

# DEPENDENCIA Y ARTICULACION SOCIOSANITARIA: UN RETO DE FUTURO

El fenómeno del envejecimiento de la población que se está produciendo en nuestra sociedad constituye una de las características definitorias de mayor relevancia de ésta, tanto desde el punto de vista social, como desde las consecuencias que supone en el ámbito sanitario, económico y político.

El aumento de las necesidades plantea con mayor crudeza el debate sobre la responsabilidad de la atención a estas personas: ¿son los servicios sociales quienes deben asumir esa responsabilidad o los sanitarios? ¿es el sistema público responsable o cada uno debe garantizarse su cuidado? ¿Cuál es el papel de la iniciativa privada?

## 1. SITUACION ACTUAL

### 1.1. Evolución sociodemográfica

Actualmente en el País Vasco ya se ha producido un cambio demográfico importante con una fuerte caída de la nupcialidad, fecundidad y natalidad. Las tasas de natalidad y fecundidad son las más bajas de la OCDE. Igualmente es de destacar la inversión en los saldos migratorios.

Las proyecciones demográficas prevén un aumento tanto relativo como absoluto de personas mayores de 65 años que va a suponer efectos importantes so-

bre la demanda de servicios sanitarios y sociales, y especialmente sobre las pensiones. Tal y como se explicita en el Plan Gerontológico de Euskadi (1994), este envejecimiento demográfico no debe constituir un motivo de preocupación «per se», sino por los factores de índole negativa que condicionan ese fenómeno y lo convierten en problema. En este sentido, es preciso recordar que el aumento de las expectativas de vida conlleva un aumento de los niveles de dependencia, especialmente a partir de los 80 años.

Existen además otros factores determinantes en esta situación como son el incremento de personas mayores que viven solas, por ejemplo mujeres muy mayores viudas, y por tanto necesitan ayuda, y la crisis del sistema de apoyo informal que sirve todavía en gran medida de colchón para aguantar estas situaciones de dependencia.

### 1.2. La salud en los mayores del País Vasco

En general podemos afirmar que la mayoría de las personas mayores tiene una mejor salud que hace unos años y que, en concreto, los menores de 75 años presentan un buen nivel de salud general. Esto no quita que cada vez cobren mayor importancia las grandes minorías de personas con enfermedades crónicas, disminución de la capacidad funcional, etc.

La mortalidad aumenta a partir de los 75 años, con una tendencia a una mayor mortalidad masculina y una notable mejoría en la esperanza de vida.

En cuanto a la morbilidad, el 65% padece algún tipo de enfermedad que le afecta en la vida diaria. Destaca el papel de las demencias por sus efectos devastadores a nivel personal y muy relevantes a nivel social, así como la presencia general de pluripatologías con una media de 4,1 problemas de salud afectando en mayor grado a las mujeres.

Los servicios sanitarios presentan un gran consumo, así como un aumento de las demandas de hospitalización y una mayor duración de las estancias medias.

Entre las deficiencias y discapacidades son muy significativas las deficiencias de tipo sensorial —visión y audición—, las discapacidades de movilidad y las dificultades para valerse por sí mismo en la vida diaria.

Si hacemos caso a los estudios epidemiológicos, se ofrecen datos relativos al 2,45 de la población de 65 años y más que viven encamados o confinados en un sillón, esto es unas 6.628 personas; un 3,1 %, esto es 8.218 personas, que con una autonomía mayor necesitan de alguien para asearse o vestirse; y el 12,4% que no pueden salir de su domicilio o necesitan de alguien para hacerlo (Ararteko, 1995).

#### *1.2.7. El caso de las demencias*

El fuerte aumento de la prevalencia de la demencia (DS) supone que cuantitativamente el número de casos de DS en mayores de 60 años va a aumentar en un 109,2 %. La prevalencia por mil de DS moderada y grave en el conjunto de sujetos experimenta un crecimiento relativo de 34,4%. Estos datos demuestran que —el aumento de las demencias constituye uno de los problemas prioritarios y más urgentes de salud pública— (Fernández de Gamarra, J. y Padierna Acero, A. 1990).

