente fueron las unidades de larga estancia. En el segundo período, desde 1991 hasta la actualidad, se crearon las unidades de larga estancia altable, a las que se fueron sumando de forma progresiva nuevos recursos, unidades de media estancia (convalecencia y paliativos), hospital de día, equipos de soporte en el hospital (unidades funcionales interdisciplinarias [UFISS]), y en la comunidad (programa de atención domiciliaria y equipo de soporte [PADES]), las unidades de diagnóstico de trastornos cognitivos y de la conducta.

La organización de la atención se realiza de forma sectorizada para atender a las personas según sus necesidades particulares. No es lo mismo cuidar a un convaleciente de una fractura de fémur que a una persona con una demencia avanzada. Los objetivos terapéuticos serán diferentes; en el primer caso, la rehabilitación y las terapias irán orientadas a la vuelta al domicilio; en el segundo, los cuidados personales y el soporte emocional a la familia serán básicos para proporcionar una atención correcta. Los profesionales que llevarán el peso de la atención también serán diferentes. Por lo tanto, el equipo ha de estar constituido por profesionales de diversas disciplinas según cada área de intervención.

### Tendencias actuales

Los usuarios con dependencia tienen menor capacidad para poder determinar por sí mismos, pero quienes sí demandan cuidados en su nombre son los familiares, que exigen con ímpetu un alto grado de atención que obliga a negociar con ellos.

Ahora hay un gran salto en las demandas debidas al mayor nivel cultural global y a dos tipos de clientes: el usuario al que cuidar y su familia. Ésta es probablemente una de las grandes diferencias existentes de estos últimos años<sup>16</sup>.

Desde la beneficencia de principios del siglo pasado hasta los clientes de nuestros días, con plenos conocimientos de sus derechos y obligaciones como ciudadanos que tienen mayor nivel cultural y solicitan más y de mejor forma.

La cultura de la atención individualizada y encaminada a mejorar, paliar o potenciar la salud ya es una realidad emergente. Esta cultura se sustenta en la planificación de los cuidados, con circuitos de derivación entre sistemas y servicios que posibilitan la atención continua, tras realizar una valoración única del usuario, registrada, que permite tener acceso a los servicios, de forma global y las actividades concretas que se deben realizar, evaluar los resultados conseguidos con la intervención.

La dependencia y el envejecimiento requieren una visión global, una buena coordinación entre todos los niveles asistenciales que se relacionen de forma adecuada al mismo nivel y con una financiación suficiente<sup>17</sup>.

Integrar la atención domiciliaria con el resto de los servicios asistenciales para que el acceso sea rápido y de fácil derivación hacia los otros servicios sociosanitarios.

Asumir que la atención domiciliaria no abarata costes es una realidad objetiva, que sólo proporciona calidad y mantiene la autonomía de la persona, al menos parcialmente, por estar en su entorno habitual. Evita el desprendimiento de la familia de su responsabilidad con la persona dependiente<sup>18</sup>.

En realidad, las innovaciones han demostrado que casi cualquier nivel de discapacidad física y mental de las que se encuentran actualmente en las instituciones puede ser atendida en casa, no sólo con calidad aceptable, sino manteniéndose dentro de los costes de la atención residencial.

La mejor atención informal puede cuidar a los más dependientes en el seno de sus hogares, lo cual todavía se está haciendo en la actualidad.

La salud de los familiares, sobre todo la mental, queda afectada por la presencia y responsabilidad de atención constante, lo cual se refleja en su comportamiento y conforma el llamado *síndrome del cuidador*<sup>19</sup>.

La atención al dependiente requiere una buena formación de las personas dedicadas a sus cuidados. Se debe tener en cuenta el esfuerzo físico y psicológico que se requiere para estos servicios y orientar la formación de los cuidadores formales e informales.

## LA ATENCIÓN EN EL MARCO SOCIOSANITARIO FUTURO

En un futuro próximo sería deseable un mayor desarrollo asistencial del sector sociosanitario que debería apoyarse en la flexibilidad. Las organizaciones rígidas, de procedimientos lentos, tendrán dificultades para sobrevivir. El estado de bienestar no está amenazado por las teorías neoliberales, sino por la exigencia de la flexibilidad que todo grupo social plantea de modo crecientemente.

