

“La atención a la salud mental en Euskadi. Modelo de abordaje, recursos existentes, necesidades detectadas y coordinación entre sistemas”.

XLI Edición de los Cursos de Verano de la UPV/EHU

Mesa Redonda: “Necesidad de coordinación intersectorial para la atención de la salud mental en las políticas públicas”.

Ponencia: “Problemas de coordinación sociosanitaria”

Gotzon Villaño Murga. (Trabajador Social en la Red de Salud Mental de Araba)
Osakidetza SVS

Trata a la enfermedad, pero no olvides tratar a la persona”

Lema que rezaba sobre la puerta del Hospital Virchow de Berlín

Resumen.

Como profesionales del Trabajo Social, partimos de los derechos y de la garantía que el sistema público debe ofrecer a las personas que sufren necesidades y dificultades vinculadas a la Salud Mental. En este sentido consideramos imprescindible la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, para lo cual es necesaria la intervención de servicios de todos los sistemas públicos de bienestar social, siendo esenciales para ello la coordinación sociosanitaria e intersectorial, junto al trabajo en red. Asimismo, se requiere la aplicación real de un modelo de intervención que refuerce la atención transdisciplinar, la participación de las personas y familias afectadas y la toma de conciencia de la comunidad, donde el diagnóstico clínico y psico-social tienen relevancia para la intervención integral con la persona y su contexto.

Perspectiva global

En primer lugar, es importante subrayar que formaciones de este tipo son esenciales para la mejora de la intervención en Salud Mental, ya que permiten compartir preocupaciones y buenas prácticas y evidenciar la situación actual, buscando alternativas que conduzcan a cambios reales y viables.

Como trabajadores sociales tenemos muy presente la definición de la OMS sobre Salud Mental, tanto en lo relativo a los derechos de las personas como en la obligación de la garantía que debe ofrecer la salud pública a este colectivo. Por ello, en nombre de la red de profesionales de salud mental deseo trasladar nuestro agradecimiento a la oficina del Ararteko y a la Universidad del País Vasco UPV/EHU por esta iniciativa.

Igualmente deseo agradecer a tres personas que han colaborado en el presente documento: mi compañero Mikel Zarate, trabajador social de la Red de Salud mental de Bizkaia, con quién comparto muchas de estas reflexiones; a la que siempre será mi “tutora” en cuestiones académicas, Charo Ovejas, profesora

de al Facultad de Relaciones Laborales y Trabajo Social de esta universidad, y a mi amigo Vicente Perales por las elocuentes ilustraciones que me ha regalado para la presentación escrita.

A lo largo de estos cursos de verano se han abordado cuestiones esenciales relativas a la prevención y la relevancia que la atención primaria tiene en ello, que se ha visto muy agravada con la actual pandemia, también se han puesto en evidencia algunas de las fortalezas del actual modelo de Salud Mental en Euskadi, pero por desgracia las numerosas debilidades, destacando entre ellas las dificultades vinculadas a la coordinación sociosanitaria y al trabajo en red.

Partiendo de estas cuestiones, que claramente compartimos, deseamos subrayar varios elementos esenciales que suponen en muchas ocasiones graves dificultades para las personas que padecen problemas de salud mental:

- La coordinación intersectorial, no solo la coordinación sociosanitaria.
- La importancia del trabajo en red.
- La necesidad de contar con recursos públicos suficientes y adecuados para este colectivo.

La implantación de un modelo de intervención que refuerce:

- La intervención transdisciplinar, más allá de la intervención multi y/o interdisciplinar.
- La participación directa de las personas afectadas, no deben ser solo un "colectivo diana".

La toma de conciencia de la comunidad de la situación, haciendo el trabajo comunitario esencial en este proceso.

Nuestra propuesta parte de los derechos de las personas que padecen enfermedad mental y la necesidad de la coordinación entre sistemas, pero también del cambio de visión e intervención hacia un modelo de recuperación en el que sea la persona quién dirija su propia vida. Este modelo provoca un cambio de actitud en las personas profesionales, conlleva un enfoque en las capacidades y fortalezas de la persona, que se involucra y se empodera en su propia recuperación. Las palabras que la definen son: la esperanza, la inclusión social y el control sobre su propia vida.

