

AVANCES EN POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS EN EXTREMADURA.

MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO

Adjunto a la Dirección Gerencia. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

miguel.simon@salud-juntaex.es

PALABRAS CLAVE

Atención sociosanitaria, SEPAD, salud mental, discapacidad.

RESUMEN

En los últimos 15 años, Extremadura ha desarrollado una serie de políticas orientadas hacia el desarrollo de atención sociosanitaria a partir de un compromiso inicial que se materializó en Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010. El Plan Marco facilitó la definición del desarrollo de recursos y de su coordinación en un escenario en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente y permitió la creación de estructuras de coordinación socio-sanitaria en diversos niveles de atención. En este artículo, se actualizan las iniciativas recientes en este ámbito, materializadas en el documento del Plan de Acción de Discapacidad Intelectual y Salud Mental, que se enmarca en el Modelo Integrado de Atención a la discapacidad.

KEYWORDS

Health and social care, SEPAD, mental health, disability.

ABSTRACT

In the last 15 years, Extremadura has developed a series of policies focused on development of social and health care based on an initial commitment materialized in the 2005-2010 Framework Plan for Social and Health Care in Extremadura. This Plan defined the development of resources and their coordination in a scenario in which health care and social care work effectively and efficiently and allowed to create coordination structures of social and healthcare services at various levels of care. This article updates recent initiatives in this area, materialized in the Action Plan on Intellectual Disability and Mental Health, which is part of the Integrated Model of Care for Disability.

1. INTRODUCCIÓN: TRAYECTORIA DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN EXTREMADURA.

La Atención Sociosanitaria comprende los cuidados de larga duración de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas que requieren cuidados sanitarios intensos y continuados y apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Este conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias ya existía en Extremadura y otras regiones, aunque sin un marco de acción específico que delimitase objetivos claros y acciones concretas. Para abordar las necesidades sociales y sanitarias de forma conjunta es necesario superar la organización y división tradicional de los sistemas de servicios sociales y sanitarios, favoreciendo, además, la coordinación y atención conjunta. El hecho de que no exista un sistema social universal, accesible y transversal dificulta la existencia de una adecuada coordinación sociosanitaria.

Algunos acontecimientos que han tenido lugar en las últimas décadas han permitido la progresiva superación de esta disyuntiva. La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla por primera vez la inclusión de determinadas prestaciones denominadas sociosanitarias en el sistema sanitario, como la rehabilitación y la atención de larga estancia. Ya en el año 2002 con la creación del Servicio Extremeño de Salud (SES), comienzan a desarrollarse programas transversales que contemplaban las necesidades sanitarias y sociales de las personas, apostando por una atención integral. En 2003 se crea en Extremadura la Dirección General de Atención Sociosanitaria incluida en el Servicio Extremeño de Salud, que integra dentro del sistema sanitario los programas de atención que incluyen prestaciones sanitarias y sociales. Por otro lado, los trabajos previos a la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, promovieron una redefinición de las prestaciones sociales existentes. En este contexto, se aprueba en Extremadura el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010. Su objetivo principal es establecer en la Comunidad un modelo para el desarrollo de servicios sociales y sanitarios y el establecimiento de mecanismos de coordinación entre ambos sistemas sobre la base de programas integrados. En este sentido el modelo se basa en la apuesta por el desarrollo de servicios complementarios entre ambos sistemas sin necesidad de crear un tercer espacio, que queda reservado para las propias estructuras e instrumentos de coordinación. Para ello, se definieron las competencias, prestaciones y servicios de cada espacio, lo que permitiría poner en marcha nuevos servicios y reorientar los ya existentes, se plantearon mecanismos de coordinación basados en la gestión del caso, la zonificación conjunta, los sistemas de información y los espacios de definición y valoración de la atención integrada en todos los niveles organizativos. Se trataba de conseguir una mayor accesibilidad y la prestación garantizada de los servicios necesarios.

En 2008 desaparece la Dirección General de Atención Sociosanitaria, y se crea la Consejería de Sanidad y Dependencia y en ella el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).