Un modelo asistencial flexible, funcional y vinculado al entorno, basado en la valoración multidisciplinar es-

tructurada, y objetivos asumibles según el plan de cuidados individual, evaluado periódicamente.

Dispositivos asistenciales específicos, según tipología de los clientes, de su situación evolutiva en función de la dependencia.

Fomento del concepto "calidad de vida" en centros residenciales, domiciliarios y diurnos. Debe basarse en el respeto a los derechos individuales, la privacidad, la capacidad de elección, la seguridad, el desarrollo personal y el bienestar.

La atención directa a la familia que exige intervención de los profesionales en las situaciones de crisis, habilidades y destrezas importantes para la comunicación y la negociación, conducción de grupos de autoayuda, prevención del síndrome del *burn-out*, creación de "escuela de familias" para recibir formación e información<sup>20</sup>.

## CONCLUSIONES

Para ofrecer una calidad asistencial elevada y una limitación de la dependencia, no existen fórmulas mágicas. Se requiere una organización idónea y personal formada y recursos financieros suficientes para realizarla. Es fundamental para la lógica de un sistema integral de atención que los profesionales tengan conciencia de cuáles son los servicios que más benefician a determinados tipos de clientes y de su relación con los costes<sup>21</sup>.

La coordinación, evaluación, supervisión y dirección deben estar reguladas por protocolos de intervención estructurados y por sistemas de comunicación y toma de decisiones objetivables. Antes del alta (¿hospitalaria?) del paciente debe realizarse una valoración del estado funcional y una comprobación del entorno que sea el más adecuado posible para recibirle. Esto puede requerir una visita al domicilio del paciente por parte del asistente social y del terapeuta ocupacional<sup>22</sup>.

La flexibilidad y permeabilidad de la atención sociosanitaria debe basarse en la integración y coordinación de las diferentes unidades funcionales que la conforman, las cuales, siendo excluyentes, independientes y autónomas en su actividad, se complementan en su finalidad y centran su atención en un solo punto: el cliente y su entorno.

La atención sociosanitaria promueve la autocura y la autonomía del individuo, tratando de evitar conductas y costumbres insanas que, de forma irreparable, primero le perjudican a él, después a su familia y, como consecuencia, al grupo. Tiene como característica diferencial con respecto a la hospitalización de agudos el que presta soporte, teniendo una mayor importancia el nivel de cuidados que el de las enfermedades mismas, que se presentan como secuelas o como procesos crónicos de larga evolución.

Las instituciones siempre han estado presentes en la sociedad humana, unas veces desarrolladas con finalidad de proporcionar un entorno protector a determinados colectivos y otras con el fin de proporcionar cuidados o proteger a la misma comunidad. El famoso antropólogo Malinowsky (1884-1942) solía decir que: "La sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear las instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento"<sup>23</sup>.

Además de los condicionantes personales, desde una perspectiva sanitaria, se entiende que el objetivo de salud en su sentido más amplio es mantener al individuo en su núcleo familiar y entorno comunitario el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida, medida ésta en años de vida ajustados por calidad (AVAC) y que representa un año de vida saludable o con "completa calidad de vida" (Williams, 1984)<sup>24</sup>.

Fue con la creación de centros sociosanitarios que en el equipo de atención a estos pacientes se incorporaron diferentes tipos de profesionales según áreas de intervención específicas, que intenta superar la mera yuxtaposición de intervenciones profesionales y ofrecer un producto diferente, de carácter global, enriquecido por todas las aportaciones de cada especialidad y que dé una solución a la situación de necesidad. Al principio seguían los roles establecidos de los hospitales de agudos; no existía el concepto de trabajo en equipo, es decir, interdisciplinario. Hoy día este modo de trabajar es la base y el pilar fundamental de atención a los sujetos dependientes, con calidad reconocible.

Se debe fomentar el uso de instrumentos que incluyan una valoración ponderada para clasificar y priorizar el acceso a la atención comunitaria de pacientes que viven en su domicilio y son candidatos de ingreso permanente o temporal en centro sociosanitario, o domiciliaria<sup>25</sup>.

La documentación asistencial, los sistemas de registro, los protocolos asistenciales necesarios para hacer efectivos los cuidados propuestos con un alto grado de calidad, son herramientas de trabajo clave para profesionales y gestores que analizan el grado de cuidados prestados, y la eficiencia de éstos en un período de tiempo<sup>26</sup>.