Como profesionales del Trabajo Social, debemos promover "el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social" (FITS, 2014). En este sentido, se trata de garantizar el ejercicio de ciudadanía, promoviendo el desarrollo de derechos a las personas con enfermedad mental y trabajar en una intervención pública adecuada, es la idea clave que deseamos trasladar en esta ponencia.



Coordinación entre sistemas

Respecto a la coordinación sociosanitaria e intersectorial y la necesidad del trabajo en red, de acuerdo con Fernando Fantova (2014), consideramos que la intervención debe realizarse desde todos los sistemas de protección social que él cita: la salud, la educación, los servicios sociales, el empleo, el alojamiento y la subsistencia, requiriendo una intervención intersectorial.

La intervención e implicación de cada uno de los sistemas se hace imprescindible para que las personas que padecen enfermedad mental disfruten de un bienestar personal y social. La OMS habla de la coordinación de acciones entre sistema de salud y los demás sistemas pertinentes, mientras que la norma española solo habla de actuaciones sinérgicas entre servicios de salud y sociales. En este sentido, Agustina Hervás (2014) advierte que podrían quedar fuera las sinergias necesarias para trabajar la inserción laboral o para atender a personas con dificultades de movilidad, incluso aquellas necesarias para atender a los menores en el sistema educativo.

En Salud Mental, nos encontramos en nuestro día a día con pacientes que durante largas temporadas tienen que permanecer en hospitales psiquiátricos por no disponer de recursos de alojamiento comunitarios, dificultando el alta de estos pacientes. Estos son problemas que tienen que ver con la escasez e inexistencia de recursos comunitarios o la poca adecuación de los existentes para algunas personas con enfermedad mental. Pero, además nos parece muy preocupante el escaso eco institucional y social que tienen las demandas de estas personas, que ni siquiera tienen la opción de expresarlas.

Desde este prisma nos referiremos de aquí en adelante a la necesidad de coordinación, quizá integración, de todos estos sistemas, no sólo limitado a la coordinación entre servicios sociales y salud.

En lo referente a la política educativa podemos reflejar la sensación de fracaso del sistema cuando nos encontramos con jóvenes, que incluso con 26 años no han conseguido finalizar la enseñanza secundaria obligatoria ESO ¿se trata de fracaso escolar o fracaso del sistema? Revisando las ofertas de empleo, en muchas de las ofertas de empleo no cualificadas, uno de los requisitos es el título de Educación Secundaria, con lo que estas personas jóvenes se quedan fuera del sistema laboral. Quizás la Educación para Adultos esté apoyando a las personas que se encuentran en esta situación, pero debemos de reforzarla.

En cuanto a la implicación de la política de empleo, la participación en el mercado laboral, además de constituir una garantía de independencia económica, sigue siendo una de las fórmulas de inclusión, ya que permite ampliar las relaciones sociales y favorece el desempeño de roles sociales más adaptados en el caso de las personas con trastorno mental grave. Los datos sobre el empleo de las personas entre 16 y 64 años, según el Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad (Servicio Público de Empleo Estatal, 2021) los datos son contundentes, dicen que tan solo el 34,3% de personas con discapacidad en 2020 eran activos, frente al 76,1% en las personas sin discapacidad.

Además, los Centros especiales de empleo ofertan puestos de baja cualificación y, como consecuencia, de baja remuneración. Es preciso modelos en los que se integren todos los recursos prelaborales (ocupacionales), Centros Especiales de Empleo, empleo apoyado y empleo normalizado. Esto facilitaría que entre los diversos recursos exista una coordinación y cercanía, que facilite la transición de uno a otro sin grandes obstáculos. Sería deseable la posibilidad de homeostasis entre los cuatro niveles en función del estado de la persona usuaria, permitiendo que una persona pudiera circular de un recurso a otro en función de sus capacidades y de su estado psicopatológico. Todo este modelo no es posible si no existe una coordinación estrecha y cercana con los equipos de salud mental que atienden a la persona en su vertiente de salud.

