

Derivación de pacientes a dispositivos asistenciales sanitarios (media estancia) y sociosanitarios en Guipúzcoa. 2004

(Transferring patients towards sanitary assistance (medium-term stays) and socio-sanitary mechanisms in Gipuzkoa. 2004)

Elosegi Vallejo, Elena
Hospital Donostia. Pº del Dr. Begiristain, s/n. 20014 Donostia
Begiristian Aranzasti, José Mª
Eusko Ikaskuntza. Miramar Jauregia. Miraconcha, 48
20007 Donostia

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 37-49]

Recep.: 28.03.05

Acep.: 13.12.05

Valoración de pacientes candidatos a traslado a otro nivel asistencial o socio-sanitario mediante una herramienta de valoración integral que evalúa y clasifica al paciente en función de sus necesidades y nivel de dependencia con el objetivo de ubicarlo en el dispositivo adecuado. Ello facilita un flujo estable de paciente entre los diferentes niveles de atención Hospitalaria y entre éstos y los dispositivos Socio-sanitarios. Se presentan los resultados del año 2004 en el Area Sanitaria de Gipuzkoa.

Palabras Clave: Traslado entre Niveles asistenciales. Media Estancia. Socio-sanitario. Escala de valoración integral.

Beste maila asistentzial edo sozio-sanitariora zein gaixo eraman balioestea, gaixoa premien eta mendekotasun mailaren arabera sailkatzen duen balorazio baliabide integral bat dela bide, gaixoa dispositibo egokian kokatzeko xedetan. Horrek gaixoen fluxu egonkorra errazten du bai ospitaleko arreta mailen artean eta bai horien eta dispositibo sozio-sanitarioen artean ere. Gipuzkoa Osasun Barrutiari dagozkion 2004ko emaitzak aurkezten dira.

Giltza-Hitzak: Maila asistentzialen arteko lekualdatzea. Egonaldí ertaina. Socio-sanitarioa. Balorazio eskala integrala.

Evaluation de patients candidats au transfert à un autre niveau d'assistance ou socio-sanitaire au moyen d'un outil d'évaluation intégral qui évalue et classe le patient en fonction de ses besoins et de son niveau de dépendance dans le but de le placer dans le dispositif adéquat. Cela facilite un flux stable de patients entre les différents niveaux d'attention Hospitalier et entre ceux-ci et les dispositifs Socio-sanitaires. On présente les résultats de l'année 2004 dans le Milieu Sanitaire de Gipuzkoa.

Mots Clés: Transfert entre Niveaux d'assistance. Moyen Séjour. Socio-sanitaire. Echelle d'évaluation intégrale.

1. INTRODUCCIÓN

En todos los países desarrollados, la presión demográfica de la población envejecida y otros grupos de riesgo sociosanitario se ha incrementado de manera significativa en los últimos años.

En Gipuzkoa, el desarrollo de la atención sanitaria, sociosanitaria y social se ha dotado de una franja importante de recursos para la atención a las personas de especial vulnerabilidad.

En el Área Sanitaria de Gipuzkoa contamos con un Hospital de referencia y cuatro hospitales Comarcales que constituyen el nivel asistencial de agudos; el Hospital Matia y las Unidades de Convalecencia y Rehabilitación de Amara que ofrecen la atención de media estancia Hospitalaria y el Centro de Cruz Roja que se corresponde con el nivel de atención Sociosanitaria.

A su vez en cada uno de estos tres niveles de atención se definen distintos perfiles de pacientes.



Los Hospitales de Agudos asumen la atención de pacientes que requieren medios diagnósticos y terapéuticos de alto nivel. Un diagnóstico establecido con un tratamiento instaurado y la estabilización del paciente conlleva una modificación en el plan de cuidados del paciente y por lo tanto un cambio de nivel de atención.

Los Centros de Media Estancia están destinados a atender fundamentalmente a pacientes pluripatológicos y/o dependientes psíquicos o físicos, que requieren supervisión médica y un importante apoyo de enfermería que no puede ser asumido por parte de los Centros de Atención Primaria.