Actualmente la familia sigue jugando un papel importante y destacado en el soporte y apoyo de las personas mayores en la CAV, (Plan Gerontológico, 1994; Leturia, F.J., Yanguas, J.J., 1996) cobrando aún más importancia, si cabe, en los casos de dependencia y demencia, al igual que en el resto del estado español (Rodríguez, P. y M.T., 1995)

## **2. NECESIDADES EXISTENTES**

A corto plazo el 8,8 % de las personas mayores de 65, esto es, casi 24.000 personas, necesitarán algún tipo de ayuda o servicio para hacer frente a los requerimientos de la vida cotidiana, aumentando la necesidad con la edad y afectando especialmente a las mujeres y a las personas que viven solas.

El 73 % de las personas que no se consideran válidas a sí mismas, reciben ya algún tipo de ayuda, sobre todo por parte de las familias y con una periodicidad diaria. Las necesidades principales se orientan hacia la atención domiciliaria, pero en la medida en que la dependencia aumenta también aumentará la necesidad de atención y alojamiento residencial.

## **3. PROTECCION GENERAL A LOS MAYORES DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES**

El modelo de organización viene determinado por el modelo de organización política y la distribución de competencias entre el Gobierno autónomo y las Diputaciones Forales, por el Estatuto de Autonomía, la Ley de 27/1983 de 25 de noviembre de Territorios Históricos, así como por la Ley 6/1982 de 20 de Mayo sobre Servicios Sociales.

En base a esta distribución competencial son las Diputaciones y Ayuntamientos quienes tienen las competencias principales en Servicios Sociales, a diferencia de la Sanidad que viene gestionada a nivel de CAV.

El gasto social para los mayores representa el 7,58 % del PIB, por encima de los datos españoles (6,33%), pero lejos de Italia (11,75%), Francia (10,93%) o Dinamarca (10,67 %), siendo las prestaciones asistenciales un 4,9 % del gasto (Agirre, J.A., 1995).

## **4. ATENCION SANITARIA PARA LOS MAYORES**

La atención sanitaria esta siendo influenciada por las consecuencias del envejecimiento de la población, por el peso cada vez mas importante de enfermedades como la demencia, por una mayor demanda y por el incremento del gasto que esto supone, con una necesidad de redistribución de los recursos sanitarios para atender estas necesidades y un mayor én-

fasis en la rehabilitación y en la media y larga estancia.

Es importante mejorar la atención en lo relativo a continuidad de cuidados y mejorar la atención primaria y domiciliaria para los mayores. En este sentido es importante enfatizar la importancia de una buena atención primaria comunitaria, así como de la atención domiciliaria como niveles más próximos al ciudadano, para lo cual se debiera de adecuar las capacidades y recursos de los profesionales a este nuevo tipo de demanda.

El reto de la coordinación sociosanitaria implica una nueva perspectiva por parte de los profesionales y los planificadores que debe influir en los comportamientos de todos nosotros para lograr una mejor atención global e integral.

## **5. MODELOS Y PROPUESTAS CARA AL FUTURO**

Parece que los objetivos generales van a estar centrados en el desarrollo de medidas preventivas con el objetivo principal de mantener al mayor en su entorno natural durante el mayor tiempo posible con niveles de autonomía y competencia adecuados y en las mejores condiciones posibles, contribuyendo a garantizar una vida normalizada.

Entre estas medidas preventivas cabe señalar los programas de preparación a la jubilación, de educación para la salud, etc. así como la prioridad del gasto público en actuaciones y recursos intermedios como el SAD, Centros de Día, Unidades de Convivencia, Estancias Temporales, la atención primaria y la atención domiciliaria para mantener y desarrollar la competencia del mayor.

