

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL
MENENDEZ PELAYO**

**MÁSTER SOBRE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA
PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Curso 2.016 – 2.017

Trabajo Fin de Máster

**Título: Asesor de Autonomía Personal como agente de
mejora en la Atención a personas con discapacidad
sobrevenida.**

Autora: Gema Rodríguez Acebes
Tutor: Javier Miranda Erro

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
1.- OBJETO DEL ESTUDIO.....	5
1.1.- Por qué llamarlo Asesor en Autonomía Personal.....	6
1.2.- Por qué centrarlo en discapacidad sobrevenida.....	7
1.3.- De “Cadena de accesibilidad”.....	9
2.- MARCO JURÍDICO.....	12
2.1.- La Convención de derechos de las personas con discapacidad.....	12
2.2.- Principios básicos del derecho de la discapacidad.....	15
2.2.1.- Principio de vida independiente	15
2.2.2.- Principio de participación.....	15
2.2.3.- Principio de transversalidad.....	16
3.- MODELOS DE ATENCIÓN.....	17
3.1.- Modelo de atención actual en España.....	17
3.2.- Modelo de atención comunitario en Reino Unido.....	19
4.- PROPUESTA DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBREVENIDA.....	21
4.1.- Características del Asesor de Autonomía Personal.....	23
4.2.- Funciones.....	24
4.2.1.- Servicios a familias.....	24
4.2.1.1.- Adaptaciones en el hogar.....	25
4.2.1.2.- Asesoramiento sobre productos de apoyo.....	25
4.2.1.3.- Información de los trámites administrativos y subvenciones.....	26
4.2.1.4.- Apoyo psicológico.....	26
4.2.1.5.- Asesoramiento legal.....	26
4.2.1.6.- Dinamización de la reinserción laboral.....	27
4.2.1.7.- Dinamización de actividades de ocio y tiempo libre.....	27
4.2.1.8.- Adaptación de itinerarios	28
4.2.1.9.- Cuidado a cuidadores	28
4.2.1.10.- Facilitador de apoyos tecnológicos.....	29
4.2.1.11.- Aglutinador de recursos variados.....	29
4.2.2.- Coordinación de profesionales	30
4.2.2.1.- Profesionales vinculados a las Administraciones Públicas.....	30
4.2.2.2.- Integrantes del Segundo Sector.....	31
4.2.2.3.- Representantes del Tercer Sector.....	31
4.3.- Modelo privado del Asesor de Autonomía Personal.....	32
5.- CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	38

INTRODUCCIÓN

Todas las personas que formamos parte, de una u otra manera, del mundo de la discapacidad tenemos la obligación de aportar nuestro trabajo, talento y esfuerzo para que el mandato de la **Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad**, de fomentar la participación social plena, en igualdad de condiciones con respeto de sus derechos y dignidad inherente, se haga realidad a todos los niveles.

El compromiso con este ambicioso mandato es el que orienta el presente trabajo en el que se reflexiona sobre las estrategias que pueden seguirse para mejorar la atención que reciben las personas con discapacidad sobrevenida desde este nuevo paradigma en el que el centro lo ocupa la persona y sus capacidades para participar plenamente en la sociedad.

El germen de esta reflexión surge del contacto directo con familias que se encuentran en las primeras fases de este proceso. Su tipología es muy variada, concurren en cada una de ellas diversos factores que las hacen diferentes: la causa que ha provocado la discapacidad (ictus, accidentes laborales, demencia, caídas, esclerosis múltiple...), amplio rango de edad (de 19 a 89 años), hospitales en los que han sido tratados (generalistas, de referencia, públicos y privados), situación económica, formación, estructura familiar...

En todas ellas se detectan ansiedad, incertidumbre y desamparo, si bien, como norma general, el grado se incrementa en aquellos casos en los que la persona con discapacidad es más joven, cuando la situación económica es más precaria, la estructura familiar no está preparada para asumir los cuidados o no se ha recibido acompañamiento social en el centro hospitalario

Todas las familias tomadas como muestra para este estudio residen en municipios de la Comunidad de Madrid, en entornos urbanos.

Tras evidenciar las carencias asistenciales que se sufren después del advenimiento de una situación de discapacidad en el capítulo primero se detalla el objeto del estudio, la conveniencia de establecer un sistema de atención global y continua para las personas con discapacidad adquirida. Para ello se van a definir dos conceptos el de "Asesor de Autonomía Personal" y el de "Cadena de Accesibilidad en Atención Personal" como posibles dinamizadores de la atención a las familias que se encuentran inmersas en esta realidad.

El modelo que se propone puede servir para atender cualquier situación de dependencia, pero se centra en la discapacidad sobrevenida, por su prevalencia presente y estimada en el futuro y por las características diferenciadoras respecto a la discapacidad congénita.

El capítulo segundo analiza algunos de los conceptos claves que subyacen en

la atención a personas con discapacidad: Accesibilidad, Autonomía Personal, Diseño para todos. Así mismo se hace referencia a la normativa española aplicable desde el punto de inflexión que ha supuesto la Convención.

Conocer con mayor detalle que está pasando en nuestro país cuando aparece una situación de discapacidad sobrevenida y analizar un modelo alternativo de atención comunitaria (Reino Unido) serán los objetivos del tercer capítulo.

El desarrollo de la intervención propuesta se realiza en el punto cuarto, detallando las características y funciones del Asesor en Autonomía Personal y su papel en la “Cadena de Atención” integrado en los servicios públicos de atención sociosanitarios. Se presenta, así mismo como se adapta el modelo de atención desde una organización privada, empresa o del Tercer Sector.

Aun conociendo las dificultades de trasladar a las estructuras públicas de atención esta forma de trabajar a corto y medio plazo la elaboración de un trabajo como este ha sido importante

- La percepción, atención y regulación de la discapacidad está en constante evolución. Estamos en un proceso de adaptación social y personal a los paradigmas que propugna la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, por lo que es necesario reflexionar, debatir, crear estructuras y prácticas que encarnen el nuevo modelo.
- Las características intrínsecas de la discapacidad sobrevenida, su alta prevalencia y las posibilidades de conseguir mayores tasas de reincorporación laboral y social respecto a la discapacidad congénita justifican que se trate como una realidad diferenciada.
- La iniciativa privada ha detectado esta necesidad y ya está ofreciendo estructuras profesionales para desarrollar modelos de atención integrales que faciliten al máximo las necesidades de las personas con discapacidad.
- Recoger y poner en valor el trabajo realizado por muchos profesionales que de, una forma u otra, ya están trabajando en esta línea: Trabajadores de la sanidad y de los servicios sociales que intentan que los usuarios no sufran las consecuencias de las interrupciones del proceso de cuidado y los recortes en los recursos asignados (personales y materiales).
- La historia está plagada de realidades sociales, científicas, tecnológicas... que, en sus inicios fueron consideradas como utopías imposibles de alcanzar y que gracias al trabajo y al tesón de sus defensores se han convertido en cotidianas (Sufragio universal, derechos laborales, vacunas...).

Con la finalidad de contrastar el interés y la viabilidad del modelo presentando se han realizado entrevistas a diversos especialistas vinculados al mundo de la accesibilidad: terapeutas ocupacionales del Ceapat y de Centros de

Rehabilitación, Trabajadores sociales de hospitales de referencia y con expertos en accesibilidad. Cada uno de ellos ha enriquecido el planteamiento inicial con sus valiosas y generosas aportaciones basadas en su práctica profesional. Mi gratitud a todos ellos, en especial a Ángela Begua y Reyes Noya: Terapeutas Ocupacionales del CEAPAT, Benjamín Rodríguez: Arquitecto experto en AU perteneciente a ASEPAU, Almudena Sánchez: Terapeuta Ocupacional Fundación Instituto San José, Veli Perdiguero: Trabajadora Social con experiencia en atención residencial a ancianos. Y especialmente a Javier Miranda que ha tutorizado este trabajo con la máxima generosidad, implicación y profesionalidad.

1.- OBJETO DEL ESTUDIO

Las situaciones por las que llega el momento de afrontar una discapacidad sobrevenida pueden ser diversas: enfermedad, accidente o el deterioro que acompaña al paso de los años. Todas tienen algo en común: tras el alta hospitalaria todo el entorno del paciente afronta el reto de “reordenar” su vida a partir de la nueva situación.

Se requerirán actuaciones que afectarán tanto a aspectos personales, de aprendizaje, de rehabilitación (adquisición de nuevas destrezas, nuevas formas de comunicarse...) como a modificaciones ambientales, por ejemplo, adaptar el portal de acceso a la vivienda, modificar la intensidad de la iluminación o etc.

Cualquier forma de discapacidad producirá cambios en la relación con el entorno, que tendrá que ser adaptado para responder a la nueva situación, de la manera más cómoda, segura y con las mayores condiciones de autonomía posible.

El “entorno” hace referencia al microcosmos de cada persona, una realidad poliédrica conformada por:

- relaciones interpersonales (familia, amigos, vecinos...)
- espacios físicos en los que se desenvuelve (ciudad, vivienda, lugar de trabajo, lugares de ocio, comercios)
- herramientas y utensilios que se aplican para la realización de tareas (desde medios de transporte a mobiliario, mecanismos o electrodomésticos)
- condiciones económicas

Estos aspectos forman parte de un todo, están interrelacionados entre si y se verán afectados en distinto grado tras la aparición de una situación de discapacidad. La familia deberá tomar decisiones y llevar a cabo actuaciones para conseguir que su entorno vuelva a ser cómodo, seguro y utilizable, para redefinir el escenario en que la persona afectada deberá poner en juego todas sus capacidades para, desde su nueva situación, construir un día a día que le permita elegir sus propias metas y cumplir sus expectativas. Como se define en la “Guía práctica de lesionados medulares”:

Volver a casa significa comenzar a retomar los roles que cada uno tiene, esposo, padre, madre, hijo, trabajador, amigo,... Significa reestructurar todas las áreas de la vida y supone tomar decisiones. Decisiones que se adoptarán en base a la prioridad que se le dé a cada una de ellas. (Martín, 2.003: 43)

Para “redefinir” su nuevo contexto vital será necesario contar con el asesoramiento y la intervención de diversos profesionales especializados en

cada uno de los ámbitos reseñados (terapeutas, abogados, técnicos de la construcción...). En un momento en el que las incertidumbres marcan su realidad familiar y se acumulan las gestiones a realizar.