El dispositivo Cruz Roja está destinado a atender pacientes convalecientes que precisan supervisión médica y de enfermería de carácter medio/bajo pero que su situación social no permite que sean enviados a su domicilio, bien porque precisan de un cuidador adecuado y no disponen de él, bien porque su vivienda no dispone de los requerimientos que este tipo de pacientes necesita.

Esta diversidad de situaciones nos lleva a implantar, tras una validación y adaptación (2003), un instrumento de valoración que pudiera evaluar y clasificar objetiva y adecuadamente la mejor ubicación de estas personas, según sus necesidades, con el fin de permitir un modelo estable de flujo de pacientes entre los diferentes niveles de atención hospitalaria y entre éstos y los dispositivos sociosanitarios y sociales.

El instrumento validado y adaptado a la realidad asistencial de Gipuzkoa ha sido el instrumento de valoración utilizado en la Región Sanitaria Costa de Ponent de Cataluña. Se trata de un instrumento de uso prioritario para el análisis de la solicitud de media estancia temporal y para el acceso a dispositivos sociosanitarios.

El instrumento está formado por un triple baremo: médico, de enfermería y social. La **valoración médica** tiene como objetivo determinar el grado de enfermedad de la persona a través de la información del diagnóstico principal y la patología asociada. Los tratamientos actuales necesarios, los antecedentes patológicos, el test Performance Status y la valoración cognitiva mediante el Mini-Mental Examen Cognitivo. Son un conjunto de preguntas, algunos con respuesta abierta y otras cerradas. Estas últimas permiten 29 respuestas posibles.

La **valoración de enfermería** tiene como objetivo identificar la necesidad de cuidados en función de la discapacidad física y psíquica y de las terapias a aplicar. Utiliza el Índice de Barthel, identifica la existencia de sondas y colectores, el consumo de sueros, ostomías y el número diario de curas necesarias. Así mismo, se valora la capacidad de realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. En el área cognitiva valora la orientación, la capacidad de comunicación, el lenguaje y el comportamiento psíquico. Sobre un total de 22 preguntas permite 74 respuestas posibles.

El objetivo de la **valoración social** es identificar la estructura de apoyo familiar y socioeconómico de la persona. Valora la existencia de apoyo familiar, las características del núcleo de convivencia, las condiciones de la vivienda, la situación económica del paciente y del núcleo familiar, y finalmente la necesidad y/o recepción de apoyo sociosanitario en el domicilio. Con un conjunto de 7 preguntas permite 28 respuestas posibles.

La herramienta "Instrumento de valoración sociosanitaria Costa de Ponent" fue validada durante el año 2000 en Cataluña. La puntuación global del Instrumento de valoración presentó una muy buena concordancia, tanto intra como entre-equipos, con diferencias de muy pequeña magnitud (0.5

puntos como máximo sobre 100). Las puntuaciones de los baremos médico y social también presentaron una muy buena concordancia. Las puntuaciones del baremo de enfermería presentaron muy buena concordancia intra-equipos y menor entre-equipos. La fiabilidad y repetibilidad del Instrumento se han confirmado como adecuadas.

La adaptación de este instrumento a la realidad asistencial y cultural de Gipuzkoa se realizó el año 2003. Esta adaptación consistió en: determinar el punto de corte en la puntuación total a partir del cual un paciente es candidato a un servicio de media estancia y/o a la Cruz Roja; estudiar el nivel de concordancia con las herramientas de derivación utilizadas en el servicio de admisión del Hospital Donostia hasta la actualidad y establecer los criterios de utilización de la herramienta en nuestro medio.

2. SITUACIÓN ACTUAL

El servicio de admisión del Hospital Donostia es el que valora todas las peticiones de traslado a centros de media estancia de Gipuzkoa y aporta a la Comisión Sociosanitaria para su valoración los posibles casos de pacientes a trasladar a Cruz Roja.

En la actualidad en el Territorio de Gipuzkoa los recursos de media estancia se distribuyen entre el edificio Amara del Hospital Donostia (39 camas de convalecientes y 47 camas de rehabilitación) y el Hospital Matia (100 camas de convalecencia / rehabilitación y 15 camas de cuidados paliativos).