Se potenciará el desarrollo de alojamientos ligeros y flexibles para aquellos mayores con autonomía funcional y buen estado psíquico pero con déficit social y la reconversión de los centros residenciales para las personas y necesidades de dependencia y discapacidad mayor. Los centros residenciales se entienden como el último nivel, enfocado a las personas discapacitadas, debiendo buscar la integración y normalización social. Actualmente se ha diseñado un sistema de alojamiento residencial especializado (SARE) desde GIZARTE-KINTZA - Diputación Foral de Gipuzkoa, conformado por diferentes centros (Centro Gerontológico de Eibar, de Tolosa, y Txara) así como plazas concertadas, desde una

perspectiva multifuncional, y de carácter territorial, complementario con la red municipal. Este sistema de carácter socio-sanitario y configurado con un modelo psicosocial de intervención permitirá al Territorio Histórico de Gipuzkoa situarse por delante de las necesidades que parece nos deparan los próximos años en relación a la dependencia de los mayores. En este ámbito cobra especial importancia la coordinación y complementación sociosanitaria.

Desde la administración parece necesario lograr una nueva concepción de la responsabilidad pública desde el principio de subsidiariedad cumpliendo así una función de complementar la acción de las redes naturales.

Es importante priorizar el gasto en los colectivos más necesitados y con mayor urgencia, por lo que la tendencia a corto plazo será centrarse en la atención sociosanitaria a los colectivos más afectados por el fenómeno de la dependencia.

En cuanto a financiación de estos servicios, se parte de la idea de cofinanciación por parte de los usuarios conforme a los recursos y al patrimonio disponible, en el caso de los servicios sociales, mientras que en el sistema de salud el usuario no tiene que pagar por la utilización de sus servicios. Esta dicotomía es uno de los elementos a analizar a corto plazo.

Se estima conveniente la introducción de mecanismos que premien a las familias que aportan atención a los mayores en su hogar y es de destacar la importancia de implementar programas de apoyo a estos familiares que cuidan de personas mayores dependientes. Así se ofrecen programas de respiro a los familiares, se trabaja con las familias y especialmente con los cuidadores principales de los usuarios del Programa de Estancias Temporales en el Centro Gerontológico de Eibar, y actualmente se está desarrollando el programa «Sendian» para familiares de personas que sufren demencia.

Desde la perspectiva de la coordinación se debe complementar la red natural y privada, así como los recursos gestionados desde diferentes organismos públicos tanto del mismo nivel, coordinación interdepartamental entre Sanidad, Servicios Sociales, Urbanismo... como en diferentes niveles de actuación: Gobierno, Diputaciones, Ayuntamientos.

La convergencia entre los sistemas formales (públicos y privados) e informa-

les de atención (que es más un deseo que una realidad) debe de ser impulsada, así como la implicación de ONGs, asociaciones de familiares (que deben de evolucionar desde objetivos de información y reivindicación hacia una mayor implicación en la atención e intervención), voluntariado, etc.

## 6. LA COMPLEMENTACIÓN SOCIOSANITARIA: UN RETO DEL PRESENTE

Ante esta situación actual, son destacables los siguientes elementos y problemas característicos:

- a) Fragmentación entre los diferentes sistemas y administraciones.
- b) Obstáculos debidos al marco jurídico administrativo, como la separación competencial y la articulación política del CAV.
- c) Los diferentes modelos diferentes de financiación de la sanidad, basado en la gratuidad y de los servicios sociales, que mantienen el copago.
- d) Necesidad de una orientación estratégica que permita desarrollar un modelo alternativo al tradicional cara a afrontar el fenómeno de la dependencia.
- e) Consideración y mantenimiento del sistema informal como sustituto obligado de los servicios formales en cuidados de larga duración y con poco soporte para estos.
- f) Insuficiente desarrollo de servicios de prevención y rehabilitación de incapacidades funcionales.
- g) Problemas en la continuidad de cuidados,

y unas situaciones en las que es especialmente importante y relevante la responsabilidad común de los sistemas social y sanitario, entre los que destacan:

- a) enfermos con patologías crónicas invalidantes, tanto físicas como psíquicas, con especial referencia a las demencias;
- b) personas mayores encamadas;
- c) personas mayores con movilidad reducida y graves incapacidades funcionales confinadas en sus domicilios;
- d) personas con necesidades de rehabilitación de media larga estancia previo

al reingreso en el domicilio o residencia (Agirre, J. 1994);

- e) aquellos mayores con altas hospitalarias precoces, que todavía necesitan una importante atención sanitaria, personas con ACVA, cuadros confusionales, etc. a los que la familia difícilmente puede atender en esa situación y suelen ser orientados hacia centros residenciales y necesitarían un mayor apoyo desde los sistemas social y sanitario;
- f) personas con pluripatología que fluctúan entre ambos sistemas con problemas de derivación;
- g) personas con problemas burocráticos para acceder a cualquiera de los sistemas: listas de espera, etc..