El SEPAD, actualmente encuadrado en la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, tiene por objetivo promover actuaciones encaminadas a prevenir y atender las situaciones de dependencia que presentan algunos colectivos más vulnerables, como personas mayores, personas con deterioro cognitivo, personas con discapacidad o personas con patologías de salud mental, tratando de promover su autonomía.

Para la coordinación de los procesos y programas de atención que tienen una perspectiva intersectorial entre el sistema sanitario y el social se lleva a cabo a través de las siguientes estructuras conjuntas formadas por el SES y el SEPAD:

- **Comisión Sociosanitaria Comunitaria:** Es el primer nivel de la coordinación socio-sanitaria. Su función es garantizar los servicios sociales y sanitarios en el contexto inmediato de los ciudadanos. Comprende los equipos de atención primaria de salud y de los servicios de atención social básica, si bien su desarrollo ha sido escaso.
- **Comisión Sociosanitaria de Área:** Evalúa experiencias, procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para transmitir las necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios. La estructura territorial en Gerencias de ambos sistemas y coincidentes territorialmente permiten dicha coordinación.
- **Comisión de Asuntos Socio-sanitarios:** es la responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación socio-sanitaria, garantizando el desarrollo de actuaciones sociosanitarias en el ámbito autonómico. Está compuesta por los Directores Generales autonómicos competentes en materia de asistencia sanitaria y atención a la dependencia, por los Jefes de los Servicios de Programas y procesos de los dos ámbitos, y por dos representantes de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Algunos planes y servicios desarrollados a través de la coordinación sociosanitaria en Extremadura son los siguientes:

- Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura [PIDEX].
- Plan de Salud Mental de Extremadura.
- Recursos asistenciales de atención sociosanitaria, esencialmente destinados a la atención de las necesidades de hospitalización y residencia prolongadas, complementarios y con financiación conjunta.
- Guías farmacoterapéutica para centros residenciales para personas mayores dependientes.
- Planes de formación conjuntos.
- Telemedicina en centros residenciales para personas dependientes. (inicio 2010).
- El ejercicio te cuida (2006).
- Implantación de programas sanitarios en centros residenciales: seguridad del paciente, tratamientos anticoagulantes orales, atención a la dependencia al final de la vida, programa del dolor.

- Protocolo conjunto para la mejora de la atención temprana.
- Acceso al sistema de información sanitario [JARA] a profesionales sanitarios en centros de atención a la dependencia.
- Estrategia de atención a la cronicidad.
- Neuro rehabilitación en daño cerebral sobrevenido [DCS] y atención a la dependencia.
- Integración y estatutarización de los médicos de centros del SEPAD al SES.
- Desarrollo de Programas Asistenciales Integrados conjuntos: trastorno mental grave, Esclerosis Lateral Amiotrófica...

El SEPAD y el SES tienen por objetivo continuar avanzando en el desarrollo de la atención socio sanitaria, favoreciendo la acción conjunta de los servicios sociales y sanitarios. En este contexto surge la necesidad de abordar uno de los aspectos peor resueltos por parte de ambos sistemas y donde se escenifica la necesidad de atención social y sanitaria conjunta: la atención a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual que presentan problemas de salud mental y/o de conducta. Para ello, se ha elaborado el Plan de Acción de Discapacidad Intelectual y Salud Mental que desarrolla un **Modelo integrado de atención a discapacidad** y que a continuación se detalla.

2. MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD.

La atención a las personas con discapacidad es uno de los campos donde la coordinación entre los sistemas social y sanitario resulta de especial relevancia. El documento técnico “Modelos Integrados de Atención a la Discapacidad”, realizado por el Observatorio de Modelos Integrados de Salud, OMIS, de New Health Foundation, y el Observatorio Estatal de la Discapacidad y financiado por el SEPAD, pretende proporcionar información sobre las experiencias de atención integrada en España en discapacidad, analizarlas y realizar una propuesta de diseño de herramientas para favorecer la integración de los modelos sociales y sanitarios.

