



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS,  
EDUCACIÓN FÍSICA Y ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO SOCIOSANITARIO DE LAS  
PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS  
DEL SERVICIO CANARIO DE LA  
SALUD**

-oOo-

**Trinidad Bartolomé Salinero**





UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS,  
EDUCACIÓN FÍSICA Y ENFERMERÍA**

## **TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO SOCIOSANITARIO DE LAS  
PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS DEL  
SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

**Trinidad Bartolomé Salinero**

**Las Palmas de Gran Canaria**

**2012**



**D<sup>a</sup> MAGDALENA MARRERO MONTELONGO SECRETARIA DEL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS  
PALMAS DE GRAN CANARIA,**

**CERTIFICA,**

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha 7 de febrero de 2012 tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada “Estudio sociosanitario de las prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud” presentada por la doctoranda D<sup>a</sup>. Trinidad Bartolomé Salinero y dirigida por los Doctores D. Juan Fernando Jiménez Díaz, D<sup>a</sup> Josefina Graciela Castañeda Suardiaz y D<sup>a</sup> Bienvenida del Carmen Rodríguez de Vera.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 73.2 del Reglamento de Estudios de Doctorado de esta Universidad, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a siete de febrero de dos mil doce.

*Magdalena M*

# **UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**

Departamento: ENFERMERÍA

Programa de Doctorado: AVANCES en TRAUMATOLOGÍA, MEDICINA del  
DEPORTE y CUIDADOS de HERIDAS

## **Título de la Tesis**

**ESTUDIO SOCIOSANITARIO DE LAS PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS  
DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

Tesis Doctoral presentada por D<sup>a</sup>. Trinidad Bartolomé Salinero

Dirigida por el Dr. D. Juan Fernando Jiménez Díaz

Codirigida por la Dra. D<sup>a</sup>. Josefina Graciela Castañeda Suardíaz

Codirigida por la Dra. D<sup>a</sup>. Bienvenida del Carmen Rodríguez de Vera

**El Director**

**La Codirectora**

**La Codirectora**

**La Doctoranda**

Las Palmas de Gran Canaria, a 20 de Febrero de 2012

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis Directores de Tesis:

Prof. Dr. Juan Fernando Jiménez Díaz, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, por su incansable insistencia para que iniciara este proyecto, por su orientación y seguimiento a lo largo de estos años y además por ser un amigo.

Prof. Dra. Josefina Castañeda Suardíaz, de la Universidad de La Laguna, por su dedicación y compromiso con este proyecto, por su tesón, que ha sido mi mejor baluarte para seguir adelante aún en los momentos de mayor flaqueza y especialmente por su cariño.

Prof. Dra. Bienvenida del Carmen Rodríguez Vera, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, por su apoyo y estímulo constante y sobre todo por su bonita amistad.

Al Prof. Dr. Félix Rupérez Padrón, de la Universidad de La Laguna, por su capacidad de trabajo, por su paciencia al conducirme en la ardua labor de la informática, por su complicidad a lo largo de nuestra trayectoria profesional y por estar ahí cuando lo necesito.

Al Dr. José M<sup>a</sup> Casañas Cullén, Director del Área de Salud de Tenerife del Servicio Canario de la Salud, por su inestimable ayuda al autorizar el acceso a los datos que han permitido la realización de esta investigación y a Rosa Paz Espinosa, del Servicio de Sistemas Electromédicos y de Información, por su generosa aportación en relación a las prestaciones ortoprotésicas en la Comunidad Canaria.

A Eloy González García, por su colaboración en el tratamiento estadístico de esta tesis.

A mis compañeros y amigos de la Universidad de La Laguna por su ánimo y apoyo a lo largo de estos años. Y a todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido a hacer realidad esta Tesis Doctoral.



# ÍNDICE

<b>1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b> .....	<b>1</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	1
1.2. OBJETIVOS .....	4
<b>2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES</b> .....	<b>5</b>
2.1. DISCAPACIDAD .....	5
2.1.1. Modelo Médico o Rehabilitador .....	6
2.1.2. Modelo Social .....	8
2.1.2.1. La fundamentación de los derechos humanos y su proyección en la discapacidad: algunas consideraciones .....	10
2.1.2.2. Tratamiento de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos .....	16
2.2. CLASIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) SOBRE DISCAPACIDAD .....	19
2.2.1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) .....	19
2.2.1.1. Definiciones aportadas por la CIDDM .....	20
2.2.1.2. Objetivo de la CIDDM .....	22
2.2.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) .....	24
2.2.2.1. Definiciones aportadas por la CIF .....	24
2.2.2.2. Objetivo de la CIF .....	25
2.3. MARCO LEGISLATIVO DE LA DISCAPACIDAD .....	27
2.3.1. Protección jurídica de los derechos de las personas con discapacidad en la Legislación Europea .....	27
2.3.2. La Discapacidad en la Constitución Europea .....	27
2.3.3. La constitucionalización de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea .....	28
2.3.4. Directivas, Resoluciones y Recomendaciones del Consejo Europeo de la Unión Europea .....	29
2.3.5. La incidencia de la Constitución Europea en el ordenamiento jurídico español .....	33
2.4. DEPENDENCIA .....	37
2.4.1. Atención Sociosanitaria .....	40
2.4.2. La Ley de Dependencia .....	44
2.4.3. Dependencia y Vejez .....	46
2.4.3.1. Prevención de la enfermedad, discapacidad y dependencia .....	47
2.4.3.2. Prevención primaria .....	49
2.4.3.3. Prevención secundaria .....	52
2.4.3.4. Prevención terciaria .....	53
2.5. DEMOGRAFÍA DE LA DISCAPACIDAD .....	54
2.5.1. Consideraciones generales .....	54
2.5.2. Demografía de la Discapacidad en Europa .....	56
2.5.2.1. Encuesta de Salud, Envejecimiento y jubilación en Europa .....	57
2.5.2.2. Estadísticas europeas de renta y condiciones de vida .....	64
2.5.2.3. Encuesta Social Europea .....	66
2.5.2.4. Plan de acción de la Unión Europea en materia de discapacidad .....	68

2.5.3. Demografía de la Discapacidad en España .....	70
2.5.3.1. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1986 .....	70
2.5.3.2. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS), 1999 .....	73
2.5.3.3. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008 .....	76
2.5.3.4. Discapacidad en las Comunidades Autónomas .....	86
2.5.3.5. Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	89
<b>2.6. PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS .....</b>	<b>93</b>
2.6.1. Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo: Concepto y Definiciones .....	93
2.6.2. Legislación aplicable a los productos sanitarios .....	95
2.6.3. Directivas Comunitarias .....	96
2.6.4. Normativa de ámbito Nacional .....	96
2.6.5. Normativa en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	100
2.6.6. Clasificación de los Productos de Apoyo .....	101
2.6.6.1. Productos de Apoyo para la movilidad .....	102
2.6.6.1.1. Ayudas de marcha manipuladas por un brazo .....	104
2.6.6.1.2. Ayudas de marcha manipuladas por los dos brazos .....	108
2.6.6.1.3. Sillas de ruedas .....	109
<b>2.7. FINANCIACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE APOYO .....</b>	<b>115</b>
2.7.1. Consideraciones generales .....	115
2.7.2. Normativa de la Comunidad Autónoma de Canarias .....	124
2.7.2.1. Procedimiento de prestación ortoprotésica .....	125
2.7.2.2. Solicitud de la prestación .....	126
2.7.2.3. Adquisición y garantía del producto de apoyo .....	127
2.7.2.4. Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas .....	129
2.7.3. Normativa en otras Comunidades Autónomas .....	131
2.7.3.1. Comunidad de Andalucía .....	131
2.7.3.2. Comunidad de Cataluña .....	132
2.7.3.3. Comunidad Valenciana .....	132
2.7.3.4. Comunidad de Galicia .....	134
2.7.3.5. Comunidad Foral de Navarra .....	135
2.7.3.6. País Vasco .....	135
2.7.4. Prestaciones y Catálogo del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) .....	137
2.7.4.1. Procedimiento de prestación ortoprotésica .....	138
2.7.4.2. Solicitud, Adquisición y Garantía de la prestación Ortoprotésica .....	138
2.7.4.3. Catálogo General de Material Ortoprotésico .....	140
2.7.5. Modelo de Financiación en Europa .....	140
2.7.5.1. Dinamarca .....	141
2.7.5.2. Finlandia .....	143
2.7.5.3. Islandia .....	146
2.7.5.4. Noruega .....	147
2.7.5.5. Suecia .....	149
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>151</b>
3.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO .....	151
3.2. DISEÑO DE LA MUESTRA .....	154
3.3. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES .....	155
3.4. SELECCIÓN DE LOS CENTROS .....	156
3.5. PROTOCOLO DEL ESTUDIO .....	157
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>159</b>
4.1. PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD .....	159

4.1.1.	Diagnósticos .....	159
4.1.2.	Tipificación de Ayudas Técnicas/ Productos de Apoyo .....	160
4.1.3.	Ayudas Técnicas/ Productos de Apoyo y variables sociodemográficas: edad y sexo .....	161
4.1.4.	Distribución geográfica de solicitudes de Ayudas Técnicas/ Productos de Apoyo .....	162
4.1.5.	Costes prestaciones ortoprotésicas Servicio Canario de la Salud .....	164
4.2.	CUESTIONARIO: DISCAPACIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS/ PRODUCTOS DE APOYO .....	168
4.2.1.	Problemas de movilidad .....	168
4.2.2.	Conocimiento de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo .....	170
4.2.3.	Utilización de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo .....	172
4.2.4.	Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo y Financiación .....	179
4.2.5.	Actitud del usuario para la reutilización de una Ayuda Técnica/Producto de Apoyo .....	182
4.2.6.	Servicio de control, seguimiento, mantenimiento y formación de las Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo .....	186
<b>5.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>188</b>
5.1.	SOLICITUD DE PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS, DIAGNÓSTICOS, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y TIPIFICACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO .....	190
5.2.	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA .....	196
5.3.	COSTE ECONÓMICO Y FINANCIACIÓN DE PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS .....	198
5.4.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y ASESORAMIENTO PROFESIONAL .....	204
5.5.	ACTITUD DEL USUARIO: REUTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO .....	207
5.6.	GUÍA DE PROCEDIMIENTOS: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS .....	211
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>218</b>
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>223</b>
<b>8.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>243</b>



# 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

# 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

## 1.1. JUSTIFICACIÓN.

Cada vez se está dando más importancia y peso al gasto sanitario en las economías nacionales motivado por el envejecimiento de la población y la aparición de nuevas enfermedades, lo que está conduciendo a los países a introducir reformas en los sistemas sanitarios y a desarrollar estrategias para afrontar la limitación de recursos (Ortún, 2003).

Cabe esperar, además, que la demanda de productos sanitarios aumente progresivamente ante las siguientes circunstancias:

- Envejecimiento de la población: en España, en el 2050 se prevé que once millones de personas serán mayores de 64 años, el 30% de la población, duplicando el porcentaje actual.
- Mayor calidad en las prestaciones, como consecuencia de una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones.
- La extensión casi universal de la cobertura sanitaria pública.
- Los continuos desarrollos tecnológicos, financiados por la industria y exigidos por los profesionales (Barea, 2003).

No obstante, como señala Evans en 1990, no es conveniente caer en el error de asignar el peso absoluto del incremento de costes a estos factores. La insistencia en la justificación del gasto sanitario como determinado por envejecimiento de la población y avance tecnológico, no

hace sino enmascarar la posibilidad de efectuar elecciones en política sanitaria (Evans, 1985; Huber y Zwerina, 1996).

En España, en las últimas décadas, los cambios demográficos experimentados han traído consigo profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un proceso de envejecimiento notable. Uno de los posibles efectos es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno. Además, el aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia. Por lo que para cubrir las necesidades de este colectivo, es necesario conocer sus circunstancias: cuántos son, qué limitaciones tienen y con qué severidad, si disponen de ayudas y cuidados o las barreras a las que se enfrentan.

Siguiendo la Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial en el Informe Mundial de la Discapacidad publicado en Junio del 2011, considerando las estimaciones demográficas de 2010, se considera que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población mundial. Asimismo, en la Unión Europea en torno a treinta y ocho millones de personas padecía alguna forma de discapacidad, lo que equivale a uno de cada diez europeos, cifra que se ha incrementado hasta cincuenta millones tras la última adhesión de países

candidatos a la Unión Europea. Finalmente, según el estudio *Panorámica de la Discapacidad en España* del Instituto Nacional de Estadística en 2008, en nuestro país a fecha de 2008 hay un total de tres con ochenta y cinco millones de personas con discapacidad, lo que supone una tasa de ochenta y cinco con cinco personas, o alrededor del 9%, por cada mil habitantes (INE, 2008). Para 2010, las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales señalan que habrá más de trece millones de personas dependientes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Las personas con discapacidad han de hacer frente a obstáculos de diversa índole, no sólo a la hora de encontrar y conservar un puesto de trabajo, sino también para acceder a medios de transporte, edificios e instalaciones, o para seguir actividades de educación y formación.

Las Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo y personales facilitan la vida de las personas con discapacidad. Elementos como sillas de ruedas, andadores o bastones, entre otros, disminuyen la severidad de la discapacidad física, al igual que sucede cuando reciben cuidados personales o asistencia de otras personas (ayudas personales).

Las Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo son dispositivos o equipos que sirven para suplir o complementar una limitación o carencia funcional, y cuyo fin es conseguir un mayor grado de independencia, y, por tanto, una mejora en la calidad de vida cotidiana y/o profesional y del nivel de autonomía.

## 1.2. OBJETIVOS.

En este estudio nos proponemos los siguientes objetivos:

- Conocer, tipificar y relacionar los productos de apoyo para la movilidad personal, subvencionados por el Servicio Canario de la Salud, con las características sociodemográficas de la población canaria receptora.
- Comprobar los diagnósticos o causas más habituales que resulten susceptibles de concesión de productos de apoyo para la movilidad personal.
- Valorar el grado de conocimiento, utilización, forma de adquisición y asesoramiento de los productos de apoyo para la movilidad personal.
- Analizar los costes de los productos de apoyo para la movilidad personal subvencionados por el Servicio Canario de la Salud y su distribución de acuerdo con variables sociodemográficas.
- Averiguar la actitud del usuario ante el seguimiento, la devolución y reutilización de los productos de apoyo para la movilidad personal y su relación con los costes y variables sociodemográficas.
- Elaborar una guía de procedimientos en el sistema de prestaciones ortoprotésicas y productos de apoyo para la movilidad personal en la Comunidad Autónoma de Canarias.



## 2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES

## 2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES.

### 2.1. DISCAPACIDAD.

El concepto de discapacidad y la condición de la persona discapacitada viene siendo objeto de distintos enfoques y consideraciones a lo largo de las últimas décadas. Existen diferencias sobre cómo interpretar las consecuencias fundamentalmente sanitarias y sociales que la discapacidad conlleva, y cómo repercuten en las personas (Alonso López, 2004; Querejeta González, 2004a).

La discapacidad es un fenómeno que está presente en las personas y en las sociedades y que a lo largo de la Historia ha ido variando su concepto, interpretación, percepción y sistemas de creencias. Puede decirse que la discapacidad es una circunstancia personal (algo presente en algunas personas que les hace ser percibidos como individuos o grupos diferenciados) y un hecho social por las consecuencias sociales que conlleva (generalmente sentidas como problemas), como en el sentido de que la interacción con el medio que le rodea, determina de algún modo qué se entiende por discapacidad (Cayo Pérez, 2006).

En la segunda mitad del siglo XX se han producido importantes avances en el concepto de discapacidad. Las Naciones Unidas en 1975 en la Declaración de Derechos de las Personas con Discapacidad, la definía como *“incapacidad de las personas a subvenir por sí mismas a las necesidades de una vida individual o social normal, a consecuencia de una deficiencia de sus facultades físicas o mentales”* (ONU, 1975).

Hoy en día la situación, el tratamiento y la consideración de las personas con discapacidad, exigen ser tenidas en cuenta desde la perspectiva de los derechos humanos (Longmore & Umansky, 2001).

En las últimas décadas, las políticas de discapacidad, la acción pública en materia de discapacidad han ido interviniendo en función de los modelos conceptuales que en esos momentos imperaban.

Sin remontarnos más atrás que al siglo XX, se aprecian dos modelos de intervención pública que han dado origen a dos tipos de políticas públicas de discapacidad, son: el Modelo Médico o Rehabilitador y el Modelo Social.

Cabe decir que el modelo médico o rehabilitador ha sido el tradicional y vigente hasta hace unos veinte o treinta años, y que el modelo social ha comenzado a generalizarse de ese tiempo a esta parte. Actualmente, ambos modelos coexisten, aunque con tendencia expansiva del modelo social en detrimento del médico, que comienza a verse relegado (Cayo Pérez, 2006).

#### 2.1.1. Modelo Médico o Rehabilitador.

El modelo Médico o Rehabilitador asume que las causas que originan la discapacidad son científicas (la discapacidad es producto de una limitación física, psíquica o sensorial). No obstante, las personas con discapacidad dejan de ser inútiles o innecesarias siempre en la medida en que sean “rehabilitadas”, pues el fin primordial que se persigue desde este modelo es “normalizar” a las personas con deficiencias para integrarlas en la sociedad (Palacios, 2006).

Los primeros síntomas del modelo Rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno (Puig de la Bellacasa, 1993). Sin embargo, la consolidación del modelo mismo, sobre todo en el ámbito legislativo, puede ser situada a comienzos del siglo XX, al finalizar la primera Guerra Mundial, como consecuencia de la misma guerra y los accidentes laborales (Stiker, 1993). Aunque en el Plano del Derecho, en un primer momento se implementaron políticas legislativas destinadas a garantizar servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad, fue en la década de los sesenta cuando las políticas legislativas que se implementaron estaban destinadas a rehabilitar a las personas con discapacidad, con independencia del origen de las deficiencias. En este proceso de recuperación o “normalización”, los contenidos o herramientas esenciales fueron la educación especial, los beneficios de rehabilitación médica, el empleo protegido, las cuotas laborales y los servicios de asistencia institucionalizada. De este modo, las personas con discapacidad recibían beneficios de los servicios sociales porque la discapacidad se veía exclusivamente como un problema individual de la persona, quien no era capaz de enfrentarse a la sociedad (Quinn & Degener, 2000).

Desde la filosofía imperante en el modelo médico o rehabilitador se entiende la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente producido por una enfermedad, accidente o condición negativa de salud, que requiere de asistencia médica y rehabilitadora en forma de tratamiento individualizado. El manejo de las consecuencias de la enfermedad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva

situación. La atención sanitaria se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal es la modificación y reforma de la política de Atención a la Salud (CIF-OMS, 2001).

### 2.1.2. Modelo Social.

Uno de los fundamentos del Modelo Social radica en que las causas que originan la discapacidad no son individuales, como se afirma desde el modelo rehabilitador, sino que son prevalentemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino sobre todo, las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para que las personas con discapacidad sean integradas dentro de la organización social.

El Modelo Social nació en Estados Unidos y el Reino Unido, a través de las demandas de las propias personas con discapacidad durante la década de los años sesenta o principios de la del setenta del siglo XX. En dicha época, la discapacidad, entendida como deficiencia individual o “anormalidad”, implicaba una “tragedia personal” para las personas afectadas y un “problema” para el resto de la sociedad, a la que sólo se daba respuesta a través de políticas sanitarias y asistenciales dirigidas a la persona. No obstante, desde finales de los años sesenta, Europa y Estados Unidos comenzaron a hacer campañas sobre dicha consideración ortodoxa. Las personas con discapacidad, en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales, tomaron la iniciativa de hacer sus propios cambios políticos (Barnes & Mercer, 2003). De este modo, los activistas con

discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unieron condenando su estatus como “ciudadanos de segunda clase”. Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que, según alegaban, “discapacitaban a las personas con deficiencias”. Así fue como la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones, abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria. Por lo tanto, las soluciones frente a la situación de desventaja en la que se encuentran las personas con discapacidad se plantearían a partir del respeto a los valores esenciales que son el fundamento de los derechos humanos (De Asis, 2004).

En definitiva, el Modelo Social enfoca la discapacidad desde el punto de vista de la integración social de las personas que sufren las consecuencias de una enfermedad, considerando que esas consecuencias no son un atributo de la persona, sino un conjunto de alteraciones en la interacción de la persona y su medio, y se ven originadas por el entorno social.

A diferencia del Modelo Médico que se asienta sobre la rehabilitación de las personas con discapacidad, el Modelo Social pone el énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad.

En el plano de la intervención pública, las políticas de discapacidad dejan de estar en la esfera de lo sanitario, pasando a ser transversales a toda la acción pública, pues lo que se trata en este modelo es la garantía de la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Cabra de Luna, 2004; Cayo Pérez, 2006).

El término discapacidad, desde una perspectiva social, cubre todas las consecuencias de las limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento y la participación del individuo en el medio físico y social en el que se desarrolla su vida (Puga y Abellan, 2004). En cambio, un enfoque tradicional o “médico” de la discapacidad está centrado sobre la problemática biomédica del individuo, y su tratamiento tiende a contemplar la discapacidad como una anomalía o enfermedad, cuyo tratamiento tiende a mejorar la funcionalidad del individuo más que a realizar cambios en la sociedad o el entorno en que éste se desenvuelve (Pengelly, 2006).

Considerar la discapacidad desde una perspectiva socio-política frente a una política biomédica, tiene un impacto significativo en las relaciones laborales, familiares, sociales, etc. (Pengelly, 2006).

#### 2.1.2.1. La fundamentación de los derechos humanos y su proyección en la discapacidad: algunas consideraciones.

Como ya mencionamos anteriormente, los valores que sustentan los derechos humanos constituyen los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege al individuo contra el abuso de poder, por un

lado, y garantiza un espacio de desarrollo de la persona como sujeto moral, por otro. El modelo social de tratamiento de la discapacidad se apoya así en la idea de los derechos humanos (Vida Fernández, 2004). Todos ellos poseen una indudable proyección en el tratamiento de la discapacidad desde el modelo social, aunque solo haremos algunas consideraciones en aquellos que, en cierto sentido, sirven para configurar las bases de dicho modelo: la dignidad humana, la autonomía, la igualdad y la solidaridad.

La noción de dignidad humana, punto de partida de los derechos humanos, ha sido y es un factor determinante en la evolución hacia una perspectiva de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Desde ella se refuerza la idea de que las personas con discapacidad, tienen un papel en la sociedad que hay que atender con absoluta independencia de cualquier consideración de utilidad social o económica (Silvers, Wasserman & Mahowald, 1998).

Existen una serie de criterios definitorios de la idea de dignidad y del valor de los individuos, que están por encima del papel que se les asigne o cumplan en la sociedad. Así, sobre la idea de dignidad humana desde la Filosofía del Derecho, Gregorio Peces-Barba (1989), entiende que *“la dignidad humana se formula desde dos perspectivas: una más formal de raíz kantiana y otra más de contenidos, de carácter humanista y renacentista. Por la primera, la dignidad deriva de nuestra decisión de mostrar capacidad de elegir, de nuestra autonomía; por la segunda, la dignidad consiste en el estudio de los rasgos que nos diferencian de los restantes animales. Son*

*dos perspectivas complementarias, casi podríamos decir la forma y el contenido de nuestro valor como personas”*

Un componente de la dignidad que se encuentra íntimamente relacionado al fenómeno de la discapacidad es la autonomía, que puede ser entendida como un espacio reservado, sin restricciones, para la acción voluntaria de la persona. El valor de la autonomía se basa en el supuesto previo de una capacidad de acción y de comportamiento autodirigido. Por lo tanto, se apoya en la imagen implícita de una persona “moralmente libre”. De este modo, la libertad moral sería el referente de los derechos, un momento utópico individual de realización de los planes de vida, de los proyectos vitales, de satisfacción de necesidades, condicionado por la dimensión social de la actividad humana. Así, el sentido de esta libertad moral debe ser generalizado, de modo que todos deberían estar en situación de alcanzarla. A partir de ello, la misión de la libertad social y de los derechos como instrumentos, es permitir al sujeto moral el alcance de esta libertad moral (De Asis, 2001).

Sin embargo, en este contexto de la discapacidad, la imagen del sujeto moral plantea al menos dos grandes problemas (Nino, 1989). El primero de ellos es que, generalmente, suele asociarse la discapacidad, especialmente la intelectual, con la carencia de capacidad para el ejercicio de la libertad moral. En este sentido, desde el modelo social se aboga por una concepción más amplia de la idea de autonomía, un planteamiento que no se incline excesivamente por detectar las dificultades funcionales (Courtis, 2004) y que, por tanto, otorgue la misma importancia a la necesidad de una

protección efectiva de los derechos y los intereses de las personas con discapacidades intelectuales (Quinn & Degener, 2000).

Como dice Christian Courtis (2004), *“definir a una persona sólo por lo que no puede hacer, o en función de sus limitaciones, supondría extender el rótulo de inútil o inservible a la humanidad entera. Prácticamente todo ser humano tiene limitaciones para desarrollar algunas actividades: cantar, realizar cálculos matemáticos, orientarse en un lugar desconocido, correr, practicar deportes, bailar, retener datos, recitar poesía, cocinar, realizar manualidades. Para la mayoría de las personas, el dato de sus limitaciones relativas a la realización de ciertas actividades es irrelevante. Las personas con discapacidad, sin embargo, han sufrido históricamente una rotulación que pone énfasis en las actividades en las que tienen limitaciones, en lugar de resaltar las actividades que sí pueden desarrollar sin dificultades”*. En este sentido, en lo que concierne a las personas con ciertos tipos de discapacidades, es evidente que en muchos casos la autonomía puede encontrarse limitada, pero es en estos casos precisamente donde debe resaltarse el rol del Derecho en cuanto a la garantía de desarrollo pleno del grado de autonomía existente, por mínima que sea (Palacios, 2004b).

Una segunda dificultad a la que se enfrenta este valor en el contexto de la discapacidad, es que muchas veces la sociedad no se toma en serio la autonomía de las personas con discapacidad, que tienen esa “capacidad” absoluta para el ejercicio de dicha libertad moral. Este es el típico caso de las personas con deficiencias físicas o sensoriales. En muchas ocasiones, las elecciones de vida de estas personas no son consideradas tan

merecedoras de apoyo social como las personas sin discapacidad. De este modo, debe destacarse que la mayor parte de las sociedades aún no han hecho lo suficiente para “*habilitar a las personas con discapacidad que tienen una clara capacidad de libertad moral para el pleno desarrollo como sujetos morales*” (Quinn & Degener, 2000).

Otro valor que fundamenta los derechos humanos es el de la igualdad. Se basa en que todas las personas poseen, no solo un valor intrínseco inestimable, sino también que son intrínsecamente iguales en lo que se refiere a su valor, más allá de cualquier diferencia física, psíquica o sensorial. Esto no equivale a decir que no existan diferencias entre las personas.

No debe confundirse la diversidad (diferencia) con desigualdad. La igualdad parte de la diversidad (Bobbio, 1991). Por ello, una sociedad que respeta auténticamente el principio de igualdad es aquella que adopta un criterio inclusivo respecto de las diferencias humanas, y las tiene en cuenta en forma positiva (Quinn & Degener, 2000), que puedan participar en una gran cantidad de actividades que sustentan una vida en sociedad. De lo contrario, las personas con discapacidad se encontrarían socialmente excluidas sin posibilidad de acceso a las estructuras de la vida diaria (educación, trabajo, familia, interacción social, etc.).

De este modo, como normalmente no se prevén adaptaciones para las “desviaciones” o las “diferencias” respecto de la norma elegida, la diferencia sirve como base para una sutil discriminación (Quinn & Degener, 2000). No obstante, la respuesta brindada por el Derecho en los últimos tiempos frente

a estas cuestiones, ha venido siendo implementada a través de fórmulas legislativas antidiscriminatorias, y concretamente, se ha llegado a un cierto consenso en cuanto a la elección de este derecho en su versión de igualdad de oportunidades (Campoy Cervera, 2005).