En mayo de 2003 se abrió el dispositivo sociosanitario de Cruz Roja (80 camas). Tras la adaptación de la herramienta se establecieron:

a) los siguientes criterios de derivación:

- Paciente con puntuación total ponderada de las tres disciplinas < 33,33 puntos es candidato a ser derivado a su domicilio habitual.
- Paciente con puntuación total ponderada $\geq 33,33$ puntos es candidato a ser derivado a un dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario.
- Paciente con una puntuación ponderada suma de médico y enfermería $\geq 26,66$ es candidato a ser derivado a media estancia sanitaria (Amara/ Matia).
- Paciente con una puntuación ponderada social que representa al menos el 80% de la puntuación ponderada suma de médico y enfermería es paciente candidato a Cruz Roja.
- Como regla general, y salvo excepciones bien justificadas, ningún paciente con una puntuación total < de 33,33 puntos debería ser enviado a un dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario.

b) las siguientes recomendaciones:

- Los resultados obtenidos nos conducen a recomendar la utilización de este Instrumento de derivación a pacientes para los que se solicita un dispositivo de media estancia y/o un dispositivo como la Cruz Roja.
- La utilización de este Instrumento permitirá disminuir la variabilidad en la derivación y utilizará las mismas escalas para valorar la dependencia.
- Teniendo en cuenta los dispositivos asistenciales de media estancia y Cruz Roja actualmente existentes en Gipuzkoa se recomienda el punto de corte ponderado de 33,33 a partir del cual un paciente puede ser derivado a estos dispositivos.
- Sería deseable que cualquier paciente que entre en un dispositivo asistencial de media estancia tenga al ingreso un proyecto de salida con el objeto de utilizar el dispositivo asistencial para aquello que esta concebido evitando estancias innecesarias una vez que el proyecto de atención haya acabado.

3. DERIVACIÓN DE PACIENTES DURANTE EL AÑO 2004

Se presentan los datos de los pacientes para los que se ha solicitado un servicio sanitario de media estancia y/o un servicio sociosanitario durante el año 2004 y evaluados por el Servicio de Admisión del Hospital Donostia

Ámbito del estudio: Territorio Histórico de Gipuzkoa (673.563 habitantes).

El periodo de estudio: enero-diciembre 2004.

El Instrumento utilizado: "Instrumento de valoración sociosanitaria".

El tiempo medio utilizado para la realización de la valoración por paciente ha sido de 18 minutos.

Se han incluido todos los pacientes para los que se ha solicitado un dispositivo asistencial adaptado a sus necesidades. Los incluidos en el trabajo han debido de cumplir las siguientes características:

- Disponer de la información completa del protocolo de valoración.
- Proceder de los niveles asistenciales que hasta ahora realizaban la demanda. La mayoría de las veces de un Hospital de agudos aunque a lo largo del estudio se han incorporado algunas demandas procedentes de otros niveles asistenciales y en el caso de la Cruz Roja las demandas provenientes de Media estancia y de Servicios Sociales.

Criterios de exclusión

- Documentación incompleta.
- Exitus antes de la intervención del evaluador.
- Procesos intercurrentes agudos.

4. RESULTADOS

4.1. Generales

Se han evaluado 1.363 pacientes.

4.1.1. Género y Edad

Se ha realizado la evaluación a 639 hombres y 724 mujeres. Los hombres son siempre mayoría en edades menores de 75 años. Esta realidad cambia, sobre todo, a partir de los 80 años en que predominan las mujeres. De forma global, el 53,1 % de las derivaciones corresponden a mujeres. La distribución por edad y género puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad y género				
Edad		Hombre	Mujer	Total
< 50	N	51	16	67
	%	8,0	2,3	4,9
50-54	N	27	9	36
	%	4,2	1,2	2,6
55-59	N	31	15	46
	%	4,9	2,1	3,4
60-64	N	43	18	61
	%	6,7	2,5	4,5
65-69	N	53	28	81
	%	8,3	3,9	5,9
70-74	N	94	74	168
	%	14,7	10,2	12,3
75-79	N	134	135	269
	%	21,0	18,6	19,7
80-84	N	112	193	305
	%	17,5	26,7	22,4
85-89	N	68	139	207
	%	10,6	19,2	15,2
90 y más	N	26	97	123
	%	4,1	13,4	9,0
TOTAL	N	639	724	1.363
	%	46,9	53,1	100

4.1.2. Residencia de los pacientes

La mayoría de los pacientes, 1.358, son residentes en Gipuzkoa (99,6%), 904 (66,32%) viven en la comarca Donostialdea (Hondarribia-Zarautz). De éstos 549 residen en Donostia, 91 en Irún, 100 en Renteria, 59 en Pasaia, 43 en Hernani y 32 en Zarautz.