Recientemente se ha producido un cambio en el paradigma de la atención hacia la discapacidad, apostando por un modelo de **atención integrada**, desde la que se trata de mejorar la atención hacia la persona mediante la integración o coordinación de los servicios prestados, promoviendo una atención centrada en la persona y reconociendo sus necesidades bio-psico-sociales. El colectivo de personas con discapacidad tiene intensas necesidades de atención y apoyos sociales y sanitarios, de un tipo distinto o en una cantidad mayor de lo que precisan otras personas, pues este colectivo se caracteriza por presentar habitualmente condiciones crónicas. Esta necesidad de atención integrada es más evidente en las personas con una discapacidad severa, en los casos en los que existe una situación de dependencia, cuando la discapacidad deriva de una enfermedad mental progresiva limitante o de un trastorno mental o cuando existe un alto grado de morbilidad asociado a la discapacidad. De este modo, la atención integrada favorece un abordaje global de la discapacidad que se centra en las necesidades de la persona y que tiene por objetivo mejorar su calidad de

vida. Desde este paradigma se pretende superar la fragmentación de las respuestas de los diferentes servicios, garantizando unos cuidados continuos y adecuados en función de sus necesidades.

Para que exista un sistema de atención integrada adecuado, es necesario que el sistema sanitario esté orientado a la cronicidad. Además, debe incorporar servicios y prestaciones de atención a la dependencia y a la discapacidad, apoyo a la red social, estrategias educativas y de integración social y comunitaria. Todas estas actuaciones deben articularse formando redes de atención integrales que se basen en las necesidades de las personas a las que se dirigen. Por otro lado, debe existir un sistema de Servicios Sociales adecuado y definido, sustentado sobre un marco normativo que garantice la accesibilidad y la cobertura universal, definiendo los servicios ofrecidos y los mecanismos de planificación y gestión de los mismos.

Los modelos de atención integrada dirigidos al colectivo de personas con discapacidad deben incluir niveles de intervención que abarquen desde el entorno más cercano o micro hasta un nivel macro de modelos, planes y programas. Deben ser modelos inclusivos, centrados en la persona y en su familia, sus necesidades y su evolución, desde un enfoque proactivo. Es necesario que contemplen una evaluación holística y que utilicen un plan individualizado de atención y cuidados, aplicando la metodología de gestión de casos, basada en la participación social y la autonomía personal, que facilita el acceso a los recursos más indicados de cada usuario. En el desarrollo de estos modelos debe darse un trabajo interdisciplinar entre los profesionales, contando con estructuras de coordinación de la gestión y una clara definición de los niveles de atención, garantizando la elección de más adecuado según el caso y la continuidad entre ellos. La innovación tecnológica y la flexibilización del modelo financiero son aspectos esenciales para que el modelo de atención integrada se desarrolle de forma óptima. Finalmente, la atención integrada necesita la coincidencia de los mapas sociosanitarios y el desarrollo de planes sociosanitarios con objetivos definidos, compartidos y evaluables.

En España existe un importante número de actuaciones de atención integrada a personas con discapacidad, recogidas en el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) de New Health Foundation. Estas actuaciones pueden clasificar en función de su *especificidad*, si los recursos se dirigen a toda la población o hacia un colectivo determinado, y en función de su *especialización*, en función de si se trata de recursos de atención primaria o especializada. La combinación de estos criterios da como resultado cuatro categorías de experiencias:

- Experiencias que prestan servicios desde los recursos generales para toda la población; atención primaria social y sanitaria.
- Experiencias que prestan servicios desde recursos especializados para toda la población; atención especializada social y sanitaria.
- Experiencias que prestan servicios desde recursos creadas para atender a colectivos con necesidades especiales.

- Experiencias que combinan servicios, unidades y centros de diferentes niveles de atención.