Otro de los valores que justifican a los derechos humanos es: la solidaridad, valor que se requiere en ciertas ocasiones, como un apoyo añadido que persigue esencialmente poder brindar a todas las personas la posibilidad de participar en los procesos generales de la sociedad. En este sentido, resulta de mucha utilidad el análisis que realiza Campoy Cervera (2004), quien sostiene que mediante el valor solidaridad se intenta complementar el individualismo, base de todo el sistema de los derechos fundamentales, con el trascendente papel que ha de tener la propia colectividad, precisamente para la consecución de los fines individuales. No obstante, advierte el citado autor que ello no debe conducirnos a olvidar que el objetivo último es que las personas individualmente consideradas logren diseñar sus propios planes de vida y actuar para su efectiva consecución. En este sentido, a juicio de Campoy, el valor solidaridad debe incorporar tres ideas fundamentales para conseguir redefinir ese objetivo. La primera, es que *“la colectividad adquiere una importancia transcendental para la vida de los individuos; el individuo no tiene existencia real sin la colectividad, ésta conforma en muy buena medida la propia personalidad del individuo, sus planes de vida y la forma en que se considera apropiado hacerles eficaces, y hace posible, a su vez, que esos planes de vida puedan efectivamente realizarse”*. La segunda idea que apunta Campoy es que *“el reconocimiento*

*de esa importancia del colectivo ha de suponer que se acepta la posibilidad de que el respeto, reconocimiento y protección, por el cumplimiento de los planes de vida de terceros pueda, en ocasiones puntuales, exigir un sacrificio directo del cumplimiento de los propios planes de vida".* Y la tercera es que los sacrificios que se pueden exigir a los individuos no deben limitarse sólo en beneficio de individuos identificables, sino que, sostiene el autor citado, también se pueden exigir en beneficio de ese "ente" más o menos abstracto que es la colectividad.

#### 2.1.2.2. Tratamiento de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos.

El tratamiento de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos puede abordarse desde, al menos, tres diferentes planos o dimensiones, esto es, el plano ético-filosófico, el plano fáctico o sociológico, y el plano jurídico o legal. El plano ético-filosófico de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos, se basa en los valores -ya descritos anteriormente- dignidad, autonomía, igualdad y solidaridad. En lo que respecta al plano fáctico o sociológico, esta perspectiva exige la tarea de visualizar a las personas con discapacidad, tanto en el aspecto relativo a su propia discapacidad, como en lo relativo al goce, limitación o violación en el ejercicio de sus derechos. Por último, la perspectiva de derechos humanos en el plano jurídico o legal, exige la implementación de recursos legales efectivos frente a la discriminación.

En este contexto, las políticas sociales han de asegurar la dignidad y el pleno desarrollo de las personas con discapacidad, partiendo de la base de la igualdad de oportunidades en el ejercicio de todos los derechos fundamentales (De Lorenzo, 2004). Así, la Constitución Española, en su artículo 49, encomienda a los poderes públicos llevar a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, prestando la atención especializada que se requiera y el amparo necesario para el disfrute de los derechos reconocidos a todos los ciudadanos. Es decir, que se exigen medidas concretas a los poderes públicos, a fin de que se produzca la pretendida “integración social” de las personas con discapacidad, y éstas puedan, así, disfrutar de los derechos fundamentales (Rubén Fernández, 2001).

Para llevar a cabo una correcta y efectiva promoción de las condiciones de igualdad real en el contexto de la discapacidad por parte del Estado, requiere del reconocimiento e incorporación de una serie de principios específicos aplicables al contexto de la discapacidad (De Lorenzo, 2003; Foro Europeo de la discapacidad, 2003). Estos principios, que pueden encontrarse en diferentes instrumentos internacionales y en el derecho comparado, han sido recogidos en la normativa española a través de la Ley 51/2003, más específicamente en su artículo 2, reconociendo que dicha ley se inspira en una serie de principios como el de vida independiente, la normalización, la accesibilidad universal, el diseño para todos, el diálogo civil y la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad (Palacios y Jiménez, 2005).

Además de estos principios, otro elemento importante que no debe faltar en ninguna política social sobre esta materia, es el fomento a una mayor toma de conciencia sobre la discapacidad. Según las Normas Uniformes (Organización de la Naciones Unidas, 2002), los Estados deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.

Finalmente, un plan o política social de discapacidad debe contemplar medidas contra la discriminación, que sean efectivas y exigibles, así como tratamientos diferenciados. Según la legislación española, se consideran medidas contra la discriminación *“aquellas que tengan como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorablemente que otra que no lo sea en una situación análoga o comparable, y pueden consistir en prohibición de conductas discriminatorias y de acoso, exigencias de accesibilidad y exigencias de eliminación de obstáculos y de realizar ajustes razonables”* (Palacios, 2004a).

## **2.2. CLASIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) SOBRE DISCAPACIDAD.**

La OMS ha establecido distintas clasificaciones sobre discapacidad a lo largo de los años, en conformidad con la propia evolución de dichos conceptos.

### **2.2.1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).**

En el año 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó un documento, “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDDM), que sirvió para definir a las personas con discapacidad, no por las causas de sus minusvalías, sino por las consecuencias que éstas les han generado. Distinguía entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, insistiendo en el carácter de pérdida o anormalidad (deficiencia), restricción del funcionamiento de la actividad (discapacidad) y límites de impedimentos para desempeñar roles esperados, desventaja (minusvalía). A finales de los años noventa se van imponiendo conceptos de discapacidad y personas con discapacidad dadas las connotaciones negativas de la palabra minusválido, discapacitado o deficiente (OMS, 1980).

### 2.2.1.1. Definiciones aportadas por la CIDDM.

A continuación podemos referir esquemáticamente algunas definiciones aportadas por la CIDDM:

#### **Deficiencia**

Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

#### **Discapacidad**

Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

#### **Minusvalía**

Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

Las definiciones extraídas de este documento han sido ampliamente utilizadas durante años y aún continúan vigentes en bastantes países, si bien se sigue ofreciendo otras definiciones de los principales términos referentes a la discapacidad.

La CIDDM, traducido a más de catorce idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983, tenía por objeto ofrecer un marco

conceptual para la información relativa a las consecuencias de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos (INSERSO, 1983).

En este nuevo esquema ha de entenderse que:



**La enfermedad:** es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad o accidente.

**La deficiencia:** es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones.

**La discapacidad:** es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características: edad, sexo, etc.

**La minusvalía:** es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Posteriormente a esta clasificación se elaboró la “Carta para los años 80” por el catorce Congreso de Rehabilitación Internacional celebrado en Winnipeg, Canadá. En esta carta se relacionan las definiciones generadas por la CIDDM con objetivos por desarrollar mediante actuaciones sanitarias y sociales (Ustún, Hyman, Chatterji, Rehm, Saxena, Bickenbach et al., 2001).



#### 2.2.1.2. Objetivo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

El objetivo de esta Clasificación era que se podía aplicar tanto a la atención de la salud individual, incluidas la detección precoz y la prevención, como a la acción contra los obstáculos del entorno físico o social. Su campo de actuación se extendió así mismo al estudio de los sistemas asistenciales, tanto en lo que respecta a la evaluación de dichos sistemas como a la formulación de políticas de salud.

Los conceptos utilizados en la CIDDM suscitaron gran interés y sus aplicaciones se extendieron a los Campos de la Seguridad Social, a la evaluación de la capacidad laboral, a la evaluación de las necesidades comunitarias, al urbanismo y a la arquitectura, entre otros. En todos estos sectores la utilización de la CIDDM facilitó la comunicación entre categorías profesionales y la coordinación entre los diferentes tipos de asistencia.

En las instituciones sanitarias, la CIDDM sirvió para evaluar las actuaciones sanitarias, así como las modalidades de utilización de los servicios asistenciales. Así mismo, en la comunidad fue útil para determinar las necesidades de las personas con discapacidad, para identificar las situaciones discapacitantes en el entorno social y físico, y para formular las

decisiones políticas necesarias para la mejora de la vida cotidiana, incluidas las modificaciones del entorno físico y social. También se modificaron las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión, tanto a nivel de gobierno como de organizaciones (Vázquez Barquero, 2001).

En el año 1983, el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, elaborado por Naciones Unidas, adopta este programa de actuación:



En este contexto podemos matizar:

**Prevención:** la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

**Rehabilitación:** proceso de duración limitada y con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (Ayudas Técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

**Equiparación de oportunidades:** proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad se hace accesible a todos, medio físico, cultural, laboral, social, educación, etc.

### 2.2.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), 2001.

Esta clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, también conocida como CIDDM-2, se vio modificada en el año 2001 por la OMS. En ésta se establece una nueva definición para los conceptos de discapacidad y minusvalía que se corresponden con los de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Esta nueva clasificación es la actualmente vigente, aunque en muchos países se encuentre en un proceso de tránsito de la anterior a la actual clasificación.

#### 2.2.2.1. Definiciones aportadas por la CIF.

Como hemos señalado anteriormente, en esta clasificación se aportan nuevos conceptos tales como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, equivalentes a conceptos en otras clasificaciones anteriores.

Según la CIF, el concepto de -discapacidad- se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada “condición de salud” y sus factores contextuales (ambientales y personales) (Real Decreto 1856/2009).



**Deficiencias:** problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o pérdida.

**Limitaciones en la actividad:** dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve, hasta una grave en términos de cantidad o calidad en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que espera que la realizara una persona sin esa condición de salud. Esta expresión, como ya se ha comentado anteriormente, sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980 de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Se considera que una persona tiene limitaciones en la actividad tanto si ésta es originada por una deficiencia, como por un proceso degenerativo producido por la edad.

**Restricción en la participación:** problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

#### 2.2.2.2. Objetivo de la CIF.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud tiene como objetivo principal clasificar el funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud. La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980), a una clasificación de “componentes de la salud”. Estos identifican los

constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren a las repercusiones derivadas de las enfermedades u otras condiciones de salud (Vázquez Barquero, 2001).

La salud, entendida en sentido amplio, es un elemento de suma importancia para las personas con discapacidad, pues la ausencia de salud, las distintas patologías y deficiencias, interactuando con el factor social, están en el origen de la discapacidad, en situación de desventaja para participar en el curso ordinario de la vida social.

## 2.3. MARCO LEGISLATIVO DE LA DISCAPACIDAD.

### 2.3.1. Protección jurídica de los derechos de las personas con discapacidad en la Legislación Europea.

La adopción de un nuevo enfoque sobre la discapacidad (ya descrito anteriormente) para lograr la participación e igualdad plenas, es precisa la adopción de medidas que operen simultáneamente sobre las condiciones ambientales. En esta perspectiva se encuentran dos estrategias de intervención, relativamente nuevas que, desde postulados inicialmente distintos, van convergiendo progresivamente y terminan por entroncar con el enfoque de los derechos humanos. Estas estrategias son: “la lucha contra la discriminación” y la de “accesibilidad universal” (Arbide, 2005; Clements & Read, 2003; Valdés de la Vega, 2003).

En este proceso se encuentra la Constitución Europea (2005) que entronca plenamente en el nuevo tratamiento que recibe en la actualidad la discapacidad y que, sin duda, constituye un avance en la protección contra la discriminación de las personas con discapacidad (Fernández de Casadevante Romani, 2003; Moreno Gene y Romero, 2003; Villarino, 2004).

### 2.3.2 . La Discapacidad en la Constitución Europea.

El texto constitucional elaborado por la Convención Europea para el Futuro de Europa y firmado el 29 de octubre de 2004 en Roma (Convención Europa, 2004), recoge varias medidas relacionadas con la discapacidad e implica, sin ninguna duda, un avance en el proceso de construcción de una

Europa más social, democrática y participativa. Por una parte se reconoce la igualdad y el respeto a la dignidad humana como uno de los valores de la Unión Europea (UE) (art. 1-2); se incorpora la lucha contra la exclusión social y la discriminación entre sus objetivos (art. 1-3.3); la transversalidad de la no discriminación en todas las políticas y acciones de la UE (art.1-4.4), y se reconoce la importancia de la democracia participativa y del diálogo civil (papel activo del movimiento asociativo) (art. 1-46).

En segundo lugar, se incluye la Carta de Derechos Fundamentales en el Tratado (parte II del nuevo Tratado), lo que supone carácter vinculante de la misma. La no discriminación se refleja en el art. 11-21 y la acción positiva en el 11-26, fundamentos de la posterior Declaración de Madrid y sentido de nuestro Año Europeo 2003 (Propuesta de Decisión del Consejo Europeo, 2003; Sanz Caballero, 2003).

Finalmente, por lo que respecta a la parte III de la Constitución, el art. III-8 sustituye al 13 del Tratado de Ámsterdam para la no discriminación, y otras acciones transversales para promover la igualdad entre hombres y mujeres (art. III-2) y combatir la discriminación por discapacidad (art. III-3) completan la base jurídica futura de la política social para personas con discapacidad (Alonso Soto, 2007).

### 2.3.3 La constitucionalización de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

En el Consejo Europeo de Niza de 2000, se proclamó la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, teniendo como propósito

reforzar la protección de los derechos fundamentales, dotándolos de mayor presencia en el Derecho Comunitario y ajustándolos a la evolución de la sociedad (Aldecoa Lazárraga, 2004; Cruz Villalón, 2002). Este reforzamiento de los derechos fundamentales en la Unión Europea sitúa a la persona en el centro de su actuación y es fruto de la decisión de compartir un porvenir pacífico basado en valores comunes (preámbulo de la Carta). Entre estos derechos fundamentales se incluyó la protección de la discapacidad (art. 21, No discriminación) y la integración de las personas discapacitadas (art. 26) (Martín y Pérez de Nanclares, 2003; Roldan Barbero, 2003).

Una vez integrada la Carta en la Constitución Europea, el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI), en línea con el Foro Europeo de Discapacidad (EDF) y la Plataforma Europea de ONG Sociales, solicitó la incorporación de la Carta de Derechos Fundamentales, con la finalidad de otorgarle fuerza vinculante al texto, en garantía de los derechos de los ciudadanos europeos y la legitimidad democrática de las instituciones (CERMI, 2002; Villarino, 2004).

#### 2.3.4. Directivas, resoluciones y recomendaciones del Consejo Europeo de la Unión Europea.

Además de la normativa general de la Unión Europea, los órganos e instituciones europeas publican Directivas, Recomendaciones y Resoluciones que promueven la integración de las personas con discapacidad en los primeros años de andadura de la Comunidad Económica Europea dirigidas a la rehabilitación profesional, en la década de

los ochenta, para mejorar la empleabilidad y ya, en la década de los noventa, en el contexto de la lucha para combatir la exclusión combinando estrategias de empleo y antidiscriminación.

Sobre la base del artículo 13 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, el Consejo adoptó la Directiva 2000/43/CE, de 29 de junio de 2000, que aplica el principio de igualdad de trato para las personas, independientemente de su origen racial o étnico en ámbitos como el empleo, la formación profesional, la educación, los bienes y servicios y la protección social; la Directiva 2000/78/CE, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, que prohíbe la discriminación por razones de religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, y la Directiva 2004/113/CE, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro.

Cabe señalar que el año 2003 ha sido el Año Europeo de la discapacidad, lo que ha supuesto un impulso en el reconocimiento de los derechos de este grupo, como la instauración del plan de acción plurianual, 2004-2010, el de “igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: un plan de acción europeo” (Comunicación de 30 de octubre de 2003, 2004) y otras medidas (Resolución del Consejo 2003/C 175/01, 2003). En el año 2007 se volvió a designar “Año Europeo de la igualdad de Oportunidades para Todos” (Decisión 771/2006/CE, 2006).

El Comité Económico y Social Europeo (CESE), en el año 2008, adopta un plan de trabajo similar al que adoptó en materia de igualdad de sexos, con la elaboración de un cuadro de indicadores y de objetivos cuantitativos, que deben alcanzar los Estados miembros en varias áreas prioritarias establecidas de común acuerdo, sería la manera adecuada de progresar en la realización de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Dictamen 2008/C 10/20, 2008).

El 23 de octubre de 2008, el Comité Económico y Social Europeo, de conformidad con el artículo 29 A de las Normas de Desarrollo de su Reglamento Interno, decidió elaborar un dictamen adicional sobre la “Propuesta de Directiva del Consejo por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas, independientemente de su religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual” (Dictamen 2009/C 182/04, 2008; Dictamen del Comité Económico y Social, 2004; Propuesta 2008/0140, 2008).

En mayo de 2004, el Consejo autorizó a la Comisión a llevar a cabo las negociaciones, en nombre de la Comunidad Europea, relativas a la Convención de las Naciones Unidas sobre la protección y la promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. La Convención de las Naciones Unidas fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

La Convención de las Naciones Unidas constituye un pilar pertinente y eficaz para la promoción y protección de los derechos de las personas con

discapacidad dentro de la Unión Europea, a lo que conceden suma importancia tanto la Comunidad como sus Estados miembros (Decisión 2010/48/CE, 2009; ONU, 2002).

El Consejo de la Unión Europea y los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, acogen con satisfacción la Comunicación de la Comisión sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea: Plan de Acción Europeo 2008-2009 (Resolución 2008/C 75/01, 2008) que describe, en términos tangibles, el compromiso europeo de garantizar que las personas con discapacidad sean tratadas como ciudadanos y agentes socioeconómicos activos, que contribuyen a la construcción de una Europa sostenible y solidaria, que ofrece iguales oportunidades para todos. Todas las acciones de este Plan se proponen responder a las necesidades individuales y diversas de las personas con discapacidad (Comisión Europea, 2000; Comisión Europea, 2010).

Conforme a la Convención, entre las personas con discapacidad se encuentran aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La Comisión colaborará con los Estados miembros para luchar contra los obstáculos que impiden tener una Europa sin barreras, suscribiendo Resoluciones recientes a este respecto del Parlamento Europeo y del Consejo. Esta estrategia proporciona un marco de acción a escala europea y

nacional para abordar las distintas situaciones de hombres, mujeres y niños con discapacidad.

Es esencial que las personas con discapacidad participen plenamente en la vida económica y social para que tenga éxito la Estrategia Europea 2020 de la Unión Europea (Comunicación de la comisión europea, 2010).

Recordemos que en diciembre de 2003 el Consejo adoptó conclusiones sobre el seguimiento del Año Europeo de las personas con discapacidad, confirmando la inclusión social completa y la plena realización de la igualdad de oportunidades de personas con discapacidad, como objetivos del plan de acción europeo en materia de discapacidad 2004-2010 (Comisión Europea, 2010). Estos objetivos son: plena aplicación de la Directiva relativa a la igualdad de trato en el empleo, integrar adecuadamente las cuestiones de discapacidad en las políticas comunitarias, y potenciar la accesibilidad para todos (Congreso Europeo, 2002; Declaración del Congreso Europeo, 2002).

#### 2.3.5. La incidencia de la Constitución Europea en el ordenamiento jurídico español.

La aprobación y, en su caso, la posterior entrada en vigor de la Constitución Europea, significará, sin lugar a dudas, un nuevo e importante impulso para la adopción por parte de los poderes públicos españoles de nuevas acciones, dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Así, el ordenamiento jurídico español ha iniciado ya el proceso de adaptación a las directrices

marcadas por la Unión Europea (Comisión Europea, 2000b; Comisión Europea, 2001; Cruz Villalón, 2002).

En este contexto es necesario realizar una breve descripción de las últimas actuaciones, esencialmente normativas, en materia de discapacidad llevadas a cabo al hilo de las recientes iniciativas comunitarias y, especialmente desarrolladas en el marco del Año Europeo de las personas con discapacidad celebrado en el 2003 (García Valverde y González de Patto, 2004). Al margen de otras medidas adoptadas de menor calado, la intensa producción legislativa acaecida en los últimos años tiene como ejes centrales, en primer lugar, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 51/2003, 2003), y en los arts. 9.2, 14 y 49 de la Constitución Española (1978).

La Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, constituye, sin duda, el segundo gran hito en la adaptación del ordenamiento jurídico español al ordenamiento jurídico comunitario al transponer la Directiva 2000/78/CE. Fruto de esta ley se han producido, a su vez, diversas modificaciones tanto del Estatuto de los Trabajadores (art. 4.2 c) y e), art. 16, art. 17 y art. 54.2), de la Ley de Procedimiento Laboral (art. 96) y de la Ley de Integración Social de los Minusválidos – LISMI (art. 37).

Junto con estas disposiciones fundamentales mencionadas, cabe destacar un amplio paquete de medidas legislativas que completan las diversas facetas del tratamiento de la discapacidad. Entre otras, la Ley

41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, la Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados, que eleva del 3% al 5% la cuota de reserva para discapacitados en las convocatorias de provisión de personal que realicen las Administraciones Públicas, desarrolladas por el RD 2271/2004, de 3 de diciembre, por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con discapacidad; el RD 170/2004, de 30 de enero, por el que se modifica el RD 1451/1983, de 11 de mayo, sobre empleo selectivo y medidas de fomento del empleo; el RD 290/2004, de 20 de febrero, regulador de los enclaves laborales; el RD 338/2004, de 27 de febrero, que modifica la composición del Consejo del Real Patronato sobre Discapacidad y el RD 1865/2004, de 6 de septiembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad. Finalmente, el Gobierno ha aprobado diferentes Planes de actuación dirigidos a las personas con discapacidad. En esta dirección se encuentra el II Plan de Acción de las personas con discapacidad 2003-2007 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003) que establece una política de atención integral a las personas con discapacidad y a las familias que las cuidan, incidiendo nuevamente en la adopción de medidas dirigidas a evitar la discriminación y en la adopción de medidas de acción positiva para favorecer la igualdad. El II Plan de Empleo para personas con discapacidad 2003-2004, cuya finalidad es contribuir a la incorporación de personas discapacitadas al mercado de trabajo ordinario o, cuando esto no sea posible, al mercado de trabajo protegido. Y, por último,

el I Plan Nacional de accesibilidad 2004-2012, que tiene por objeto alcanzar la accesibilidad universal de todos los entornos, productos y servicios para superar las barreras que discriminan a las personas con discapacidad. Pero sin duda, uno de los Planes más notorios ha sido la creación de un sistema de Dependencia y la configuración de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, teniendo perfecto encaje en la Constitución española. Norma fundamental que consagra el modelo de Estado social e impone a los poderes públicos deberes de proveer o garantizar ciertos servicios, instrumentando las políticas públicas adecuadas.

## 2.4. DEPENDENCIA.

El estudio de la dependencia es de gran interés y de máxima actualidad. Se trata de un fenómeno que va en aumento y que cada vez es más visible en la sociedad española, debido al fuerte envejecimiento demográfico que está experimentando, y debido también a que sus implicaciones han rebasado el ámbito familiar al que tradicionalmente se veía confinada. El impacto potencial de este fenómeno sobre los programas sociales y sanitarios de atención y los altos costes derivados de una situación de dependencia, tanto para los individuos como para sus familias y para la sociedad en su conjunto, explican la creciente atención prestada al tema (Cáritas, 2006).

La mayor parte de los análisis sobre la dependencia tienen como finalidad contribuir al proyecto de medidas de política sanitaria y política social, que hagan posible un aumento del bienestar de las personas en situación de desventaja (Puga, 2005; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005).

El Libro Blanco de la Dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO, 2004) toma como válida la definición de Dependencia que ofrece el Consejo de Europa: *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular,*

*los referentes al cuidado personal*". Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que pueda decirse que hay una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual, que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por si misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. Esta perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), descrita anteriormente (Vázquez Barquero, 2001).

Se entiende, por otra parte, de acuerdo con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) 1999 (INE-OMS-ONCE, 2001), que tales actividades se refieren a:

- El cuidado personal (asearse solo, lavarse, controlar las necesidades, utilizar solo el servicio, vestirse, arreglarse, desvestirse, comer y beber).
- La movilidad en el hogar (cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado, desplazarse dentro del hogar).
- Las tareas domésticas (cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios, cuidarse de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa, del bienestar de los demás miembros de la familia).

- La movilidad extradoméstica (deambular sin medio de transporte).

La consecuencia de la discapacidad en un contexto social puede ser la dependencia, por lo que se demandarían ayudas de tipo personal, asistencia técnica u otras (Pérez Bueno, 2006). Esta necesidad de asistencia es, precisamente, lo que caracteriza la dependencia. Querejeta (2004, a y b) la especifica como: dependencia = limitación en la actividad + ayuda. Es decir, como dicen Casado y López (2001), una persona es dependiente cuando en un periodo prolongado de tiempo requiere ayuda personal o técnica para realizar ciertas actividades cotidianas.

Dentro de instrumentos para la medición de la dependencia, el grado de dependencia viene medido por distintas escalas de capacidad funcional (Barthel, Lawton), entre otros que establecen un índice o valor que permite comparar las condiciones funcionales de individuos con diferentes patologías.

El índice de Barthel describe el estado funcional del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Guillén Llera y Ribera Casado, 2000).

El índice de Lawton mide la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades instrumentales (tareas del hogar, compras, etc.) (Lawton M & Brody, 1969).

Otros autores como Alegre Escolano y cols. (2005) y Viciano y cols. (2003) en su estudio sobre la medición de la tasa de dependencia en la población española, plantea una propuesta sobre los criterios de valoración

de la misma. Los resultados muestran que si además de la severidad en la valoración se incluye la codiscapacidad, se consigue un indicador más refinado, estimando de forma más precisa las situaciones más graves por acumulación de discapacidades. Situaciones que se darían en las personas con edad más avanzada y que presentan una mayor complejidad. Otro paso en la mejora de la medición y valoración sería añadir a la severidad, a la codiscapacidad, un nuevo componente: una valoración de la carga o peso diferencial que supone la discapacidad para cada una de las ABVD observadas, dado que, por ejemplo, no es lo mismo no poder comer que no poder hacer la compra. En este sentido, algunos autores han avanzado en la creación de indicadores más complejos que incluyan las distintas facetas o componentes de la discapacidad que genera dependencia. Como ejemplo, puede citarse a Viciana y colaboradores (2003), en su propuesta para el cálculo de la carga de la discapacidad, o las observaciones de Sancho (2004) realizadas para la preparación de la ley francesa de protección de la dependencia, que se basa en la construcción de patrones de la dependencia; resulta de una extraordinaria relevancia la discusión y mejora de los instrumentos de medida y valoración de la misma.

#### 2.4.1. Atención sociosanitaria.

En las últimas décadas del siglo XX, en los países occidentales más desarrollados, conforme se ha avanzado y profundizado en el bienestar de la población, la sociedad y los poderes públicos han ido considerando su deber

de responder a las necesidades básicas de las personas con necesidades intensas y generalizadas de apoyo.

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia, ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo de Europa (CE) y la Unión Europea (UE).

En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten (Declaración del Congreso Europeo, 2002; Inclusión Europa, 2002).

El sistema de protección social actual, que incluye el sistema de salud, los servicios sociales, el sistema de pensiones, el sistema educativo y la protección al desempleo, se inicia con la reforma institucional de la Seguridad Social en 1978 y con la aprobación de la Constitución democrática.

En ese mismo año se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social (INSERSO). Así pues, la historia de la implantación de un sistema público de servicios sociales, inspirado en el modelo del Estado del Bienestar, es bastante reciente en nuestro país.

Paralelamente, la Constitución Española sitúa las competencias de atención básica en materia de asistencia social en las comunidades autónomas y en las corporaciones locales. Según Maravall (1999), al carecer

de un marco legislativo estatal común, el desarrollo de los servicios sociales por parte de las comunidades autónomas ha sido muy heterogéneo en cuanto a tipo de prestaciones e intensidad de éstas, mientras que las administraciones locales, por su parte, han ido creando su propia red de servicios sociales, no siempre de forma integrada con las redes autonómicas.

En cambio, en la década de 1980, tuvo lugar la universalización de la asistencia sanitaria y el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria, junto con un proceso de descentralización y trasvase de competencias a las comunidades autónomas, teniendo un marco de referencia común, la Ley General de Sanidad.

El importante aumento experimentado por la asistencia sanitaria en la década de 1990 no es comparable con el de los servicios sociales, que han representado la cuarta prioridad del gasto social, tras las pensiones, la sanidad y el desempleo.