4.1.3. Tasas de derivación según Comarca Sanitaria

Tal y como se puede observar en la tabla 2, la tasa de derivación por 10³ habitantes más alta se da en la Comarca de Donostialdea en todos los grupos de edad. En los mayores de 75 años esta tasa es de 42,38 x 10³ en la comarca de Donostialdea.

Comarca	Total	<65 años	65-74 años	75 y + años
Alto Deba	0,79	0,19	1,18	6,30
Bajo Deba	1,01	0,13	2,79	7,06
Bidasoa	1,51	0,29	2,96	13,04
Donostia	3,13	0,40	4,87	24,35
Gipuzkoa	2,05	0,44	4,49	18,03
Goierri	1,17	0,30	2,03	8,61
Tolosa	2,17	0,53	4,30	16,36
Total	1,95	0,35	3,59	15,82

4.1.4. Hospital y servicio solicitante

La mayoría de las solicitudes corresponden a Hospitales de Agudos (76,3%). De entre éstos el Hospital Donostia es quien más solicitudes ha realizado 801/1363. Los tres centros de Atención Primaria que de forma experimental han participado en este trabajo han derivado 14 pacientes. Son los servicios de Medicina Interna (449), Traumatología (279), Neurología (178), Neurocirugía (85), Cirugía General (70), Digestivo (33), Cirugía Vascul y Angiología (10) y Oncología (9) quienes más solicitudes han realizado.

4.2. Subescala médica

Los componentes de la subescala médica son los siguientes: Mini-Mental; estado funcional; diagnóstico principal, patología asociada y tratamiento actual.

4.2.1. Mini-Mental. Test MEC

Para evaluar la capacidad cognitiva, el Instrumento utiliza el test MEC. Sobre un total de 1363 pacientes 295 (21,6%) tienen una afectación cognitiva grave. El 60,7 de los pacientes evaluados no tienen afectación cognitiva o ésta es discreta.

4.2.2. Estado funcional

Algo más de seis de cada cien pacientes están encamados (6,2%) el 100% del tiempo. El 26,6 de los pacientes son asintomáticos o tienen una clínica mínima.

4.2.3. Diagnóstico

Los diagnósticos principales de estos pacientes que figuran al alta del hospital de agudos son diversos. Se observa que cuatro grupos diagnósticos (ECVA, fracturas, neoplasias y enfermedades osteoarticulares) representan algo más de la cuarta parte de los diagnósticos principales de los pacientes (26%).

Se constatan como patologías asociadas la Diabetes mellitus (17,3%), la enfermedad vascular periférica (15,2%), el déficit sensorial asociado (14,4%) y la insuficiencia cardiaca (13,8%) en algo más de un paciente de cada seis.

4.2.4. Tratamiento actual

En la tabla 3 se describen los tratamientos actuales de los pacientes. El 68,3 de los pacientes requieren de un tratamiento complejo (tratamiento que precisa una vigilancia clínica y analítica) ya que sus márgenes terapéuticos se tienen que mantener dentro de unos límites para evitar efectos secundarios graves (Sintron, insulina, Oxígeno) y casi el 30% precisan de terapias rehabilitadoras.

Tabla 3. Tratamiento actual		
	N (1363)	%
No complejo	0	-
Complejo	931	68,3
Curas	427	31,3
Apoyos especiales	600	44,0
Terapias rehabilitadoras	397	29,1

4.3. Subescala enfermería

La subescala de enfermería tiene los siguientes componentes: Índice de Barthel, curas de enfermería, Instrumentos de las AVD (OARS) y funciones superiores.

4.3.1. Dependencia física

Para conocer el nivel de capacidad de realización de las Actividades básicas de la Vida Diaria (AVD), el Instrumento utiliza el Índice de Barthel.