En Extremadura se han identificado muchos elementos necesarios para constituir un **sistema de cuidados integrados** para personas con discapacidad. Algunos de ellos se detallan a continuación:

- Con respecto a los servicios, Extremadura cuenta con experiencia de trabajo en equipos multidisciplinares y de valoración conjunta de necesidades, como las que surgieron en el contexto del PIDEX, el desarrollo de las camas de atención Sociosanitaria (denominadas “T”), la valoración conjunta de las necesidades de atención a las personas con trastorno mental grave o las comisiones de valoración de casos.
- Sobre los profesionales, existe un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013, que incluye estrategias de mejora en la calidad de la atención por parte de los profesionales y experiencias de formación conjunta.
- En la gestión y los procesos, gracias al Plan Marco de Atención Sociosanitaria se desarrollaron estructuras de coordinación a nivel básico (comisiones sociosanitarias comunitarias), de zona (comisiones sociosanitarias de área) y la Comisión de Asuntos Sociosanitarios. Actualmente, actúa la Comisión Mixta de Coordinación Sociosanitaria entre el SES y el SEPAD. Destaca también el Nodo de Atención Personalizada en Enfermedades Raras, otro modelo de una estructura de coordinación sociosanitaria que facilita una atención integral hacia el colectivo de personas con enfermedades raras, existiendo además un protocolo de coordinación para garantizar un abordaje integral de los niños y niñas con enfermedades poco frecuentes escolarizados en Extremadura.
- Con respecto a los sistemas de información, destacan iniciativas como el programa de tele-consultas programadas entre los servicios médicos de atención hospitalaria y el Centro de Atención a personas con demencia “El Valle” (Montijo, Badajoz) y el sistema de información sanitario JARA del SES, al que pueden acceder profesionales del SEPAD para consultar información sobre los usuarios.
- En el desarrollo de un adecuado modelo de financiación, Extremadura impulsó el Marco de Atención a la Discapacidad (MADEX), configurando una nueva relación entre la Administración y las entidades que prestan servicios basada en convenios-programas, esencial para la consolidación de los servicios sociales especializados de atención a la discapacidad. Recientemente el MADEX se está sometiendo a un proceso de reforma para adaptarlo al contexto actual. Ejemplo de ello es también el modelo de financiación conjunto entre el sistema sanitario y el social de las camas denominadas “T2”.
- La comunidad de Extremadura cuenta con modelos, planes y programas que abordan cuestiones sociosanitarias en discapacidad, tanto a nivel general como específico. En el

ámbito de las enfermedades poco frecuentes existe el Plan Integral de atención a las Enfermedades Raras en Extremadura (2010-2014), además del Plan de Salud Mental, donde se contempla un modelo de atención integrada a personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. Recientemente, además, ha desarrollado el Plan de Acción de Discapacidad Intelectual y Salud Mental y está a punto de finalizar el Protocolo de Coordinación en Atención Temprana, ejemplo de esta coordinación.

Por la especial relevancia del Plan de Acción de Discapacidad y Salud Mental, al constituir un ejemplo de las actuaciones integradas en esta materia, nos detendremos brevemente en él.

Durante años, la posibilidad de que las personas con discapacidad intelectual presentasen una enfermedad mental ha sido minusvalorada tanto por profesionales como por gestores sanitarios, al considerarse un problema inherente a la propia discapacidad intelectual, o al considerarse una consecuencia inevitable de la misma. Podríamos decir, pues, que la coexistencia de ambos trastornos, en lo que podríamos denominar patología dual (discapacidad intelectual y trastorno mental), generalmente no ha sido reconocida y ha sido casi siempre infradiagnosticada y consecuentemente, no tratada. Además, la inclusión comunitaria de las personas con discapacidad intelectual ha ido siempre de la mano de los servicios sociales y del tercer sector como veladores principales de sus necesidades, lo que ha contribuido a invisibilizar las necesidades sanitarias de un grupo de pacientes que además son más susceptibles de exclusión, malos tratos y abuso de fármacos.

Por ello era necesario proporcionar un marco de actuación que propusiera un modelo de intervención basado en las necesidades de la persona, definiera el proceso de atención y los recursos necesarios y desarrollara mecanismos de coordinación entre ambos sistemas.