Por otro lado, la Constitución Española reconoce el derecho a la salud como un derecho universal para toda la población, pero no hay tal reconocimiento en lo que se refiere a los servicios sociales, por lo que las situaciones de dependencia no se encuentran cubiertas por el sistema de Seguridad Social (Alonso-Olea García y cols., 2006).

No obstante, la Carta Magna contempla en sus artículos 49 y 50, que corresponde a los poderes públicos el realizar una política de previsión, tratamientos, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, así como el garantizar la suficiencia económica a los

ciudadanos en la tercera edad, promoviendo, además, su bienestar mediante un sistema de servicios sociales.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos y a las propias comunidades autónomas un marco estable de recursos y servicios para la atención a las dependencias y su progresiva importancia, fue lo que llevó al Estado a promulgar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía personal y Atención de las personas en situación de dependencia (en adelante Ley de Dependencia), que regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención de las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), tal y como se recoge en la exposición de motivos, que financiará los servicios que necesitan las personas dependientes, con la participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos españoles en cualquier parte del territorio español (art. 1, Ley de Dependencia).

El usuario sociosanitario habitualmente es una persona dependiente. El Consejo de Europa (1998), definió las personas dependientes como *“aquellas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante (ayuda de otra persona) para la realización de las actividades de la vida diaria”*. Así pues, son personas que necesitan cuidados sociales y sanitarios, es decir, atención sociosanitaria.

Esta definición de usuario sociosanitario abarca no sólo a los enfermos geriátricos, sino también a otros colectivos de personas con gran dependencia, como pueden ser los enfermos terminales, los que padecen enfermedades crónicas graves, los que sufren grandes minusvalías o los enfermos mentales crónicos, es decir, personas que presentan uno o más procesos que generan una gran pérdida de autonomía. Estas personas dependientes, es decir, que han perdido alguna capacidad para las actividades de la vida diaria, lo son como consecuencia de algún problema de salud o accidente vial/laboral, de ahí el protagonismo del componente sanitario en la atención sociosanitaria.

La mayoría de las situaciones que crean dependencia pueden ser incluidas en alguno de los siguientes grupos de trastornos: alteraciones motoras (óseas, articulares, musculares, de la movilidad), alteraciones cognitivas (demencia, depresión) y alteraciones sensoriales (disminución de la visión o de la audición), o bien sobrevenida por el envejecimiento.

#### 2.4.2 La Ley de Dependencia.

En cuanto a su valoración y reconocimiento, clasifica en su artículo 26 la situación de dependencia en tres grados:

**Grado I.** Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado II.** Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

**Grado III.** Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y que por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

La valoración se hace conforme a un baremo aprobado por el Gobierno mediante un Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, y que tendrá en cuenta los criterios de clasificación CIF de la OMS, tales como:

- Determinación del grado de autonomía personal y de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- La puntuación para determinar los diferentes grados y niveles.
- El protocolo con los diferentes protocolos y técnicas de valoración.
- La valoración tendrá en cuenta las ayudas técnicas aplicables y el entorno vital del beneficiario.

Los especialistas deberán ser quienes realicen los sistemas y medios de valoración de los posibles usuarios sociosanitarios, y éstos deberían ser iguales en todo el territorio nacional, para así garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

El artículo 27 de la Ley de Dependencia, establece que serán las comunidades autónomas las que determinen los órganos de valoración de la situación de dependencia, pero siempre de acuerdo con unos criterios comunes para todas ellas, acordados por el Consejo Territorial responsable de la unificación de dichos criterios.

#### 2.4.3. Dependencia y vejez.

En España, en las últimas décadas, los cambios demográficos experimentados han traído consigo profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un proceso de envejecimiento notable. Uno de los posibles efectos es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno.

Según los datos de la OMS, el 35% de las personas con más de 65 años tienen asociado algún tipo de discapacidad (Fuguet, 2008). Además, el aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un

apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia (INE, 2008; Puyol y Abellán, 2006).

Por tanto, podemos decir que dependencia y vejez están íntimamente relacionados en la medida que ésta aumenta los cohortes de mayor edad, sobre todo a partir de los 80 años. La incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria que caracteriza a la dependencia, tiene que ver con enfermedades o pérdida de capacidad funcional, corporal o mental, que se producen sobre todo en la edad avanzada (Corregidor Sánchez y Gómez Calero, 2005).

En la aparición de la dependencia influyen distintos factores y no sólo el envejecimiento, sino también, entre otros, el estilo de vida, programas de prevención, condiciones ambientales, ayudas materiales con los que cuenta el individuo, etc. (Alonso López, 2004).

En realidad, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, por lo que no se puede circunscribir el fenómeno de la dependencia al colectivo de las personas mayores, aun cuando sean éstas las que con más intensidad se ven afectadas (IMSERSO, 2004; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

#### 2.4.3.1. Prevención de la enfermedad, discapacidad y dependencia.

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y, con ello, la dependencia en el anciano. En algunos países como es el caso de Noruega, tras la

implantación de medidas de promoción de la salud para personas mayores, entre 1980 y 1991, la dependencia descendió en las personas de 67 a 79 años, del 50 al 36% en hombres y del 60 al 50% en mujeres.

Decisivos han sido los datos presentados durante la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en 2002 (Naciones Unidas, 2002), donde se mostró que en Estados Unidos, entre 1982 y 1999, no ha aumentado el número de personas mayores dependientes, a pesar de que los mayores de 65 años han pasado de ser 26,9 millones en 1982 a 35,3 millones en 1999.

En España, las personas mayores son en la actualidad 7.782.904, lo que supone un 16,7% de la población total. Entre ellas las mujeres son un 57,5% (4 millones y medio), y los hombres un 42,5%. Además, el número de personas mayores de 80 años y más, representa el 28% del total de personas mayores (IMSERSO, 2010).

Podemos decir que la prevención compete a todos los profesionales que, a su vez, deben educar a los ancianos y a sus cuidadores. La dependencia y el sufrimiento es lo que más preocupa a las personas mayores si siguen viviendo más años. Ambas cosas son la base para poder tener una adecuada calidad de vida. Minimizar ambos aspectos en el campo de la salud de las personas mayores es un objeto prioritario y, quizás, el reto más importante de la sanidad española (IMSERSO, 2004; Monteverde, 2004; Puga, 2002).

Como señalan Fries (1980) y Hegyi (2002) el principal objetivo de la salud de los ancianos en los países desarrollados es reducir la morbilidad y

la discapacidad, por lo que es necesaria la puesta en marcha de una amplia política sanitaria que facilite el “envejecimiento saludable”.

#### 2.4.3.2. Prevención primaria.

Las actividades de prevención primaria, definidas como aquellas que se realizan antes de la aparición de una enfermedad o patología, siguen estando indicadas en los ancianos. Se ha observado, además, que las personas mayores responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos, incluso después de los 75 años (Romero et al., 2001).

La promoción de la salud en las personas mayores deben tener los siguientes objetivos en función de sus problemas específicos: prevenir la enfermedad, prevenir el deterioro físico y mental, prolongar el periodo de vida independiente y mantener y potenciar la calidad de vida.

Las recomendaciones de promoción de la salud son básicas para conseguir que los individuos alcancen un envejecimiento saludable. Deben ser realizadas por todos los profesionales de cualquier nivel asistencial. Las recomendaciones son las siguientes:

##### **1. Ejercicio físico:**

El ejercicio físico regular es apropiado para ancianos de cualquier edad y con diferentes grados de incapacidad. No implica riesgos, incluso en los mayores de 80 años y ancianos frágiles. Las contraindicaciones no son diferentes en este grupo de población respecto a los adultos jóvenes. Estudios realizados en ancianos frágiles

institucionalizados han demostrado que con los ejercicios de resistencia se consigue hasta un 11,3% de ganancia de fuerza, con mejoría de la capacidad de subir escaleras, velocidad de la marcha y niveles de actividad espontánea (Gonzalo y Pasarín, 2004; Dávila, 2006; Malo, 2004; Malo y Dávila, 2006).

## **2. Tabaco:**

Aunque la contribución del tabaco en la morbi-mortalidad parece disminuir con la edad avanzada, sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes.

El riesgo de mortalidad se ha visto que disminuye de forma importante en quienes abandonan el tabaco, al menos hasta los 70 años. Está demostrada la relación entre tabaco y enfermedad coronaria, arteriopatía periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tumores de pulmón, osteoporosis, pérdida de peso y pérdida de fuerza muscular y deterioro funcional. Los comités de expertos recomiendan la detección del hábito del tabaco, su registro en la historia clínica y el consejo y asesoramiento para el abandono de este hábito de una manera continuada.

## **3. Alcohol:**

El consumo de alcohol se ha asociado a accidentes de tráfico y otras lesiones, e incluye un amplio abanico de enfermedades, como hipertensión arterial, arritmias, enfermedades gastrointestinales y hepáticas, deterioro cognitivo o insomnio, e interacciona con múltiples medicamentos. Se recomienda el cribado para detectar problemas de

consumo excesivo de alcohol para todos los adultos a través de un interrogatorio detallado y/o uso de cuestionarios estandarizados (Serrano y Carbonell, 2002; Servicio Canario de la Salud, 2002).

#### **4. Dieta:**

El estado nutricional es uno de los más importantes y potencialmente modificables factores de riesgo para incapacidad en los ancianos. Una nutrición adecuada es esencial para un envejecimiento saludable, y un estado nutricional inadecuado predispone a la fragilidad. Se recomienda asesorar sobre reducción de grasas, aumento del consumo de fruta, verduras y alimentos que contengan fibra (Capo, 2001).

#### **5. Vacunas:**

a) Vacunación antigripal. El virus de la gripe es responsable de una importante morbimortalidad en los ancianos, especialmente en los que presentan patologías crónicas respiratorias, cardíacas o metabólicas. En este grupo de población se produce el 50% de hospitalizaciones y el 75% de muertes secundarias a esta infección. Existe un acuerdo entre todas las organizaciones en recomendar la vacunación anual en personas mayores de 65 años.

b) Vacunación antineumocócica. El neumococo sigue siendo uno de los principales agentes etiológicos de neumonías extrahospitalarias y meningitis en el adulto, siendo la bacteriemia por neumococo especialmente alta en mayores de 65 años.

La vacunación antineumocócica ha demostrado su eficacia en situaciones de epidemia. Sin embargo, fuera de ellas, se necesitan más estudios para demostrar su eficacia en la prevención de los ancianos.

A pesar de todas estas controversias, todos los organismos recomiendan su administración en personas mayores de 65 años con factores de riesgo (patología crónica respiratoria, cardiaca, hepática, diabetes mellitus, alcoholismo, insuficiencia renal crónica e inmunodeficiencias) (Gil y cols., 2008).

#### 2.4.3.3. Prevención secundaria.

La prevención secundaria centra su actuación en individuos que presentan la enfermedad en fase preclínica, cuando las manifestaciones todavía no son muy aparentes, pero hay datos que permiten detectarlas (marcadores precoces); de este modo se podrá revertir o retrasar su progresión.

La detección de una patología en fase clínica tiene interés si se da una serie de requisitos: tiene una elevada mortalidad o repercusión en la calidad de vida, es suficientemente habitual, puede ser detectada con una prueba con buena relación coste-efectividad y puede ser efectivamente tratada si se detecta en una fase precoz.

#### 2.4.3.4. Prevención terciaria.

El objetivo específico de la prevención terciaria en las personas mayores es el de prevenir los efectos, el agravamiento o las secuelas de la enfermedad ya establecida, rehabilitar y reinsertar.

En las personas mayores, especialmente en los mayores de 80 años, las ganancias después de una pérdida funcional pueden ser muy lentas y, en numerosas ocasiones, no se consigue llegar al nivel funcional previo o la resolución del síndrome geriátrico.

En este momento es muy importante ofrecer recursos de rehabilitación funcional a aquellos pacientes con potencialidad de mejora, hasta conseguir la máxima recuperación funcional posible.

La prevención terciaria persigue minimizar las consecuencias de la propia enfermedad y facilitar la recuperación del paciente, es decir, evitar las complicaciones derivadas de la dependencia.

Respecto a la educación sanitaria, es preciso tener en cuenta que se trata de personas con unos hábitos muy arraigados y que, antes de sugerir un cambio, hay que analizar con precisión las repercusiones que tendrá en la calidad de vida del anciano, respecto a la potencial mejora en su estado de salud. Dentro de esta área entrarían todas las recomendaciones sobre actividad física, dieta y hábitos tóxicos (Serrano y Carbonell, 2002; Servicio Canario de la Salud, 2002).

## **2.5. DEMOGRAFÍA DE LA DISCAPACIDAD.**

### 2.5.1. Consideraciones generales.

En el Informe Mundial de la Discapacidad publicado en Junio de 2011 por la OMS y el Banco Mundial, considerando las estimaciones demográficas de 2010, se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población mundial. Concretamente, según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más, viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 120 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejia, depresión grave o ceguera). Sólo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen discapacidad grave.

En la Tabla 1 se distingue la prevalencia estimada de discapacidad moderada y severa, según la región, el sexo y la edad, la Carga Global de enfermedad estimada para 2004.

**Tabla 1.** Prevalencia estimada de la incapacidad moderada y grave, por regiones, sexos y edad. Incidencia Mundial de la enfermedad, estimado para 2004.

Porcentaje Países de ingresos bajos y medios. Región WHO.									
Sexo	Grupo de edad	Mundial	Países con ingresos altos	África	América	Asia Sur-oriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental
<b>Incapacidad grave</b>									
HOMBRES	0 – 14	0.7	0.4	1.2	0.7	0.7	<b>0.9</b>	0.9	0.5
	15 – 59	2.6	2.2	3.3	2.6	2.7	<b>2.8</b>	2.9	2.4
	≥ 60	9.8	7.9	15.7	9.2	11.9	<b>7.3</b>	11.8	9.8
MUJERES	0 – 14	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	<b>0.8</b>	0.8	0.5
	15 – 59	2.8	2.5	3.3	2.6	3.1	<b>2.7</b>	3.0	2.4
	≥ 60	10.5	9.0	17.9	9.2	13.2	<b>7.2</b>	13.0	10.3
AMBOS SEXOS	0 – 14	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	<b>0.8</b>	0.9	0.5
	15 – 59	2.7	2.3	3.3	2.6	2.9	<b>2.7</b>	3.0	2.4
	≥ 60	10.2	8.5	16.9	9.2	12.6	<b>7.2</b>	12.4	10.0
	≥ 15	3.8	3.8	4.5	3.4	4.0	<b>3.6</b>	3.9	3.4
<b>Todas las Edades</b>		2.9	3.2	3.1	2.6	2.9	<b>3.0</b>	2.8	2.7
<b>Incapacidad Moderada y Severa</b>									
HOMBRES	0 – 14	5.2	2.9	6.4	4.6	5.3	<b>4.4</b>	5.3	5.4
	15 – 59	14.2	12.3	16.4	14.3	14.8	<b>14.9</b>	13.7	14.0
	≥ 60	45.9	36.1	52.1	45.1	57.5	<b>41.9</b>	53.1	46.4
MUJERES	0 – 14	5.0	2.8	6.5	4.3	5.2	<b>4.0</b>	5.2	5.2
	15 – 59	15.7	12.6	21.6	14.9	18.0	<b>13.7</b>	17.3	13.3
	≥ 60	46.3	37.4	54.3	43.6	60.1	<b>41.1</b>	54.4	47.0
AMBOS SEXOS	0 – 14	5.1	2.8	6.4	4.5	5.2	<b>4.2</b>	5.2	5.3
	15 – 59	14.9	12.4	19.1	14.6	16.3	<b>14.3</b>	15.5	13.7
	≥ 60	46.1	36.8	53.3	44.3	58.8	<b>41.4</b>	53.7	46.7
	≥ 15	19.4	18.3	22.0	18.3	21.1	<b>19.5</b>	19.1	18.1
<b>Todas las edades</b>		15.3	15.4	15.3	14.1	16.0	<b>16.4</b>	14.0	15.0

**Nota:** Los países con ingresos altos son aquellos que en 2004 tenían una renta per cápita de 10.066\$ o más, según estimaciones del Banco Mundial. Los países con ingresos bajos y medios, se han agrupado según regiones del WHO, y son aquellos cuya renta per capita es inferior a 10.066\$, según el Banco Mundial. La incapacidad grave comprende las clases VI y VII; la incapacidad moderada y grave, las clases II y anteriores.

Como vemos en la Tabla 1, centrándonos en Europa se observa como en casos de discapacidad severa el porcentaje mayor se sitúa en mayores de 60 años, con escasa diferencia en ambos sexos, si bien es superior en varones. En los casos de discapacidad moderada y severa las cifras

corresponden a 41,9 % y 41,1 % para las personas mayores de 60 años, varones y mujeres respectivamente; considerando al total de la población el porcentaje es de un 16,4%.

#### 2.5.2. Demografía de la Discapacidad en Europa.

En estudios de 1996 sobre la discapacidad en Europa (Oficina de Estadística de la Unión Europea, 2001) se ha constatado como el 85,5% de la población de edad de 16 a 64 años en catorce países de la Unión Europea, no presentaban discapacidad, así como si mostraban discapacidad severa en un 4,5% y discapacidad moderada en un 10%. Estos porcentajes varían según los países valorados, de manera que sin discapacidad presenta cifras dispares con un 92% en Italia y un 77% en Finlandia; la discapacidad severa más alta se sitúa en Portugal (7,5%), y en discapacidad moderada (16,7%) se advierte en Finlandia. España ostenta cifras de 90,1% sin discapacidad, 3,3% de discapacidad severa y 6,6% de discapacidad moderada.

En la encuesta sobre el empleo de personas con discapacidad en Europa en 2002, "*Labour Force Survery*", se ha indicado como el 15,7% de las personas entre 16 a 64 años presentaban problemas de discapacidad de larga duración. Este estudio (Oficina de Estadística de la Unión Europea, 2003) se ha realizado en 25 países europeos, reseñando el mayor porcentaje de problemas de salud de larga duración en Finlandia (32,2%), y el menor en Rumanía (5,8%), correspondiendo a España el 8,7%.

Posteriormente, en la valoración de la demografía de la discapacidad en Europa, veremos los datos aportados por las encuestas europeas correspondientes a *“Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa”* (SHARE) o Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, y *“European Statistics of Income and Living Condition”* (EU-SILC) o Estadísticas europeas de renta y condiciones de vida que pretende una descripción de la discapacidad de las personas de 65 y más años en diferentes países europeos, según datos de 2006; asimismo incluimos datos de la encuesta *“European Social Survey”* (ESS) o encuesta social europea.

En este orden de cosas, debemos señalar que, si bien entendemos por discapacidad la dificultad para llevar a cabo actividades necesarias para mantener una vida independiente, incluyendo tareas de autocuidado personal (actividades básicas) y otras para vivir independientemente en casa o de mantenimiento del hogar (actividades instrumentales), la interpretación de los resultados de las actividades a valorar en las encuestas establecidas, puede variar según las diferentes culturas y colectivos de población en los diferentes países, especialmente en las referidas a problemas en actividades instrumentales donde la tecnología, por ejemplo, podría aumentar la variabilidad.

#### 2.5.2.1. Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa.

En esta encuesta SHARE (*“Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”*) de 2006, se pretende una encuesta longitudinal sobre salud,

economía y condiciones sociales de la población de 50 y más años en Europa, no incluyendo a las personas institucionalizadas. Se llevó a cabo en trece países: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Polonia, República Checa, Suecia y Suiza. Responden a una representación equilibrada de las diversas regiones en Europa, extendiéndose de Escandinavia a través de Europa Central y el mediterráneo con España, Italia y Grecia (Portal Mayores, 2009).

En la Tabla 2 se expone los resultados de la discapacidad en los diferentes países estudiados, considerándose persona con discapacidad a todo aquella persona con problemas en alguna de las siguientes actividades de la vida diaria: básicas (1-6) e instrumentales (8-13), no incluyéndose en el cómputo el ítem 7 “*usar un mapa para orientarse en un lugar desconocido*”. Así pues:

1. Vestirse, incluyendo ponerse los calcetines y los zapatos
2. Andar por una habitación
3. Bañarse o ducharse
4. Comer, por ejemplo, trocear los alimentos
5. Levantarse o acostarse
6. Usar el aseo, incluyendo sentarse y levantarse
8. Preparar una comida caliente
9. Comprar alimentos
10. Hacer una llamada telefónica
11. Tomar la medicación
12. Trabajar en la casa o en el jardín
13. Administrar el dinero, como, por ejemplo, pagar las facturas y llevar las cuentas

**TABLA 2.** Tasas de discapacidad en Europa (SHARE), 2006.

<b>Problemas con las actividades de la vida diaria de las personas de 65 y más años (%)</b>			
<b>PAÍSES</b>	<b>Sin problemas</b>	<b>Con problemas en, al menos, una actividad</b>	<b>Ns/Nc</b>
<b>Alemania</b>	74,7	25,2	0,1
<b>Austria</b>	71,7	28,2	0,1
<b>Bélgica</b>	70,2	29,8	0,0
<b>Dinamarca</b>	76,2	23,7	0,1
<b>España</b>	<b>71,5</b>	<b>28,5</b>	<b>0,0</b>
<b>Francia</b>	72,2	27,8	0,0
<b>Grecia</b>	77,8	21,7	0,5
<b>Italia</b>	72,4	27,6	0,0
<b>P. Bajos</b>	78,3	21,6	0,1
<b>Polonia</b>	52,5	47,5	0,0
<b>Rep. Checa</b>	76,2	23,8	0,0
<b>Suecia</b>	77,5	22,5	0,1
<b>Suiza</b>	84,7	15,3	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>72,1</b>	<b>27,9</b>	<b>0,1</b>

Fuente: SHARE wave 2, 2006. No se incluyen las personas institucionalizadas.

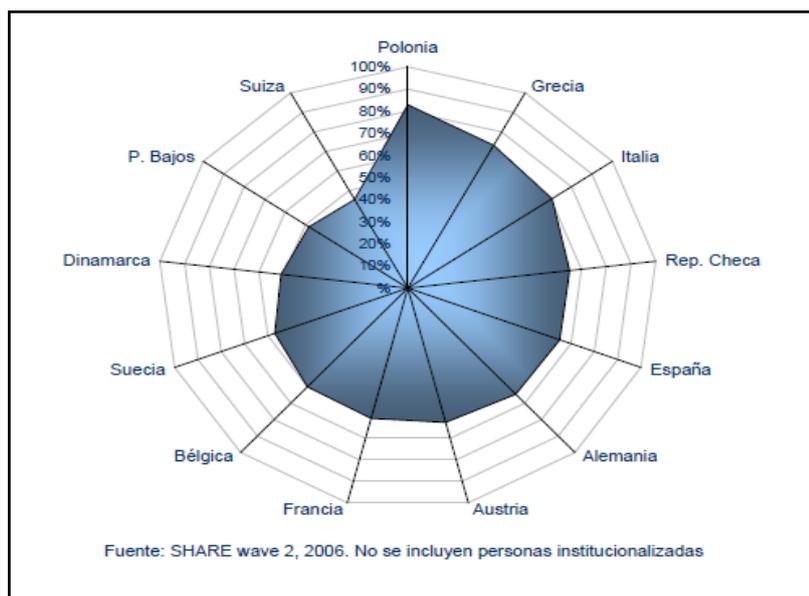
Como se desprende de la Tabla 2, la tasa de discapacidad de las personas mayores no institucionalizadas en Europa (en los trece países encuestados) se corresponde con el 27,9%, considerando problemas en la ejecución de al menos una actividad de las doce planteadas, ya sean básicas o instrumentales, debido a problemas de salud o de memoria y que sean duraderos. España muestra una tasa de 28,5%, próxima a la media, destacando Polonia con un 47,5% y Suiza con un 15,3%.

Por otro lado, en la Figura 1 se señalan los países ordenados según su porcentaje de personas de 65 y más años con problemas en al menos una limitación funcional. La movilidad es una de las funciones más

comúnmente estudiadas por su importancia para hacer vida independiente. Se entiende por limitaciones funcionales (acciones o funciones, no actividades) los siguientes ítems:

1. Caminar 100 metros
2. Estar sentado/a durante aproximadamente dos horas
3. Levantarse de una silla después de haber estado sentado/a durante mucho tiempo
4. Subir varios tramos de escalera sin descansar
5. Subir un tramo de escalera sin descansar
6. Inclinarsse, arrodillarse o agacharse
7. Levantar o extender los brazos por encima de los hombros
8. Arrastrar o empujar objetos de gran tamaño como, por ejemplo, un sillón
9. Levantar o transportar objetos que pesen más de 5 kilos como, por ejemplo, una bolsa de la compra pesada
10. Coger una moneda pequeña de una mesa

**FIGURA 1.-** Países ordenados según su porcentaje de personas de 65 y más años con problemas en al menos una limitación funcional (SHARE)



Como puede comprobarse en la figura anterior, en cuanto a la consideración de las limitaciones funcionales España se sitúa en un 65,2%, próxima a la media, destacando la situación de Grecia que ocupa uno de los primeros puestos en cuanto a las limitaciones funcionales y sin embargo presenta bajas tasas de discapacidad.

Por otro lado, con objeto de una mejor comparabilidad internacional, se ha incluido un indicador de severidad, de manera que podría hablarse de personas sin discapacidad, discapacidad moderada y discapacidad severa. Siguiendo a Jacobzone (2000), las personas sin discapacidad serían las que no tienen restricción en ninguna de las actividades básicas o instrumentales, o es muy ligera; la discapacidad moderada incluiría a personas sin restricciones en actividades básicas, pero con problemas en actividades instrumentales, y discapacidad severa ya incluiría a personas con, al menos, una restricción en una actividad básica.

Tal y como se contempla en la tabla 3, según los datos de 2006 y el grado de severidad de discapacidad en Europa, Suiza presenta la tasa más alta de personas libres de discapacidad, 84,7%, y Polonia un 52,5%, mostrando una discapacidad moderada y severa del 6,1% y 9,2% frente al 12,8% y 34,7% respectivamente. La media europea de discapacidad moderada se sitúa en el 9,3%, y de discapacidad severa en el 18,6%. En este ámbito España presenta cifras similares a la media europea, con un 71,5% de los mayores libres de discapacidad, un 9,2% de discapacidad

moderada y un 19,3% con algún problema en actividades de autocuidado (básicas). Podemos recalcar que no se ha incluido la actividad “usar un mapa para orientarse”, que probablemente elevaría el porcentaje de personas con problemas instrumentales (discapacidad moderada), disminuyendo la diferencia con el porcentaje o número de personas con problemas en actividades básicas.