La experiencia con múltiples familias en esta situación, constatar sus carencias, sus requerimientos y la forma en la que se aborda cada reto son la base de este trabajo que tiene como objetivo reflexionar sobre la idoneidad de que exista una figura profesional para la atención de las personas afectadas por discapacidad sobrevenida en el momento en el que se abandona el centro hospitalario.

Este profesional, será punto de referencia de las familias para ofrecer recursos y soluciones personalizadas, desde una visión global e integradora destinada a multiplicar las opciones para que la persona disfrute en su entorno de un día a día más cómodo, seguro y autónomo posible, facilitando y orientando el proceso de adaptación a su nueva realidad.

Esta figura podría denominarse **“Asesor en Autonomía Personal” (AAP)**.

1.1.- Por qué llamarlo Asesor en Autonomía Personal

Esta figura profesional en su concepción inicial nace, con el nombre de Asesor de Accesibilidad, inspirada en las indicaciones del artículo 9 del Tratado de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, que incorpora “el acceso al entorno físico, transporte, información, comunicaciones, servicios e instalaciones de uso público”. Es decir, con vocación de que la Accesibilidad sea un elemento transversal que afecte a todos los aspectos del entorno de la persona.

Entendiéndola y poniéndola en el centro de cada intervención como fin y como medio para que la persona tras la adquisición de la discapacidad pueda seguir ejerciendo sus derechos en igualdad de condiciones, con comodidad, seguridad y autonomía.

Sin embargo, lamentablemente, no es ésta la concepción que se tiene de la Accesibilidad en la sociedad en general y entre algunos profesionales dedicados a la atención de personas dependientes en particular. En muchos casos se limita a las adaptaciones necesarias del espacio físico, los transportes y el uso de tecnología, limitando su aplicación y potencial de transformación.

En lugar de “Accesibilidad” con mayúsculas como Derecho fundamental y Derecho vehicular, que dimana de la Convención, se percibe una concepción de “accesibilidad” en minúsculas como medida parcial.

En las entrevistas con los profesionales se ha manifestado esta falta de comprensión general de la profundidad del concepto que podría llevar a entender la figura de asesor de forma parcial y limitada, perdiendo gran parte

de su contenido. Para evitarlo y que la figura sea mejor entendida por profesionales y usuarios se ha optado por elegir el concepto “Autonomía Personal”. Definiéndose la Autonomía como “La capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias”¹

1.2.- Por qué centrarlo en Discapacidad sobrevenida

Se ha evidenciado que el proceso de adaptación de una familia que cuenta con un miembro con discapacidad sobrevenida es más complejo que para aquellas que se enfrentan a una discapacidad congénita, esta idea la recoge el Observatorio Estatal de la Discapacidad mencionando a Suriá:

El advenimiento de una situación de discapacidad a lo largo del ciclo vital supone, para la persona que la sufre y su entorno, un proceso acelerado y sorpresivo en el que es preciso realizar una asimilación que en las personas con discapacidad congénita o perinatal y sus familias, se realiza de manera natural y progresiva (Huete García, 2.015:11)

Tan sólo esta dificultad añadida que presenta la discapacidad sobrevenida sobre la congénita justificaría la idoneidad de ser especialmente sensible a esta realidad y ofrecer una atención profesional que tomara en consideración las necesidades que le son propias en los procesos de adaptación de las familias a su nueva situación.

Pero, además, encontramos una segunda justificación para atender a este colectivo, en la ausencia de políticas específicas para el fomento de su reinserción o reorientación al mundo laboral. Su implementación supondría una mayor tasa de retorno al mundo laboral, reduciéndose, por consiguiente, el gasto público y el efecto perverso de la discapacidad en las economías domésticas.²

¿Qué es la discapacidad sobrevenida?

Existe poca bibliografía que centre su análisis en las especificidades de la discapacidad sobrevenida, centrándose la mayoría de ellos en su relación con la reinserción laboral.

Se puede definir la discapacidad sobrevenida como aquella situación física, sensorial o cognitiva consecuencia de una enfermedad, accidente o por la edad que ocasiona deterioro funcional respecto a su situación previa.

1 Art. 2 Ley de Promoción de la Autonomía Persona y Atención a las personas en situación de dependencia.

2 Según el Estudio sectorial, Discapacidad sobrevenida de Fundosa Social Conuslting, 2006, un 44% de las personas encuestadas no volvieron a trabajar tras la discapacidad, lo que muestra en qué medida la discapacidad sobrevenida supone una ruptura socio laboral (CERMI, 2.012: 2).

Las causas que provocan discapacidad sobrevenida son múltiples, siendo las más habituales, según se recoge en el informe que el CERMI realizó en 2.015:

- Enfermedades, entre las que destacan: accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismos craneoencefálicos (TCE), anoxias, tumores cerebrales, infecciones, miopía magna, desprendimiento de retina, glaucoma o las denominadas “Enfermedades raras”
- Accidentes: laborales, de tráfico, domésticos o deportivos.

En el mismo estudio se establecieron los siguientes tipos de discapacidad sobrevenida en función de sus causas:

- Daño Cerebral Adquirido
- Discapacidad Auditiva Adquirida
- Discapacidad visual Adquirida
- Discapacidad física adquirida
- Enfermedad mental
- Discapacidad Adquirida por Enfermedades Raras

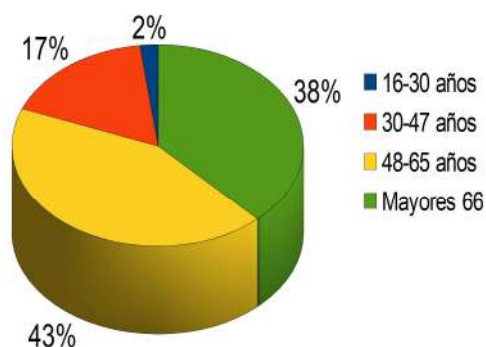
No hay estudios estadísticos que cuantifiquen específicamente las personas con este tipo de discapacidad, debemos recurrir al último informe estadístico sobre discapacidad realizado (EDAD 2.008) para poder obtener información y cuantificar el volumen de personas con discapacidad sobrevenida en edad laboral, es decir mayores de 16 años.³

Los datos más relevantes que arroja el informe y que sirven para encuadrar la magnitud del colectivo son:

- La población con discapacidad sobrevenida se ha cuantificado en 1.580,000 personas, es decir un 41% respecto del total de personas con discapacidad y un 3,48% de la población total. De ellas, un millón aproximadamente son mujeres.
- Existe correlación entre la edad y la aparición de discapacidad, Por grupos de edad, la mayor parte se concentra a partir de los 48 años.

³ Datos elaborados por Huete García para OED, La reorientación vital y profesional de las personas a las que ha sobrevenido una discapacidad en la edad adulta. 2.015.

Personas con discapacidad sobrevenida por grupos de edad



Fuente INE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situación de dependencia

- Por tipología, la más habitual es la discapacidad física con una afectación del 60%, le sigue la sensorial, la orgánica, la mental y por último la intelectual.
- Atendiendo a su causa: el 76% es fruto de una enfermedad (fundamentalmente enfermedad común), siendo la segunda causa más frecuente, con un 15% los accidentes, principalmente los laborales.

Es previsible una prevalencia cada vez mayor de estas situaciones debido a las mejoras en los tratamientos médicos que consiguen mayores tasas de supervivencia de ciertas lesiones o enfermedades y por la tendencia de envejecimiento de la población.

1.3.- De “Cadena de accesibilidad” a “Cadena de Atención de Accesibilidad y Autonomía personal”

La idea de **cadena de accesibilidad**⁴ es un concepto que va ligado al carácter universal con que se trata en los últimos años el campo de la Accesibilidad. Se entiende que cada elemento que se pone en juego para desarrollar un

4 “En cualquier caso, la referencia de accesibilidad está siempre enfocada a la potencial utilización por parte del público en general del entorno, bien, producto o servicio. En el caso de estos últimos, los servicios, las exigencias de accesibilidad van más allá que resolver la accesibilidad física de los entornos. Aquí se debe aplicar la accesibilidad con una perspectiva holística ya que forman parte de la solución global muchos elementos que están interconectados. La doctrina, de forma mayoritaria y pacífica, define este concepto como “cadena de accesibilidad” (Miranda, 2.016: 66).

determinado un proceso (entorno, producto, servicio etc.) es un eslabón que debe contar con las condiciones necesarias para ser usado de forma cómoda y segura por personas con diversas capacidades. Por ejemplo, un proceso como ir al cine requerirá al menos (y de manera muy simplificada) poder salir de casa, desplazarse hasta la sala, adquirir entradas, disfrutar de la película y poder volver a casa.

Cada elemento que no cumple las condiciones básicas de usabilidad, cada “eslabón roto”, supone un impedimento para el uso libre e igualitario de edificios, elementos urbanos, medios de comunicación, transportes etc. Se convierte, por tanto en un instrumento de discriminación.