La necesidad de una coordinación con el sistema de garantía de ingresos, hoy por hoy gestionado desde Lanbide, es imprescindible. La situación de extrema precariedad económica que sufren muchas de las personas con enfermedad mental, perceptoras de pensiones no contributivas, con cuantías inferiores a los 5.900 € anuales¹, les obliga a solicitar la Renta de Garantía de Ingresos para poder tener una mínima capacidad económica para la subsistencia. La complejidad en el lenguaje de las comunicaciones y requerimientos del sistema de RGI es el primer problema con el que se encuentran muchas personas con enfermedad mental, aunque no solo ellas. Requerimientos de documentación, recibos, los plazos², etc. ponen en peligro su medio de subsistencia por las sanciones que conlleva su no presentación. Por otro lado, la imposibilidad de que tan sólo se puedan conceder dos prestaciones RGI por cada vivienda (excepto en los alojamientos colectivos), es un grave problema. En los últimos meses desde Lanbide se ha notificado a algunas personas residentes en recursos privados de alojamiento la imposibilidad de seguir percibiendo dicha RGI en base al artículo 6.2 del Decreto 147 de Renta de Garantía de Ingresos (Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2010) ya que *“no están concertados, convenidos o contratados por la administración para la acogida, o no estar asociados a otros programas de inclusión social o sociolaboral igualmente concertados, convenidos o contratados con la administración”*.

Creemos imprescindible, la coordinación entre la persona referente en Lanbide y la trabajadora social de salud mental que atiende a esa persona. Somos conocedores de que está ya en marcha la modificación de la legislación actual (Gobierno Vasco, 2008), que esperamos que resuelva estos problemas y otros que hemos citado aquí.

Si hablamos de política de vivienda, en Euskadi tenemos un grave problema en cuanto a la carestía del alquiler de vivienda que dificulta enormemente experiencias de vida independiente de todas las personas, pero especialmente con enfermedad mental. La falta o adecuación de recursos de alojamiento para personas con enfermedad mental es una constante desde hace ya muchos años, que se ha intentado solventar con el uso de pensiones privadas. Es verdad que esa no es competencia del Departamento de Vivienda, pero también es cierto que su implicación cediendo viviendas adecuadas facilitaría mucho la creación de nuevos alojamientos. Un modelo tipo *housing first*, desarrollado en Nueva York por Padgett, D. K. Tsemberis, S., Henwood, B.F.

¹ Actualmente, pendiente del aumento del 15 % acordado en Consejo de ministros del día 25 de junio.

² El tiempo necesario para la tramitación de la RGI también es un hándicap para las personas que, por diversos motivos (alta hospitalaria, necesidad de alojamiento) necesitan una capacidad económica para el pago del alojamiento, la manutención o el transporte de forma urgente.

(2015), con apoyos por parte de servicios sociales mediante un programa de vida independiente, sería algo a explorar en personas con enfermedad mental con una autonomía suficiente.

Por otro lado, en cuanto a la necesidad de contar con recursos públicos suficientes y adecuados para este colectivo, una parte de los problemas en relación a los recursos o prestaciones para las personas con enfermedad mental están en el sistema de servicios sociales. De inicio, la primera dificultad viene dada por la excepcionalidad para poder valorar la dependencia en las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos en períodos largos. Relacionado con los alojamientos, no todas las personas tienen cabida en los recursos existentes, podríamos citar casos como los de las personas con consumos persistentes (alcohol o tóxicos), con la enfermedad de Wernicke/Korsakoff, con edades cercanas a los 60 años, con la enfermedad de Corea de Huntington, etc. En unos casos por la necesidad de cuidados muy intensos en ciertas fases de su enfermedad, en otros por la dificultad del manejo de las conductas, por lo que desgraciadamente, hoy no existe más alternativa que los psiquiátricos o los servicios de acogida nocturna de baja intensidad.

La falta de un decreto que regule los centros residenciales para personas con discapacidad, similar al existente sobre centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2019), trae como consecuencia la imposibilidad de poder percibir la Prestación Económica Vinculada al Servicio las personas residentes en alojamientos privados. Por otro lado, la escasez de plazas en general en recursos comunitarios ocupacionales, centros de día, en programas de apoyo a la vida independiente, es un problema que dificulta la inclusión en la comunidad de las personas con enfermedad mental, cargando sobre las familias su cuidado.