Hoy en día, parte de estas personas se encuentran en sus domicilios y otra parte son atendidas en los diferentes niveles de atención, en alojamientos colectivos de tipo residencial, pisos tutelados, hospitales de media y larga estancia, de agudos, etc. lo cual no es óbice para que no detectemos déficits graves en cuanto a asunción de responsabilidad por uno u otro sistema, de no aceptación de casos, de descoordinación que deriva en un problema de peregrinaje o «puerta rotatoria» para el paciente.

Estos casos de mayor necesidad son los que exigen un mayor compromiso de ambos sistemas y sus profesionales para afrontar su problemática e incidir en el tratamiento, rehabilitación, mantenimiento y atención, y especialmente desde el concepto de calidad de vida de estas personas como articulación de un modelo de intervención más amplio y global que el modelo clínico basado en el objetivo de curación, que en ocasiones no es del todo posible y hace a los profesionales renunciar en sus propósitos.

El espacio sociosanitario se suele definir como un espacio, una zona intermedia entre el sistema de atención social o «servicios sociales» y el sistema de salud, donde ambos aspectos se presentan indefectiblemente de manera conjunta. Cuando hablamos de sistemas de atención, es determinante tener en cuenta que en muchos casos la atención propia específica de cada sistema se complementa de alguna manera con aspectos de atención social y sanitario según el caso.

El sistema sociosanitario se podría definir como el conjunto de los recursos y atención tanto sanitaria como psicosocial,

junto con ese espacio de intersección común a ambos y aquellos de interacción, como las derivaciones, trasvase de información, etc.

Además, se percibe una necesidad de una estrategia global a medio plazo que se base en esta perspectiva sociosanitaria, basada en la complementación e integración de los recursos y esfuerzos de ambos sistemas desde un enfoque básicamente metodológico. Tal vez entonces, pudiéramos hablar de un sistema socio-sanitario que engloba ambos sistemas, sus intersecciones y sus interacciones.

La coordinación sociosanitaria hace referencia a la necesidad —importante en un primer momento— de reordenar los recursos actuales, pero como estrategia parece conveniente ir más allá y diseñar mecanismos de complementación como desarrollo de una interacción y compromiso entre las diferentes metodologías y procesos de manera que sea éste el motor del cambio para lograr esos espacios, plurales y diversos en los que ambos sistemas convergen, interactúan, etc. siempre en base a la persona atendida en su globalidad. (Figura 1. Yanaguas, Leturia; 1995)



El desarrollo de esta complementariedad metodológica supone una estrategia común básica de coordinación, basada en una ordenación de recursos, desempeño profesional, incorporación de agentes sociales y apoyo informal, así como un modelo comunitario de atención, para lo cual los sistemas de atención primaria deberían orientarse a la potenciación de la atención domiciliaria, la hospitalización a domicilio, etc. recursos intermedios tipo centros y hospitales de día, y respecto a la atención especializada, basándola en la interrelación entre los recursos sociales, por ejemplo las residencias con los recursos sanitarios, como los hospitales de media/larga estancia y de agudos, a partir de equipos de carácter multidisciplinar,

tanto para la valoración, como los «equipos de valoración de cuidados geriátricos» y las «comisiones sociosanitarias de área» existentes en el territorio de INSA-LUD e INSERSO (Martínez Aguayo, C; Gogorcena, M.A.; Regato, P., 1995) para la gestión de casos.

Este modelo supone un paso importante para desarrollar esta metodología sociosanitaria y acercarse a los objetivos de garantizar una red articulada de servicios que cubran las necesidades de atención a las personas mayores, potenciando las actuaciones de carácter preventivo en lo relativo al deterioro funcional y de mantenimiento de la autonomía de las personas en su entorno, contribuir a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales, garantizar una adecuada coordinación entre niveles de atención primaria y especializada, evitar internamientos inapropiados potenciando los sistemas alternativos de atención y mantener la continuidad de cuidados.