Es un término que induce a pensar en la accesibilidad desde una perspectiva multifocal, global y compleja de diversos elementos que se encuentran integrados y al servicio de la usabilidad por todas las personas.

La idea de “cadena” como concatenación de elementos diversos y autónomos constituyentes y definitorios de una misma realidad puede ser extrapolada y tomada como referente en cualquier intervención que persiga la eliminación de barreras, en cualquier proceso para la mejora de las condiciones de autonomía personal, en suma al ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Aplicando este concepto a la atención de las personas con dificultades de funcionamiento se podría aplicar la “Cadena de Atención de Autonomía Personal” (CAAP), como la forma continua e integral de intervención en una situación de discapacidad sobrevenida por la que la persona implicada conozca y disponga de los medios y recursos para conseguir el mayor grado de autogestión y autonomía personal.

En esta cadena cada eslabón representa un profesional puesto a disposición de la familia para la eliminación de las barreras físicas o sociales que encuentra en su entorno y que impiden el ejercicio de sus derechos.

La CAAP implica que la familia pueda conocer el siguiente paso a dar, el trámite que realizar, el mejor cuidado o producto a utilizar dadas sus condiciones específicas, por lo que se reduce las incertidumbres y se favorece el sentimiento de amparo y acompañamiento fundamentalmente en las primeras fases del advenimiento de la discapacidad.

Su primer eslabón estaría en el centro hospitalario en él se trata el incidente (enfermedad, edad o accidente) causa de la limitación funcional, sensorial o cognitiva y se extendería de manera permanente mientras persistiera la situación de discapacidad a demanda de la familia. Los demás eslabones estarán integrados en distintas áreas de gestión pública, no sólo en las sociosanitarias, se extendería por otros ámbitos como urbanismo, asesoría jurídica...

Asesor de Autonomía Personal como agente de mejora en la Atención a personas con discapacidad sobrevenida.

La figura responsable de la CAAP sería el Asesor de Autonomía Personal que asumiría la doble función de la interlocución permanente con las familias para ofrecer las soluciones requeridas en cada momento y la coordinación de los distintos actores implicados en la atención de cada familia, con el objetivo de que ningún eslabón se rompiera.

2.- MARCO JURÍDICO

Con el objeto de establecer el fundamento jurídico que inspira las nuevas formas de intervención, en este capítulo se reflexiona sobre las implicaciones legales que supone el Tratado Internacional de Derechos de las personas con discapacidad y su ratificación por España, centrandose posteriormente la atención en los Principios básicos del “derecho de la discapacidad”, como rectores de *“la interpretación de las diversas normas referidas a la discapacidad”* (Martínez Pujalte-López 2.016: 5).

2.1.- La Convención de derechos de las personas con discapacidad

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, redactada en diciembre de 2006 y ratificada por España en marzo de 2007 supone un punto de inflexión fundamental en la manera de entender la relación de las personas con discapacidad con la sociedad a la que pertenecen. Con anterioridad a la Convención las personas con discapacidad se veían amparadas, como el del resto de los seres humanos, por los diferentes Tratados internacionales de Derechos Humanos, sin embargo, la realidad mostraba que la desventaja con la que partían impedía el cumplimiento de una parte de esos derechos produciéndose situaciones de discriminación generalizada que afectaban a determinados colectivos

La consecuencia directa de esta situación era que la participación social de las personas con discapacidad se veía dificultada, sino truncada, por la presencia de barreras en el entorno, de comunicación, económicas, etc. que generaban cierta “invisibilidad” dentro del sistema de derechos humanos de la ONU.

“Con la llegada de la CIDPD se desvanece el modelo médico o rehabilitador y nace el modelo social. Con este, la problemática de las personas con discapacidad pasa a ser una cuestión derechos humanos. La base de este modelo se cimenta en que las causas que originan la discapacidad no son exclusivamente individuales sino, fundamentalmente, sociales. Es por ello por lo que la discapacidad da el paso desde la categoría natural a la social puesto que la discapacidad resultará de la interacción de la situación concreta del individuo con su entorno”. (Miranda, 2.016: 62).

La Convención supone la aceptación por parte de los Estados de que la discapacidad debe ser considerada desde el respeto de Derechos Humanos y que, son ellos los que deben convertirse en promotores y garantes del cumplimiento de esos derechos, dejando atrás las políticas de tipo caritativo o asistencial basadas en la buena voluntad de personas, instituciones o gobiernos, sino como forma de hacer cumplir un derecho legítimamente establecido.

La firma de la Convención implica para un estado la obligación de realizar las modificaciones legislativas necesarias en el ámbito nacional para “*asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. (art. 4)*”.

Según los principios que se recogen en el artículo 3:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Con su firma se asume un modelo social de discapacidad, que no pone únicamente el foco en la persona, sino en su interacción con el entorno que es lo que impide el disfrute en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

Por ello compromete a los estados a adoptar “*medidas apropiadas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertas al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. (Art. 9)*”.

Como consecuencia de la Convención y las obligaciones aceptadas por el Estado se fue elaborando un cuerpo normativo de ámbito nacional capaz de materializar el compromiso adquirido para eliminar las barreras existentes para las personas con discapacidad en diferentes ámbitos:

- Relaciones con la Administración: Real Decreto 366/2007 y Ley 11/2007, ORDEN PRE/446/2008.
- Uso de entornos construidos: Real Decreto 505/2007 y Orden VIV/561/2010.
- Relación con medios de comunicación y sociedad de la información: R.D. 1494/2007, Ley 27/2007 y Ley 56/2007.
- Uso de medios de transporte: R.D. 1544/2007.

La principal adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad supone el refundido en una única norma la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad (LISMI), de 1982; la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, de 2003, y la Ley por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, de 2007. Se trata de la **Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social**.

La finalidad de esta norma según queda recogido en el artículo 1 es garantizar *“el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas”*. Y lo especifica en los siguientes ámbitos:

1. Entorno físico: espacios públicos urbanizados y edificaciones
2. Información y comunicaciones: acceso y utilización de las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y de cualquier medio de comunicación social
3. Transporte
4. Servicios al público: oficinas públicas, dispositivos y servicios de atención al ciudadano y aquellos de participación en los asuntos públicos, incluidos los relativos a la Administración de Justicia y a la participación en la vida política y los procesos electorales

La mayor novedad que presenta la LGDPD es la definición en cada uno de los campos de actuación citados de un calendario de cumplimiento de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación y un régimen que prevé la imposición de sanciones en caso de producirse situaciones de discriminación.⁵

2.2.- Principios básicos del Derecho de la Discapacidad

⁵ El próximo 4 de diciembre de 2017 es la fecha límite para que se cumplan) Para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones: Espacios y edificaciones existentes el 4 de diciembre de 2010, que sean susceptibles de ajustes razonables: 4 de diciembre de 2017. c) Para el acceso y utilización de los medios de transporte: Infraestructuras y material de transporte existentes el 4 de diciembre de 2010, que sean susceptibles de ajustes razonables: 4 de diciembre de 2017. d) Los que deberán reunir las oficinas públicas, dispositivos y servicios de atención al ciudadano y aquellos de participación en los asuntos públicos, incluidos los relativos a la Administración de Justicia y a la participación en la vida política y los procesos electorales: Entornos, productos y servicios existentes el 4 de diciembre de 2008, y toda disposición, criterio o práctica: 4-12-2017.

Los principios básicos tienen como objetivo garantizar a las personas con discapacidad el acceso en igualdad de condiciones a los derechos humanos y libertades fundamentales.

En la Constitución Española se sientan las bases de la protección jurídica a las personas con discapacidad, reconociendo la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos en el artículo 9.2 y el derecho a no ser discriminación en el 14.

La LGDPD en el desarrollo de su artículo número 3 replica y amplía los Principios que se recogieron en el mismo artículo de la Convención (detallados anteriormente) que Martínez-Pujalte agrupa en tres principios⁶:

2.2.1.- Principio de vida independiente:

La ley reconoce el derecho de las personas con discapacidad para decidir sobre su propia vida, a vivir independientemente a acorde con sus gustos y preferencias. Varios apartados del artículo la ley hacen referencia a este aspecto:

a) *“El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”*.

b) *“Vida independiente”*

d) *“Respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas”*

l) *“Respeto al desarrollo de la personalidad de las personas con discapacidad”*

Los poderes públicos deberán establecer las medidas de apoyo necesarias para que las personas puedan vivir autónomamente y puedan desarrollar en libertad su personalidad.

2.2.2.- Principio de participación

Este principio sitúa a las personas con discapacidad como miembros activos de la sociedad, con la que participan y a la que enriquecen tanto personalmente como colectivo. Remarcando la importancia de que sus asociaciones representativas participen de la elaboración de las normas que les afectan.

Los apartados que conforman el planteamiento de este principio son:

j) *“La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad”*.

⁶ Los principios básicos del nuevo Derecho español de la Discapacidad a la luz de la LIONDAU, en Pérez Bueno, L.C. (dir) *Hacia un derecho de la Discapacidad*, 2.009.

k) “El diálogo civil”

2.2.3.- Principio de transversalidad

Por el que estos principios no deben circunscribirse al entorno de la discapacidad, sino que deben ser tenidos en cuenta en cualquier actuación desarrollo normativo o actuación pública. Estos principios deben ser respetadas por todas las normas relativas a las personas con discapacidad y apuntalan jurídicamente el modelo presentado.

3.- MODELOS DE ATENCIÓN

Cada Estado afronta el cuidado a las personas dependientes de forma particular, tradicionalmente se han definido tres modelos de atención, de Protección Universal para todos los ciudadanos, de Protección a través del Sistema de Seguridad social y por último el modelo Asistencial.