**TABLA 3.** Porcentaje de personas con discapacidad en Europa (SHARE), según su grado de severidad, 2006.

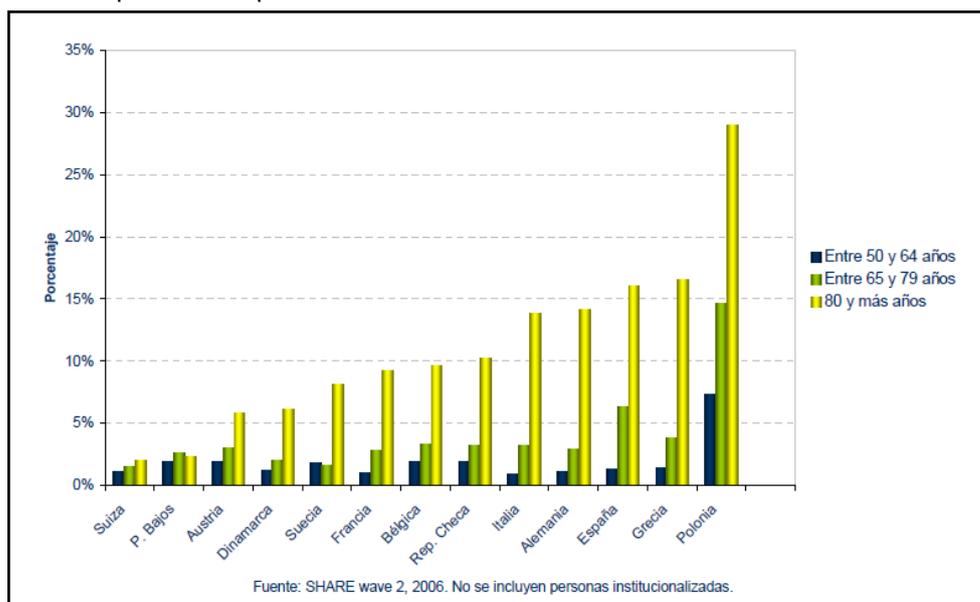
<b>Personas de 65 y más años según su nivel de gravedad de discapacidad</b>			
<b>PAÍSES</b>	<b>Sin discapacidad</b>	<b>Discapacidad moderada</b>	<b>Discapacidad severa</b>
<b>Alemania</b>	74,8	6,9	18,3
<b>Austria</b>	71,8	12,6	15,6
<b>Bélgica</b>	70,2	10,4	19,4
<b>Dinamarca</b>	76,3	11,1	12,6
<b>España</b>	<b>71,5</b>	<b>9,2</b>	<b>19,3</b>
<b>Francia</b>	72,2	11,0	16,8
<b>Grecia</b>	78,2	9,3	12,5
<b>Italia</b>	72,4	9,0	18,5
<b>P. Bajos</b>	78,4	11,1	10,5
<b>Polonia</b>	52,5	12,8	34,7
<b>Rep. Checa</b>	76,2	11,4	12,4
<b>Suecia</b>	77,5	9,8	12,7
<b>Suiza</b>	84,7	6,1	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>72,1</b>	<b>9,3</b>	<b>18,6</b>

Fuente: SHARE wave 2, 2006. No se incluyen las personas institucionalizadas.

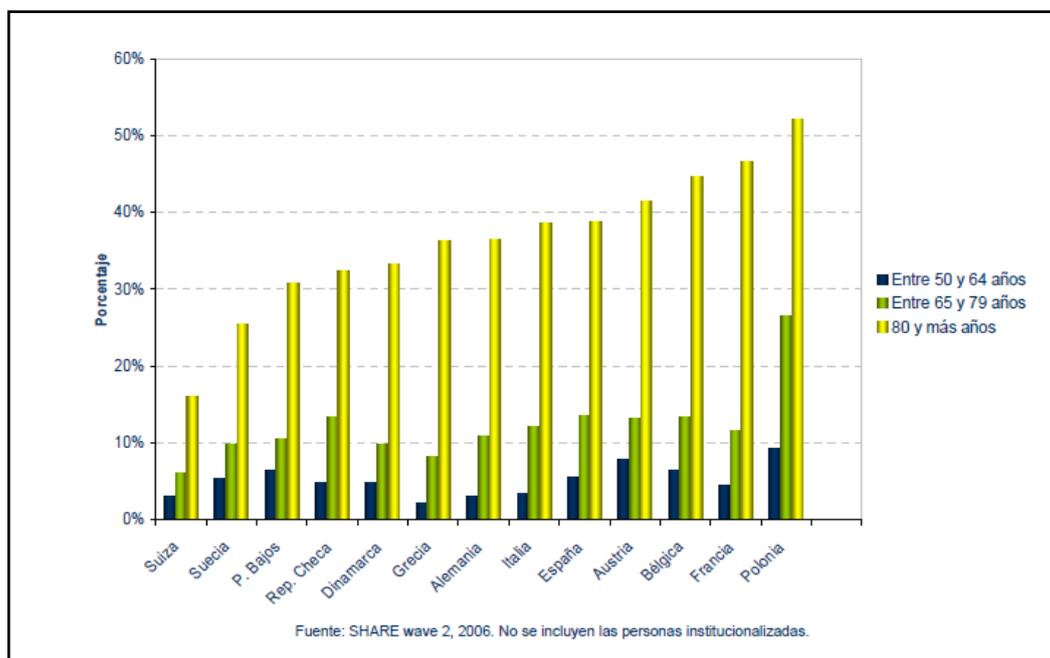
Finalmente, en los Gráficos 1 y 2, puede constatarse como la discapacidad aumenta según la edad, especialmente a partir de los 80 años en todos los países europeos estudiados, y en cada una de las actividades bien básica o bien instrumental. Concretamente, en el gráfico 1 se expresan

problemas para levantarse o acostarse y en el Gráfico 2 se reflejan problemas para realizar tareas domésticas, tanto en edades comprendidas entre 50 y 64 años, entre 65 y 79 años, y 80 y más años, no incluyéndose, como en las estadísticas anteriores, las personas institucionalizadas. Como puede comprobarse, la distribución de las tasas presenta un patrón más homogéneo en las actividades instrumentales, con marcado crecimiento a partir de los 80 años en casi todos ellos. Por el contrario, la distribución varía en el caso de las actividades básicas, de forma que países como Suiza presentan personas de 80 o más años con restricciones sólo ligeramente superiores a la franja de edad entre 65 y 79 años, en contraste con países como España y Grecia donde se produce un verdadero salto cuantitativo en problemas entre la franja de 65-79 años y los octogenarios; destaca como en Países Bajos disminuye la tasa en las edades de 80 o más años.

**GRÁFICO 1.-** Problemas para levantarse o acostarse por edad, personas de 65 y más años en varios países europeos.



**GRÁFICO 2.-** Problemas para realizar tareas domésticas por edad, personas de 65 y más años en varios países europeos.



### 2.5.2.2. Estadísticas europeas de renta y condiciones de vida.

Otra fuente para medir la discapacidad en Europa se desprende de la encuesta “European Statistics of Income and Living Condition” (EU-SILC) recogida por Eurostat (Portal Mayores, 2009). Permite conocer una distribución de la gravedad de la discapacidad, discapacidad moderada o severa y sin discapacidad, ya que tiene un pequeño módulo de salud con cuestiones sobre estado general de salud (incluyen una sobre limitaciones en las actividades debidas a problemas de salud) y necesidades sanitarias no cubiertas; los datos sobre limitaciones corresponden a una auto-evaluación de los encuestados, viendo hasta qué punto se encuentran limitados en actividades que la gente normal hace, debido a problemas de salud en los últimos 6 meses. En este estudio se recoge información de 26

países: Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia.

**TABLA 4.** Porcentaje de personas con discapacidad en Europa (Eurostat), según su grado de severidad, 2006.

<b>Personas de 65 y más años según su nivel de gravedad de discapacidad (%)</b>			
<b>PAÍSES</b>	<b>Sin discapacidad</b>	<b>Discapacidad moderada</b>	<b>Discapacidad severa</b>
Alemania	41,8	38,1	20,0
Austria	39,6	35,1	25,3
Bélgica	52,5	29,9	17,6
Chipre	45,8	26,0	28,1
Eslovaquia	24,8	37,9	37,3
Eslovenia	50,5	31,1	18,3
España	<b>49,8</b>	<b>30,1</b>	<b>20,1</b>
Estonia	25,3	44,5	30,2
Finlandia	36,6	37,7	25,8
Francia	46,5	35,6	17,9
Grecia	56,6	26,7	16,8
Países Bajos	60,4	23,2	16,4
Hungría	33,5	31,8	34,6
Irlanda	54,7	29,7	15,6
Islandia	67,8	19,0	13,2
Italia	45,1	34,8	20,1
Letonia	28,5	43,8	27,7
Lituania	35,4	34,7	29,8
Luxemburgo	49,1	31,3	19,6
Malta	56,6	28,2	15,3
Noruega	62,6	19,2	18,2
Polonia	46,7	33,1	20,2
Portugal	35,5	32,2	32,3
Reino Unido	57,7	22,6	19,6
Rep. Checa	42,2	39,8	17,9
Suecia	69,7	16,7	13,6
<b>TOTAL</b>	<b>47,6</b>	<b>32,3</b>	<b>20,1</b>

Nota: Datos dudosos en Islandia y Luxemburgo. FUENTE: EUROSTAT, encuesta SILC

Según se desprende de la anterior Tabla 4, corresponde a Suecia e Islandia la tasa más alta de personas de 65 y más años sin discapacidad,

con un 69,7% y 67,8% respectivamente, mostrando en el caso de Suecia una tasa de discapacidad moderada del 16,7% y de 13,6% de discapacidad severa, en tanto es de 19% y 13,2% de discapacidad moderada y severa respectivamente para Islandia. Por el contrario, Eslovaquia muestra una tasa de 24,8% sin discapacidad, con un 37,9 % de discapacidad moderada y un 37,3% de discapacidad severa. Los valores medios se corresponden con un 47,6% de personas sin discapacidad, un 32,3% de discapacidad moderada y un 20,1 % de discapacidad severa, cifras que se acercan a las ofrecidas por España. En cualquier caso, existe una gran variabilidad en las categorías de discapacidad y entre países, por lo que se haría necesaria una colaboración internacional, al efecto de armonizar diseños de encuesta y medidas dentro de las encuestas nacionales de salud u otras específicas de discapacidad y habilidad funcional.

#### 2.5.2.3. Encuesta Social Europea.

Finalmente, se dispone de la encuesta “European Social Survey”, correspondiente a 2006, donde se recogen datos de 23 países correspondientes a Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Ucrania. Básicamente permite conocer la distribución de la gravedad, concretamente se consulta si se tiene dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria (en conjunto) a causa de alguna enfermedad crónica, discapacidad o problema de salud mental; los datos se

refieren también a una auto-evaluación, de manera que puede resumirse en muchas dificultades (discapacidad severa), sólo hasta cierto punto (moderada) o no tiene (Esparza Catalán y Abellán García, 2009).

En la Tabla 5 puede observarse como Eslovenia y la Federación Rusa muestran una tasa de discapacidad severa del 26,8% y 26,5% respectivamente, ofreciendo a su vez la Federación Rusa la tasa más alta de discapacidad moderada con un 51%. Las cifras medias se corresponden con un 43,1% sin dificultades, 38,7% de discapacidad moderada y 18,2% de discapacidad severa. España muestra una cifras de discapacidad severa del 14,5%, discapacidad moderada 28,5% y sin dificultades un 57%.

**TABLA 5.** Porcentaje de personas de 65 y más años con discapacidad en Europa (ESS), según su grado de severidad, 2006.

Personas de 65 y más años con dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria			
PAÍSES	Muchas dificultades	Solo hasta cierto punto	Sin dificultades
Alemania	10,5	43,2	46,3
Austria	7,8	44,0	48,2
Bélgica	13,8	22,0	64,2
Bulgaria	10,2	29,4	60,5
Chipre	4,9	20,7	74,3
Dinamarca	7,3	32,0	60,7
Eslovaquia	18,6	43,2	38,1
Eslovenia	26,8	36,2	36,9
España	14,5	28,5	57,0
Estonia	16,9	36,8	46,3
Federación Rusa	26,5	51,0	22,4
Finlandia	16,4	37,7	46,0
Francia	13,6	24,7	61,7
Hungría	19,5	35,9	44,7
Irlanda	5,9	22,1	72,1
Noruega	10,7	25,4	64,0
Países Bajos	11,2	32,4	56,4
Polonia	23,0	37,9	39,0
Portugal	12,9	28,3	58,7
Reino Unido	18,7	28,6	52,7
Suecia	16,3	31,3	52,4
Suiza	5,8	32,6	61,5
Ucrania	25,2	48,5	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>18,2</b>	<b>38,7</b>	<b>43,1</b>

FUENTE: European Social Survey, 3ª oleada, 2006

#### 2.5.2.4. Plan de acción de la Unión Europea en materia de discapacidad.

En una comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea ampliada se contempla, entre otros aspectos, el plan de acción de la Unión Europea en materia de discapacidad. La estrategia de la UE (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) se estructura en torno a tres pilares:

- a) Legislación y medidas contra la discriminación, que dan acceso a los derechos individuales.
- b) Eliminación de las barreras físicas que impiden que las personas con discapacidad puedan desarrollar su potencial.
- c) Incorporación de los aspectos relacionados con la discapacidad en la amplia gama de políticas comunitarias para facilitar la inclusión activa de estas personas.

El plan de acción de la UE en materia de discapacidad cubre el período 2004-2010 en fases sucesivas y se articula en torno a tres objetivos operativos: la plena aplicación de la Directiva sobre igualdad en el empleo, la incorporación con éxito de los aspectos relacionados con la discapacidad en las políticas comunitarias pertinentes, y la mejora de la accesibilidad para todos. En definitiva, para la Unión Europea en materia de discapacidad son aspectos esenciales la dignidad, los derechos fundamentales, la protección

contra la discriminación y la cohesión social, comprendiendo que si bien las medidas relacionadas con la discapacidad son esencialmente competencia de los Estados miembros y se abordan con mayor eficacia a nivel nacional, una mayor integración de dichas medidas, permitirá contribuir al fomento de la igualdad de oportunidades dentro del contexto europeo.

En este orden de cosas debemos señalar el documento correspondiente a la Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015 (Recomendación del Comité de Ministros, 2006). Tras la anterior declaración ministerial de 2003 “Avanzar hacia la plena integración como ciudadanos”, el plan de acción 2006-2015 del Consejo de Europa para las personas con discapacidad, tiene por objeto incluir los fines u objetivos del Consejo de Europa en materia de derechos del hombre, de no discriminación, de igualdad de oportunidades, de ciudadanía y de participación de pleno derecho de las personas con discapacidad en un marco europeo relativo a la discapacidad. Básicamente incluye 15 líneas de acción que definen los objetivos clave y las acciones específicas que los Estados miembros deberían aplicar, señalando igualmente aspectos transversales de interés.

### 2.5.3. Demografía de la Discapacidad en España.

La información sobre la población con discapacidad en España nos la proporcionan las encuestas realizadas en los años 1986, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM) (INE a y b, 1987); 1999, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) (INE, 1999; Jiménez Lara y Huete García, 2003) y 2008, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2008).

Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Las metodologías siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y en particular las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de cada encuesta (Cayo Pérez, 2006).

#### 2.5.3.1. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1986.

La encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías del Instituto Nacional de Estadística (EDDM) de 1986, ha sido la principal fuente de datos cuantitativos sobre la dimensión y la situación de la población con discapacidades en España, hasta la realización de la nueva encuesta de 1999.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) amplió esta información mediante la realización en 1989, de una tabulación adicional de

los datos de la EDDM, centrada en el análisis de la población con minusvalías.

En la Tabla 6 se observa la distribución de las personas con discapacidades y minusvalías según grupo de edad y sexo. El número total de personas con discapacidades ha sido de 5.743.291 y el de personas con minusvalías de 2.312.124, siendo las cifras mayores las correspondientes al grupo de edad de 65 y más años.

**Tabla 6:** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1986.

Grupos de Edad	Personas con discapacidad <sup>(*)</sup>			Personas con minusvalía <sup>(**)</sup>		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 – 5	26.183	16.864	43.047	10.633	5.146	15.779
6 – 14	95.799	62.037	157.836	44.717	25.873	70.590
<b>Subtotal 0-14</b>	<b>121.982</b>	<b>78.901</b>	<b>200.883</b>	<b>55.350</b>	<b>31.019</b>	<b>86.369</b>
15 – 24	131.096	83.977	215.073	63.796	43.204	107.000
25 – 34	115.094	96.000	211.094	64.710	44.448	109.158
35 – 44	134.883	147.799	282.682	66.533	64.910	131.443
45 – 54	295.025	352.815	647.840	144.337	131.002	275.339
55 – 64	606.634	683.678	1.290.312	289.088	235.735	524.823
<b>Subtotal 15-64</b>	<b>1.282.732</b>	<b>1.364.269</b>	<b>2.647.001</b>	<b>628.464</b>	<b>519.299</b>	<b>1.147.763</b>
65 ó más	1.093.207	1.802.200	2.895.407	380.928	697.064	1.077.992
<b>TOTAL</b>	<b>2.497.921</b>	<b>3.245.370</b>	<b>5.743.291</b>	<b>1.064.742</b>	<b>1.247.382</b>	<b>2.312.124</b>

<sup>(\*)</sup> Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Madrid. 1987

<sup>(\*\*)</sup> Fuente: INSERSO. Las personas con minusvalía en España. Aspectos cuantitativos. Madrid. 1989

La distinción conceptual que establece la Clasificación Internacional de Discapacidad, Deficiencia y Minusvalía (CIDDM) entre el nivel de discapacidad y el de minusvalía, se traduce en la definición de los colectivos de dimensiones marcadamente diferentes: el de las personas con

discapacidad, que suponen el 15% de la población española, y el colectivo más reducido de las personas con minusvalía, constituido por alrededor del 6 % de la población.

Tal como se aprecia en la Tabla 7, la tasa de prevalencia global de las situaciones de discapacidad en España, que puede cifrarse en un 15%, es el resultado de tasas específicas por edad muy diferentes: la prevalencia de las situaciones de discapacidad crece con la edad, pasando de valores en torno al 2% en los primeros años de la vida, a superar el 75 % por encima de los 80 años. Así, más de la mitad de las personas con discapacidad estimadas por la EDDM superaban los 65 años.

Las tasas de prevalencia de las situaciones de discapacidad experimentan un incremento constante pero moderado hasta los 45 años de edad para, a partir de ahí, crecer de forma más acusada.

**Tabla 7.** Prevalencia por sexo y edad de las zonas de discapacidad.

<b>Tasas de prevalencia</b>			
<b>Grupos de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>0-5 años</b>	2.2%	1.5%	<b>1.8%</b>
<b>6-14 años</b>	3.3%	2.2%	<b>2.8%</b>
<b>15-24 años</b>	3.7%	2.5%	<b>3.1%</b>
<b>25-34 años</b>	5.1%	4.2%	<b>4.6%</b>
<b>35-44 años</b>	6.2%	6.5%	<b>6.4%</b>
<b>45-54 años</b>	13.1%	14.8%	<b>14.0%</b>
<b>55-64 años</b>	27.1%	28.5%	<b>27.8%</b>
<b>65 años y mas</b>	50.8%	60.2%	<b>56.3%</b>
<b>Total</b>	<b>13.30%</b>	<b>16.50%</b>	<b>15.00%</b>

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1987

### 2.5.3.2. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS), 1999.

Según estas fuentes estadísticas oficiales, el número total de personas con discapacidades en España ascendía a esa fecha de 1999 a 3.528.220, un 9% de la población. En la Tabla 8 puede comprobarse como más de la mitad de las personas con discapacidades son mujeres, el 58%. No obstante, existen diferencias de porcentajes en los grupos de edad y sexo, de esta forma podemos señalar:

- Entre los menores de 6 años no hay casi diferencia en el número de niñas y niños con limitaciones, que puedan dar lugar a una discapacidad.
- A partir de los 65 años, el grupo de mujeres es mayoritario, diferencia que se va incrementando hasta alcanzar en personas mayores de 80 años un porcentaje de mujeres del 69,23%, frente al 30,77% de hombres. Esta situación se explica fácilmente por la mayor longevidad femenina (Jiménez Lara, 2005).
- Cabe destacar, sin embargo, que esta tendencia se invierte en el grupo comprendido entre los 17 y 44 años, en donde el porcentaje de hombres supera al de mujeres.
- Por grupo de edades el dato más significativo es que en España hay 1.405.992 personas de 6 a 64 años con discapacidades, lo que supone un 4,59% de la población de este grupo de edad (Cayo Pérez, 2006).

**Tabla 8:** Población con Discapacidad por Grupos de Edad.

Grupos de Edad	Total población por grupos de edad	% total población por grupos de edad	Hombres	% total hombres por grupos de edad	Mujeres	% total mujeres por grupos de edad
Menos de 6 años	49.577	1,41%.	24.723	49,87%	24.853	<b>50,13%</b>
De 6 a 16 años	80.260	2,27%	43.051	53,64%	37.211	<b>46,36%</b>
De 17 a 44 años	507.518	14,38%	291.736	57,48%	215.782	<b>42,52%</b>
De 45 a 64 años	818.213	23,19%	379.652	46,40%	438.561	<b>53,60%</b>
De 65 a 79 años	1.320.533	37,43%	502.396	38,04%	818.137	<b>61,96%</b>
De 80 y más años	782.119	21,32%	231.413	30,77%	520.707	<b>69,23%</b>
<b>Total</b>	<b>3.528.220</b>	<b>100%</b>	<b>1.472.971</b>	<b>41,75%</b>	<b>2.055.251</b>	<b>58,25%</b>

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*

Según esta encuesta (INE, 2001 y 2002), del total de personas entre 6 y 64 años que tienen alguna discapacidad, 1.405.992, el 35% tiene alguna deficiencia que afecta a las articulaciones y huesos. En el 46% de estos casos, 228.980 personas, existe una deficiencia en la columna vertebral.

Las deficiencias mentales, de la audición y de la vista también ocupan un lugar destacado con 286.003, 278.654 y 262.814 personas respectivamente.

Más de la mitad de las deficiencias en la población de 6 a 64 años, 51,4%, son causadas por una enfermedad común o profesional, siendo el 37,7% de estas deficiencias osteoarticulares y el 31,8%, deficiencias de la vista y del oído. El segundo factor más importante se refiere a causas congénitas o relacionadas con el momento del parto, constituyendo un 19,23% de los casos. De éstos, el 36,85% son deficiencias mentales y el 34,7% deficiencias de la vista y el oído.

El número total de personas de 65 años y más años con discapacidades en España es 2.072.652, lo que supone un 32,21% de la población en ese grupo de edad (Cayo Pérez, 2006)

Por último, comparando las encuestas de 1986 y 1999, podemos señalar las diferencias de las situaciones de discapacidad por edad, tal y como se contempla en la Tabla 9; concretamente la población total en 1986 fue de 38.341.126 y de 39.247.019 en 1999. La prevalencia de las situaciones de discapacidad está claramente relacionada con la edad, de manera que, si bien el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, este incremento se acelera de forma notable a partir de la franja de edad de 45 a 54 años. Este incremento de la discapacidad conforme avanza la edad se debe, fundamentalmente, a dos factores complementarios: por un lado, a más años vividos se supone un riesgo mayor a padecer una discapacidad, y, por otro lado, la mayor esperanza de vida de las personas que han adquirido la discapacidad en edades tempranas de la vida (INE-OMS-ONCE, 2001).

**Tabla 9:** Número de personas con discapacidad y estimación de prevalencia de las situaciones de discapacidad, por edad.

España, 1986 y 1999				
Grupo de edad	1986		1999	
	Personas con discapacidad	Estimación de prevalencia	Personas con discapacidad	Estimación de prevalencia
0-5 años	43.047	1,8%	49.576	2,2%
6-14 años	157.836	2,8%	61.337	1,7%
15-24 años	215.073	3,1%	110.285	1,9%
25-34 años	211.094	4,6%	185.906	2,8%
35-44 años	282.682	6,4%	230.251	4,0%
45-54 años	647.840	14,0%	305.909	6,4%
55-64 años	1.290.312	27,8%	512.304	13,0%
65 años y más	2.895.407	56,3%	2.072.652	32,2%
<b>Total</b>	<b>5.743.291</b>	<b>15,0%</b>	<b>3.528.220</b>	<b>9,0%</b>

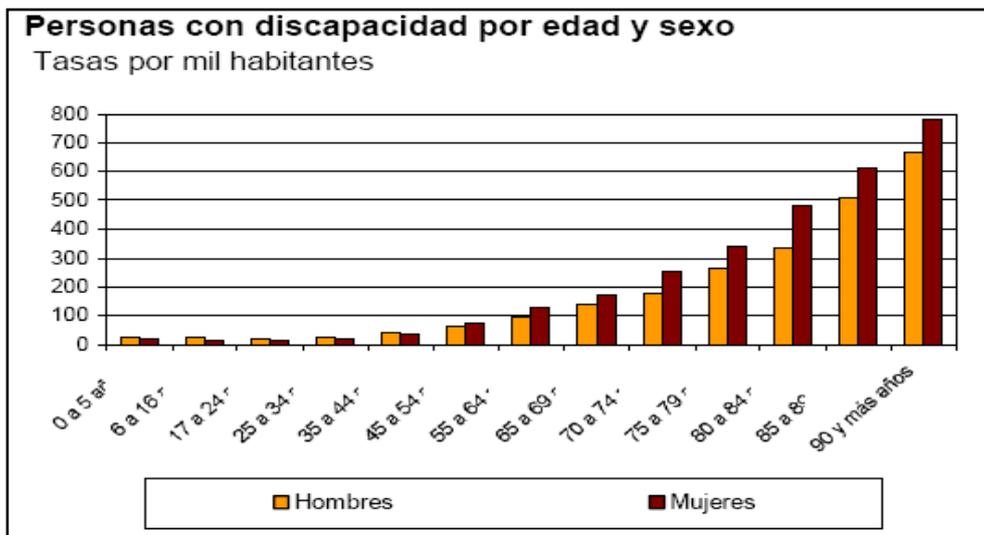
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).  
Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999  
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Fundación ONCE

### 2.5.3.3. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.

Según los resultados de la EDAD, el número total de personas con alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población. Por sexo, más de 2,3 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres. Tal y como se recoge en el Gráfico 3, las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años. En los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones superan a la de las mujeres (INE, 2008).

Asimismo, en 2008 hay 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de 85,5 por mil habitantes (INE, 2008).

**Gráfico 3**



Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

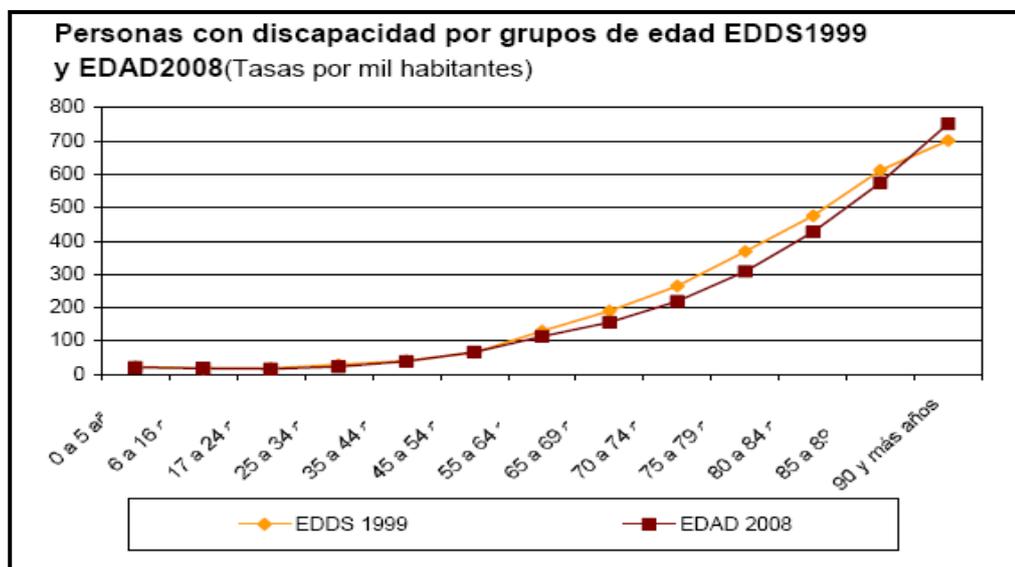
Si se compara la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008) (INE, 2008b) con el estudio sobre discapacidad realizado por el INE en el año 1999, se observa que el número de personas con discapacidad ha crecido en 320.000. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9.0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008.

Estas cifras se pueden justificar teniendo en cuenta que la evolución del número de personas con discapacidad depende básicamente de dos factores. Por un lado, se ha producido un considerable aumento de la población mayor de 64 años, un 14,4% (grupo de edad en el que más incide la discapacidad), que hace crecer el número de personas con discapacidad; pero, por otro lado, la mejora de las condiciones sociales y de salud hace que el número de estas personas sea menor de lo esperado. El efecto neto de ambos factores ha supuesto que el porcentaje de población con discapacidad haya descendido 0,5 puntos desde 1999.

La disminución de la tasa de discapacidad se produce en todos los tramos de edad comprendidos entre los 16 y 90 años. Los mayores descensos tienen lugar entre las personas de 75 a 79 años (del 16,2%) y en el grupo de edad de 80 a 84 años (del 10,2%).