En el área de salud, insistir en algunas de las ideas clave que se trasladan en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, tales como que “los problemas de salud mental no tienen una causalidad meramente biológica” y que, por tanto, se ha de intervenir con “un modelo biopsicosocial y de derechos” podrían suponer un gran avance. El desarrollo y fortalecimiento de estructuras intermedias como alternativas a la hospitalización: hospitales de día, tratamiento asertivo comunitario, atención domiciliaria, etc. Las estancias largas en hospitales psiquiátricos por falta de recursos comunitarios de alojamiento o de apoyo, son una constante en nuestro entorno. La pérdida de autonomía que supone un ingreso hospitalario de larga duración va en contra de la recuperación de la persona con enfermedad mental, y la progresiva minoración de los vínculos comunitarios que hay que preservar.

Por todo ello, un sistema de salud que, a veces, se erige en rector de la vida de la persona, sin tener en cuenta sus preferencias, actuando desde un modelo paternalista, sustituyendo y no acompañando en su proceso de recuperación se convierte en una de las grandes limitaciones para este colectivo. El ya citado modelo de recuperación en salud mental se convierte en la guía de la intervención del sistema de salud.

En línea con lo expresado en esta Estrategia e Salud Mental del SNS (2020), el fomento y creación de estructuras comunitarias fuertes y diversas, con una dotación adecuada de personas profesionales formadas, permitiría:

“mantener al paciente en su contexto con los referentes del centro de salud mental comunitario (eje esencial de asistencia en salud mental), atención primaria y servicios sociales (coordinación), contribuir a avanzar en hospitalización a domicilio, hospital de día, consultas telemáticas, educación para la salud de pacientes y familiares en el marco del ingreso, etc., como fórmulas alternativas al modelo hospitalocentrista.”



Ilustración: Vicente Perales Moreno

Conclusiones

Por todo ello se requiere la aplicación real de un modelo de intervención que refuerce la atención transdisciplinar, la participación de las personas y familias afectadas y la toma de conciencia de la comunidad. A pesar de que, como bien dice nuestra colega Raquel García López (García López, 2004) la interdisciplinariedad en la atención a la salud mental comunitaria es imprescindible, aunque no exenta de dificultades.

El tan citado modelo de atención centrado en la persona Gobierno Vasco y F. Matia (2014), debe de ser nuestra guía desde una intervención interdisciplinaria psicológica, biológica, social y ocupacional/funcional. Sin olvidarnos del necesario trabajo y apoyo a las familias como depositarias del cuidado de las personas con enfermedad mental. No olvidemos tampoco que los cuidados tienen una cara femenina que los realiza, y que el apoyo comunitario es básico para la inclusión plena de las personas con enfermedad mental. Todo ello con una perspectiva de género que debe de ser transversal a todas las intervenciones biopsicosociales.

Volviendo al título de la ponencia, creemos que es preciso citar algunas diferencias entre el sistema sanitario frente al sistema de servicios sociales, que generan una relación desigual. Estas pueden ser, en nuestra opinión, algunas de las causas que dificultan la coordinación, entre ellas:

- El sistema de salud es la mayor empresa de Euskadi, con más de 35.000 personas trabajadoras.

- En el sistema de Salud en Euskadi la dirección es única, Osakidetza, frente a los servicios sociales donde intervienen tres instituciones: Gobierno Vasco, las tres Diputaciones Forales y los Ayuntamientos.
- Aún a riesgo de suscitar una polémica, “la valoración” de las profesiones sanitarias frente a las profesionales psico-sociales, incidiendo en el trabajo interdisciplinar.
- Otras diferencias tienen que ver con la existencia del copago en los servicios sociales, la universalidad del derecho y como no, el ámbito presupuestario.

La coordinación sociosanitaria, en el más amplio sentido de lo social, es una necesidad que, en muchos casos topa con dificultades por parte de las personas profesionales y la propia normativa de los sistemas. La diferencia y desigualdad entre el sistema de servicios sociales, enormemente complejo en Euskadi, y el de salud, con una única dirección y un presupuesto que cuadruplica al otro, la dificulta. El cambio de visión, el modelo de atención centrado en la persona, la relación de confianza en la persona profesional del otro sistema se antoja imprescindible para lograr el objetivo, que no es otro que dar solución a las necesidades sociales y sanitarias de las personas.