La enseñanza de habilidades para aumentar la eficacia de los cuidados y la gestión de su tiempo disminuye la ansiedad y la depresión de pacientes y cuidadores, en especial de las mujeres<sup>27</sup>.

Para finalizar, la atención sociosanitaria se debe basar en los siguientes elementos conceptuales: convergencia, diversificación, complementariedad e interdisciplinariedad.

## AGRADECIMIENTOS

A la fundación Sant Josep de Igualada, que me permitió participar desde su inicio en el año 1986 en su proyecto sociosanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
2. Valderrama E, Pérez del Molino J. Rehabilitación en el anciano. Dificultades y consideraciones especiales. *Rehabilitación* 1994;28:178-86.
3. Ruipérez I. Características de la atención sociosanitaria a los ancianos desde el sistema público. Evolución y tendencias. *Revista de Administración Sanitaria* 1999;2: 405-11.
4. Calvo López L, Gómez Fernández JR, Gómez Tato I. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 1999;3:471-83.
5. Salva A, Vallés E, LLevadot D, Rodés R. Una experiencia de atención sociosanitaria: programa "Vida als Anys". Realidad y expectativas de futuro. *Revista de Administración Sanitaria* 1999;3:413-28.
6. Fontanals de Nadal D. Documentación clínico-asistencial para centros asistidos y sociosanitarios. Fundación SAR 2001;13-8.
7. Peñalver R. Documentación clínico-asistencial para centro asistidos y sociosanitarios. Fundación SAR. Barcelona: Herder, 2001; p. 11-2.
8. Miangolarra Page JC, Alguacil Diego IM, Aguila Maturana AM. Rehabilitación clínica integral, funcionamiento y discapacidad. Barcelona: Masson, 2003; p. 412.
9. Moragas Moragas R. Colección ALBOR de Gerontología. Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. Fundación SAR.
10. Hernando AL. Intervención sociosanitaria ante la vulnerabilidad de las personas mayores. Barcelona: Masson, 2003;400-13.
11. Levine S. Los mitos sobre el envejecimiento. *El País* 1997; 3 de marzo.
12. IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
13. IMSERSO. Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad Familiar. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
14. IMSERSO. Centros de día para personas mayores dependientes. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
15. Heumann L, Boldy D. Envejecer dignamente en la comunidad. Barcelona: SG, 1996.
16. Kane RL, Kane RA. Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre instrumentos de medición. Barcelona: SG, 1993.
17. Fontanals MD. Los servicios sociosanitarios en Cataluña: reflexiones sobre su evolución. *Rev Gerontol* 1997; 7:123-4.
18. Portella E. De la financiación de los servicios a la financiación de las personas. *Rev Gerontol* 1996;6:75-6.
19. Ashi S, Girana Chenoll G, Ortuño Cortes MA. Síndrome del cuidador. *Rehabilitación (Mad)* 1995;29:465-8.
20. García C, Roige T, Elias T, Viñas P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológica multidisciplinar en la

- asignación de recursos sociosanitarios. Aten Primaria 1997;20:506-10.
21. Zunzunegui MV. Envejecimiento y Salud. Madrid: Informe SESPAS, 1997.
  22. Sánchez Fierro J. Espacio sociosanitario y estado de las autonomías: experiencias y objetivos. Hacia un Pacto de Estado sobre la Dependencia. Libro Verde sobre la Dependencia en España. Majadahonda: Ergón, 2004.
  23. Cayo Pérez L. La protección a las situaciones de dependencia desde la perspectiva de las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas Libro Verde sobre la Dependencia en España. Madrid: Ergón, 2004; p. 167-87.
  24. Rehabilitation Technology: Strategies for the European Union. Abril, 1993.
  25. Libro blanco I + D + I al servicio de las personas con discapacidad y las personas mayores. Madrid: Fundación Astra Zeneca, 2004.
  26. Mora Gas R. El coste de la dependencia al envejecer (resumen ejecutivo). 2003.
  27. Orihuela Villameriel T, Gómez Conejo P, et al. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid, 2003.

*Correspondencia:*

M. Abenoza Guardiola  
 Althaia, Sant Joan de Déu  
 Dr. Soler i March, s/n. 08240 Manresa. Barcelona  
 Correo electrónico: mabenoza@althaia.org