En el Gráfico 4 y en la Tabla 10, puede observarse la comparación de las personas con discapacidad por grupos de edad de 1999 y 2008.

**Gráfico 4.**



Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

Tras analizar la evolución de las tasas por edades, cabe destacar que la discapacidad para las edades inferiores a 65 años afecta de forma similar a como ocurría en 1999; sin embargo, lo hace en menor medida para el conjunto de las edades superiores. Así, el porcentaje de personas con discapacidad disminuye para la franja de edad de 65 a 79 años, pasando de significar el 37,4% en el año 1999 al 31,2% en 2008; para el grupo de 80 y más años alcanza el 26,7% del total de personas con alguna discapacidad en 2008, frente al 21,3% que representaba en 1999.

Como conclusión, se puede decir que, en general, la discapacidad aparece a edades más tardías, aunque haya aumentado el periodo de

exposición al riesgo de discapacidad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

En 2008 la edad media de las personas con discapacidad es de 64,3 años, mientras que en 1999 era de 63,3 años. En el grupo de edad de 65 y más años, la edad media se sitúa en 78,8 en 2008, frente a 77,1 en 1999.

**Tabla 10.**

GRUPO DE EDAD	EDDS 1999		EDAD 2008	
	Nº de personas (miles)	% sobre personas con discapacidad	Nº de personas (miles)	% sobre personas con discapacidad
<b>0 a 5 años <sup>(*)</sup></b>	49,6	1,4	60,4	1,6
<b>6 a 64 años</b>	1.406	39,9	1.560	40,5
<b>65 a 79 años</b>	1.320,5	37,4	1.201,7	31,2
<b>80 y más años</b>	752,1	21,3	1.025,8	26,7
<b>TOTAL</b>	<b>3.528,2</b>	<b>100</b>	<b>3.847,9</b>	<b>100</b>

<sup>(\*)</sup> En ambas encuestas los tipos de limitaciones investigadas para los niños de 0 a 5 años son diferentes a las discapacidades de las personas de 6 y más años. Fuente. INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDS), Año 1989. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008.

En la encuesta EDAD 2008 podemos especificar las personas de seis o más años con discapacidad según el grupo de discapacidad, señalando visión, audición, comunicación, aprendizaje y realización de tareas, movilidad, autocuidado, vida doméstica y relaciones personales, según sexo (Tabla 11) y grupos de edad (Tabla 12) (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2011).

**Tabla 11.** Personas de seis o más años con discapacidad, según el grupo de discapacidad.

<b>Número de personas en miles y Tasas por 1.000 habitantes.</b>						
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000
<b>Visión</b>	979,0	23,19	371,3	17,84	607,7	28,39
<b>Audición</b>	1.064,1	25,20	455,7	21,88	608,5	28,43
<b>Comunicación</b>	734,2	17,39	336,6	16,17	397,5	18,57
<b>Aprendizaje, realización de tareas</b>	630,0	14,92	264,5	12,7	365,5	17,07
<b>Movilidad</b>	2.535,4	60,05	881,5	42,34	1.653,9	77,27
<b>Autocuidado</b>	1.824,5	43,21	645,0	30,98	1.179,5	55,10
<b>Vida doméstica</b>	2.079,2	49,24	605,8	29,10	1.473,4	68,83
<b>Relaciones personales</b>	621,2	14,71	291,7	14,01	329,5	15,39
<b>TOTAL:</b>	<b>3.787,4</b>	<b>89,70</b>	<b>1.510,9</b>	<b>72,58</b>	<b>2.276,5</b>	<b>106,35</b>

Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

Como se puede ver en la Tabla 12, los problemas de movilidad son el primer tipo de discapacidad en los principales grupos de discapacidad de las personas de seis y más años (afecta al 6,0% de la población), seguido de vida doméstica (4,9%) y autocuidado (4,3%). Para el grupo de 80 y más años estos tres principales grupos de discapacidad afectan a siete de cada 10 personas con discapacidad.

Dentro del grupo de movilidad, la restricción de desplazarse fuera del lugar afecta a dos de cada tres personas con problemas de movilidad. Por sexo, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres en todos los tipos de discapacidad. Y tanto para las mujeres como para los varones la movilidad es el principal motivo de restricción de la actividad (INE, 2008a).

**Tabla 12.** Personas con discapacidad, de seis y más años, residentes en hogares familiares, según grupo de discapacidad, sexo y edad. España 2008. Unidades: miles de personas.

<b>TRAMOS DE EDADES</b>										
	<b>6 a 44 años</b>		<b>45 a 64 años</b>		<b>65 a 79 años</b>		<b>80 y más años</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Varones</b>										
Visión	57,3	16,6	90,2	22,1	124,3	27,3	99,5	33,0	371,4	24,6
Audición	56,7	16,4	103,5	25,3	164,3	36,1	131,7	43,6	456,1	30,2
Comunicación	121,0	35,0	62,7	15,3	79,3	17,4	75,6	25,0	338,5	22,4
Aprendizaje, desarrollo de tareas	111,2	32,2	42,7	10,4	54,1	11,9	56,7	18,8	264,7	17,5
Movilidad	168,9	48,9	246,3	60,2	269,1	59,2	201,5	66,7	885,7	58,6
Autocuidado	124,5	36,0	134,1	32,8	204,7	45,0	188,1	62,3	651,3	43,1
Vida doméstica	121,2	35,1	140,2	34,3	180,4	39,7	171,9	56,9	613,7	40,6
Interacciones y relaciones personales	123,1	35,6	65,0	15,9	52,6	11,6	50,7	16,8	291,2	19,3
<b>Total personas con discapac.</b>	<b>354,4</b>	<b>100</b>	<b>409,0</b>	<b>100</b>	<b>454,8</b>	<b>100</b>	<b>301,9</b>	<b>100</b>	<b>1.511,3</b>	<b>100</b>
<b>Mujeres</b>										
Visión	48,9	18,0	109,5	20,2	212,9	28,5	230,4	32,7	607,8	26,7
Audición	42,4	16,1	00,3	18,5	192,9	25,8	272,7	37,7	608,5	26,7
Comunicación	69,1	26,3	41,9	7,7	93,2	12,5	194,4	26,9	398,7	17,5
Aprendizaje, desarrollo de tareas	61,8	23,5	45,3	8,3	80,7	10,8	177,5	24,5	365,3	16,0
Movilidad	145,3	55,2	368,6	67,9	545,0	73,0	599,5	82,8	1.658,4	72,9
Autocuidado	95,4	36,3	185,1	34,1	377,3	50,5	525,4	72,6	1.183,3	52,0
Vida doméstica	128,1	48,7	315,8	58,2	465,7	62,4	572,2	79,0	1.481,7	65,1
Interacciones y rel. personales	66,4	25,2	49,2	9,1	64,8	8,7	149,3	20,6	329,7	14,5
<b>Total personas con discapac.</b>	<b>263,0</b>	<b>100</b>	<b>542,8</b>	<b>100</b>	<b>746,5</b>	<b>100</b>	<b>723,9</b>	<b>100</b>	<b>2.276,2</b>	<b>100</b>
<b>Ambos sexos</b>										
Visión	106,2	17,4	199,7	21,0	337,1	28,1	336,0	32,8	979,2	25,9
Audición	99,3	16,3	203,8	21,4	357,2	29,7	404,4	39,4	1.064,6	28,1
Comunicación	190,1	31,2	104,7	11,0	172,5	14,4	270,0	26,3	737,2	19,5
Aprendizaje, desarrollo de tareas	173,0	28,4	88,0	9,2	134,8	11,2	234,2	22,8	630,1	16,6
Movilidad	314,0	51,6	615,0	64,6	814,0	67,8	800,9	78,1	2.544,1	67,2
Autocuidado	220,0	30,1	319,1	33,5	582,0	48,4	713,5	69,6	1.834,0	48,4
Vida doméstica	249,2	40,9	456,0	47,9	646,1	53,8	744,1	72,5	2.095,3	55,3
Interacciones y rel. personales	189,5	31,1	114,1	12,0	117,4	9,8	200,0	19,5	620,9	16,4
<b>Total personas con discapac.</b>	<b>608,6</b>	<b>100</b>	<b>951,8</b>	<b>100</b>	<b>1.201,3</b>	<b>100</b>	<b>1.025,8</b>	<b>100</b>	<b>3.787,4</b>	<b>100</b>

Asimismo, según dicha encuesta, el 74% de las personas con discapacidad afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria. Del total de personas de 6 o más años con discapacidad, el

74,0% (2,8 millones) tiene dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. La mitad de ellas no pueden realizar alguna de estas actividades si no reciben ayudas. Por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad, presentan alguna restricción en ayudas básicas de la vida diaria (ABVD), frente al 64,6% de los hombres.

Las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad. Así, dentro del colectivo de personas con discapacidad entre 6 y 44 años, 6 de cada 10 tienen una dificultad en ABVD. Mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se eleva a 8,6 de cada 10.

De los 2,8 millones de personas con discapacidades en ABVD, el 80,5% recibe ayuda. Ello permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones (incluso a 339.000 les posibilita superarlas) y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD.

La encuesta también ha investigado las deficiencias que causan la discapacidad, entendiendo por deficiencia cualquier problema en alguna estructura o función corporal (INE, 2008b).

Las deficiencias de articulaciones y huesos causan discapacidad a 1,5 millones de personas. Las deficiencias más frecuentes en las personas de 6 y más años con discapacidad son las que afectan a los huesos y articulaciones (un 39,3%), las del oído (un 23,8%), las visuales (un 21,0%) y las mentales (un 19,0%).

Como vemos en la Tabla 13, en las mujeres destacan los problemas osteoarticulares, cuya presencia es más del doble que la de cualquier grupo de deficiencia. Más de un millón de mujeres tienen una discapacidad

provocada por una deficiencia en huesos y articulaciones (el 5,0% de la población femenina). Le siguen las del oído (2,4%), las visuales (2,3%) y las mentales (1,9%).

En el caso de los hombres las principales deficiencias son de huesos y articulaciones (afectan al 2,0% de los varones), del oído (1,8%), mentales (1,5%) y visuales (1,4%).

Por edad, en el tramo de 6 a 44 años las deficiencias predominantes son las mentales, que afectan a un tercio de las personas con discapacidad. A partir de los 45 años priman las osteoarticulares, presentes en más de 4 de cada 10 personas de este colectivo.

En cuanto a las discapacidades predominantes, en cada grupo de edad cambian según la prevalencia del tipo de deficiencia. El 31,1% de las personas con discapacidad de 6 a 44 años afirma tener limitaciones en las relaciones personales, porcentaje que desciende al 12,0% en el grupo de 45 a 64 años. Lo mismo sucede con las discapacidades de comunicación (pasan del 31,1% al 11,0%), las de realización y aprendizaje de tareas (del 28,4% al 9,3%) y las de autocuidado (del 35,6% al 33,3%). Esto se debe a que estas tres discapacidades están muy relacionadas con las deficiencias mentales. En cambio, las discapacidades de movilidad, vida doméstica, visión y audición incrementan su presencia a medida que aumenta la edad (INE, 2008b).

La causa más frecuente de las deficiencias es alguna enfermedad (sucede para casi 7 de cada 10 personas con discapacidad), predominando una enfermedad común no profesional. El segundo factor más importante

son otras causas, especialmente para el tramo de edad de 80 y más años, debido a que en ésta se incluye implícitamente el envejecimiento como origen de la deficiencia. Le siguen los accidentes y los problemas perinatales (causas congénitas o problemas en el parto).

Las enfermedades y los accidentes tienen como principal secuela las deficiencias osteoarticulares (1,1 millones y 245.000 casos, respectivamente). Por su parte, las causas congénitas o los problemas en el momento del parto provocan fundamentalmente deficiencias mentales (116.000 personas)

**Tabla 13.**

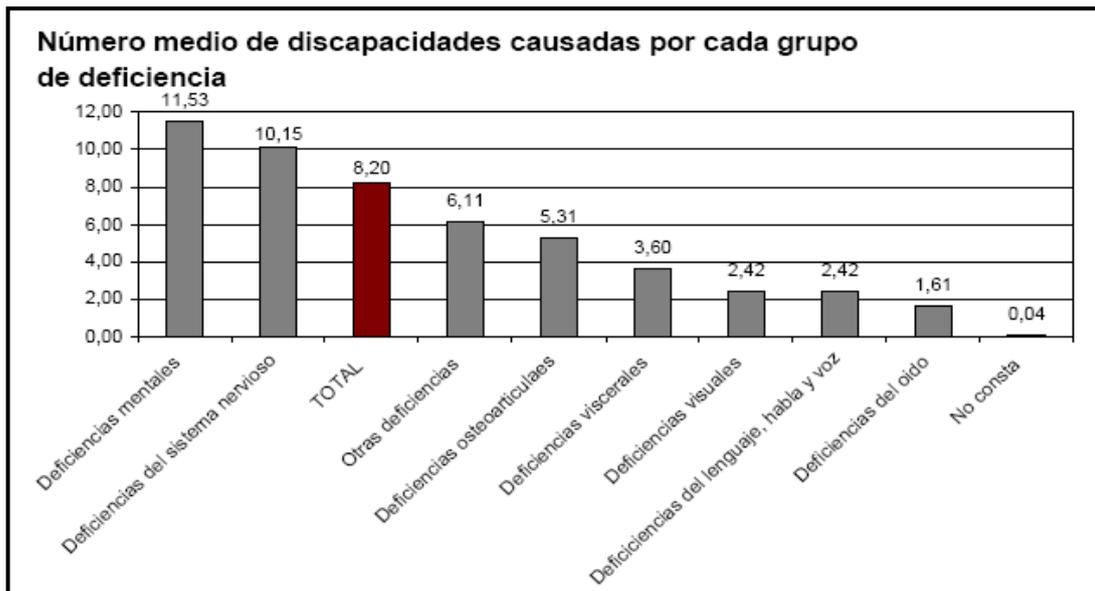
Número de personas en miles y Tasas por 1.000 habitantes.						
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000
<b>Mentales</b>	718,9	17,03	306,4	14,72	412,5	19,27
<b>Visuales</b>	794,7	18,82	299,1	14,37	495,5	23,15
<b>Auditivas</b>	901,8	21,36	384,2	18,46	517,6	24,18
<b>Lenguaje, habla y voz</b>	87,1	2,06	49,9	2,4	37,2	1,74
<b>Osteoarticulares</b>	1.487,4	35,23	418,0	20,08	1.069,4	49,96
<b>Sistema nervioso</b>	486,3	11,52	204,0	9,80	282,3	13,19
<b>Visceras</b>	574,3	13,60	231,4	11,11	343,0	16,02
<b>Otras deficiencias</b>	361,7	8,57	105,2	5,06	256,5	11,98
<b>No consta</b>	261,4	6,19	119,4	5,74	142,0	6,64
<b>TOTAL ( personas con discapacidad)</b>	<b>3.787,4</b>	<b>89,70</b>	<b>1.510,9</b>	<b>72,58</b>	<b>2.276,5</b>	<b>106,35</b>

Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

En el Gráfico 5 se refleja como de las 44 discapacidades investigadas, una persona de 6 o más años con discapacidad presenta como media 8,2 discapacidades. No obstante, el perfil varía mucho dependiendo de la deficiencia que las ha originado. Las que provocan, por término medio, un mayor número de discapacidades son las mentales (11,5%) y las

deficiencias del sistema nervioso (10,2%). En cambio las que causan un menor número son las deficiencias auditivas, visuales, y las del habla y voz (menos de tres discapacidades de media).

**Gráfico 5.**

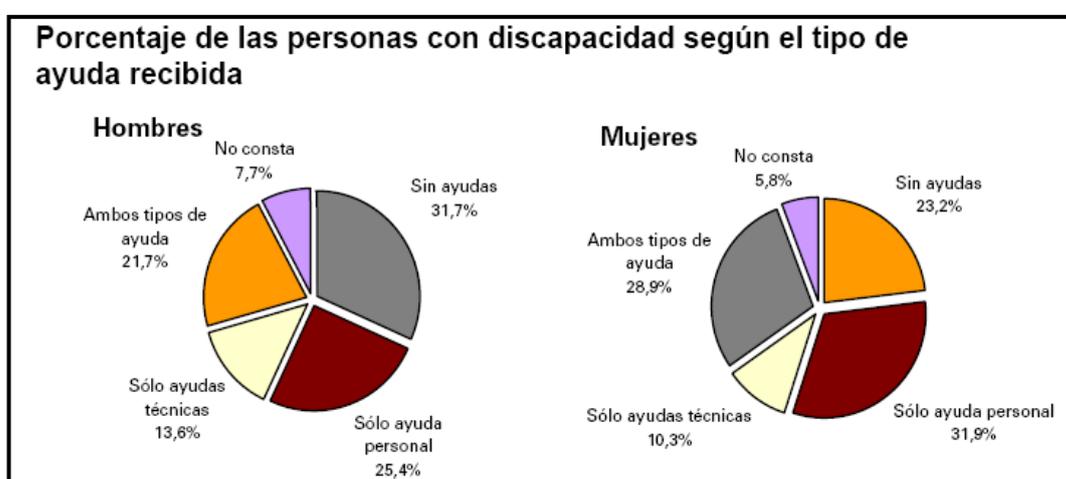


Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

Por otro lado, el 66,9% de las personas con discapacidad recibe algún tipo de ayuda, distinguiendo las ayudas técnicas de las que son prestadas por otras personas. Los resultados muestran que más de dos millones reciben asistencia, supervisión o cuidados personales y casi un millón y medio ayudas técnicas. Sin embargo, más de un millón de personas afirman no recibir ningún tipo de ayuda para realizar las actividades para las que tienen discapacidad (el 26,6% del colectivo).

Por sexo, se observan diferencias significativas. El 31,7% de los hombres con discapacidad no recibe ningún tipo de ayuda, frente al 23,2% de las mujeres. Gráfico 6. Cuando se analizan los tipos de ayuda, el 60,7% de las mujeres con discapacidad recibe ayuda de otras personas, frente al 47,1% de los hombres (INE, 2008b).

**Gráfico 6.**



Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

#### 2.5.3.4. Discapacidad en las Comunidades Autónomas.

En este apartado de las personas con discapacidad por Comunidades Autónomas, abordaremos de modo general las distintas comunidades españolas y nos centraremos, especialmente, en la Comunidad Autónoma Canaria, con la valoración en las distintas islas en un capítulo posterior.

La distribución territorial de la población con discapacidad por Comunidades Autónomas, queda reflejado en la Tabla 14 que recoge los datos de la encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud de 1999, si bien no está incluida la población de 0 a 10 años.

**Tabla 14.** Población con Discapacidad por Comunidades Autónomas.

Comunidad Autónoma	Total Población	Total población por Comunidad Autónoma	Hombres	Total hombres por Comunidad Autónoma	Mujeres	Total mujeres por Comunidad Autónoma
Andalucía	708.831	20,38%	300.601	42,41%	408.230	<b>27,59%</b>
Aragón	96.047	2,76%	34.995	36,44%	61.052	<b>63,56%</b>
Asturias	101.003	2,90%	45.830	45,37%	55.173	<b>54,63%</b>
Baleares	56.949	1,64%	26.480	46,50%	30.469	<b>53,50%</b>
Canarias	106.285	3,06%	46.175	43,44%	60.110	<b>56,56%</b>
Cantabria	48.150	1,38%	20.162	41,87%	27.988	<b>58,13%</b>
Castilla- León	275.300	7,91%	116.655	42,37%	158.645	<b>57,63%</b>
Castilla-La Mancha	164.896	4,74%	70.005	42,45%	94.891	<b>57,55%</b>
Cataluña	564.513	16,23%	231.842	41,07%	332.671	<b>58,93%</b>
C. Valenciana	312.875	8,99%	133.446	42,65%	179.429	<b>57,35%</b>
Extremadura	102.291	2,94%	40.724	39,81%	61.567	<b>60,19%</b>
Galicia	272.190	7,82%	113.888	41,84%	158.302	<b>58,16%</b>
Madrid	347.800	10,00%	132.103	37,98%	215.697	<b>62,02%</b>
Murcia	11.259	3,20%	48.185	43,31%	63.074	<b>56,69%</b>
Navarra	40.375	1,16%	18.380	45,52%	21.995	<b>54,48%</b>
País Vasco	143.601	4,13%	57.862	40,29%	85.739	<b>59,71%</b>
La Rioja	14.103	0,41%	6.197	43,94%	7.906	<b>56,06%</b>
Ceuta y Melilla	12.178	0,35%	4.719	38,75%	7.459	<b>61,25%</b>
<b>Total</b>	<b>3.478.646</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.446.249</b>	<b>41,63%</b>	<b>2.030.397</b>	<b>58,37%</b>

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999  
(No está incluida la población de 0-10 años)

Las Comunidades Autónomas con mayor número de personas con discapacidad son Andalucía (20,38%), Cataluña (16,23%), Madrid (10%) y Comunidad Valenciana (8,99%), aunque hay que tener en cuenta que también son las comunidades donde se concentra el mayor número de población. Las Comunidades o Ciudades Autónomas con menor número de personas con discapacidad son: Ceuta y Melilla (0,35%), La Rioja (0,41%), Navarra (1,16%) y Cantabria (1,38%). Según estos datos, Canarias presenta un 3,06% de población total con discapacidad, correspondiendo un 43,44% a hombres y un 56,6% a mujeres (Cayo Pérez, 2006; INE, 2004).

Por otro lado, en la Tabla 15 se contempla el número y el porcentaje de personas de seis y más años con discapacidad según las distintas comunidades autónomas, según los datos obtenidos de la encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.

Es de destacar los valores del 11,86%, 11,32 % y 11,29% de Melilla, Ceuta y Galicia respectivamente, contrastando con las cifras más bajas de 6,16%, 7% y 7,10% correspondientes a las comunidades de La Rioja, Cantabria y Baleares. En Canarias se sitúa en el 7,13%.

**Tabla 15.** Personas de seis o más años con discapacidad.

<b>Personas de seis o más años con discapacidad</b>		
	Nº de personas (Miles)	Tasa por 100 habitantes
<b>España</b>	<b>3.787,4</b>	<b>8.97</b>
Andalucía	716,1	9.58
Aragón	111,6	9.19
Asturias	104,5	10.37
Baleares	68,8	7.10
Canarias	135,8	7.13
Cantabria	37,5	7.0
Castilla-León	255,9	10.86
Castilla-La Mancha	182,9	9.99
Cataluña	511,7	7.61
Comunidad Valenciana	452,8	9.92
Extremadura	111,0	10.99
Galicia	292,9	11.29
Madrid	434,8	7.59
Murcia	127,5	9.80
Navarra	41,6	7.42
País Vasco	169,4	8.45
La Rioja	17,9	6.16
Ceuta	7,4	11.32
Melilla	7,3	11.86

Fuente. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008

### 2.5.3.5. Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.

En la Tabla 16 se refleja la distribución por islas del número y porcentaje de personas con limitación de la actividad en la población de 6 y más años, según la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios, 2004 (Instituto Canario de Estadística, 2004).

**Tabla 16.** Personas con limitación de la actividad. Distribución por islas. Población de 6 y más años.

	CANARIAS	Lanzarote	Fuerte-ventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
<b>Sí</b>	<b>98.493</b> <b>(5,4%)</b>	5.619 (5,2%)	2.492 (3,3%)	39.586 (5,3%)	42.712 (5,5%)	1.999 (9,9%)	5.281 (6,6%)	802 (8,4%)
<b>No</b>	<b>1.512.473</b> <b>(83,6%)</b>	89.416 (82,0%)	71.899 (95,8%)	573.081 (77,0%)	682.533 (88,6%)	17.660 (87,0%)	69.371 (86,3%)	8.513 (88,9%)
<b>Ns/Nc</b>	<b>198.518</b> <b>(11,0%)</b>	14.012 (12,9%)	695 (0,9%)	132.092 (17,7%)	45.093 (5,9%)	636 (3,1%)	5.726 (7,1%)	263 (2,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>1.809.484</b>	<b>109.047</b>	<b>75.087</b>	<b>744.759</b>	<b>770.338</b>	<b>20.296</b>	<b>80.379</b>	<b>9.578</b>

Fuente: Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios 2004. Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

Según dicha encuesta, el 5,4% de la población canaria mayor de 6 años sufre algún tipo de limitación de la actividad. El dato es especialmente relevante en las islas con perfiles poblacionalmente envejecidos, como son: La Gomera y El Hierro, que tienen el mayor índice de envejecimiento de Canarias. Pueden desprenderse, además, los siguientes datos:

- La Gomera y El Hierro tienen el mayor índice de envejecimiento de Canarias. La Gomera, con un 10%, y El Hierro 8,4%, tienen los porcentajes más altos del archipiélago en cuanto a población mayor de 6 años con algún tipo de limitación.

- Fuerteventura (3,3%) tiene el menor porcentaje de población mayor de 6 años con algún tipo de limitación, en correspondencia con su perfil poblacional (la isla tiene el índice de juventud más alto de Canarias).

Por otro lado, de la población canaria con más de 65 años, el 42% de las mujeres y el 30% de los hombres tienen algún tipo de limitación de la actividad.

A su vez, en el 13% de los hogares canarios hay una o más personas mayores de 6 años con limitación de la actividad. Destacan La Gomera y El Hierro, en las que el 19% y el 17% respectivamente, de los hogares, tiene una o más personas mayores de 6 años con limitación de la actividad.

En la Tabla 17 se desglosa la limitación de la actividad por sexo y grupo de edad. Habrá que tener en cuenta que la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres y que, a medida que la edad se va incrementando, el número de mujeres respecto al número de hombres también va siendo mayor (Instituto Canario de Estadística, 2005).

**Tabla 17.** Limitación de la actividad por sexo.

GRUPO (EDAD)	HOMBRES	MUJERES
65-69	34.596	37.819
70-74	31.324	36.785
75-79	19.744	25.897
80-84	11.184	17.426
85-89	4.920	9.353
90-94	2.096	4.558
95-99	522	1.268
100+	129	265
<b>TOTAL</b>	<b>104.515</b>	<b>133.371</b>

Fuente: Ficheros de microdatos de la Revisión del Padrón Municipal a 1-1-2005 (INE).  
Elaboración: Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

En la Tabla 18 aparece el tipo de limitación de la actividad más frecuente. El 58% de la población con limitación de la actividad presenta problemas en el uso de brazos y manos (para levantar y llevar objetos, por ejemplo) y el 49% tiene problemas para desplazarse por distintos lugares, y un 48% para encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa (ISTAC, 2004).

**Tabla 18.** Tipo de limitación de la actividad más frecuente.

ACTIVIDAD	%
Levantar y llevar objetos	58.1
Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)	48.6
Encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa	47.5
Encargarse de la limpieza y cuidado de la casa	44.0
Andar (avanzar a pie, paso a paso)	42.0
Conducir vehículo propio	40.0
Utilizar medios de transporte como pasajero	35.9

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) "Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios 2004"

Centrándonos en el origen de la limitación de la actividad, tal y como se constata en la Tabla 19, el origen de la limitación más frecuente es una enfermedad, que es la causa del 62% de los casos. Los accidentes originan el 12,4% de las limitaciones de la actividad, los problemas en el parto o congénitos representan el 11% y un 9% padece la limitación a causa de la senilidad.

**Tabla 19.** Origen de la limitación de la actividad.

ORIGEN	%
Enfermedad	61,7
Senilidad	9,1
Otras causas	4,5
Congénito y/o problemas en el parto	11,2
Accidente	12,4

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) "Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios 2004"

Por último, podemos reseñar que en Canarias, el 56% de los que sufren algún tipo de limitación de la actividad necesitan ayuda o cuidados de otras personas. A su vez, el 17% de las personas que tienen alguna limitación de la actividad con necesidad de ayuda de otras personas, no la obtienen (ISTAC, 2004).

## 2.6. PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS.

### 2.6.1. Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo: Concepto y Definiciones.

Aunque existen numerosas definiciones de lo que es una Ayuda Técnica, de una forma sencilla la definiremos como: *“Aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirán de un mayor esfuerzo para su realización”* (Consejo Español de Representantes de Minusválidos, 2005).