En este sentido el Plan, además de asumir como principios básicos de la intervención los nuevos modelos de atención a las personas con discapacidad basados en la atención centrada en la persona y la intervención mediante el apoyo conductual positivo, plantea, desde la perspectiva organizativa y de la provisión de los servicios los siguientes principios.

- 1) Prestación de cuidados basada en un modelo de atención a la persona compartido por todos los dispositivos y servicios que forman parte de la red sanitaria y de la red social de discapacidad.
- 2) Separación de la atención prestada en el sistema sanitario y en el social, acorde al modelo de atención socio-sanitario de Extremadura, que plantea una separación competencial entre ambas redes y una complementariedad entre las mismas.
- 3) Mejora de la atención prestada a la persona con discapacidad intelectual y con problemas de salud mental en los diversos recursos de atención ya existentes, tanto en el primer

nivel de atención, como en el segundo. Dicha mejora pretende maximizar su capacidad de atención, como elemento clave de la accesibilidad, garantizar la continuidad del paciente en su entorno natural y proporcionar una atención lo más normalizadora posible. Dichos recursos serían:

- a) En el sistema sanitario: Atención primaria y atención especializada de salud mental, dependientes del SES.
 - b) En el sistema social: Servicios Sociales de atención básica y servicios sociales de atención especializada, tanto de discapacidad como de salud mental, dependientes del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).
- 4) Desarrollo de servicios especializados de “tercer nivel” en ambos sistemas, que complementen y apoyen en determinados casos la atención prestada por los sistemas anteriores y en concreto en el ámbito de la atención ambulatoria, hospitalaria y residencial.
- 5) Desarrollo de mecanismos de relación, comunicación y coordinación que garanticen la atención integral, la continuidad de la asistencia y que esté basada en un proceso de atención único.
- 6) En los diferentes niveles, es de suma importancia la coordinación con los profesionales (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional y personal de atención directa) de los centros especializados en personas con discapacidad intelectual y/o con los familiares.

No obstante, existen ciertos ámbitos en los que la comunidad de Extremadura tiene aún un camino que recorrer en el desarrollo la atención socio sanitaria. Uno de ellos es el desarrollo de herramientas de valoración socio sanitaria estructuradas y compartidas por los profesionales sociales y sanitarios. Con respecto a la persona y su círculo de cuidados, en Extremadura no existen estrategias de identificación proactiva de personas con necesidades sociales y sanitarias. También es preciso desarrollar aún más los espacios de formación conjunta de profesionales y de conocimiento mutuo, en los que se forme a los profesionales para el trabajo interdisciplinar. Así mismo, aún no existe una historia social y sanitaria unificada, debido al escaso desarrollo de los sistemas de información en el ámbito social.

Los sistemas integrados constituyen una herramienta adecuada para atender a las personas con discapacidad, sin centrarse en sus limitaciones, sino en sus necesidades y expectativas. Para ello es necesario superar los límites y fragmentaciones de los sistemas sociales y sanitarios, proporcionando una atención integrada garantizada y de calidad.

3. REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES.

En los últimos años, los modelos organizativos de atención a las necesidades que hemos definido como sociosanitarias se han centrado, casi exclusivamente, en la regulación de la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Y no es poco. De hecho, en algunos casos se ha acabado identificando la estrategia de atención sociosanitaria con dichos mecanismos, cuando no con servicios específicos.

Sin embargo el reto y quizá también el enfoque, debería ser otro. Las necesidades que presentan grupos de población cada vez más amplios, complejos e indefinidos y en los que la dependencia y la patología confluyen de manera intensa y prolongada, influyéndose de manera mutua y potenciándose en contextos sociales de ausencia o fragilidad de sus redes de apoyo, requieren un abordaje más estructural.

En primer lugar, deslindando conceptos y estableciendo modelos. En el caso de Extremadura su desarrollo implicó definir claramente y de manera integral los servicios y asignar cada uno a un sistema, sin que quedara espacio para ninguna prestación “sociosanitaria”.