Tras esta revisión de la problemática existente en cuanto a las personas que padecen una enfermedad mental, que como hemos visto afecta a los seis sistemas que son los pilares de bienestar social consideramos muy acertado lo expresado en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 (Ministerio de Sanidad , 2022):

“Se debe promover que en el seno de la atención sociosanitaria se realice una valoración integral de las situaciones y necesidades de las personas con problemas de salud mental y de su entorno.”

En este sentido, consideramos que, junto al diagnóstico clínico, se conceda igual relevancia al diagnóstico psico-social, siendo esencial la figura del Trabajo Social como profesional de referencia y facilitador del trabajo interdisciplinar, en red e intersectorial.

La salud mental debe ser algo transversal a todos los sistemas y no solo en el sanitario y en el social, siendo imprescindible la implantación de políticas integrales que garanticen realmente el desarrollo de los derechos de estas personas. Por ello es importante generar espacios de reflexión, de comunicación y de construcción de alternativas que se desarrollen con coherencia y rompan las inercias actuales de descoordinación entre Administraciones.

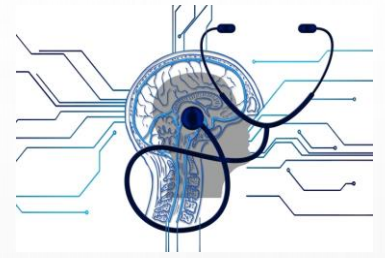
BIBLIOGRAFÍA

- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.
- Fantova, F. (2014). *Diseño de Políticas sociales: fundamentos, estructura y propuestas*. Editorial CCS.
- García López, R. (2004). Salud Mental Comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17. pp. 273-287. Universidad Complutense.
- Gobierno Vasco. (2008). *LEY 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social*. Boletín Oficial del País Vasco.
- Gobierno Vasco y Fundación Matia. (2014). *Cuadernos prácticos Modelo de Atención Centrada en la Persona*. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2010). *DECRETO 147/2010, de 25 de mayo, de la Renta de Garantía de Ingresos*. Boletín oficial del País Vasco.
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2019). *DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Boletín Oficial del País Vasco.
- Hervás De La Torre, A. (2014). Sistema de Protección Social: la Salud. *Servicios Sociales y Política Social*, pp: 11-21.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
- Padget, D. K. Tsemberis, S., Henwood, B.F. (2015) *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. Oxford University Press.
- Servicio Público de Empleo Estatal. (2021). *Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal 2021*. Catálogo general de publicaciones oficiales.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN DE
LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Gotzon Villaño Murga
Trabajador Social
Red de Salud Mental Araba



La atención a la salud mental en Euskadi. Modelo de abordaje, recursos existentes, necesidades detectadas y coordinación entre sistemas



TRATA A LA
ENFERMEDAD,
PERO NO
OLVIDES
TRATAR A LA
PERSONA”

LEMA QUE REZABA SOBRE LA PUERTA DEL
HOSPITAL VIRCHOW DE BERLÍN



PERSPECTIVA GLOBAL

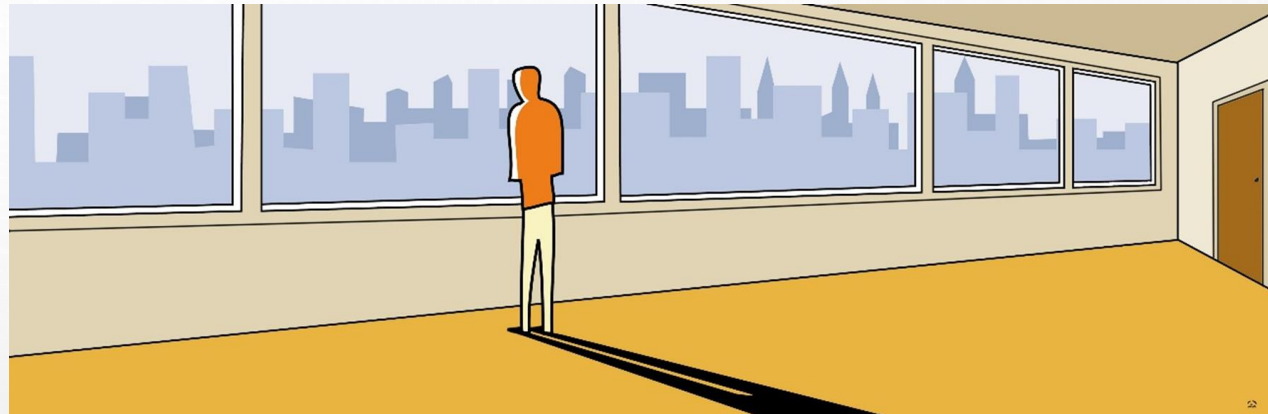
- LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL, NO SOLO LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.
- LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN RED.
- LA NECESIDAD DE CONTAR CON RECURSOS PÚBLICOS SUFICIENTES Y ADECUADOS PARA ESTE COLECTIVO.