La Ayuda Técnica debe permitir salvar o aminorar la deficiencia que presenta una persona o la discapacidad generada por ésta, de manera que contribuya a reducir su desventaja social, y facilite su integración social y laboral. Para cumplir este objetivo, deben ser sencillas (tanto en su concepción como en su utilización) y eficaces en su objetivo, respondiendo de forma directa a las necesidades para las que han sido desarrolladas. Para determinar la Ayuda Técnica adecuada para cada individuo, se tendrá en cuenta algunos elementos fundamentales como el grado de discapacidad, el entorno social del individuo y, en algunos casos, la capacidad y habilidad de éste para el aprendizaje y el adiestramiento (Consejo Español de Representantes de Minusválidos, CERMI, 2005; Laloma, 2005).

Podríamos añadir, en un contexto práctico, lo que señala Font et al. (2007) en cuanto al concepto de ayuda técnica: *“las herramientas,*

*verdaderas prolongaciones de nuestras manos, a las que mimetizan en sus funciones, se adecúan en la prensión, asimiento y potencian su eficacia; de ahí la importancia que asume, en su diseño, una correcta aplicación de los principios ergonómicos”.* En definitiva, podríamos decir que son el puente entre la dependencia y la independencia.

Habitualmente, cuando se habla de Ayudas Técnicas se piensa en instrumentos destinados a superar discapacidades físicas, pero no hay que olvidar que existen, entre otras, las Ayudas Técnicas para las personas con discapacidades visuales o auditivas debido a la importancia de este tipo de Ayudas Técnicas para estos grupos (Rodríguez-Porrero Miret, 2009).

Históricamente el Catálogo de Prestaciones Ortoprotésicas se ha referido a las Ayudas Técnicas de carácter ortoprotésico, dejando fuera otro tipo de Ayudas Técnicas. Todavía no existe una unificación de criterios para considerar que bienes son Ayudas Técnicas, la utilidad que aportan a las personas con discapacidad y la necesidad de dar cobertura pública y gratuita a este tipo de bienes, para facilitar la inclusión en todos los ámbitos de la vida de las personas con discapacidad. La unificación del concepto de Ayuda Técnica debe permitir un tratamiento similar para todas las Ayudas Técnicas en cuanto a:

- Su inclusión en un Catálogo de Prestaciones.
- La aplicación de un sistema de prestación similar.
- Y lo que es más importante, establecer un criterio de cobertura pública que dicte la necesidad de financiación del bien, a partir del porcentaje de superación de la discapacidad presentada, con

independencia del tipo de ésta, que puede ser de movilidad, visual, auditiva, etc. (Laloma, 2005).

Por otro lado, la nueva norma UNE EN ISO 9999 (2007), "*Productos de apoyo para personas con Discapacidad, Clasificación y Terminología*", define Productos de Apoyo como: "*Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación*". Esta norma ha sido publicada por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) en Septiembre de 2007, anulando y sustituyendo a la versión anterior del año 2003, por lo que "*Productos de Apoyo*", reemplaza al término "*Ayudas Técnicas*" utilizado en ediciones anteriores (UNE, 2007; CEAPAT, 2011). El término "*producto*" aparece más cercano al usuario-consumidor, mientras que el concepto "*tecnología*" se encuentra más ligado a otros ámbitos de investigación y desarrollo. No obstante, a lo largo de nuestro estudio utilizaremos indistintamente ambos términos.

#### 2.6.2. Legislación aplicable a los productos sanitarios.

El sector de productos sanitarios está totalmente delimitado y cuenta con un marco legislativo propio. Si bien está afecto, por la legislación de carácter básico, como es La Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, o la reciente ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional

de Salud (2003), se ha venido desarrollando una legislación muy específica, adoptando como punto de partida el modelo de Directivas Europeas.

### 2.6.3. Directivas Comunitarias.

Se trata de normas que, aun no teniendo una aplicación directa en los Estados Miembros de la Unión Europea, sí que obligan, en un plazo legalmente determinado por las mismas, a la inclusión de dichas normas en el ordenamiento jurídico de cada miembro. Las que afectan a los productos sanitarios son:

- Directiva 90/385/CEE (1990) sobre productos sanitarios implantables activos. Establece las normas básicas a asumir por los países integrados en la Unión Europea en materia de productos sanitarios implantables activos, siendo obligado transponer dicha normativa a cada país miembro.
- Directiva 93/42/CEE (1993) sobre productos sanitarios. Rige los principios fundamentales por los que se debe regular los productos sanitarios, excluyendo los implantables activos, que ya se ha visto que tienen su normativa específica.

### 2.6.4. Normativa de ámbito nacional.

En primer lugar reflejaremos las normativas de ámbito nacional, señalando posteriormente las correspondientes propiamente a la Comunidad Autónoma de Canarias.

La mayoría de los productos de apoyo, teniendo en cuenta su definición, son considerados productos sanitarios al estar destinados al control, tratamiento, alivio o compensación de una deficiencia. Y, por lo tanto, están sujetos a toda la normativa que afecta a estos productos, ya sean respecto de su fabricación y composición, como de los establecimientos de fabricación y venta.

Entre las distintas normativas establecidas podemos citar:

- La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 17 dispone: *“La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias”*.
- El Real Decreto 414/1996, de 1 de Marzo, por su parte se regulan los productos sanitarios (BOE nº 99, de 24 de Abril) aplica las definiciones utilizadas en la Directiva 93/42/CEE, del Consejo de 14 de Junio de 1993, relativa a los productos sanitarios. Según el artículo 3 de este Real Decreto, un producto sanitario, es: *“Cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo utilizado sólo o en combinación, incluidos los programas informáticos que*

*intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de:*

- a) Diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad.*
- b) Diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.*
- c) Investigación, sustitución o modificación de la autonomía o de un proceso fisiológico.*
- d) Regulación de la concepción.*

*Y que no ejerza la acción principal que se desee obtener en el interior o en la superficie del cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales medios”.*

El objeto de este Real Decreto es la reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de aquellos productos y artículos sanitarios que, al afectar al ser humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas. Siendo responsable la Administración Sanitaria del Estado de valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria.

- Real Decreto 2727/1998, de 18 de Diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 414/1996, de 1 de Marzo, por el que se regulan los productos sanitarios (BOE nº 10 de 12 de Enero de 1999). Mediante

el Real Decreto se autoriza a los técnicos ortopédicos, entre otros, a desempeñar la función de “*Técnico responsable de la supervisión de las actividades de fabricación de productos a medida*” si éstos se encuentran en activo y tienen una experiencia profesional superior a tres años, frente a la obligatoriedad que existía de que estos técnicos responsables fueran titulados universitarios.

- Circular 22/1997, de 28 de Julio, de la Dirección General de Farmacia. Esta circular regula el procedimiento para la obtención de licencia previa a entidades e instalaciones de productos sanitarios y de accesorios.
- Circular 12/1998, de 9 de Julio, de la Dirección General de Farmacia, sobre fechas y documentos acreditativos del cumplimiento de la Legislación de Productos Sanitarios. Esta circular persigue aportar determinadas precisiones sobre las diferentes situaciones en que pueden encontrarse los productos sanitarios, en relación con las fechas de aplicación del Real Decreto 414/1996, su legalidad, las exigencias que les resultan de aplicación y los documentos acreditativos de su cumplimiento, con objeto de facilitar la aplicación de la misma a todos los sectores afectados: Industria, Usuarios, Red Hospitalaria Nacional, Administraciones y Consumidores.

Además de la normativa relacionada anteriormente, respecto de la Licencia de funcionamiento de fabricantes de productos de ortopedia a medida, se debe tener en cuenta la siguiente normativa:

- Oficio de 18 de Octubre de 1999, de la Subdirección General de Productos Sanitarios, sobre el trámite de Licencia de Funcionamiento de fabricantes de productos de ortopedia a medida.
- Ley 55/1999, de 29 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Orden Social (BOE nº 312 de 30 de Diciembre).
- Real Decreto 437/2002, de 10 de Mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE de 16 de Septiembre de 2006).
- Orden SCO/3422/2007, de 21 de Noviembre, por el que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (BOE de 28 de Noviembre de 2007).
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de Octubre, por el que se regula los productos sanitarios (BOE de 6 de Noviembre de 2009).

#### 2.6.5. Normativa en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Entre la normativa autonómica de Canarias más reciente podemos señalar las siguientes:

- Orden de 9 de Febrero de 2004, por la que se regula la prestación de material ortoprotésico y se aprueba el Catálogo General de Material

Ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC de 18 de Marzo de 2004).

- Orden de 2 de Marzo de 2009, por la que se aprueban las bases generales que han de regir en la concesión de ayudas económicas para la adquisición de instrumentos que faciliten la autonomía personal de personas dependientes y se efectúa la convocatoria para 2009 (BOC 13 de Marzo de 2009).

#### 2.6.6. Clasificación de los Productos de Apoyo.

Como ya señalamos anteriormente, los productos de apoyo se refieren a productos, útiles o equipamientos utilizados para mantener, incrementar o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad (Deloitte & Touche, 2003), tal como se indica en la norma ISO 9999. Este estándar incluye no sólo equipamiento clásico, sino también cualquier herramienta o sistemas técnicos para facilitar la movilidad, manipulación, comunicación, control del entorno, y actividades simples o complejas para cualquier aspecto de la vida diaria, la educación o la actividad profesional o social (Demers et al., 2008; Krantz, 2009).

Existen diferentes clasificaciones de los productos de apoyo, clasificaciones que atienden a desiguales necesidades: fiscales, normativas, fabricación, consumidor. Todas ellas son válidas y su conocimiento es necesario a la hora de analizar este tipo de bienes (Commission of the European Communities, 1994; Kedlaya & Kuang, 2007).

De acuerdo a la norma UNE-EN ISO 9999 (2007) los productos de apoyo pueden clasificarse en las siguientes categorías, que a su vez se desglosan en otras familias de productos de apoyo:

- Ayudas para el tratamiento y el entrenamiento.
- Órtesis y exoprótesis.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- **Ayudas para la movilidad personal.**
- Ayudas para las tareas domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para la manipulación de productos y mercancías.
- Ayudas y equipamiento para la mejora del entorno. Herramientas y máquinas.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.

#### 2.6.6.1. Productos de apoyo para la movilidad personal.

Haremos una breve descripción sólo de los productos de apoyo destinados a favorecer la movilidad personal, por ser éstos parte de nuestro estudio, ya que pueden ser susceptibles de reutilización por otras personas con alguna discapacidad, y no así las órtesis y prótesis que según su definición son fabricadas con medidas concretas para adaptarlas a una parte ausente de su cuerpo, es decir, de uso exclusivamente personal.

Elegir una ayuda adecuada para andar es importante para preservar y favorecer la independencia de movimientos (Mandelstam, 1993). La función

de cualquier ayuda para andar es aumentar la estabilidad de las personas con escaso equilibrio, debilidad muscular o falta de confianza (Richardson, 1995) o reducir el dolor o el miedo a caerse (Cochrane & Wilson, 1991). Algunas ayudas para andar pueden ser útiles para mantener una postura erguida y mejorar la marcha y la velocidad (McColl, 1986; Pope, 1996). Al aumentar la base de sustentación del usuario es más fácil para la persona mantener su centro de gravedad en posición erguida y al desplazar parte del peso a los brazos se quita carga de piernas, pelvis y parte inferior de la columna (Mc Creadice & James, 1995; National Health Service Executive, 1996). En este orden de cosas, considerando que la movilidad es un factor clave para la autonomía personal y autodeterminación, en un nuevo enfoque de apoyo a la movilidad han surgido soluciones técnicas con módulos inteligentes y sistema de interacción aplicables, por ejemplo, a sillas de ruedas (Kronreif et al., 2007).

La valoración de ayudas para andar la suele realizar un fisioterapeuta, pero la necesidad puede detectarla otros profesionales, ya sea personal de enfermería, médicos o terapeutas ocupacionales (Doman et al., 2002). Esta valoración de la movilidad debe considerar si la necesidad es transitoria o permanente y si el usuario tiene una enfermedad estabilizada o de deterioro progresivo (Hernández Milagro y cols., 2008). Reconocer que todas las ayudas tienen ventajas y desventajas conforme a las necesidades del individuo, implica que deben discutirse las prioridades y expectativas con el usuario y los cuidadores, a fin de asegurar una elección adecuada, lo que debe incluir también el entorno en que se va a usar (Bateni & Maki, 2005;

Dayé, Hansen & Panek, 2006; Niitamo et al, 2006). Debe hacerse un entrenamiento adecuado para asegurar que las técnicas y los equipamientos se aplican con seguridad y adecuadamente, así como se le debe informar al usuario donde debe dirigirse para reparaciones o sustituciones (Dudley & Mc. Mahon, 1994; Richardson, 1995).

La implicación de los usuarios es de gran importancia para garantizar que los productos se ajusten y puedan responder a las necesidades reales de los usuarios en su vida diaria (Alba y Moreno, 2004; Scherer & Glueckauf, 2005). En todo el desarrollo de tecnología de asistencia esta importancia en la participación de los usuarios ya ha sido reconocida y descrita por numerosos autores (Bühler, 2000 y 2001; Hypponen, 1999; Jönsson, Malmberg & Svensk, 2004; Jönsson, 2006). Aún así, existe la necesidad de mejorar aún más el concepto y la práctica diaria de la aplicación de la participación del usuario. En este sentido autores como Nitamo et al. (2006) y Eriksson et al. (2006) inciden en que el verdadero desafío reside en la participación de los usuarios teniendo en cuenta el microcontexto de su vida cotidiana.

#### 2.6.6.1.1. Ayudas de marcha manipuladas por un brazo.

Entre las ayudas de marcha manipuladas por un brazo podemos indicar bastones, trípodes y cuadrúpedes, así como muletas.

##### *Bastones.*

Un bastón es una ayuda eficaz para mantener el equilibrio y dar confianza a la persona cuando tiene suficiente fortaleza en los miembros

superiores (Cochrane & Wilson, 1991). Existen bastones de madera o aluminio, ajustables en altura del usuario. Una variedad de empuñaduras ofrece la posibilidad de un agarre eficaz acomodado a la mano; un mango recto es más cómodo de llevar, mientras que un mango en curva puede llevarse colgado del brazo cuando no se usa. Algunos bastones son telescópicos, pueden plegarse y guardarlos en una bolsa (White, 2002).

Son las ayudas para la deambulación más sencillas y, por este motivo, tienden a ser olvidados en la atención temprana de personas que precisan ayuda en los momentos iniciales de su discapacidad para la marcha. Están indicados en déficit funcionales de una o ambas extremidades inferiores provocados por patología músculo-esquelética o neurológica (Blake & Bodline, 2002; Fay & Bouinger, 2002). Cuando estos déficits son muy importantes se preferirán las muletas a los bastones, y si están afectados los miembros superiores será necesario modificarlos.

Los bastones simples resultan inestables si se aplican sobre ellos fuerzas superiores al 20-25% del peso corporal. Su principal función es proporcionar equilibrio y aumentar la sensación de estabilidad. En caso de precisarse mayor soporte y estabilidad se usarán las muletas, en primer lugar las de apoyo en antebrazo. La altura óptima que debe tener, tanto el bastón simple como la empuñadura de los bastones ingleses, es la equivalente a la existente desde el trocánter mayor al suelo (Gil Agudo, 2009).

El ajuste o uso incorrecto de un bastón puede aumentar el riesgo de caídas. Un bastón debe ser utilizado en la mano opuesta a la pierna

afectada; éste se aprovecha de la oposición normal entre el brazo y la pierna al caminar y ayuda a mantener el centro de gravedad del paciente sobre su base de apoyo cuando se usa el bastón (Hoenig, 2004).

#### *Trípodes y Cuadrúpedes.*

Los trípodes y cuadrúpedes proporcionan mayor estabilidad que un bastón estándar, por tener más puntos de apoyo con el suelo. Existen con base de diversos tamaños. Cuanto más amplia es la base más estable será el bastón. Los mangos pueden ser rectos o en cuello de cisne, en cuyo caso el peso del usuario se desplaza directamente sobre la base. El uso de trípodes y cuadrúpedes puede estar contraindicado en algunos tratamientos de rehabilitación (Disabled Living Foundation, 1998) por lo que se ha de tener en cuenta a la hora de elegir una ayuda apropiada para caminar.

#### *Muletas.*

Las muletas ofrecen más apoyo que los bastones, indicadas para personas con poca fuerza de agarre. Permiten una marcha con carga parcial del peso o sin carga ninguna. Se recomienda usar las muletas solamente después de que un terapeuta haya hecho una valoración (Disable Living Foundation, 1998) ya que hay una variedad de patrones de marcha que cabe adoptar de acuerdo a las necesidades individuales y las capacidades del usuario.

Las muletas son de dos tipos:

- a) Muletas de codo, con empuñadura cerrada o abierta, que permite cargar algo de peso en el antebrazo; la altura de la empuñadura debe ajustarse a cada usuario.
- b) Muletas de axila, tienen un tope almohadillado que se apoya entre el brazo y la pared torácica. La mayor parte del peso del usuario se apoya en el mango, siendo necesaria un mayor gasto de energía para usar este tipo de muletas que las muletas de codo, aunque la marcha puede ser más rápida.

Los expertos coinciden en que el peso no se debe colocar en las almohadillas axilares debido a la posibilidad de complicaciones por compresión neurovascular, y, por lo tanto, no debe ser más de dos pulgadas entre la parte superior de la muleta y la axila. Sin embargo, las recomendaciones para la colocación y manejo óptimo varían. Una investigación reciente con muletas refiere que la altura del mango de hasta 2,5 cms. por encima o por debajo de la estiloides cubital no afecta el consumo de oxígeno, velocidad de marcha o de esfuerzo percibido (Mullis & Dent, 2000).

Las muletas también se usan para la deambulaci3n ayudando con el balance, la ampliación de la base de apoyo y disminuyendo la carga de peso en una sola extremidad inferior. Proporcionan un mayor equilibrio al andar y est3n indicadas para personas que necesitan el soporte bilateral y tienen un buen control del miembro superior (Souza et al, 2010). Así, los pacientes geriátricos rara vez pueden beneficiarse de las muletas, debido a que hay

más riesgo de caídas ya que por lo general, tienen reducida la fuerza de los miembros superiores (Hoenig, 2004).

#### 2.6.6.1.2. Ayudas de marcha manipuladas por los dos brazos.

Entre las ayudas de marcha manipuladas por los dos brazos citaremos los andadores.

##### *Andadores.*

Existe una gran variedad de andadores, siendo recomendables, sobre todo, para personas mayores con escaso equilibrio, ya que ofrecen una amplia base en la que mantener el centro de gravedad (White, 2002).

Los andadores se dividen en dos tipos:

- Estructuras sin ruedas que a veces se prescriben a personas mayores para cubrir las necesidades de movilidad en interiores. Son estables pero su uso dificulta los patrones habituales de marcha.
- Estructuras con ruedas que permiten un patrón de marcha más normal y proporcionan buen soporte, aunque son difíciles de maniobrar. En general son habituales los andadores con dos ruedas, si bien andadores con cuatro ruedas pueden ser de mayor utilidad para los pacientes con Parkinson, pues permite el inicio de la marcha hacia delante y contrarresta la tendencia de dichos pacientes a caer hacia atrás. Como innovación, se han diseñado andadores de cuatro ruedas, con frenos de tipo de bicicleta ubicados en las asas, así como, un asiento incorporado. Incluso se

ofrecen andadores de tres ruedas, particularmente útiles para personas que necesitan más apoyo que un bastón y tienen que maniobrar en espacios estrechos.

Al igual que un bastón, los mangos del andador deben estar a la altura del estiloides cubital con el brazo extendido; a su vez, el paciente debe caminar dentro de la base de apoyo que ofrece el andador, en lugar de tener éste demasiado lejos. Se debe tener cuidado al levantarse y sentarse de nuevo para evitar vuelcos del andador ante desigualdad en la distribución del peso (Hoenig, 2004).

Dentro de las clases de andadores hay muchas variantes, incluyendo las estructuras con agarraderos en canalón, para personas con poca fuerza en las manos; las estructuras triangulares; estructuras recíprocas que facilitan una marcha normal, y estructuras con asiento incorporado (Cook & Polgar, 2007).

#### 2.6.6.1.3. Sillas de ruedas.

Las sillas de ruedas son una ayuda para el desplazamiento, se utilizan por diferentes motivos, aunque siempre relacionados con pérdida de equilibrio y dificultad o limitaciones en la deambulación (Auger et al., 2008).

Actualmente, y gracias a los avances tecnológicos-médicos, podemos contar con gran variedad de sillas de ruedas en el mercado. A continuación describiremos brevemente algunas de uso más frecuente.

### *Sillas de ruedas manuales.*

Las sillas de ruedas manuales ofrecen una gran variación en la calidad y el rendimiento, por lo que se tendrá en cuenta a la hora de prescribir una silla de ruedas adecuada, no sólo para la comodidad y las necesidades de movilidad para los consumidores, sino también la calidad de la silla (Cooper & Cooper, 2003).

#### Sillas plegables:

Son las que más se utilizan. Se trata de una silla con un asiento desmontable, adaptado a las necesidades del usuario, teniendo en cuenta las características anatómicas y la prevención de úlceras, reposabrazos y reposapiés regulables en altura, así como reposacabezas y sistemas de control postural.

##### a) Sillas de autopropulsión:

Tienen ruedas traseras grandes con aros para las manos que permiten al usuario, con suficiente fuerza en los brazos y resistencia, maniobrarla por sí mismo (White, 2002).

##### b) Sillas de tránsito o impulsadas por un asistente:

Tienen ruedas traseras más pequeñas y ha de impulsarla un cuidador. Pueden servir para un usuario con discapacidad física o cognitiva que le impida el manejo eficaz de un modelo autopropulsado (White, 2002). Suelen ser más ligeras de peso y más pequeñas que las sillas estándar, lo que es particularmente útil para el transporte dentro y fuera de un avión o un coche (Cooper, González y Lorenzo, 1997).

### *Sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección eléctrica.*

Están indicadas para pacientes con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente, que cumplan todos y cada uno de los requisitos siguientes:

- Incapacidad permanente para la marcha independiente.
- Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores.
- Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas, y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad o la de otras personas (Catálogo General de prestaciones ortopédicas de la Comunidad Autónoma de Canarias, 2004).

Entre las sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección eléctrica podemos señalar:

#### a) Sillas de ruedas monotorizadas y scooters:

Son cada vez más comunes y más grandes que las sillas de ruedas manuales, por lo que son más útiles para las personas que tienen dificultades de movilidad en la comunidad.

El scooters se caracteriza principalmente por el asiento movable que facilita su transporte en un automóvil personal. Desde una perspectiva clínica y de ingeniería, una de las características más distintivas de un scooters es que la velocidad está controlada electrónicamente y la dirección se controla de forma manual. Uno de

los problemas de los scooters es que son de alto costo, y tienen necesidad de equipos adicionales para el transporte de la silla (por ejemplo, ascensor) y la falta de condición física (Hoenig, 2004).

Los scooters eléctricos y sillas de ruedas eléctricas van a ser similares. La demanda de dispositivos eléctricos de movilidad, de potencia que no se parecen a las sillas de ruedas y que pueden proporcionar, tanto la movilidad interior y exterior, es la creación de la innovación en el mercado (Cooper, González y Lorenzo, 1997).

b) Sillas de ruedas reclinables:

Permiten al usuario cambiar la postura sentada a través de un interruptor, para prevenir las úlceras por presión y el dolor en la espalda, problemas muy comunes en las personas que hacen uso de estos dispositivos, además de facilitar la respiración, mejorar el retorno venoso y disminuir los edemas en las extremidades inferiores (Cooper & Cooper, 2003).

c) Sillas de altura variable:

Facilitan en los usuarios la realización de muchas actividades. La reducción de altura del asiento puede, entre otros, hacer más fácil los juegos a los niños, explorar el entorno e interactuar con otros niños en el nivel del suelo, pues el acceso al suelo es una característica importante para la promoción del desarrollo social y cognitivo del niño. Los adultos que usan estas sillas de ruedas también pueden bajar el

asiento de la silla al suelo, lo que les permite jugar con sus hijos, acceder al jardín, etc. La reducción de la altura del asiento tiende a hacer que la silla sea más estable; una posición más baja del asiento puede ser de ayuda al maniobrar esta silla de ruedas en las rampas o pendientes pronunciadas.

La capacidad de poder elevar el asiento, también puede proporcionar varias ventajas. Los artículos en los estantes altos se pueden obtener mediante el uso de un asiento elevador, o facilitar tareas tales como cocinar, lavar, etc. Por otra parte, el aumento de altura del asiento tiende a disminuir la estabilidad de la silla de ruedas (Cooper & Cooper, 2003; Panek & Zagler, 2008).

d) Sillas stand-up:

Proporcionan un acceso fácil a los gabinetes, estantes, mostradores, fregaderos y muchas ventanas. Muchas de las actividades en el hogar son más fáciles de llevar a cabo mediante un stand-up silla de ruedas, por ejemplo, cocinar, lavar platos, planchar la ropa, etc.; asimismo, en el lugar de trabajo esta silla de rueda de pie puede ayudar a la hora de hacer presentaciones en pizarra, el acceso a fotocopiadoras, e interactuar con su colegas; la capacidad de realizar algunas ocupaciones se puede mejorar mediante el uso de un stand-up silla de ruedas (Cooper, González y Lorenzo, 1997; Souza et al., 2010).

La mayor integración de las personas con discapacidad en la sociedad ha dado origen a estas nuevas formas de tecnologías especializadas (Agree, Freedman & Sengupta, 2004).

Las sillas de ruedas a motor, es decir, motorizadas, deben ser consideradas como una alternativa para las personas de edad avanzada, pero tampoco deben ser recomendadas como una alternativa para abordar la fatiga o cualquier otro síntoma que no sea discapacitante (Rodríguez y Noya, 2004; Souza et al., 2010).

## **2.7. FINANCIACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE APOYO.**

### 2.7.1. Consideraciones generales.

En este apartado de financiación de los productos de apoyo, pretendemos hacer una relación sucinta de la normativa establecida al respecto por el sistema Sanitario Público Nacional, haciendo hincapié en la legislación de nuestra Comunidad Autónoma Canaria.

En este orden de cosas, podemos indicar que la normativa básica de Accesibilidad y Productos de Apoyo en España, comienza con nuestra constitución, precisamente en sus artículos 9, 14, 41, 47 y 49 (BOE de 29.12.1978). Con posterioridad han surgido diferentes disposiciones legales referenciadas a Accesibilidad arquitectónica y urbanística, Accesibilidad en el transporte, Accesibilidad en la información y la comunicación, y Ayudas Técnicas de apoyo propiamente dichas, que podemos esquematizar en:

- Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos (B.O.E de 30.4.82).
- Real Decreto 3250/1983, de 7 de Diciembre, por el que se regula el uso de perros guías para deficientes visuales. (B.O.E de 2.1.84).
- Orden de 18 de Junio de 1985, por la que se establecen las normas sobre el uso de perros guías para deficientes visuales. (B.O.E de 27.6.85).
- Real Decreto 556/89, de 19 de Mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios (B.O.E de 23.5.89).

- Ley 15/1985, de 30 de Mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad (B.O.E de 31.5.95).
- Ley 34/2002, de 11 de Julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico (B.O.E de 12.7.02).
- Ley 51/2003, de 2 de Diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (B.O.E de 3.12.03).
- Real Decreto 314/2006, de 17 de Marzo. Aprobación del Código Técnico de la Edificación (B.O.E de 28.3.06).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (B.O.E de 16.9.06).
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de Diciembre. Determina la Consideración de Persona con Discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades (B.O.E de 16.12.06).
- Real Decreto 1417/2006, de 1 de Diciembre. Sistema Arbitral para la Resolución de Quejas y Reclamaciones en materia de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (B.O.E de 13.12.06).
- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E de 15.12.06).