El análisis de la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) de los pacientes estudiados se ha clasificado en diferentes niveles en función de la puntuación obtenida.

El Índice de Barthel de los pacientes presenta la distribución de los niveles de dependencia que se describen en la tabla 4.

	N (1363)	%	% acumulada
Autónomo	14	1	1
Dependencia leve	140	10,3	11,3
Dependencia física moderada	167	12,3	23,6
Dependencia física severa	230	16,9	40,4
Dependencia física total	812	59,6	100

Se derivaron 812 pacientes con una dependencia física total. El 1% de los pacientes era autónomo en el momento de la valoración

4.3.2. Cuidados de enfermería

En la tabla 5 se describen los cuidados de enfermería que precisan estos pacientes. Cinco de cada 10 pacientes utilizan pañal y el 10% de los pacientes precisan más de una cura.

	N (1363)	%
Sonda nasogástrica	44	3,2
Ostomias	41	3,0
Sonda vesical	164	12,0
Pañales	673	49,4
Suero/Oxígeno	291	21,3
Necesita una cura	305	22,4
Necesita mas de una cura	136	10,0

4.3.3. Instrumento de las AVD

En la tabla 6 se recogen 7 actividades de la vida diaria y la capacidad de autonomía de los pacientes para realizar cada una de ellas.

Tabla 6. Instrumentos de las AVD						
	Autónomo		Con ayuda		Dependiente	
	n	%	n	%	n	%
Puede utilizar el teléfono	490	36,0	451	33,1	422	31,0
Es capaz de viajar	422	31,0	109	8,0	832	61,0
Puede ir de compras	482	35,4	48	3,5	833	61,1
Puede prepararse la comida	491	36,0	30	2,2	842	61,8
Puede hacer actividades domésticas	495	36,3	20	1,5	848	62,2
Puede tomar la medicación	438	32,1	357	26,2	568	41,7
Puede utilizar el dinero	485	35,6	311	22,8	567	41,6

4.3.4. Funciones superiores

La medida de las funciones superiores en este Instrumento se ha realizado teniendo en cuenta el nivel de orientación, la capacidad de comunicación, el lenguaje y el comportamiento psíquico. Del total de pacientes, 722 estaban totalmente orientados en el momento de la valoración, 883 se comunicaban de forma espontánea y solo el 5,3% de los mismos presentaban trastornos del comportamiento con riesgo.

4.4. Subescala social

La subescala social tiene los siguientes componentes: situación familiar, situación de convivencia, grado de relación familiar, características de la vivienda, situación económica del paciente y de su núcleo familiar y atención sociosanitaria que recibe el paciente.

Algo más del 25% de los pacientes queda clasificado en la situación familiar con 4 puntos, es decir, existe claudicación familiar o bien no tienen familia directa.

Más de la mitad de los pacientes viven con la familia de manera estable o bien en una residencia y el 39,6% de los pacientes vive solo o con otro familiar de edad similar o superior.

En el apartado de grado de relación familiar, el 63,9% de los pacientes dice tener una buena relación familiar.

Respecto a la vivienda hay que señalar que cuatro de cada diez pacientes refieren que sus viviendas disponen de suficientes condiciones de habitabilidad pero que hay barreras arquitectónicas y/o falta de espacio (respuesta 2).

De los pacientes estudiados, 540, (39,6% del total) quedan situados en un nivel de puntuación 4 de atención sociosanitaria (no reciben servicio de atención domiciliaria a pesar de precisarlo, no pueden ser dados de alta a domicilio, situación que no puede mantenerse en el domicilio), y 431 personas (31,6%) se sitúan en un nivel de puntuación 3, (situación precaria a domicilio o residencia privada, recursos sanitarios y sociales insuficientes).

4.5. Dependencia

Del total de 1.363 pacientes valorados, el 39,2 % tenía un deterioro cognitivo entre moderado y severo. Cerca de la mitad de los pacientes, hacían una vida cama/silla o estaban totalmente encamados. El 76,5% de los pacientes, es dependiente total o severo a la hora de realizar las AVD.