JUSTICIA SOCIAL

- GARANTIZAR EL EJERCICIO DE CIUDADANÍA
- PROMOVRIENDO EL DESARROLLO DE DERECHOS A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
- TRABAJAR EN UNA INTERVENCIÓN PÚBLICA ADECUADA

COORDINACIÓN ENTRE SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

- LA SALUD
- LA EDUCACIÓN
- LOS SERVICIOS SOCIALES
- EL EMPLEO
- EL ALOJAMIENTO
- LA SUBSISTENCIA



PROBLEMAS DEL DÍA A DÍA

- PERSONAS PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS POR NO DISPONER DE RECURSOS DE ALOJAMIENTO COMUNITARIOS.
- ESCASEZ E INEXISTENCIA DE RECURSOS COMUNITARIOS O POCA ADECUACIÓN DE LOS EXISTENTES PARA ALGUNAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
- ESCASO ECO INSTITUCIONAL Y SOCIAL QUE TIENEN LAS DEMANDAS DE ESTAS PERSONAS
- FALTA DE ESCUCHA A SUS DEMANDAS

SISTEMAS (1)

- EDUCACIÓN: ¿FRACASO ESCOLAR?
- EMPLEO: SOLO EL 34,3% DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN 2020 ERAN ACTIVOS, MODELO INTEGRACIÓN LABORAL INCLUSIVO
- GARANTÍA DE INGRESOS: SIMPLIFICAR COMUNICACIONES Y TRAMITACIÓN, ACORTAR PLAZOS, COORDINACIÓN COMPLEJA

SISTEMAS (2)

- VIVIENDA: CARESTÍA ALQUILER, MODELO HOUSING FIRST,
- SERVICIOS SOCIALES: VALORACIÓN DEPENDENCIA EN HOSPITALES, ALOJAMIENTOS DIVERSOS Y FLEXIBLES, ESCASEZ DE RECURSOS COMUNITARIOS, DECRETO PEVS
- SALUD: MODELO BIOPSIICOSOCIAL, ESTRUCTURAS INTERMEDIAS, ALTERNATIVAS AL HOSPITALOCENTRISMO.

CONCLUSIONES

- MODELO:
 - ATENCIÓN TRANSDISCIPLINAR
 - PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS Y FAMILIAS AFECTADAS
 - TOMA DE CONCIENCIA DE LA COMUNIDAD
- IMPLANTACIÓN DE POLÍTICAS INTEGRALES
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE ESTAS PERSONAS

CONCLUSIONES (2)

- LA SALUD MENTAL DEBE SER ALGO TRANSVERSAL A TODOS LOS SISTEMAS Y NO SOLO EN EL SANITARIO Y EN EL SOCIAL
- GENERAR ESPACIOS DE REFLEXIÓN, DE COMUNICACIÓN
- CONSTRUCCIÓN DE ALTERNATIVAS QUE SE DESARROLLEN CON COHERENCIA



SE DEBE PROMOVER QUE EN EL SENO DE LA
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SE REALICE UNA
VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES Y
NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL Y DE SU ENTORNO

ESKERRIK ASKO

ararteko

Herriaren Defendatzailea
Defensoría del Pueblo

gotzonmirena.villanoma
urga@ osakidetza.eus