- Real Decreto 366/2007, de 16 de Marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado (B.O.E de 24.3.07).
- Real Decreto 505/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones (B.O.E de 11.5.07).
- Ley 27/2007, de 23 de Octubre, por lo que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (B.O.E de 24.10.07).
- Real Decreto 1494/2007, de 12 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social (B.O.E de 21.11.07).
- Orden SCO/3422/2007, de 21 de Noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (B.O.E de 28.11.07).
- Real Decreto 1544/2007, de 23 de Noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad (B.O.E de 4.12.07).

- Ley 49/2007, de 26 de Diciembre, 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 (B.O.E de 27.12.07).
- Ley 56/2007, de 28 de Diciembre, de Medidas de Impulso de la Sociedad de la información (B.O.E de 29.12.07).
- Orden PRE/446/2008, de 20 de Febrero, por la que se determinan las especificaciones y características técnicas de las condiciones y criterios de accesibilidad y no discriminación establecidos en el Real Decreto 366/2007, de 16 de Marzo (B.O.E de 25.2.08).
- Ley Orgánica 1/2008, de 30 de Julio, por la que se autoriza la ratificación del Tratado de Lisboa, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Unión Europea (B.O.E de 31.7.08).
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de Octubre, por el que se regulan los productos sanitarios (B.O.E de 6.11.09).
- Real Decreto 1855/2009, de 4 de Diciembre. Regulación del Consejo Nacional de la Discapacidad (B.O.E de 26.12.09).

Entre toda esta normativa debemos especialmente señalar las que se corresponden con Ayudas Técnicas, esto es, el Real Decreto 1030/2006, Real Decreto 1494/2007, Orden SCO/3422/2007 y Real Decreto 1591/2009.

En términos generales, la financiación de los Productos de Apoyo por parte del Sistema Nacional y de los servicios de Salud de las diferentes

Comunidades Autónomas, no tiene una cobertura total, pudiendo generar cierto grado de desigualdad (Chain, 2003).

Según las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 2002): “*Los Productos de Apoyo y la accesibilidad en general, deben ser provistos de forma gratuita o a un precio suficientemente bajo como para que todas las personas que los necesiten puedan comprarlos*”. Por tanto, a pesar de ser un bien de primera necesidad para los usuarios y estar catalogados como productos sanitarios, la falta de cobertura gratuita en España por parte del Sistema Nacional de Salud y de las diferentes Comunidades Autónomas, es generadora de desigualdades entre el grupo de personas con discapacidad, además de depender de las posibilidades de acceso que éstos tengan a los Productos de Apoyo. Las posibilidades de una persona con discapacidad para hacer frente a ésta, vendrán determinadas por su entorno económico, social y familiar, al igual que ocurre en el caso de los Productos de Apoyo. No obstante, en contraste con algunos países europeos, como veremos posteriormente, sobre todo en los nórdicos, la práctica totalidad de los Productos de Apoyo que una persona necesita, está financiada por las administraciones sanitarias o por los servicios sociales (Chain, 2003; Martin, 2005).

Teniendo en cuenta el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (B.O.E de 16.9.06), en el anexo VI señala: “*la prestación ortoprotésica consiste en la*

*utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente*". Esta prestación se facilitará por los servicios de salud, o dará lugar a ayudas económicas en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes (Jiménez Lara y Zabarte Martínez de Aguirre, 2008). En este sentido podemos indicar:

1. La prestación ortoprotésica comprende los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las órtesis y las ortoprótesis especiales.
2. El acceso a la prestación ortoprotésica se hará, garantizando las necesidades sanitarias de los pacientes, en la forma que establezca al efecto la administración sanitaria competente en la gestión de la prestación.
3. Respecto al procedimiento de obtención, la prescripción de los productos incluidos en la prestación ortoprotésica debe ser llevada a cabo por un médico de atención especializada, especialista en la materia correspondiente a la clínica que justifique la prestación.

El procedimiento para la elaboración de los correspondientes catálogos en cada ámbito de gestión, adaptados en su contenido, así como las condiciones de acceso, de prescripción, de gestión, de aplicación al catálogo y, si procede, de

*recuperación de los artículos*, serán determinados por la administración sanitaria competente en la gestión de esta prestación.

4. En cuanto a los requisitos generales se establece:
  - a) Los productos sanitarios incluidos como prestación ortoprotésica, para poder ser suministrados y utilizados, deben cumplir los requisitos contemplados en la legislación vigente que les resulte de aplicación.
  - b) Los establecimientos sanitarios elaboradores de ortoprótesis a medida y los que las adaptan individualmente, deben reunir los requisitos que en cada momento establezca la administración sanitaria competente, a fin de que se salvaguarde una correcta elaboración y adecuación de la prestación prescrita al paciente.
  - c) Para las prótesis externas, las sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis especiales, son de aplicación los siguientes aspectos:
    - La entrega de uno de estos productos al usuario, ha de ir acompañada del certificado de garantía y una hoja informativa con las recomendaciones precisas para la mejor conservación del mismo en condiciones de utilización normal, y las advertencias para evitar su mal

uso, de acuerdo con lo que establezca en cada caso la administración sanitaria competente.

- Cuando se trate de productos que requieren una adaptación específica al paciente: correrán a cargo del establecimiento cuantas rectificaciones imputables a la elaboración y adaptación sean precisas; en la elaboración de los productos, el establecimiento se ajustará siempre a las indicaciones consignadas por el especialista prescriptor; en los casos que se determine, una vez obtenida la prestación por el usuario, el especialista prescriptor comprobará que el artículo se ajusta rigurosamente a sus indicaciones y se adapta perfectamente al paciente.
- En el caso de artículos susceptibles de renovación, ésta puede concederse cuando no sea debida al mal trato del usuario, en las condiciones que al efecto se determinen por la administración sanitaria competente en la gestión de la prestación. Además, para aquellos productos susceptibles de renovación que requieren una elaboración y/o adaptación individualizada, se debe tener en cuenta la edad del paciente para fijar el periodo de renovación, de modo que se adecúe a la etapa de crecimiento de los niños y a los cambios morfológicos derivados de la evolución de la patología.

- d) En el caso de los implantes quirúrgicos se ha de facilitar a los pacientes una hoja informativa con las instrucciones, así como las recomendaciones, contraindicaciones y precauciones que deben tomarse en su caso.

Por último, dentro de estas consideraciones generales debemos indicar, que aunque en la mayoría de las ocasiones no existen diferencias entre los catálogos de Material Ortoprotésico de las Comunidades Autónomas, sí que existe otro aspecto generador de diferencias: el Procedimiento de Prestación Ortoprotésica.

Actualmente sólo hay siete Comunidades Autónomas que han desarrollado su propio procedimiento (Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco). El resto mantiene el sistema heredero del INSALUD, basado en el reintegro de gastos. Respecto a las siete Comunidades Autónomas mencionadas, cuatro de ellas (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia) han optado por desarrollar un sistema de pago directo de la prestación, mientras que el resto opta por el de reintegro como hemos dicho anteriormente. A su vez, también podríamos recalcar que en el sistema de pago directo, la persona con discapacidad no entra en el circuito financiero de la prestación, ya que la ortopedia asume el trámite de cobro de dicha prestación; no obstante, en el caso del sistema de reintegro, la persona con discapacidad, después de

abonar el importe, deberá solicitar a los servicios de Salud de su comunidad autónoma el reintegro de la prestación.

Chain (2003) también considera que existen desigualdades entre las Comunidades Autónomas, *“ya que el presupuesto dedicado es diferente, así como los requisitos y criterios que se establecen para acceder a los mismos”*. Igualmente en este sentido Martín (2005), concretamente en el caso de sillas de ruedas, ha manifestado que *“también hay diferencias en las propias prestaciones, ya que en unas comunidades se contempla la entrega de una silla de ruedas ligera y moderna que permite una vida más normalizada, mientras que en otras siguen siendo pesadas y poco confortables”*.

Tras este apartado de consideraciones generales, abarcaremos en primer lugar la regulación de la financiación en nuestra Comunidad Autónoma de Canarias, objeto principal de nuestro estudio, y posteriormente comentaremos los aspectos más relevantes de la financiación en el resto de las Comunidades Autónomas, así como modelos de financiación en Europa.

#### 2.7.2. Normativa de la Comunidad Autónoma de Canarias.

En este apartado de Normativa de la Comunidad Autónoma Canaria, señalaremos expresamente el procedimiento de prestación ortoprotésica, prestando atención a la solicitud, adquisición, resolución y garantía de dicha

prestación solicitada (Catálogo General de prestaciones ortopédicas de la Comunidad Autónoma de Canarias, 2004).

#### 2.7.2.1. Procedimiento de prestación ortoprotésica.

La Resolución de 13 de Diciembre de 1996, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, reguló el Catálogo de material ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias. Posteriormente, la Resolución de 29 de Noviembre de 2000, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (BOC nº 168, de 27 de Diciembre de 2000) adaptó el Catálogo del Servicio Canario de la Salud a las Modificaciones producidas por diferentes Órdenes Ministeriales.

La Orden de 9 Febrero de 2004, regula la prestación de material ortoprotésico y aprueba el Catálogo General de Material Ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC de 18.03.04). Por último, la Orden 358 de 2 de Marzo de 2009 aprueba las bases generales que han de regir en la concesión de ayudas económicas para la adquisición de instrumentos, que faciliten la autonomía personal de personas dependientes y se efectúa la convocatoria para 2009 (BOC nº 50 de 13 de Marzo de 2009) (Catálogo General de prestaciones ortopédicas de la Comunidad Autónoma de Canarias, 2009). Concretamente en su Anexo I figura: Relación de Ayudas Técnicas elaboradas siguiendo la Norma UNE-EN ISO 9999 (2007) del Catálogo publicado por el Centro Estatal de Autonomía personal y Ayudas Técnicas del IMSERSO.

#### 2.7.2.2. Solicitud de la prestación ortoprotésica.

En relación con la solicitud de prestación ortoprotésica se deben seguir los siguientes pasos:

- a) El usuario deberá solicitar un volante al médico de cabecera para acudir a una cita con un médico especialista.
- b) El médico especialista le solicitará la prescripción de los productos de apoyo.
- c) De acuerdo con la deficiencia observada en el paciente, el médico especialista determinará si es necesario algún producto de apoyo.

En caso de existir Unidades Asistenciales Especializadas en prótesis externas de miembros superiores e inferiores, las mismas serán las responsables de su prescripción y seguimiento en las Áreas de Salud donde estén ubicadas.

En los casos de pacientes ingresados, con cargo al Servicio Canario de la Salud, en Hospitales de otras Administraciones Públicas, o de titularidad privada incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública, la prescripción podrá ser efectuada por los Especialistas en la materia correspondiente adscritos al centro.

Asimismo, podrán prescribir los Inspectores Médicos de servicios sanitarios.

- d) Antes de la prescripción, el médico especialista deberá comprobar si el producto de apoyo está incluido en el Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas.

Si el producto de apoyo está en el Catálogo, será el médico especialista quien debe cumplimentar el impreso de solicitud de la prestación, incluyendo los códigos de identificación del producto de apoyo.

Si el producto de apoyo no está en el Catálogo, será el paciente quien deba afrontar el coste del producto de apoyo.

Todos los productos de apoyo han de estar prescritos en el modelo oficial del Servicio Canario de la Salud.

#### 2.7.2.3. Adquisición y Garantía del Producto de Apoyo.

Respecto a la adquisición del Producto de Apoyo, podemos indicar los siguientes pasos:

a) El paciente, con la prescripción facultativa, deberá acudir a un establecimiento concertado, donde le informarán del producto de apoyo que puede adquirir de acuerdo a la prescripción del médico especialista. Para ello cuenta con un plazo de quince días naturales desde la fecha de prescripción.

Con carácter previo a la dispensación, estarán sometidos a visado de inspección:

- Los artículos consignados como de “especial prescripción” del Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas.
- Los prescritos por facultativos especialistas en la materia correspondiente de Centros Hospitalarios de otras

Administraciones Públicas, o de titularidad privada incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

- Los artículos que, por su interés, así se determinen por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud.

En los supuestos mencionados, se requerirá además del documento de prescripción normalizado, informe clínico detallado y suficiente que justifique la prescripción. En todos los casos, el especialista será responsable de la prescripción realizada y de la idoneidad del artículo suministrado.

b) Las prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud, se realizan bajo el sistema de reintegro de gastos al usuario del producto de apoyo, por lo que el usuario puede acudir a cualquier establecimiento de su elección a solicitar la prestación. Asimismo, debe realizar la solicitud del reintegro de los gastos aportando la siguiente documentación:

- Solicitud de reintegro de gastos, debidamente cumplimentada, abarcando una serie de apartados del propio documento de prescripción.
- Los Registros de las Unidades de Atención al Usuario de los servicios sanitarios, lugar en el que hay que entregar las solicitudes y determinarán la documentación que hay que adjuntar a las mismas.

c) La Dirección de Área de Salud correspondiente, tomará la resolución que considere oportuna y se la notificará al usuario del producto de apoyo.

Si en el catálogo figura que el usuario debe aportar una cuantía para disfrutar del producto de apoyo, el Servicio Canario de la Salud reintegrará la diferencia existente entre la factura o el importe máximo recogido en el catálogo y la aportación que debe realizar el usuario.

El reembolso podrá ser realizado al usuario-beneficiario de las prestaciones o a la persona autorizada por éste.

En referencia a la Garantía del producto, el establecimiento entregará al usuario el certificado o tarjeta de garantía donde figure: modelo, número de control de unidad y fecha de la venta, así como composición del producto dispensado y las advertencias para el cuidado del artículo. Devolverá al usuario el documento de prescripción, haciendo entrega de la factura o presupuesto.

La tarjeta de garantía consignará el tiempo de validez, que será, como mínimo, la mitad del tiempo establecido en el Catálogo General de Material Ortoprotésico para la renovación del artículo.

#### 2.7.2.4. Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas.

El Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas de la Comunidad Autónoma de Canarias viene incluido como un Anexo de la Orden de 9 de Febrero de 2004. En el Artículo 1º de la citada Orden se realiza una

descripción del contenido que aparecerá en el Catálogo. Cada producto de apoyo viene identificado por un código numérico y por una descripción que enuncia las características del mismo.

Por otra parte, en cada producto de apoyo se incluyen una serie de datos informativos acerca de su prescripción, tales como:

- a) Financiación máxima de cada artículo: será el importe económico máximo que el Servicio Canario de la Salud abonará por la adquisición del producto.
- b) Cuantía que corresponde aportar al usuario: representa el importe económico que recae en el usuario para los productos que así se reseñen.
- c) Renovación de dichas prestaciones: cuando a indicación del especialista, el deterioro del producto se ha generalizado de tal forma que, comprometiera significativamente la efectividad de su acción terapéutica, y ello no fuera solventable mediante sustituciones parciales de sus componentes, contemplados en el Catálogo. Para menores de 14 años, el tiempo de renovación queda reducido a la mitad, previa justificación de la necesidad, a excepción de aquellos artículos que expresamente se definan para la edad infantil.
- d) Observaciones: requisitos que han de cumplir los artículos de especial prescripción.

### 2.7.3. Normativa en otras Comunidades Autónomas.

Mencionaremos las Comunidades Autónomas que han desarrollado un sistema propio de prestación ortoprotésica; por tanto, junto a la Comunidad Autónoma Canaria indicada anteriormente, nos referiremos a las comunidades de Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

#### 2.7.3.1. Comunidad de Andalucía.

El Decreto 195/1998 de 13 de Octubre, regula la prestación ortoprotésica, aprueba el Catálogo General de Prestación Ortoprotésica en el que se incluyen las prótesis externas, órtesis, vehículos para la minusvalía y prótesis especiales y ayudas para la marcha que pueden ser prescritas, dispensadas y financiadas por el Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía, en las condiciones y cuantías que en cada caso se determinan. Concretamente, en el anexo I se incluye la descripción, observaciones y el importe máximo que el Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía abonará por la adquisición de los artículos. Este catálogo ha sido actualizado a través de sucesivas Órdenes de la Consejería de Salud, por la Orden de 1 de Junio de 2000 y por la Orden de 7 de Febrero de 2001, para adaptarlo a la prestación ortoprotésica mínima establecida en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, mediante la Orden de 6 de Septiembre de 2004; se actualizó la descripción y los precios de determinados artículos. En este orden de cosas, existe una Comisión Central Ortoprotésica y Comisiones Provinciales Ortoprotésicas, encargadas de realizar un seguimiento de las

prestaciones ortoprotésicas en su ámbito de actuación, proponiendo criterios para la modificación del catálogo y, además, emiten los informes necesarios para asesorar a la Administración Sanitaria en esta prestación.

Finalmente, la Orden de 7 de Diciembre de 2005 actualiza el Catálogo General de Productos de la Prestación Ortoprotésica en Andalucía (BOJA de 22.12.05).

#### 2.7.3.2. Comunidad de Cataluña.

El Decreto 79/1998 vino a establecer la prestación ortoprotésica de Cataluña, la cual por aquellas fechas aplicaba el sistema de reintegro al usuario. Este Decreto fue modificado parcialmente por el Decreto 128/2001, introduciéndose la modalidad de abono directo de la prestación por parte del Catsalut en los casos de adquirir los productos de apoyo en establecimientos concertados. El Catálogo de Prestaciones Ortoprotésicas se actualiza por la Resolución SLT/594/2008, de 22 de Febrero (DOGC de 4.03.08).

#### 2.7.3.3. Comunidad Valenciana.

La Orden de 4 de Agosto de 2000 de la Consellería de Sanitat, viene a establecer las condiciones para la ejecución de la prestación ortoprotésica de los productos incluidos en el artículo 108 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social. Esta Orden viene a modificar la Orden de 16 de Julio de 1996 de la Consellería de Sanitat. Con dicha Orden, la Consellería quiere garantizar el acceso de los productos incluidos en el Catálogo General, permitiendo la libre elección por parte de los usuarios, de

otros productos o materiales que dichos usuarios deseen adquirir participando en la diferencia que exista en el coste. Esta Orden ha sufrido modificaciones que no han afectado de forma sustancial la citada Orden y que podemos esquematizar en:

- Orden de 21 de Septiembre de 2001, de la Consellería de Sanitat, por la que se modifica la Orden de 4 de Agosto de 2000, que establece las condiciones para la ejecución de la prestación ortoprotésica de los productos incluidos en el artículo 108 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (Decreto 2065/1974, de 30 de Mayo) a través de los establecimientos de adaptación de estos productos en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Orden de 25 de Abril de 2003, de la Consellería de Sanitat, por la que se modifica la Orden de 4 de Agosto de 2000, de la Consellería de Sanitat, por la que se establecen las condiciones para la ejecución de la prestación ortoprotésica.
- Resolución de 27 de Marzo de 2002, por la que se modifica el Catálogo General de Especialidades de Material Ortoprotésico en el ámbito de la Comunidad Valenciana (DOGV de 14.05.02). Esta Resolución fue modificada por la Resolución de 5 de Abril de 2005 (DOGV de 10.05.05).

En esta Comunidad Valenciana existe una Comisión Ejecutiva Reguladora de la Prestación Ortoprotésica (CERPO), en la que no está

prevista la presencia de algún representante de los usuarios de los productos de apoyo.

#### 2.7.3.4. Comunidad de Galicia.

En el Procedimiento de Prestación Ortoprotésica figura la Orden de 21 de Noviembre de 2002, por la que se regula la prestación ortoprotésica de la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG de 4.02.03).

En esta Comunidad existe, igualmente, una Comisión Central para la Regulación y Seguimiento de la prestación ortoprotésica de la Comunidad Autónoma de Galicia. Se encarga, entre otros cometidos, de realizar un seguimiento de las prestaciones ortoprotésicas, autorizar la adquisición de productos de apoyo no incluidos en el Catálogo y aprobar el contenido de los catálogos. Asimismo, esta Comisión no incluye en su composición representantes de los usuarios de productos de apoyo.

La citada Orden de 21 de Noviembre de 2002 recoge una enumeración de los derechos y obligaciones de los usuarios. Así, dentro de los derechos están:

- Libertad de elección del establecimiento dispensador del producto ortoprotésico prescrito, de acuerdo a los criterios de planificación establecidos por el Servicio Galego de Saúde.
- Posibilidad de renovación de la prestación, si procede.
- Posibilidad de elevar reclamaciones ante la Comisión Central para la Regulación y Seguimiento de la prestación ortoprotésica de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Y entre las obligaciones:

- Cumplir las instrucciones del facultativo especialista prescriptor.
- Hacer buen uso y conservar la prestación prescrita.
- Devolver las sillas de ruedas cuando proceda.

#### 2.7.3.5. Comunidad Foral de Navarra.

El Decreto Foral 17/1998, de 26 de Enero, regula la Prestación Ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales (BON de 23.02.98). Este Decreto es modificado por los Decretos Forales 224/2000, de 19 de Junio (BON de 2.08.00) y 233/2001, de 27 de Agosto (BON de 28.09.01).

En esta Comunidad se aplica el procedimiento de abono directo a las personas incluidas en el ámbito de aplicación del Real Decreto 1088/89. En este caso, los usuarios podrán elegir el establecimiento dispensador entre los que hayan suscrito el oportuno convenio con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

#### 2.7.3.6. Comunidad del País Vasco.

El Decreto 9/1997, de 22 de Enero, regula la Prestación Ortoprotésica relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales (BOPV de 22.01.97). En este Decreto se establecía que la elaboración y la dispensación de los productos sanitarios se llevaría a cabo en los

establecimientos debidamente autorizados. Para obtener dicha autorización, estos establecimientos debían:

- Suscribir con el Departamento de Sanidad del País Vasco el oportuno convenio de colaboración.
- Disponer de, al menos, un modelo de cada uno de los productos de apoyo relacionados con el Catálogo General de Material Ortoprotésico, a un precio igual o inferior al establecido en el mismo, impuestos incluidos.

El Decreto 62/2000, de 4 de Abril, viene a resolver los problemas existentes en lo referente a los establecimientos proveedores de los productos de apoyo.

Otras normas que regulan el concierto de los establecimientos dispensadores son:

- Orden de 10 de Octubre de 2000 (BOPV nº 11 de 16 de Enero de 2001).
- Orden de 1 de Febrero de 2001 (BOPV nº 32 de 14 de Febrero de 2001).

Finalmente, debemos mencionar la Orden de 29 de Marzo de 2007, por la que se aprueban el Catálogo General de Material Ortoprotésico y el baremo de las condiciones socioeconómicas que dan lugar al abono directo de la prestación ortoprotésica (BOPV de 30.07.07).

En esta comunidad podemos indicar, expresamente, que en los casos de usuarios sin recursos económicos suficientes, de acuerdo al Real Decreto 1088/89, o de usuarios cuyas condiciones socioeconómicas se ajusten a los

baremos aprobados anualmente por el Consejo de Sanidad, de acuerdo con los ingresos, miembros de la unidad familiar y precio de la prestación ortoprotésica, será el Departamento de Sanidad quien abonará directamente a los establecimientos dispensadores el importe máximo que aparezca en el Catálogo; además, en estos casos, los usuarios podrán elegir libremente el establecimiento dispensador de los productos de apoyo, siendo el establecimiento elegido quien deberá solicitar el correspondiente abono del producto de apoyo.

En esta Comunidad, también existe una Comisión Asesora de la Prestación Ortoprotésica que trabaja por la inclusión o exclusión de los productos de apoyo en el Catálogo del País Vasco y vela por el correcto funcionamiento del procedimiento de prestaciones ortoprotésicas. Respecto a los integrantes de esta Comisión, cabe destacar la no inclusión de representantes de los usuarios de productos de apoyo.

#### 2.7.4. Prestaciones y Catálogo del Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

Tal y como hemos realizado en la Comunidad Autónoma Canaria, procederemos a describir sucintamente los diferentes pasos que deben seguirse en el proceso de prestaciones y catálogos del INSALUD. Así pues, nos referiremos al procedimiento de prestaciones ortoprotésicas, solicitud y adquisición de las mismas, garantía y catálogo general de Material Ortoprotésico, reflejado en el Real Decreto 1030/2006, del 15 de Septiembre.

#### 2.7.4.1. Procedimiento de prestación ortoprotésica.

Las Comunidades Autónomas que mantienen el sistema y catálogo de prestaciones ortoprotésicas del INSALUD, basado en el reintegro de gastos, se rigen por las siguientes disposiciones normativas:

- Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de 10.02.95).
- Orden de 18 de Enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica (BOE de 7.02.96).
- Orden de 23 de Julio de 1999 (BOE de 5.08.99) y Orden de 30 de Marzo de 2000 (BOE de 11.04.00), por las que se modifica parcialmente la Orden de 18 de Enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica.
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud.

Los establecimientos que se acojan al proceso de prestación de los productos incluidos en el Catálogo, deben respetar las distintas disposiciones normativas que regulan este tipo de centros.

#### 2.7.4.2. Solicitud, Adquisición y Garantía de la Prestación Ortoprotésica.

Cronológicamente, los apartados que debería seguir el usuario podrían esquematizarse en: solicitud de petición al médico de cabecera para

posteriormente acudir al médico especialista, el cual podrá extender la prescripción del producto de apoyo. En el supuesto que el producto de apoyo esté incluido en el catálogo, el médico especialista deberá cumplimentar el impreso, incluyendo los códigos de identificación del producto de apoyo; si éste no estuviera en el catálogo, el usuario deberá afrontar el coste de dicho producto.

En lo referente a la adquisición propiamente dicha, el usuario con la prescripción facultativa podrá acudir al establecimiento adecuado, conociendo que las prestaciones ortoprotésicas se realizan bajo el sistema de reintegro de gastos al usuario. Posteriormente, para el reintegro de los gastos pertinentes señalados en el catálogo, el usuario deberá aportar la siguiente documentación: solicitud de reintegro de gastos, documento prescriptor del producto de apoyo realizado por el médico especialista, factura original del establecimiento escogido con el código identificador del producto, tarjeta sanitaria emitida por el Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma, datos bancarios para el abono de la prestación y fotocopia del DNI del solicitante.

Por último, el establecimiento dispensador deberá entregar, junto al producto de apoyo, un certificado de garantía y una hoja informativa con las recomendaciones precisas oportunas.

#### 2.7.4.3. Catálogo General de Material Ortoprotésico.

El Catálogo General fue actualizado en Julio de 2001, y cada producto de apoyo está identificado con un código particular de prescripción correspondiente a la norma ISO 9999.

Señalamos un serie de datos informativos referente a su prescripción: descripción del producto de apoyo, figura el precio total máximo financiado por el Servicio de Salud, la cantidad económica que corresponde al usuario, la aportación máxima que puede efectuar el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente, plazo de garantía mínima que debe constar en el producto de apoyo, periodo de renovación o tiempo mínimo que ha de pasar para solicitar una nueva prestación ortoprotésica, así como, dentro de observaciones, los requisitos que deben cumplir los artículos de especial prescripción.

#### 2.7.5. Modelos de financiación en Europa.

Dentro de un modelo de financiación europea, nos hemos centrado en los países nórdicos, por el carácter pionero que ofrecen en la planificación de las políticas sociales en la discapacidad y productos de apoyo. Nos referimos a los países de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, de manera que los cinco sistemas tienen mucho en común: están financiados con ingresos públicos, aunque existen diferencias en la financiación en los ámbitos local, regional y estatal; asimismo, el gasto público se ha ido incrementando y cada vez abarcan más áreas y aspectos de la vida diaria de las personas dependientes. A continuación, según NUH-

Nordic Centre for Rehabilitation Technology en su estudio *Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries* (Stenberg, 2007), describiremos los aspectos más notables de cada uno de estos países.

#### 2.7.5.1. Dinamarca.

La política de Servicios Asistenciales en Dinamarca se fundamenta en cuatro principios: el principio de compensación, por el que una persona con discapacidad recibe en el grado más amplio posible la compensación de las consecuencias de su discapacidad; el principio de solidaridad, en el que los servicios son financiados en gran parte por el sector público a través de los impuestos; el principio de responsabilidad del sector público, por el que las actividades, servicios o productos estén también al alcance de las personas con discapacidad; y, por último, el principio de la no discriminación, que trata de la igualdad entre las personas con discapacidad y el resto de ciudadanos.