Esta metodología compartida supone el desarrollo de protocolos comunes para la gestión de los casos, para desarrollar circuitos de derivación óptimos, lograr unos objetivos comunes, instrumentos comunes, como informes de derivación y de alta, pruebas de valoración de necesidad de cuidados, desarrollo de bases documentales y sistemas de información, establecimiento de procedimientos de evaluación con indicadores etc., así como la puesta en marcha de mecanismos formativos cruzados que permitan desarrollar esta metodología y una cultura interdisciplinar, así se puede implementar desde acciones formativas concretas como talleres y seminarios, como sesiones clínicas, supervisión de casos, etc. Es necesario además mejorar los recursos existentes, ampliarlos, desarrollarlos y crear nuevos, como unidades de convalecencia, cuidados paliativos, etc.

Experiencias ya en desarrollo como la catalana (Fontanals M.D.; Martínez F. y Valles, E., 1995) o las diferentes áreas del modelo INSALUD-INSERSO (López, C; Reuss, J.M.; Cruz, A.J, 1995) demuestran la viabilidad de estos modelos.

El debate sociosanitario implica a diferentes niveles asistenciales con las dificultades de coordinación que esto supone. Demanda una diversificación de la oferta de servicios y un abordaje interdisciplinar a nivel metodológico que garantice una atención de calidad a los múltiples problemas de este sector de la

población. En este sentido, la coordinación sociosanitaria debe ofrecer una continuidad en la atención a las necesidades del sujeto y su familia, donde las posibilidades no estén marcadas a priori, sino que deben surgir de las necesidades de los sujetos y de la respuesta que se elabora en función de unos resultados y objetivos a conseguir. Lo importante en todo caso, es la calidad de vida de la persona mayor y su familia.

Cara al desarrollo estratégico de la atención sociosanitaria pensamos que se deberían implementar los siguientes pasos:

Se considera necesario realizar un diagnóstico de la situación psicosocial y sanitaria de los mayores de la CAV para conocer las necesidades y demandas y poder desarrollar y reajustar las políticas ya establecidas, para desarrollar ese plan estratégico en relación a la política sociosanitaria hacia los mayores en los próximos años.

Sería conveniente elaborar un catálogo de los servicios sociosanitarios disponibles, realizar una descripción de la demanda-utilización de cada servicio, la utilización, cobertura, listas de espera reales, tipología de clientes, etc., así como un análisis de factores asociados a esta utilización, como factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, identificación de expectativas de los usuarios hacia los servicios y un análisis estratégico de la adecuación de los servicios a las necesidades.

Sería adecuado realizar esfuerzos para dirigirnos hacia un único mapa sociosanitario, que ordene los recursos existentes, supere algunos problemas de territorialidad, de dependencia funcional etc. y relacione lo más operativamente posible los recursos tanto en su nivel como con el resto de los niveles entre los dos sistemas, creándose centros y servicios de referencia mutua, con responsables de coordinación que permitan superar trabas de todo tipo que puedan surgir.

No se puede dejar de mencionar específicamente la importancia de desarrollar un mejor coordinación en el campo de la psicogeriatría, por cuanto la demencia y los trastornos cognitivos van a ser uno de los principales determinantes del fenómeno de la dependencia en general y de las situaciones problemáticas para nuestros mayores en particular. Es urgente implementar y desarrollar las líneas de actuación de asistencia psicogeriátrica desde los centros de salud mental, con un mayor apoyo a los centros residenciales en los que predominan estos problemas y en ocasiones

se presentan dificultades para su adecuado manejo, así como la puesta en marcha de centros de día, unidades de corta y larga estancia psicogeriátricos (Zuazo, J.I.; Martín, J.A.; Arrese, J.L., 1990). Destacar que este programa psicogeriátrico debe abarcar además de la problemática asistencial, los aspectos preventivos y rehabilitadores (Zuazo, J.I.; Martín, J.A.; Arrese, J.L., 1990).