Pero en la actualidad, fundamentalmente por el cambio de paradigma del tratamiento de la discapacidad extendido a nivel mundial, gracias al espaldarazo que supuso la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y la crisis económica sufrida durante los últimos años, han producido cambios que les hacen tener características cada vez menos diferenciadoras.

Además de la experiencia española, se analizará el modelo del Reino Unido, que refleja en mayor medida la forma de atención defendida en este trabajo.

3.1.- Modelo de atención actual en España

La atención sanitaria para una persona que sufre un incidente de salud susceptible de provocar una discapacidad sobrevenida se realiza en los Centros de Atención Hospitalaria. Tras su estabilización médica, comenzará una fase de rehabilitación funcional, cognitiva, psicológica y emocional encaminada a conseguir la máxima recuperación.

Son numerosos los profesionales que pueden participar en el proceso de rehabilitación: médicos, enfermeros, rehabilitadores, psicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, trabajadores sociales. Su grado de participación y protagonismo variará en función del momento en el que se encuentre su proceso de rehabilitación.

Cuando su recuperación física ha alcanzado el grado suficiente para no requerir estancia hospitalaria cobra especial importancia la tarea de trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, que ofrecerán información, asesoramiento, recursos para encarar la vuelta al domicilio familiar.

La práctica con familias en esta situación nos enseña que no siempre es así, en función del centro hospitalario en el que se recibe la atención inicial la familia dispone de mayor o menor apoyo e información de estos profesionales.

En algunos casos los familiares cuentan con terapeutas que informan, con algunos de días de antelación al alta, sobre las adaptaciones que tienen que realizar en la vivienda (en casos, realizan visitas a su domicilio para comprobar in situ sus condiciones y posibles intervenciones para mejorarlas), los productos de apoyo más convenientes y de trabajadores sociales que les asesoran sobre trámites y recursos tanto públicos y privados a los que pueden tener

optar.

En otros centros, no se llega a recibir ninguna visita de estos profesionales, produciéndose el alta con la única indicación de los tratamientos (curas, medicamentos...) a seguir y la pauta de rehabilitación ambulatoria. Sin contar con ninguna información profesional que les ayude a encarar los retos de la adaptación a sus nuevas condiciones vitales.

Estas familias obtienen información de manera informal, a través de personas de su entorno que han pasado por algo similar y a través de internet (con los riesgos que esto conlleva).

El ámbito sanitario tiene su continuidad desde el hospital al Centro de Atención Primaria donde sigue recibiendo los cuidados médicos/sanitarios que necesite. De forma paralela, el siguiente paso se acude a los Servicios sociales para establecer una cita con su trabajador/a social que le informe de los siguientes trámites a seguir para acceder a los recursos ofrecidos por el SAAD.

Es manifiesta la diferencia entre la información y asesoramiento recibido de parte de trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales entre los distintos centros, basada fundamentalmente en si la atención se realiza en Hospitales generales o de referencia para lesiones causantes habituales de discapacidad sobrevenida. Cuanto mayor es la especialización del centro hospitalario o rehabilitador más personalizada y detallada la información ofrecida.

Estas pautas básicas de atención, generalizadas para cualquier tipo de situación de discapacidad adquirida pueden verse complementadas por actuaciones específicas a colectivos según el origen o tipo de su discapacidad fundamentalmente en iniciativas privadas, bien sea a través de mutuas, seguros, asociaciones, etc.

La falta de protocolo en la atención facilitada en los distintos centros y la carencia de interrelación entre los diversos actores y administraciones implicadas en la mejora de la Autonomía de las personas con discapacidad sobrevenida suponen en la realidad un trato no igualitario y poco eficaz.

Es justo resaltar, que pese a la realidad apuntada, hay diversos colectivos profesionales que a nivel local están estudiando y promoviendo medidas para establecer métodos de trabajo que abogan por una mayor colaboración entre profesionales y el cambio de paradigma en la atención.⁷

⁷ Ver: López Fraguas: La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión práctica. Revista Siglo Cero Vol 35 (1), nº 210; 2004.

Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el servicio andaluz de salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía, 2.004

3.2.- Modelo de atención comunitario en Reino Unido

Se analizarán en este capítulo prácticas respecto al cuidado de personas con discapacidad en otro país de nuestro entorno, el Reino Unido, uno de los países pioneros en materia de protección social desde que en 1942 el Plan Beveridge dio lugar a la creación del primer sistema unificado de seguridad social.

En la actualidad el sistema de atención de adultos sigue la tendencia apuntada por Arriba González de Durana sobre el futuro del sistema de atención Británico:

“Recientemente ha habido claros mensajes, a pesar del descontento interno dentro del movimiento laborista, de que el futuro conocerá una mayor implicación del sector privado en la financiación y provisión de servicios de salud y bienestar. De una forma parecida, hay claros mensajes sobre la orientación de las expectativas de los usuarios, dándole a la gente mayores opciones en la frecuencia de las intervenciones del sistema sanitario, en los proveedores de servicios y en la disponibilidad de aspectos no esenciales del cuidado como habitaciones individuales, etc.” (Arriba, 2.009: 229)

desarrollándose por los servicios sociales locales denominado “Adult Social Services” (Servicios Sociales de adultos) a través del cual se prestan diversos servicios encaminados a favorecer las condiciones de autonomía de las personas con discapacidad.

Las medidas ofrecidas se organizan para dar cobertura a personas de su comunidad con:

- problemas de salud mental.
- demencia.
- discapacidad sensorial.
- discapacidad de aprendizaje.
- discapacidad física.
- cuidadores.

Cada situación funcional tiene asignado una serie de servicios y recursos propios.

La figura referente del “Servicio de Sociales de adultos” es el “Terapeuta Ocupacional Comunitario”, que, tras realizar una valoración previa del solicitante, establecerá, en su caso los apoyos necesarios y le facilitará el contacto con profesionales o colectivos para satisfacer las cuestiones que escapen de su competencia.

La determinación de apoyos se realiza con el consenso del solicitante y su familia u otras personas interesadas y lleva implícita la planificación financiera de los mismos (copago, periodicidad de percepción de la ayuda...). El plazo de contestación máximo establecido es de 28 días, pudiéndose acortar para casos urgentes.

Disponen de un variado catálogo de recursos, entre los que pueden destacarse, por su novedad respecto a lo ofrecido en España:

- Disponibilidad gratuita de productos de apoyo destinados a la mejora de la movilidad prescritos por su médico de atención primaria: bastones, andadores y sillas de ruedas
- Gratuidad de las adaptaciones “menores” de la vivienda (barras baño, elevadores...) siempre que su coste sea inferior a £ 1.000
- Cartera de viviendas adaptadas
- Abogado gratuito
- Numerosas alternativas para decidir sobre su lugar de residencia: su propio domicilio, casa compartida,...

Se adjunta enlace del servicio de ASS del condado de Northamptonshire:

<http://www3.northamptonshire.gov.uk/councilservices/adult-social-care/assessment-and-eligibility/Pages/default.aspx>

4.- PROPUESTA DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBREVENIDA

La reflexión sobre el sistema español de atención a personas con discapacidad sobrevenida ha evidenciado la existencia de lagunas y puntos débiles sobre los que intervenir para conseguir mejoras en calidad, eficiencia, alcance y continuidad del servicio.

La propuesta de mejora planteada parte de la experiencia de diversas familias en esta situación, se enriquece con el estudio de otras experiencias llevadas a cabo en el mundo del cuidado, toma como referencia los principios propugnados por la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad y se rige por criterios de sostenibilidad y racionalidad económica.

La racionalidad económica hace referencia a la necesidad de conseguir la optimización de los recursos, obteniendo mejores resultados sin incrementar, al menos en exceso, las partidas presupuestarias que los sustentan, medidas más sostenibles, tanto para los Estados (garantes del cumplimiento de las obligaciones legales que dimanaban de la Convención), las administraciones locales (responsables de su implementación) como para las familias (cuya economía se ve seriamente afectada tras el advenimiento de una discapacidad).

Esta mejora en la eficacia en el empleo de los recursos se vería acompañada por una presumible disminución de los gastos sociales. Algunas experiencias ya apuntan en este sentido:

“La coordinación de los servicios sociales y sanitarios se ha mostrado altamente efectiva, especialmente cuando se consigue la integración total de la atención para determinado colectivo. Aún en los casos en los que la completa integración no resulta posible por limitaciones organizativas, uno de sus elementos clave, la gestión de casos, sí resulta coste-efectiva incluso cuando se aplica de forma aislada. Esta forma de trabajo supone trabajar en equipos multidisciplinares y designar a un gestor de casos, que adoptará la responsabilidad de coordinar y hacer un adecuado seguimiento de toda la atención que requiere la persona mayor”⁸

Partiendo de esta premisa, la reflexión se ha de centrar en la reorganización y mejorar la coordinación de los procesos y los recursos materiales y humanos que los Servicios Sociosanitarios⁹ ya tiene habilitados. Implementar la “Cadena

⁸ Atención comunitaria y Atención centrada en la persona: Revisión de estudios coste-efectividad. Saizarbitoria Zalakain, Joseba, M. (2.011) Madrid. Centro de Documentación y Estudios SIIS Pág: 184.

⁹ La coordinación sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención

de Atención en Autonomía Personal”, donde el Asesor de Autonomía Personal constituye tanto el nexo de unión con el entorno médico y de protección social como referencia permanente y facilitador de recursos en materia de accesibilidad.