4.6. Puntuaciones medias

Las puntuaciones medias no ponderadas obtenidas según las subescalas así como sus desviaciones estándar pueden observarse en la tabla 7. La puntuación total obtenida es la media de la suma ponderada de cada una de las subescalas.

	Media	DE
Médica	49.8	12.6
Enfermería	53.5	22.7
Social	15,3	3.6
TOTAL	52.3	11.1

4.7. Destino al alta

La mayoría de los pacientes, 1094 (80,3%), han sido derivados a un dispositivo de media estancia. De éstos 471 (34,6%) a Amara y 441 (32,4%) a Matía. Al Centro socio-sanitario de Cruz Roja se han enviado 182 (13,4%) pacientes. Hay que destacar que 46 pacientes (3,4%) son enviados al domicilio de referencia anterior al ingreso del Hospital.

5. CONCLUSIONES

1. La aplicación de los criterios de derivación de la herramienta ha permitido asignar el dispositivo asistencial o sociosanitario más adecuado a cada paciente candidato según su nivel de dependencia y complejidad clínica. Ello ha permitido disminuir la variabilidad en la derivación.
2. Este cuestionario de derivación ha demostrado ser un instrumento de medición, centrado en los pacientes, que permite conocer de forma objetiva las necesidades de cuidados de los pacientes derivados a otros niveles asistenciales y sociosanitarios.
3. En un elevado número de pacientes ancianos dependientes el componente social está presente en el momento del alta hospitalaria. Ahora bien, desde el mundo sanitario, deberíamos trabajar en protocolos que nos permitan detectar precozmente estos aspectos sociales con el fin de derivar su abordaje a los servicios sociales competentes.
4. A partir de los resultados obtenidos es necesario establecer para cada paciente un **proyecto individualizado** en donde se recoja los *objetivos de atención a alcanzar* con su ingreso en media estancia y la *concreción del proyecto de salida*. Estos principios constituirán la base de la evaluación de la calidad de estos servicios asistenciales.
5. La no disponibilidad de camas de un determinado perfil obliga, en ocasiones, a derivar al paciente a otro dispositivo asistencial (siempre de un nivel superior al que le corresponde) produciéndose una discordancia entre la valoración realizada y el destino del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Validación del instrumento de valoración sociosanitaria Costa de Ponent. 2000.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. "El model d'atenció sociosanitaria a Catalunya. Pla de Salut". *Quadern*, nº 5, 1994.
- EIROA, P.; VÁZQUEZ-VIZOSO, FL.; VERAS, R. "Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud". *OARS-Vigo Med Clin (Barc)*, 1996; 106: 641-648.
- ABELLÁN, A. *Las personas mayores en España. Informe 2002. Longevidad y estado de salud*. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO-CSIC.
- BARTHEL, DW.; MAHONEY, F.I. (1965): "Functional evaluation: Barthel Index". *Md State Med. J*, 1965; 14: 61-65.
- JIMÉNEZ LARA, A. y HUETE GARCÍA (2002): *La discapacidad en España: Datos epidemiológicos*. Real Patronato sobre Discapacidad. Documentos; 62/2002.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. CIF Ginebra.

- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social (2002). Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència.
- TILQUIN, C.; SICOTTE, C.; D'HOORE, W.; PORTELLA, E. (1996). "Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados". *Revista de Gerontología*, Vol 6.
- CASADO, D.; LOPEZ i CASSANOVAS (2001) "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración". *Colección Estudios Sociales*, núm 6. Fundación Caixa.
- Consejo de Europa (1998) recomendación No.R (98)9 del Comité de Ministros relativa a la Dependencia.
- BRAÑA, F.J.; MONSERRAT, J. (2002) *Los costes asociados a la dependencia de las personas mayores*.
- Declaración de Madrid. Congreso Europeo sobre discapacidad (2002). "No –discriminación más acción positiva es igual a inclusión social.
- GARCÍA AMEIJERAS, C. et al. "Utilidad de un instrumento de valoración gerontológico multidisciplinar en la asignación de recursos sanitarios". *Aten Primaria*, 1997; 20: 506-510.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro blanco sobre la "atención a las personas en situación de dependencia en España". Madrid: 2004.