En segundo lugar desarrollando una gama completa de recursos sociales y sanitarios en el que primen la prevención, la atención centrada en la persona y el enfoque integrador y comunitario. Hablamos, por tanto, de redes diversificadas de atención, lo más completas e integradas posible, claramente definidas en cuanto a su financiación y competencia y no meramente de servicios acogidos con mayor o menor fortuna a la extendida denominación de sociosanitarios.

En tercer lugar abordando de manera decidida reformas en el sistema sanitario. Cambios orientados a incorporar determinados elementos en la práctica clínica con un enfoque más preventivo, rehabilitador y comunitario, pero sobre todo, generalizando la atención al cuidado prolongado y en ocasiones, paliativo. En este sentido apuntan las estrategias de cronicidad que se van poniendo en marcha y que anticipan la necesidad de un giro lento aún, pero necesario en la atención sanitaria.

En cuarto lugar creando un sistema social. Básicamente porque los servicios sociales no se configuran aún como un sistema en términos equiparables al sistema sanitario. No lo son en cuanto a organización, cartera de servicios y mecanismos de provisión y financiación (con un papel esencial de las entidades del tercer sector de acción social y de entidades locales), normativa, sistemas de información, territorialización y por supuesto, financiación. No lo son por cuanto la dispersión organizativa, reflejo en ocasiones de la conceptual, ha impedido la visualización por parte de los ciudadanos y de los propios profesionales, de una red de servicios accesible e identificable. Todo ello genera inequidades y desequilibrios, además de graves carencias en la cobertura de las necesidades, que hacen difícil, si no imposible, hablar

de una coordinación con el sistema sanitario en condiciones de igualdad de respuesta. Surge así el desequilibrio y las lagunas en una red que en pocas ocasiones se percibe como completa y capaz de dar respuesta a las necesidades complejas de determinados ciudadanos.

Entre ellos destaca el grupo de personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental y/o trastornos de conducta, que han sido objeto de atención en el Plan de Acción que brevemente hemos descrito más arriba. Sus demandas desbordan a ambos sistemas y su falta de resolución adecuada son un ejemplo más de las carencias ya apuntadas y que acaban impactando en la calidad de la atención, su inadecuación o en un entorno familiar ya de por sí sobrecargado.

El Plan trata de aportar un modelo de atención para el abordaje de estas situaciones, partiendo de los principios generales plasmados en nuestro modelo de atención socio-sanitaria. En este caso, además, no se trata solo (aunque es imprescindible) de disponer de los servicios específicos para abordar las situaciones más complejas. En él se ejemplifica como en ningún otro la necesidad de un cambio en el modelo de abordaje por parte de gestores y profesionales, que responsabilice a cada sector en la atención de las necesidades, promueva instrumentos de coordinación, pero sobre todo, sea capaz de orientar la atención hacia la persona y sus necesidades. Solo así será posible superar algunas barreras.

4. BIBLIOGRAFÍA.

Junta de Extremadura (2005): *Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria en Extremadura. Modelo Marco. Plan Director 2005-2010*. Mérida. Junta de Extremadura (Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social).

Cid Gala, Manuel, Martín Galán, Verónica, Castellanos Pinedo, Fernando, Jiménez Lara, Antonio y Cordero Hinojal, Laura (2013): *Atención sociosanitaria al daño cerebral adquirido en Extremadura. Propuestas de intervención*. Olivenza, Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Cid Gala, Manuel, Simón Expósito, Miguel, Martín Morgado, Beatriz y Rubio González, Manuela (2016): "Atención sociosanitaria en Extremadura. Más allá de la cronicidad", *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, núm. 18 (noviembre), Año VI, pp. 49-62.

Martín Morgado, Beatriz, Torres Solís, Ignacio, Casado Rabasot, María Paz, López Rodríguez, María Isabel, Rodríguez Pérez, Beatriz y Torres Cortés, Rosa (2017): *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020*. Mérida. Junta de Extremadura.

Observatorio Estatal de la Discapacidad (2017). *Modelos de Atención a la Discapacidad*. Recuperado de: <http://observatoriodeladiscapacidad.info/documentos/extremadura/109-modelos-integrados-de-atencion-a-la-discapacidad.html>