Integrados en el área de los Servicios Sociales Especializados se encuentran los Centros de Valoración y orientación, más conocidos como Centros Base, definidos como la estructura física y funcional dedicada a la valoración y orientación de las personas con discapacidad. En la Carta de Servicios de los Centros Base 2.017-2020 se especifican los servicios que ofrecen¹⁰

“Servicios de información: sobre el procedimiento relacionado con la declaración y calificación de grado de discapacidad y sobre servicios, prestaciones y programas en el ámbito de la discapacidad.

Servicios de valoración y orientación: emisión de los dictámenes, certificados e informes necesarios para la tramitación de prestaciones, subvenciones u otros servicios a personas con discapacidad. Elaboración de programas individuales de recuperación u orientación.

Servicios de orientación laboral y ocupacional: emisión de informe de aptitudes a efectos de demanda de empleo. Elaboración y programación de actuaciones relativas a los cursos de formación profesional ocupacional para personas con discapacidad y seguimiento y valoración de estos. Orientación laboral personalizada.

Servicios de tratamientos: en las áreas de atención temprana, psicomotricidad, logopedia, fisioterapia e intervención psicológica.”

En la práctica los Centros Base han quedado, en gran medida, reducidos a Centros de Valoración. Así mismo los extensos ámbitos geográficos a los que da cobertura les obliga a soportar una importante carga de trabajo y a contar con plazos de atención elevados que impide que la atención se reciba en el momento adecuado¹¹.

Establecer la figura de AAP en los Centros de Salud redundaría en el beneficio de los usuarios que tendría un punto de atención más ágil y cercano a su

socio sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica”. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y facilitar la continuidad de los cuidados. (Dirección gral. De la agencia de calidad del sistema nacional de salud, 2.011: 216).

10 Carta de Servicios de los Centros Base, Pag 2.

11 Entre los compromisos de calidad de la Carta de Servicios de los Centros Base se establecen, entre otros objetivos:

Notificar la resolución del reconocimiento del grado de discapacidad en el plazo de 85 días naturales desde su presentación en el 100 % de las solicitudes.

Atender en el plazo de 75 días naturales el 100 % de los dictámenes solicitados concernientes al trámite de resolución de prestaciones no contributivas de invalidez.

domicilio.

4.1.- Características del Asesor de Autonomía Personal

El asesor de Autonomía Personal tiene como objetivo acompañar y ofrecer recursos para que la persona adquiriera las mejores condiciones de autogestión y autonomía en su entorno.

La figura profesional más adecuada para llevar a cabo estas funciones es la de Terapeuta Ocupacional dadas las competencias que le ofrece su formación.

La Asociación Profesional Españolas de Terapeutas Ocupacionales define en página web la Terapia ocupacional como

“Una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”¹²

El perfil del Terapeuta ocupacional, tal cual se encuentra establecido hoy día responde a buena parte de las necesidades suscitadas por el advenimiento de una discapacidad. Además de las competencias profesionales adquiridas por su titulación universitaria sería recomendable que contara con conocimientos básicos sobre aspectos legales de la situación de dependencia (al igual que las personas que integran los equipos de valoración han de superar unos cursos de capacitación).

Además de unos requerimientos formativos básicos, la realización de su tarea sería de más calidad si contara con cualidades personales como la empatía o la capacidad de escucha.

La responsabilidad del Asesor comenzaría cuando recibiera el informe emitido por el Terapeuta ocupacional o el trabajador social del centro hospitalario respecto a las condiciones personales y funcionales del usuario. El informe se emitiría las semanas previas al alta hospitalaria para poder realizar las primeras intervenciones que aseguren un mínimo de confort y seguridad en el desarrollo de las actividades de la vida diaria en su domicilio familiar.

Con ese informe el APP conocería las causas de la discapacidad, su situación funcional, sensorial y cognitiva actual, la previsión del grado de recuperación, sus condiciones socio-familiares así como los datos personales y de contacto de la persona afectada y de la encargada de tomar las decisiones más urgentes. Con esta información el Asesor se pondría en contacto con la

¹² <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>

persona indicada para presentarse, ofrecer sus servicios e indicarle las primeras recomendaciones.

Atenuándose, de esta forma, la incertidumbre que experimentan las familias en el proceso de encajar la nueva situación que genera la discapacidad en el entorno familiar, profesional, etc. y su entorno más próximo contaría con unas condiciones mínimas de accesibilidad.

4.2.- Funciones

Dos son las funciones básicas del Asesor:

- Ofrecer servicios a las familias en cuyo seno se ha producido una situación sobrevenida de limitación funcional.
- Coordinar el trabajo de los diversos profesionales que integran la Cadena de Atención en Autonomía personal.

4.2.1.- Servicios a familias

“Habitualmente, las familias siempre han reclamado por las necesidades de su familiar con discapacidad pero no en función de sus propias necesidades. Éstas siempre han permanecido relegadas u olvidadas y, generalmente, en la medida en que se han ido desvelando, lo han hecho en el marco de intervenciones profesionales como medio para mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad, pero no necesariamente para investigar, detectar, y satisfacer sus necesidades como familia” (CERMI, Estudio sobre las necesidades de las personas con discapacidad: 38).

Los efectos de la discapacidad se extienden al núcleo familiar, cada miembro debe asumir la nueva situación, por lo que la atención será extensiva a las necesidades de todos ellos, velando especialmente por la figura del cuidador principal.

Del contacto con la familia el “Asesor” descubrirá las necesidades particulares, tanto las verbalizadas como aquellas latentes o previsibles que aparezcan en el proceso de adaptación. Los aspectos detectados servirán para orientar y proponer soluciones encuadradas en un plan de acción consensuado con la familia, revisable y con hitos temporales para su materialización.

La intensidad de la intervención irá variando con el transcurso del tiempo, será mayor en las primeras fases, en los previos al alta hospitalaria y las primeras semanas en el domicilio familiar, cuando se concentran las decisiones y adaptaciones básicas para el desarrollo de la vida cotidiana. Una vez ejecutadas las medidas más urgentes se acometerán otros aspectos de mejora

detectados.

La necesidad del asesor cada vez será menor para la familia, que siempre podrá recurrir a él para satisfacer cualquier requerimiento de accesibilidad en función de la evolución de sus circunstancias personales o materiales.

Las necesidades de las familias conlleva un importante número de aspectos, el asesor deberá ser capaz de ofrecer información básica de cada uno de ellos, aunque en caso de necesitar profundizar en cualquiera de ellos habría que derivarlo a profesionales cualificados.

Se ofrecerá asesoramiento, pero no se ejecutará la acción prescrita, por ejemplo, se recomendará aumentar la anchura de una puerta, pero no se ejecutará la obra. Para ello deberá contar con una batería de organizaciones (con ánimo de lucro o pertenecientes al Tercer Sector) que pudieran suministrar los servicios requeridos.

Los aspectos sobre los que tendrá que intervenir son:

4.2.1.1.- Adaptaciones en el hogar

Para mejorar dentro de lo posible las condiciones de accesibilidad se deberá ejecutar la Adaptación Funcional de la vivienda¹³. Habrá que analizar: la posibilidad de entrar y salir del domicilio, de moverse con libertad por él, de utilizar sus estancias y enseres. Es una de las cuestiones más delicada de afrontar debido a la complejidad técnica y el alto coste que puede acarrear alguna de las medidas (otras de las mejoras ofrecidas serán más sencillas, como puede ser el cambio en la distribución del mobiliario).

El AAP determinaría en función de las características concretas de cada edificio, las ejecuciones a realizar, para alguna de ellas tendrá que acudir a otros profesionales que le asesoren técnicamente (arquitectos) y que lleven a cabo la ejecución de la obra (empresas constructoras, instaladores de elementos elevadores, suministradores de mobiliario adaptado...).

Podría completarse el servicio con la confección de una bolsa de viviendas accesibles para facilitar el cambio de domicilio en aquellos casos en los que las adaptaciones no sean posibles.

4.2.1.2.- Asesoramiento sobre productos de apoyo

¹³ Ceapat define Adaptación Funcional de la vivienda como una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria. A ella habríamos de añadir la condición de favorecer la seguridad y permanencia. (Ceapat, Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes, 2007: 265).

Establecer qué artículos son los más adecuados dadas sus condiciones funcionales o sensoriales, reflexionar la opción de compra o alquiler, crear un banco de material ortopédico que facilite la reutilización de los productos que han dejado de ser usados por sus propietarios.

El suministro de estas ayudas lo realizarán ortopedias, priorizando para su selección aquellas que cuiden tres aspectos fundamentales: posibilidad de visitas a domicilio, el servicio postventa y para aquellos productos más complejos el adiestramiento en su utilización.

Sería de gran ayuda para las familias crear un banco de productos de apoyo para su préstamo entre las familias, como ya se realiza a instancias de otros organismos, públicos o privados.¹⁴

4.2.1.3.- Información de los trámites administrativos y Subvenciones

Solicitud del grado de dependencia y del acceso a los recursos del SAAD, existencia de ayudas o subvenciones públicas y privadas.

En esta materia la información ofrecida sería básica, meramente enunciativa y en el momento de realizar las gestiones se derivaría a los Trabajadores Sociales del Centro Base que ayudaría en la tramitación de las mismas, así como en la gestión de las ayudas a las que pudiera acceder.

Podrían establecerse canales prioritarios para la tramitación de los casos derivados por el AAP.

4.2.1.4.- Apoyo Psicológico

Fundamentalmente orientado a identificar si existe algún elemento que alerte de que la persona afectada no se está superando las distintas fases del proceso emocional de adaptación a su nueva situación.

Este análisis también se extenderá a los demás miembros de la familia y a la estructura de relaciones que se establece entre ellos, se priorizará el seguimiento del cuidador principal.