El papel de los servicios sociales puede y debe ser muy importante en estos casos pero es necesario que compaginemos nuestros recursos y acompasemos nuestros pasos para lograr dar respuesta a la gravedad de este problema tanto desde un punto de vista social, como individual de cada caso.

## 7. DEL FUTURO DE LOS RECURSOS

Cuando desde diferentes ámbitos nos encontramos con avisos relativos a los recortes de las prestaciones, de los recursos y derechos sociales logrados, parece necesario hacer desde los profesionales de la gerontología y de los servicios sociales una defensa de los mismos para intentar acercarnos a modelos y sistemas de protección social desarrollados. Cuando se ha logrado un importante avance de estos recursos, cuando podemos pensar en una cierta adecuación de estos a las necesidades, no parece conveniente seguir comparándonos a otras situaciones que se encuentran en peor momento de desarrollo.

Es el momento de buscar vías de optimización de los recursos existentes a través de esta complementación y es hora de extenderlos, desarrollarlos, y de crear nuevos recursos que nos permitan hacer frente a la realidad no sólo actual, sino situarnos adecuadamente para el futuro.

FRANCISCO JAVIER LETURIA ARRÁZOLA,  
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN

## BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE, J.A. «La coordinación sociosanitaria en la CAPV. Planteamiento del problema». *Zerbitzuan*, n.º 25, 1994.
- AGUIRRE, J.A. «Política social en la CAPV». *Documentación Máster de Gerontología UNED Bergara*, 1995.
- ARARTEKO. *Las residencias de la tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca*, 1995.
- ARARTEKO. *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera*

- edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, 1996
- BOADA, M. «Dinámica de los recursos sociosanitarios para la atención al paciente con demencia», *Revista de Gerontología*, Numero monográfico Simposio de Epidemiología y Atención a la demencia, Abril 1995.
- FERNÁNDEZ DE GAMARRA, J., PADIerna, A. «La atención psicogeriatrica en Euskadi hasta el año 2000: el caso de la demencia senil: servicios y financiación». Vitoria-Gasteiz: *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*, 1990.
- FONTANALS M.D., MARTINEZ F. Y VALLES, E. «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida ais Anys», *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 1995; 30(3):189-198.
- GOBIERNO VASCO (1994). «Plan Gerontológico de Euskadi». *Boletín Oficial Parlamento Vasco* 10.06.94.
- GUILLEMARD, A.M. *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Inerser, 1992.
- GUILLEMARD, A.M., ALBER, J., WALKER, A. «Les personnes âgées en Europe: les politiques économiques et sociales: Rapport 1993 de l'observatoire européen», Commission des Communautés Européennes. Direction general V
- LETURIA, F.J., YANGUAS, J.J. «Situación psicosocial de los mayores y de la gerontología en el País Vasco», en R. Rubio y J.C. Baura (eds.): *Temas de Gerontología*, Granada, Master de Gerontología, 1996.
- LÓPEZ, C, REUSS, J.M., CRUZ, A.J. «Una experiencia de coordinación sociosanitaria. El área 4 de Madrid», *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 1995, 30(3); 199-204.
- MARAVALL, H. «La coordinación sociosanitaria: una exigencia ineludible», *Rev. Esp Geriatr. y Gerontol.*, 1995;30
- MARTÍNEZ AGUAYO, C. «Coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible», *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 1995; 30(3). 123-129.
- RODRÍGUEZ, P., Y SANCHO, M.T. «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 1995; 30(3), 141-152.
- SANCHO, M.T., REGATO, P. «Dependencia y coordinación sociosanitaria». *Documento de trabajo*. INSERSO, 1986
- SMS. «Las Residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca». Vitoria-Gasteiz: Ararteko: SMS, 1994.
- SMS. «Informe Gipuzkoa 1995-2000».
- ZUAZO, J.I., MARTÍN, J.A., ARRESE, J.L. «Plan estratégico de atención psiquiátrica y promoción de la salud mental en la CAV», Vitoria-Gasteiz, *Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco*, 1990.
- ZUAZO, J.L, MARTÍN, J.A., ARRESE, J.L. «Bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental de la CAV», Vitoria-Gasteiz, *Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco*, 1990.