En caso de detectar necesidades de apoyo se requeriría la participación de profesionales de la psicología que ayudaran a desbloquear las situaciones perniciosas existentes. Es esencial la cercanía de este recurso a la familia por lo que su ubicación estaría en el Centro de Especialidades de referencia.

Aprovechando la proximidad geográfica de sus usuarios el AAP tendría iniciativa para poder constituir grupos de apoyo que servirían para reforzar los

¹⁴ Ceapat recoge en su página web un listado de estas organizaciones:
http://www.ceapat.es/ceapat_01/servicios/reut_pro_apo/prest_pro_apo/index.htm

procesos de recuperación y socialización. Este recurso será especialmente interesante para los cuidadores.

Para favorecer el acompañamiento psicológico en su capacitación inicial recibiría nociones de mecanismos de prevención y resolución de conflictos.

4.2.1.5.- Asesoramiento legal

Este aspecto requerirá de la participación de un profesional del derecho que detalle y profundice en aquellos aspectos de interés para la familia tras la información básica recibida por parte del APP (para poder ofrecer este servicio habrá realizado un curso en el que se habrá recibido formación al respecto). Por ejemplo una vez informados de la posibilidad de constituir poderes, sería el asesor jurídico el que les explicara en detalle su conveniencia, implicaciones y procedimientos.

Son muchas las circunstancias en las que una familia puede necesitar asesoría económica, entre ellos: modificación de capacidad, instituciones de protección legales y patrimoniales, recursos por disconformidad con las valoraciones, casos de discriminación, etc.

4.2.1.6.- Dinamización de la reinserción laboral

La atención suministrada a las familias debe estar inspirada por el objetivo de que la persona con discapacidad sobrevenida normalice al máximo su día a día. En muchos casos esta normalización puede pasar por su integración en el mundo laboral.¹⁵

Si la persona con anterioridad tenía un empleo remunerado habrá que evaluar la viabilidad de seguir desarrollándolo con las adaptaciones y apoyos precisos. En caso positivo, habría que facilitar que su entorno de trabajo fuera accesible. En caso negativo habría que trabajar en la reorientación profesional en función de su perfil: intereses, capacidades, aptitudes, posibilidades por motivos geográficos, etc.

Si con anterioridad la persona no había trabajado la atención se encaminaría hacia el desarrollo de una capacitación profesional que le permita incorporarse al mundo laboral.

A nivel municipal y autonómico se han establecido diversos órganos para la

¹⁵ Un 44% de las personas encuestadas no volvieron a trabajar tras la discapacidad, lo que muestra en qué medida la discapacidad sobrevenida supone una ruptura sociolaboral. Según EL “Estudio Sectorial. Discapacidad Sobrevenida” realizado en el 2006. (Cermi Estatal, Discapacidad sobrevenida e inclusión laboral: documento de posición y de propuestas del Cermi Estatal 2.012: 2).

promoción del empleo, en algunos específicamente para personas con discapacidad. Estos órganos serían los responsables de facilitar un profesional que atendiera los requerimientos del AAP.

4.2.1.7.- Dinamización de actividades de ocio y tiempo libre

La socialización es uno de los aspectos vitales que más se deterioran con la aparición de la discapacidad y requiere de una intervención programada que la incentive y oriente.

Las familias en los primeros momentos no contemplan el ocio como una necesidad, ésta aparece cuando los aspectos básicos ya están cubiertos, por eso debe ser el AAP el que les ayude en esta importante faceta.

En caso de poder retomar las actividades que se realizaban con anterioridad, proponer las adaptaciones y apoyos necesarios para continuar con su realización. En caso de no poder o no desear retomarlas y con el fin de ampliar sus posibilidades habría que facilitar otras opciones de ocio. *"Una de las características clave del ocio es la libertad para elegir, que le diferencia del trabajo y de otras actividades obligatorias de la vida. (Badía 2.009: 32).*

Para ello el asesor facilitará el contacto con las organizaciones e instituciones que en su zona de influencia desarrollan actividades de este tipo. La oferta contará con asociaciones orientadas a las personas con discapacidad (encontrarse con otras personas en su misma situación puede ayudar en su proceso) pero también con aquellas dirigidas al público en general. Participar en estas últimas favorecerá la inclusión y la normalización de las personas con discapacidad.

"El ocio para las personas con DI debe comprenderse en el mismo contexto de la vida de ocio de las personas sin discapacidad. No entendemos las actividades de ocio con fines terapéuticos; antes bien, entendemos el ocio como un derecho de las personas con discapacidad de disfrutar de su tiempo libre y como un indicador de calidad de vida. Por lo tanto, los servicios y programas que se ofrezcan deben estar orientados hacia la normalización y la participación en la comunidad". (Badía, 2.009: 32).

Potenciar la oferta de este tipo de actividades en el ámbito municipal construirá otro reto para el AAP.

4.2.1.8.- Adaptación de itinerarios

Para facilitar el mayor grado de inclusión y de autonomía personal, habría que estudiar con los usuarios la accesibilidad de las rutas más habituales en el desempeño de su actividad diaria, de forma que se realicen las adaptaciones urbanísticas, la dotación de transporte adaptado o simplemente las tareas de

mantenimiento y conservación del mobiliario para que cualquier persona pueda realizarlas con autonomía, comodidad y seguridad.

Si un usuario quiere llevar a sus hijos al colegio, sería necesario comprobar que existe un itinerario accesible desde su domicilio. De no ser así se requeriría la coordinación con los servicios de urbanismo municipales para dar prioridad a las medidas de adaptación necesarias

.4.2.1.9.- Cuidado a cuidadores

Se trata de una de las funciones más importantes. La persona sobre la que recae esta tarea se ve sometida a importantes cambios en su día a día y a tensiones físicas y emocionales, ofrecerles herramientas para gestionar los cambios y el estrés que generan será otro de los aspectos a tener en cuenta por el asesor. Es uno de los aspectos que requiere mayor presencia a lo largo del tiempo, pues las repercusiones negativas del cuidado surgen tras un periodo largo de cuidado.¹⁶

Creación y gestión de grupos de apoyo, actividades de descanso, son algunas de los recursos que podría ofrecer.

4.2.1.10.- Facilitador de apoyos tecnológicos

Esta función es vehicular para la consecución de otros aspectos. La tecnología se ha convertido en un recurso esencial en los procesos de rehabilitación, formación, socialización, información. El asesor ofrecerá recursos en aspectos como: adiestramiento en el uso de dispositivos, programas y aplicaciones, adaptación de dispositivos, aplicaciones, uso de redes sociales, o cualquier otro aspecto en el que se detectara una carencia.

“Las TIC ofrecen un enorme potencial para atender a las necesidades de la población en general considerando la diversidad. En particular para las personas con discapacidad pueden representar un medio fundamental de ayuda a la formación, a la integración laboral y social, así como para la promoción de su autonomía personal y vida independiente. Sin embargo, en múltiples ocasiones los desarrollos tecnológicos y la continua evolución de las nuevas tecnologías plantean barreras de acceso a las mismas a numerosos colectivos de ciudadanos, difícilmente superables por las personas con discapacidad, o las personas mayores, entre otros. Estas dificultades emergen siempre que dejan de aplicarse los principios básicos de accesibilidad y diseño para todos” (Valero, 2.011: 54).

16 Las tareas de cuidadores son asumidas principalmente por mujeres: “Dentro del eje familiar las labores de atención y cuidado de la persona con discapacidad recaen mayoritariamente en el sexo femenino (el 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras son mujeres). Generalmente, el perfil del cuidador principal es una mujer de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados, casada, con estudios primarios y sin ocupación remunerada. En el 40% de los casos la cuidadora es, además, la hija de la persona que precisa los cuidados, y en el 77,2% de los casos lleva a cabo un cuidado permanente”. EDAD 2008. Estudio sobre las necesidades de las personas con discapacidad, pág. 38.

Para solventar requerimientos en este sentido el asesor podría contar con el apoyo de los técnicos de CENTAC y del CEADAC.

4.2.1.11.- Aglutinador de recursos variados

Poner a disposición de los usuarios otro tipo de organizaciones (empresas o asociaciones) que satisfagan sus requerimientos, como pueden ser fisioterapeutas, logopedas a domicilio o personal de asistencia en el hogar o personal, adaptaciones de vehículos, confección de ropa adaptada, etc.

Una vez analizados las necesidades el Asesor elaborará una propuesta de soluciones que presentará a la familia, con su consenso y atendiendo a los gustos y preferencias de la persona con discapacidad se elaborará un plan de intervención.

El plan servirá de guía en la ejecución de las soluciones, programará las actuaciones y las consultas a expertos, facilitará la evaluación de las soluciones y su revisión.

4.2.2.- Coordinación de profesionales

Como se ha visto la tarea del Asesor de Autonomía Personal toca aspectos de la vida muy diversos. Esto hace necesario contar con la participación de múltiples profesionales para el desarrollo de su actividad. La selección de los mejor cualificados, su coordinación y motivación para la implicación en la tarea es otro de los retos que habría de afrontar.

Podemos diferenciar, en función del sector al que pertenezcan, tres categorías entre los expertos que integrarían los eslabones de la Cadena de Atención:

4.2.2.1.- Profesionales vinculados a las Administraciones Públicas

En esta categoría se incorporarían diversos técnicos, tanto del ámbito sanitario, de servicios sociales como de otras áreas competenciales no directamente relacionada con la atención directa a personas con discapacidad ubicados fundamentalmente en estructuras municipales. Se prima la administración local por motivo de proximidad.

Los sanitarios son uno de los eslabones más importantes de la cadena, médicos, enfermeros, aunque probablemente a los que más tendría que recurrir el asesor será al personal especializado en tareas de rehabilitación tales como logopedas, rehabilitadores y de los psicólogos.

Dedicados a otras actividades vinculadas a la mejora de la accesibilidad en entornos construidos se necesitaría la asesoría de los arquitectos municipales

que además de resolver las dudas sobre la viabilidad legal y técnica de acometer modificaciones en viviendas, portales, locales o el entorno urbano, podrían encargarse de la gestión y resolución de las licencias y permisos de este tipo de intervenciones para agilizar su resolución.

Otras dos figuras que se encontrarían en el ámbito municipal son los asesores jurídicos y los técnicos de empleo.

Sería recomendable que estos técnicos recibieran algún tipo de capacitación específica sobre la realidad de la discapacidad, por ejemplo, el que, de manera anual, la Fundación ONCE realiza en colaboración con el Colegio de Arquitectos de Madrid relativo a "Accesibilidad Universal y Diseño para todos", sin olvidar difusión desde el CEAPAT "Semana de puertas abiertas".

Y con un papel destacado los trabajadores sociales. Es el único profesional experto al que habrá que acudir en todas las intervenciones y en aquellos casos en los que no se pudiera con un Terapeuta Ocupacional podría realizar con más éxito sus funciones. Su contacto deberá ser continuo y fluido.

4.2.2.2.- Integrantes del Segundo Sector

Para llevar a cabo las propuestas de mejora recomendadas habrá que recurrir a empresas con solvencia técnica para proveer los servicios y productos necesarios: ortopedias, empresas de cuidados personales, constructoras, empresas de adaptaciones de vehículos...

Para evitar que el usuario tenga que buscar distintos proveedores de servicios y eliminar la incertidumbre sobre su profesionalidad, el asesor facilitará, en los casos que la familia lo demande, una relación con varias alternativas para que puedan elegir con cual realizar el trabajo.

Es importante la creación de bolsas de recursos abiertas, actualizadas y revisables atendiendo a la experiencia de los usuarios.

4.2.2.3.-Representantes del Tercer Sector¹⁷

El sector de la discapacidad cuenta con una gran riqueza asociativa, aprovechar su experiencia, sus buenas prácticas y su sensibilidad hará que la Cadena de Atención sea más sólida y completa.

¹⁷ Entre los motivos para establecer colaboraciones ONG-empresas se encuentran 1. Sumar esfuerzos y ganar en eficiencia de forma sostenida. 2. Mejorar la calidad de la intervención social mediante competencias complementarias. 3. Generar innovación social. 4. Promover cambios locales y globales. (Abenoza, S., Carreras I. y Sureda M. Colaboraciones ONG y empresa que transforman la sociedad, 2.015: 33).

Se tendrán en cuenta tanto las asociaciones locales, más centradas en la atención directa de las personas, como otras nacionales, referentes en su ámbito de actuación (CERMI, FUNDACION ONCE, ASPAYM...).

La comunicación y derivación a los diversos profesionales la realizará directamente el Asesor, que trasladará la cuestión al técnico especialista. Siempre que fuera posible y para evitar que el usuario se sintiera desorientado y el servicio fuera lo más ágil y eficiente posible se priorizará la gestión telefónica y telemática, pudiendo realizarse reuniones presenciales con la familia si así se considerara necesario.

Este modelo de atención involucra a diversos profesionales, administraciones y organismos, esta conexión permitirá el encuentro y enriquecimiento de todos ellos y fomentará que:

- la Accesibilidad se incorpore en la agenda y el ámbito de trabajo de áreas en las que actualmente no se tiene en consideración.
- Se construya un concepto de la Accesibilidad como concepto global que impregna e involucra cualquier actuación.
- Se creen nuevos servicios públicos dedicados a la satisfacción de las necesidades de las personas con discapacidad (bolsa de vivienda accesibles...)
- Se favorezcan actividades de ocio, deportivas, formativas inclusivas
- Mayor profesionalización de las empresas que querrán pertenecer a las listas de recursos de los Asesores.
- Enriquecimiento metodológico, se pondrán en común estrategias y procesos de éxito. Especialmente en el caso de las asociaciones que, en muchas ocasiones, realizan las tareas de forma más eficientes y sostenibles que los prestados por la administración.
- Posibilidad de explorar nuevas vías de colaboración entre los tres sectores para encarar los crecientes retos de atención a las personas dependientes

La Cadena de Atención en Autonomía Personal contribuiría a que la familia no sufriera los vacíos de atención que actualmente padece una vez se le da el alta hospitalario y hasta que es recibido por el Trabajador Social.

4.3.- Modelo privado del Asesor de Autonomía Personal.

El modelo de atención continua, integral y de calidad propuesto puede ser aplicado tanto por las administraciones públicas para cumplir sus objetivos en políticas sociales como por la iniciativa privada en su búsqueda de optimización de resultados.

Hasta el momento se ha reflexionado sobre la figura del AAP como un profesional integrado en el Sistema Público de atención, debido a la riqueza de

implicaciones teóricas que incorpora su conceptualización y desarrollo, pero sin posibilidad de que se lleve a la práctica a corto o medio plazo.

Sin embargo, si hay iniciativas privadas que están trabajando bajo los mismos fundamentos, construyendo sistemas de atención a través de la coordinación de diversos profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la atención a las personas con discapacidad, con el objetivo de conseguir intervenciones más profesionales y ajustadas de precio.

La colaboración basada en la consecución de este objetivo común involucra tanto a empresas como a entidades del Tercer Sector.¹⁸

La participación de la iniciativa privada en la atención a colectivos más vulnerables, tradicionalmente, no ha sido vista con buenos ojos por el mundo asociativo. Pero las tendencias demográficas con un creciente envejecimiento de la población, los cambios en las estructuras familiares que anticipan menor capacidad de sus miembros para asumir los cuidados y las limitaciones presupuestarias invitan a encontrar otra forma de gestionar la atención a personas dependientes.

La consolidación de la Economía Social que propugna que la actividad económica debe dirigirse a la obtención de beneficio social, además del meramente económico, facilita que ambos sectores puedan encontrar sinergias, eliminar sus antagonismos y encontrar formas de colaboración.

La atención facilitada desde la iniciativa privada surge de la misma realidad, la necesidad de que exista una figura que oriente y acompañe a las familias ante la desorientación y falta de información ante las consecuencias del advenimiento de una discapacidad.

Bajo cualquier forma legal (sociedad mercantil, asociación, comunidad de bienes...) se establece una organización cuyo objetivo es facilitar aquellos servicios que la persona pueda necesitar.

Los servicios que ofrecen a las familias no difieren sustancialmente de los ya comentados y pueden concretarse en:

- Gestión de trámites y ayudas.
- Diseño y ejecución de adaptaciones del hogar.
- Diseño y ejecución de adaptaciones del puesto de trabajo.

¹⁸ Entre las ventajas que las entidades del Tercer Sector pueden obtener de la colaboración con organizaciones privadas con ánimo de lucro son: Necesidad de sostenibilidad de la entidad a largo plazo. - Identificación de nuevos grupos de interés prioritario (medios de comunicación, empresas responsables), dada la situación de crisis. - Perfeccionamiento de las técnicas y modelos de captación de fondos. - Aportación de capital humano nuevo, recursos económicos, servicios... -Generación de sinergias, intercambio de conocimientos con la empresa: nuevas habilidades para la gestión y dirección. - Posibilidad de generar nuevas ideas y proyectos de colaboración. (Confederación de empresarios de Andalucía. Guía de relaciones empresariales 2015: 20).

- Suministro de material ortopédico.
- Suministro de apoyos personales (ayuda a domicilio, cuidado personales o sanitarios).

Para poder llevar a cabo estas tareas, la empresa que realiza la función de Asesor de Autonomía Personal, que podríamos denominar la “empresa asesora”, deberá contar con una importante red de colaboradores que provean los servicios y productos que pueda requerir la familia.

La “empresa asesora” puede ser una mera intermediara entre particulares y profesionales o prestar directamente alguno de los servicios comentados sirviendo de intermediaria en los demás.

Establecer la red de colaboradores no es una tarea sencilla pues se requiere que cumplan, al menos, estas condiciones:

- Ser profesionales competentes y cualificados que ofrezcan una alta calidad de los productos/servicios ofrecidos.
- Ofrecer precios ajustado a mercado
- Que sus conceptos de trabajo y atención (lo que podría ser el germen de su política de Responsabilidad social corporativa) estén alineados.
- Tener capacidad de atender las demandas con agilidad.

Las colaboraciones entre dos organizaciones, independientemente de su forma societaria, se basan en el principio *win-win*, en el que ambas consiguen resultados satisfactorios a nivel comercial, de difusión y por supuesto, económicos. Son relaciones con vocación largo plazista que interesan a ambas partes y que, inspirados en la tercera de las condiciones anteriormente apuntadas lleva a relaciones *win-win-win* (siendo el tercer ganador el cliente).

El proceso de establecer alianzas es continuo, no dándose nunca por finalizado, por la aparición de nuevos actores o la revisión de los ya existentes.

Cuando uno de los *partners* es una asociación se repite el mismo modelo de colaboración, pero presenta la dificultad de establecer un sistema de confianza en el que ambas se encuentren cómodas y que facilite la relación win to win.

Una vez que la persona se pone en contacto con la empresa se realiza la visita al domicilio, se detectan las principales áreas de mejora y se inician los contactos con los diversos suministradores de servicios necesarios (en la atención pública el acceso al recurso, parte de la iniciativa del Asesor).

Los presupuestos y soluciones ofrecidos son trasladados a los usuarios por la propia empresa asesora, que en caso de ser necesario concertará una reunión entre ambos. De esta manera la familia puede obtener soluciones de varios asuntos con un sólo contacto, lo que le permite la optimización de tiempos y energías que pueden focalizarse a otras tareas.

Las ventajas de este modelo para la familia se basan en la posibilidad de obtener productos y servicios profesionales, cómodamente en el propio domicilio mediante un único interlocutor y a precios competitivos.

El desarrollo de un modelo mixto, en el que la Administración se apoye en este tipo de organizaciones para la prestación de atención a familias con discapacidad sobrevenida podría ser un buen paso intermedio mientras se instaura un sistema público de atención más centrado en la persona y su atención integral.

5.- CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de atención a personas con discapacidad sobrevenida basado en el concepto de “Cadena de Atención de Autonomía Personal” y articulado por la figura del “Asesor en Autonomía Personal” supondría una mejora en las condiciones de atención a las familias que contarían con herramientas para conseguir el nivel más alto de autonomía personal que facilitaría y orientaría el proceso de “reorganización” vital.

Los efectos, en término de retos y beneficios, de su puesta en marcha se extenderían a la familia, pero también a los profesionales implicados en la atención a personas dependientes y a la sociedad en su conjunto.

El principal desafío que plantea este sistema de cuidados conlleva un cambio de mentalidad de los afectados, los profesionales, las familias y del resto de la sociedad por el que se abandone la idea de que la discapacidad es un punto final en la vida personal, familiar, profesional y social en favor de la puesta en valor de las posibilidades de volver a participar, quizá de forma distinta, pero activamente en cualquier ámbito de su interés.

Implicaciones para las familias:

- Reducción de los niveles de ansiedad y deriva que se padecen tras el advenimiento de una discapacidad por la existencia de un profesional que le acompaña a lo largo del proceso.
- Mejorará la asistencia recibida, acelerando los procesos de recuperación.
- Podrán elegir soluciones adaptadas a sus preferencias, que afecten a la totalidad de su realidad y de los miembros de la familia, facilitadas por profesionales especialistas.
- Contará con información actualizada de las empresas a las que puede contratar para ejecutar las actuaciones, que habrán pasado filtros para asegurar su profesionalidad y equidad en los precios.

Implicaciones para los Asesores

Los profesionales que están realizando las tareas de asesoramiento a personas dependientes serán los que más retos tendrán que afrontar a la hora de implementar un modelo de estas características, ya que su trabajo se verá afectado en forma y fondo:

- Su intervención se orientará centrando el foco en las habilidades, capacidades existentes en lugar de las consecuencias limitantes.
- Contarán con la Accesibilidad como derecho en sí misma y como facilitadora del resto de los derechos, no constriñéndola a arquitectura, transporte o TIC exclusivamente.
- Deberán adaptarse a un modelo de atención proactivo en el que

“Asesor”, es el que toma la iniciativa al ponerse en contacto con el usuario y el que establece contacto con los especialistas.

Los beneficios que les reportará su trabajo van vinculados a la mejora en su capacitación gracias a la formación especializada que recibirán y el contacto con profesionales de otras disciplinas que tienen su lugar de encuentro en las ayudas para favorecer la vida autónoma de todas las personas.

Implicaciones en la Administración

El reto más destacado al que tendrán que hacer frente se refiere a la modificación de las estructuras Sanitarias y Sociales Públicas y el sistema de coordinación entre departamentos de la misma Administración y con otras administraciones. Incluidas sus implicaciones normativas.

A medio y largo plazo, las necesidades formativas de los implicados en la “Cadena” favorecerán que las facultades incorporen en sus planes de estudio alguna asignatura vinculada a la Accesibilidad.

Los beneficios de implantar esta forma de atención supondrá múltiples ventajas tanto cuantitativas como cualitativas, entre las que pueden destacarse:

- En aquellos ámbitos cuyos profesionales colaboren con el Asesor (juristas, técnicos...) la Accesibilidad se irá integrando de forma transversal.
- Supondrá una mejora de la gestión económica, la mejor atención y la orientación de las soluciones a la reinserción laboral y social contribuirá a un ahorro de costes, por la necesidad de menos apoyos y menos coberturas económicas.
- Se crearán nuevos servicios surgidos desde la experiencia directa y permanente de los asesores.
- Se establecerán medidas más intensas en materia prevención de los incidentes causa de la discapacidad sobrevenida: accidentes cardiovasculares, laborales, del hogar.

Implicaciones sociales:

La nueva forma de atención, integral, colaborativa e inclusiva favorecerá que el modelo social de la discapacidad pueda ir calando en la sociedad, favorecido por:

- Mayor visibilidad del colectivo y de sus necesidades
- Mejora de las condiciones de accesibilidad de los municipios y de los barrios, al tener detectados los problemas más próximos se podrán confeccionar planes de actuación que orienten dichas mejoras.
- La colaboración Administración-empresa fomentará la profesionalización de las organizaciones que están prestando estos servicios, minorando el intrusismo existente en el sector y se facilitando el afloramiento de

empleo sumergido.

Son muchos los aspectos referidos en este trabajo que ofrecen importantes vías de reflexión para seguir conformando una visión de la discapacidad más rica y orientada a la satisfacción de sus necesidades, entre estos aspectos destacan:

- Cuantificación y análisis de la realidad de la discapacidad sobrevenida que sirvan de base a la elaboración de programas y políticas específicas.
- Fórmulas de colaboración entre organizaciones públicas y privadas que posibiliten una mayor cobertura social de forma más eficiente.
- Análisis de este modelo en un entorno rural.

A nivel personal este trabajo ha supuesto un importante reto que me ha permitido completar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la tercera edición de máster sobre discapacidad, autonomía personal y atención a la dependencia, la investigación y la reflexión con diversos profesionales me ha ayudado a tener una visión más global de los conocimientos adquiridos. Sirva de reconocimiento a todas las personas que han colaborado en su desarrollo, equipo directivo, profesores, ponentes, equipo de apoyo...

Poder contrastarlo con profesionales del sector de primera categoría es un privilegio y una oportunidad inigualable y espero que alguna idea, alguna frase pueda ser germen para la construcción de un mundo más justo y más accesible para todas las personas.

BIBLIOGRAFIA

ABENOZA, S., CARRERAS, I., y SUREDA, M. (2.015), *Colaboraciones ONG y empresa que transforman la sociedad*, Madrid, ESADE, Pág: 33.

ALONSO LÓPEZ, F., DINARÉS QUERA, M., FARRERAS, V y LÓPEZ FALCÓN, D. (2.007), *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes*, Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona. Pág: 265.

ALVAREZ RAMÍREZ, G. (2.015), *Estudio sobre las necesidades de las familias de personas con discapacidad*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Pág: 38 y 96.

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A. y MORENO FURNTE, F.J. (2.009), *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, IMSERSO. Pág: 229.
Asociación profesional española de terapeutas ocupacionales. (Online)
<https://www.apeto.com>

BADIA CORBELLA, M. y LONGO ARAUJO DE MELO, E. (2.009), *El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio*, Madrid, Siglo Cero Vol40 (3), num. 231. Pág: 32.

CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES DE ADANDALUCIA, CSEA (2.015), *Guía para impulsar las relaciones entre el Tercer Sector y las empresas*, Sevilla, Pág: 20.

CERMI (2.012), *Discapacidad sobrevenida e inclusión laboral: documento de posición de propuestas del CERMI estatal*, Madrid, Pág: 2.

COMISIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2.004), *Estrategias de mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía*, Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud.

DIRECCIÓN GRAL. DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISEMA NACIONAL DE SALUD (2.011), *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Madrid, IMSERSO.

DOMÍNGUEZ ALONSO, A.P. (2.011), *Los principios generales del Derecho en el ámbito de la protección de las personas con discapacidad*, Cuadernos críticos del derecho 2-2011.

HUETE GARCÍA. A, PALLERO SOTO, P; CABALLERÓ JULIÁ, D; QUEZADA

GARCÍA, M. (2.015), *La reorientación vital y profesional de las personas a las que ha sobrevenido una discapacidad en la edad adulta*, Madrid, Observatorio Estatal de la Discapacidad. Pág: 11.

LOPEZ FRAGUAS, M.A, MARÍN GONZÁLEZ, A.I. y PARTE HERRERO, J.M. (2.004), *La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación*, Valladolid, Revista Siglo Cero Vol 35 (1) nº 210.

MARTÍN, S. (2.003), *Guía práctica para lesionados Medulares*, Madrid, ASPAYM MADRID.

MARTÍNEZ MARTÍN, M.I. *Análisis y evaluación de los centros y equipos de las administraciones públicas que intervienen en la valoración de las distintas situaciones de discapacidad*, Madrid, IMSERSO.

MIRANDA ERRO, J. (2.016), *La accesibilidad universal y su gestión como elementos imprescindibles para el ejercicio de los derechos fundamentales*, Madrid, Ediciones Cinca, Pág: 62 y 66.

SAIZARBITORIA, M., ZALAKAIN; J. (2.011), *Atención Comunitaria y Atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*, Madrid, Centro de Documentación y Estudios SIIS Pág: 184.

SECRETARÍA DE ESTADODE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, IMSERSO (2.017), *Carta de Servicios de los centros Base del Imsero 2.017-2.020*, Madrid, Pág: 2.

VALERO. M.A, PALLERO VADILLO, PL., HERADÓN, R., BERMEJO, A. B. y CONDE, R. (2.011), *Investigación sobre las tecnologías de la sociedad de la información para todos*, Madrid, Centac. Pág: 54.