En referencia a la regulación de las subvenciones según la Ley de Servicios Sociales Danesa, consta que el municipio debe proporcionar las subvenciones para la tecnología asistencial y bienes de consumo para personas con discapacidad a largo plazo, mental o física, en el supuesto que se sustituyan los efectos a largo plazo de la discapacidad, se facilite la vida cotidiana en casa, o sea necesario para que la persona pueda desempeñar un empleo. Además, las subvenciones se proporcionan sin considerar la edad, los ingresos o las propiedades; debemos recalcar que la tecnología asistencial se concede como préstamo gratuito el tiempo que sea necesario, si bien es preciso devolverlo. Asimismo, estas tecnologías subvencionadas

según la Ley de Servicios Sociales no pueden ser concedidas sobre las bases de otra legislación como, por ejemplo, la legislación de salud.

Si bien no existe propiamente un Catálogo completo de la tecnología asistencial o de los bienes de consumo, sí se contempla en la Ley anteriormente mencionada cuatro categorías de productos: mobiliario común, bienes de consumo, tecnología asistencial especial y personal como las sillas de ruedas, y tecnología asistencial estándar. Asimismo, se proporcionan ayudas para la adaptación de las viviendas de las personas con discapacidad (física y/o mental a largo plazo), o en su caso, se proporcionaría la ayuda correspondiente para la adquisición de una residencia apropiada alternativa.

Por otro lado, según la Ley de Salud, al margen que el Hospital cubra los gastos derivados de una estancia hospitalaria e incluso del equipo prescrito para la continuidad del tratamiento hospitalario en casa, también el municipio proporciona los cuidados de enfermería necesarios en domicilio; asimismo, una vez dada el alta a un paciente y si necesitara rehabilitación, es también el municipio el que sufraga dichos gastos. Las Leyes de Educación contemplan que en la educación primaria, secundaria y enseñanzas superiores, las escuelas municipales deben proporcionar ayudas especiales y la tecnología adecuada para compensar las posibles dificultades físicas y mentales.

En el procedimiento de la concesión de las ayudas, el municipio debe asegurar la disponibilidad del asesoramiento y la decisión sobre el suministro o no de dispositivos asistenciales, se realiza tras una evaluación total de la

situación, valorando los déficits de la persona para llevar a cabo una vida tan normal e independiente como sea posible.

En la financiación, junto a sufragar los honorarios de los asesores, cada municipio adquiere dispositivos asistenciales y se hace cargo de su propio depósito de tecnología asistencial (aparatos reciclados), si bien cada vez se tiende más a alquilar suministros asistenciales a proveedores privados que llevan a cabo las funciones de almacenaje, o incluso a llegar a acuerdos entre varios municipios para las funciones de almacenaje. No obstante, tras la presión de las organizaciones del consumidor para que los usuarios sean capaces de seleccionar sus propios proveedores de dispositivos asistenciales, ya que se puede optar por recibir una subvención de dinero en efectivo para la elección de dichos proveedores y dispositivos.

#### 2.7.5.2. Finlandia.

En la política del modelo de bienestar finlandés, los municipios se encargan de la asistencia médica y la organización de los diferentes servicios, independientemente del estado financiero y social de sus ciudadanos. Dichos servicios están financiados por los impuestos públicos y complementados por servicios privados y actividades de organización civil. La tecnología asistencial se proporciona a la persona con discapacidad, incluyendo también gratuitamente las instrucciones en el empleo y mantenimiento de los dispositivos. La mayor parte de la tecnología asistencial se obtiene de centros de salud o de la unidad de tecnología asistencial del distrito de asistencia sanitaria.

Dada la complejidad del sistema de rehabilitación, existe una ley que obliga a las autoridades de asistencia médica, las autoridades de educación y empleo y a la Institución de Seguros Sociales de Finlandia, a una coordinación en las medidas de rehabilitación, así como en otros sistemas de servicios.

En referencia a la tecnología asistencial en los hogares, con responsabilidad de los servicios sociales municipales, los costos de la adquisición de equipo, máquinas y dispositivos son reembolsados, parcial o totalmente, según la necesidad por incapacidad o enfermedad a los usuarios. Y son los municipios los que deben reembolsar tanto los gastos de equipos instalados en domicilio, como las adaptaciones del hogar que fuesen necesarias para las actividades de la vida diaria, siempre y cuando no requieran de un cuidado continuo institucional.

Los servicios municipales de salud y medicina, así como los servicios de asistencia médica especializada, a través de los municipios deben asegurar la organización de rehabilitación médica. Los dispositivos asistenciales son concedidos de forma gratuita en calidad de préstamo como medio para la rehabilitación médica, no obstante, en caso de que los dispositivos no puedan ser reutilizados serán considerados como propiedad del usuario. Por otra parte, los dispositivos asistenciales personales para rehabilitación médica necesarios en colegios y otras situaciones, son suministrados a alumnos desde primaria hasta niveles altos de secundaria (menores de 17 años).

El servicio de educación municipal y la institución de Seguros Sociales de Finlandia, son los responsables de los dispositivos asistenciales en el campo de educación. Los estudiantes con discapacidad o con necesidades de apoyo especial, tienen derecho a recibir gratuitamente aquellos dispositivos especiales asistenciales y servicios que les permitan participar normalmente en sus clases. Ello se extiende a estudiantes con discapacidades severas en escuelas secundarias y superiores.

En el entorno del trabajo, la institución de Seguros Sociales de Finlandia (KELA) está obligada a encargarse de los dispositivos asistenciales con un nivel técnico especial, necesarios para una rehabilitación profesional o para realzar o mantener las habilidades, para desempeñar las tareas del empleo las personas con discapacidades severas, incluyendo la evaluación de su efectividad, así como el entrenamiento y supervisión de su uso. Por otro lado, las propias empresas pueden ser financiadas con objeto de promover la contratación de personas con discapacidad. Finalmente, el Tesoro Estatal está obligado a proporcionar asistencia médica y dispositivos asistenciales, incluso revisiones, reemplazo y educación para su uso a los veteranos con discapacidades ocasionadas por las guerras. También, las empresas de seguros reembolsan los gastos para dispositivos asistenciales necesarios debidos a accidentes laborales, enfermedades profesionales o heridas por accidente de tráfico.

En el proceso de prestación puede citarse a los servicios médicos, los servicios sociales y los servicios para la educación y el empleo. Los centros médicos son los responsables de la asistencia médica primaria y de los

dispositivos asistenciales básicos (sillas de ruedas manuales, por ejemplo), de manera que los centros más grandes tienen unidades de tecnología asistencial y en los más pequeños existen equipos de tecnología asistencial controlados por un departamento de Fisioterapia. Son los Servicios Sociales de cada municipio los encargados de costear y proporcionar los dispositivos y adaptaciones del hogar que fueran precisas. En el ámbito de la educación, son los colegios los responsables de proporcionar los dispositivos especiales asistenciales necesarios para sus alumnos con discapacidad, y en relación al trabajo, los patrones y el personal de rehabilitación de la empresa pueden solicitar ayudas a sus departamentos locales de empleo con objeto de subsanar las necesidades.

La rehabilitación puede ser solicitada por la persona con discapacidad, los servicios sociales, los servicios de asistencia médica, la administración del trabajo y el establecimiento educativo. Las solicitudes deben estar acompañadas de un certificado médico que declare la naturaleza de la discapacidad y sus consecuencias.

#### 2.7.5.3. Islandia.

Al igual que hemos señalado en Dinamarca, la política de Islandia para las personas con discapacidad está basada en los principios de no discriminación, compensación y responsabilidad del sector. La legislación asegura que los ciudadanos reciban los servicios que necesiten financiados por el sector público, principalmente el Estado, a través de impuestos.

Según la ley islandesa, hay tres ministerios responsables del suministro de tecnología asistencial: Ministerio de Salud y Seguridad Social, Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación, Ciencia y Cultura. La mayor responsabilidad recae en el Ministerio de Salud y Seguridad Social, si bien puede delegar en otras instituciones o áreas de actuación para que se encarguen del suministro de la tecnología asistencial. El Ministerio de Asuntos Sociales abarca las personas con discapacidad menores de 67 años, correspondiendo a los municipios la responsabilidad de las Escuelas Primarias, Secundarias e Inferiores.

El centro de tecnología asistencial de la Administración de la Seguridad Social tiene la mayor responsabilidad en el suministro de tecnología asistencial, así como debe proporcionar información, asesoramiento en el manejo del dispositivo, proceso de tramitación y reutilización. Su contribución para el suministro de esta tecnología puede ser variable, por ejemplo, con servicios gratuitos a los usuarios o participación de los mismos con un porcentaje determinado, a través de una participación (porcentaje del coste) o de una suma específica de dinero; en el supuesto de reutilización, en cuyo caso deben ser devueltos, se abona el 100%.

#### 2.7.5.4. Noruega.

La política y los principios para el sistema de prestaciones en Noruega se basan en valores como: la no discriminación, la autodeterminación, la participación activa y la responsabilidad personal y social.

La responsabilidad de proporcionar dispositivos asistenciales para la personas con discapacidad recae en el Ministerio de Trabajo e Inclusión Social, el Ministerio de Transporte y Comunicaciones, y el Ministerio de Educación e Investigación.

Ante una persona con discapacidad de larga duración (más de 2-3 años) se pueden recibir subvenciones para dispositivos asistenciales, incluidos en el “Plan de seguro médico nacional”. Las personas que necesiten estos dispositivos de forma temporal, pueden recibirlos como préstamos desde sus municipios. Los municipios, a través de un centro de tecnología asistencial en su condado, son los responsables de la salud y la rehabilitación de todos sus ciudadanos, con el suministro de la tecnología asistencial.

Dentro del plan nacional de seguros, la mayor parte de los dispositivos asistenciales asignados en las escuelas (primarias, secundarias, y superiores) son de equipamientos informáticos, concediéndose un subsidio fijo para la adquisición del material que se convierte en propiedad personal; el usuario es libre de escoger a su proveedor.

Tal y como ya hemos mencionado, el plan nacional de seguro médico también puede proporcionar subvenciones para dispositivos asistenciales y adaptar el entorno físico del lugar de trabajo. Por otro lado, de acuerdo con la Ley del Entorno del Trabajador los patrones son los responsables de asegurar que el lugar de trabajo es adaptado a empleados con discapacidad. En el caso de empleados con discapacidad física severa se dan subvenciones para el mantenimiento de un ayudante personal, de forma que

la función de éste será apoyar al empleado en tareas prácticas en el lugar de trabajo que no puedan ser realizadas con la tecnología asistencial.

La financiación de los dispositivos asistenciales depende de subvenciones del Estado (The Storting- Parlamento Noruego). El presupuesto de ayuda es anual y deben ser proporcionados aunque se exceda el presupuesto; no obstante, algunos dispositivos deben ser pagados en parte por el usuario.

#### 2.7.5.5. Suecia.

Según la Ley de Salud y Servicios Médicos, corresponde a los condados y municipios la regulación, información, asesoramiento y suministro de los dispositivos asistenciales a las personas con discapacidad; por tanto, las posibilidades de recibir un dispositivo asistencial específico pueden variar según la zona en Suecia.

La autoridad de salud pública (el juzgado del condado o el municipio) es responsable de proporcionar dispositivos asistenciales personales en escuelas secundarias primarias e inferiores, incluyendo colegios especiales, en escuelas secundarias superiores, en escuelas especiales, en colegios/universidades y en educación para adultos estatal y municipal. Por otro lado, todos los centros de educación son responsables de proporcionar artículos educativos y equipo básico, adaptar los locales y comprar dispositivos asistenciales, aunque esto no sea su responsabilidad, según los términos de la Ley de Salud y Servicios Médicos.

La Oficina de Seguros Sociales y el Servicio/Agencia de Empleo Sueco, comparten la responsabilidad de proporcionar dispositivos asistenciales en el trabajo y/o la adaptación del propio lugar de trabajo. El patrón tiene la responsabilidad básica de asegurar que el lugar de trabajo es adaptado a las necesidades de los empleados con discapacidad.

Existen regulaciones especiales y sistemas de apoyo para la adaptación de casas y vehículos. Según la Ley de Ayuda a la Adaptación de Alojamiento, las personas con discapacidad pueden recibir financiación para adaptar su vivienda promoviendo su independencia; la financiación corresponde al municipio local y debe ser respaldada por un terapeuta ocupacional, un médico u otro experto, decidiendo el municipio la cantidad total. En referencia a la adaptación o la compra de vehículos existen varios tipos de ayudas, de forma que debe expresar una discapacidad a largo plazo con dificultades para el desplazamiento, evaluándose por la duración de su discapacidad y los problemas de traslado, más que por la propia naturaleza de la discapacidad; las solicitudes para estas ayudas se tramitan en las oficinas de seguros sociales.

Los dispositivos asistenciales son financiados por los juzgados de condado y los municipios, y esencialmente son gratuitos para los usuarios. En el caso de dispositivos asistenciales para el trabajo, son financiados por la Oficina Social de Seguros, la Agencia de Empleo Sueca o los patrones de las empresas, por lo que son gratuitos para los usuarios. Finalmente, puede reseñarse que alrededor del 70% de los dispositivos asistenciales prescritos van dirigidos a la población de más de 65 años.



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS.**

Para alcanzar un conocimiento deseado sobre la materia, hemos considerado conveniente una investigación sobre el uso real de los productos de apoyo en nuestra Comunidad y la actitud existente hacia la reutilización de los mismos, por lo que se ha diseñado un modelo de análisis que combinará distintas fuentes de estudio.

Las fuentes de información utilizadas se inician con los datos recogidos de prestaciones ortoprotésicas subvencionadas por el Servicio Canario de la Salud, durante el periodo de 2005 a 2010 en la Comunidad Autónoma Canaria, y se completa con un estudio descriptivo transversal mediante encuestación dirigido a la población general e institucionalizada.

#### **3.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

Como es usual en las investigaciones sociales, en lo que se refiere al diseño para la medición de las características de las muestras y sus actitudes hacia el uso de productos de apoyo, se ha realizado una encuestación a las muestras seleccionadas complementadas con los datos objetivos facilitados por fuentes oficiales. En estos momentos nos gustaría puntualizar que cualquiera que sea la tipología de nuestra investigación, hemos contemplado y seguido la idea de la consistencia de los instrumentos

y la capacidad de generalización de los resultados; son clave dos parámetros: Fiabilidad y Validez.

Este estudio analiza primeramente las prestaciones ortoprotésicas concedidas por el Servicio Canario de la Salud en el periodo de tiempo entre 2005 y 2010, centrándonos fundamentalmente en los productos de apoyo para la movilidad personal. Los datos recogidos hacen referencia, entre otros aspectos, a la descripción de la prestación solicitada, edad, sexo, diagnóstico, área de salud, localidad geográfica, así como el coste general y particular de cada producto tanto para el Servicio Canario de la Salud como para cada usuario, según su prestación ortoprotésica concedida. Estos datos genéricos han sido facilitados por la Unidad Informática dependiente de la Gerencia de Atención Primaria, centralizada en Las Palmas de Gran Canaria.

El procedimiento empleado en la encuestación es un diseño seccional comparativo (dos o más muestras que se observan sin manipulación una sola vez) de carácter cuantitativo.

Para la recogida de información de las muestras seleccionadas se desarrolló un instrumento tipo cuestionario estructurado. Para el desarrollo del mismo hemos tomado como referencia la *“Encuesta de ingresos y condiciones de vida de los hogares canarios, realizada en 2004 por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC)”*. En el momento del diseño de

nuestro cuestionario nos planteamos una serie de criterios tales como: definición del tipo de cuestionario que vamos a utilizar, valoración del tipo de preguntas que debemos incluir, adopción de un criterio adecuado de codificación de las preguntas para el posterior tratamiento de éstas, y elección de un tamaño representativo de la muestra sobre la que se pasará el cuestionario. En líneas generales, seguimos unas reglas básicas para su confección:

- Si se quieren respuestas concretas las preguntas deben ser concretas.
- No deben hacerse preguntas que contengan potencialmente las respuestas.
- Las preguntas que admiten varias respuestas deben ser definidas cuidadosamente.
- Las preguntas deben ser neutrales. No deben incorporar juicios, opiniones o valoraciones.
- El encuestado no debe esforzarse en recordar, ante lo que conviene facilitar su memoria.
- El orden del cuestionario deberá ser lógico. Las preguntas deben hacerse por temas afines y en orden de dificultad creciente. Las preguntas más sencillas han de ir al principio del cuestionario.
- El orden de las preguntas no debe afectar a las respuestas.

En definitiva, se ha diseñado y pasado una encuesta (anexo 1) con 35 ítems con lo que se encuestó a 300 personas dirigida a estratos de población general y población institucionalizada con algún grado de discapacidad física.

### **3.2. DISEÑO DE LA MUESTRA.**

Según datos del censo la población canaria<sup>1</sup> en 2009 es de 2.103.992 y en la isla de Tenerife es de 899.833, representando un 42,8%. Concretamente la población de estudio (mayores de 15 años) en 2009 es de 773.176.

Para determinar el tamaño de la muestra hemos partido de un error del 5,7% con un nivel de confianza  $\alpha = 0,5$ , requiriéndose un tamaño total de 300 sujetos. La población objeto de estudio es la población de la isla de Tenerife mayores de 15 años, divididos en dos grupos. Un grupo muestral se realizó mediante encuestación a pié de calle. Y el otro grupo se correspondió con la población institucionalizada en los centros sociosanitarios accesibles al estudio; de un total de 556 personas, fueron entrevistados 150. En ambos casos los encuestadores han sido previamente entrenados.

---

<sup>1</sup> Datos ISTAC 2009

### 3.3. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.

Se ha realizado una selección de participantes tanto para la población general como institucionalizada, con el tamaño muestral indicado anteriormente, especificando unos criterios de inclusión y exclusión en ambos casos. Concretamente, los participantes dentro de la población general corresponden equitativamente a la zona Norte (Puerto de la Cruz, La Orotava y La Laguna), a la zona Centro (Santa Cruz de Tenerife), y en la zona Sur (Candelaria y Granadilla).

Los criterios de inclusión para la población general han sido los siguientes:

- Mayores de 15 años.
- Estado mental sin deterioro, capaz de responder a las cuestiones por sí solo.

Los criterios de inclusión en la población institucionalizada han sido:

- Mayores de 15 años.
- Estado mental y cognitivo sin deterioro, capaz de responder a las cuestiones por sí solo.
- Padecer algún grado de discapacidad física.

Los criterios de exclusión para ambas poblaciones han sido:

- Sujetos que presenten deterioro cognitivo.
- Edad inferior a 15 años.

### 3.4. SELECCIÓN DE LOS CENTROS.

Se ha procedido a la selección de Centros en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, teniendo en cuenta su carácter público, así como reunir el criterio de presentar sus usuarios algún grado de discapacidad física. A su vez, se ha pretendido una representación de las distintas áreas geográficas de la isla.

Los centros seleccionados presentan básicamente financiación pública, aunque en algunos casos pueden tener también gestión privada, el número de usuarios y la edad de los mismos varía según los casos, con una edad mínima de 18 años y máxima de 70, en régimen de permanencia externa como Centro de Día o bien, incluso, en régimen interno, incluyendo usuarios con discapacidad física, sensorial e intelectual.

Finalmente, los centros seleccionados para este estudio han sido:

- Sociedad Insular para la Promoción del Minusválido, S.L (SINPROMI). Los centros están ubicados en Santa Cruz de Tenerife, Puerto de la Cruz y Los Cristianos.
- Centro de Atención a Minusválidos Físicos, ubicado en el Sauzal.
- Asociación Tinerfeña de Esclerosis Múltiple (ATEM), situado en Santa Cruz de Tenerife.

- Coordinadora de Minusválidos Físicos de Canarias, en La Laguna.

### **3.5. PROTOCOLO DEL ESTUDIO.**

En la base de datos facilitada por el Servicio Canario de la Salud a través de la Unidad Informática dependiente de la Gerencia de Atención Primaria, centralizada en Las Palmas de Gran Canaria, se ha valorado explícitamente 25.979 registros correspondientes a las ayudas técnicas de movilidad personal.

En la parte de encuestación se explicaba detalladamente a cada participante los objetivos del estudio; seguidamente, si estos accedían a colaborar, se les preguntaba las distintas cuestiones, aclarándoles cualquier duda que tuvieran para su comprensión. Concretamente nuestro cuestionario incluye variables sociodemográficas, problemas de movilidad, conocimiento de las ayudas técnicas o productos de apoyo y su utilización, subvención de los productos de apoyo, así como de manera fundamental, conocer la actitud del usuario ante la posibilidad de reutilizar dichos productos de apoyo.

El cuestionario consiste en una prueba psicométrica tipo test de 35 ítems, de los cuales once eran de respuesta dicotómica (1, 8, 12, 14, 17, 21,

23, 24, 25, 26, 30), dieciocho de respuesta múltiple a seleccionar una (3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 19, 20, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35) y cinco de respuesta múltiple con posibilidad de seleccionar varias (13, 15, 16, 18, 22). El ítem restante hace referencia a la fecha de nacimiento.

Una vez depurado el cuestionario se procedió a la codificación de las preguntas para posibilitar el tratamiento informático. La finalidad de la codificación es facilitar la operación de contar y analizar las respuestas dadas por la muestra que ha sido encuestada.

Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS v.17, trabajando en sus vertientes exploratorio, descriptivo e inferencial.



## 4. RESULTADOS

## 4. RESULTADOS.

### 4.1. PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS SERVICIO CANARIO DE LA SALUD 2005-2010.

Tal y como se indicó en Material y Métodos, hemos realizado una primera parte del estudio correspondiente a valorar las prestaciones ortoprotésicas subvencionadas por el Servicio Canario de la Salud durante el periodo de 2005 a 2010 en la Comunidad Autónoma Canaria, centrándonos en los productos de apoyo para la movilidad personal (PA).

#### 4.1.1 Diagnósticos.

En los datos del Servicio Canario de la Salud se engloba un total de 77.159 registros que deben contener, entre otros aspectos, información referente a los diagnósticos o problemas de salud en relación al motivo de solicitud de la prestación ortoprotésica.

Se ha analizado los registros correspondientes a los productos de apoyo para la movilidad personal, hallándose 25.979. En el estudio detallado de dichos registros encontramos un 42,5% en los que no se puede constatar el diagnóstico médico, verificándose, por otro lado, una gran dispersión de alteraciones de salud; en este sentido hemos configurado un grupo de traumatismos, fracturas y principales alteraciones neuromusculares, que supone un 29,9% de los casos.

#### 4.1.2. Tipificación de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

La descripción global de los productos de apoyo con la frecuencia y porcentaje se muestra en la Tabla 20. Destaca las sillas de ruedas manual autopropulsada plegable con una frecuencia de 10.595 casos y un porcentaje del 40,8%.

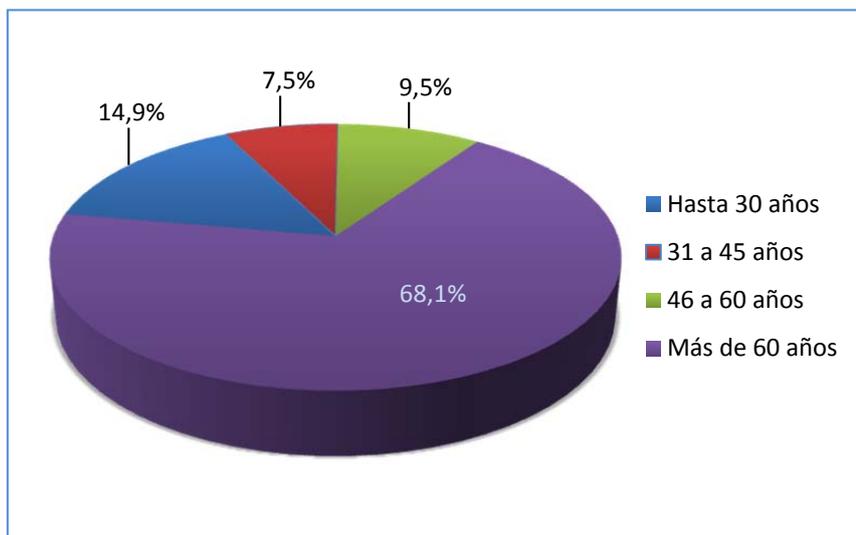
**Tabla 20:** Descripción de productos de apoyo para movilidad personal.

	Frecuencia	Porcentaje
Silla de ruedas manual autopropulsable plegable	10.595	40,8
Silla de ruedas manual no autopropulsable plegable	4.284	16,5
Andador articulado	1.992	7,7
Andador fijo	1.704	6,6
Silla de ruedas eléctrica	1.172	4,5
Apoyos posturales para la silla de ruedas, incluidos tacos y correas	1.093	4,2
Reposapiés	1.054	4,1
Asiento-respaldo postural	787	3,0
Reposacabeza	787	3,0
Silla de ruedas manual no autopropulsable plegable para alteraciones funcionales infantiles (no tipo paraguas)	514	2,0
Silla de ruedas manual no autopropulsable no plegable o rígida	382	1,5
Reposabrazos	374	1,4
Rueda trasera grande	327	1,3
Rueda delantera o pequeña	318	1,2
Silla de ruedas manual autopropulsable no plegable o rígida	275	1,1
Asiento	149	0,6
Respaldo	147	0,6
Tapizado de silla de ruedas	20	0,1
Andador tubo metal. con rued. pleg. y reg. a dif.	3	0
Silla de ruedas eléctrica con motor y dirección eléctrica	1	0
Silla plegable, tipo paraguas	1	0
<b>Total</b>	<b>25.979</b>	<b>100,0</b>

4.1.3. Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo y variables sociodemográficas: edad y sexo.

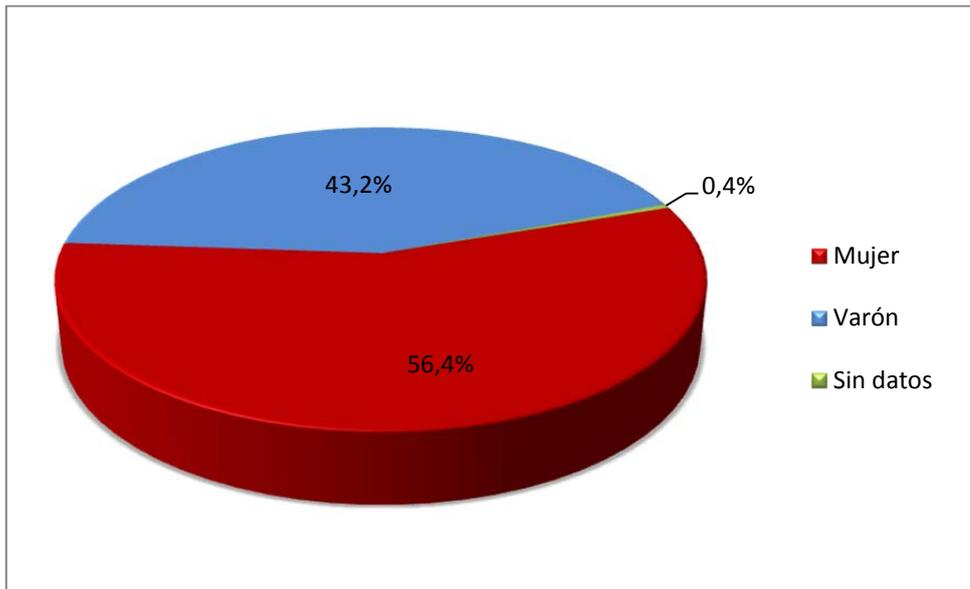
En el Gráfico 7 podemos observar la distribución de las solicitudes de las prestaciones de PA por grupos de edad. El mayor porcentaje se aprecia en el grupo de más de 60 años, con un 68,1%, seguido del grupo de edad de hasta 30 años con un 14,9%, siendo el porcentaje más bajo con un 7,5% para el grupo de 31 a 45 años.

**Gráfico 7:** Solicitudes por edad.



En el Gráfico 8 se comprueba la distribución de las solicitudes por sexo, de manera que el 56,4% corresponde a mujeres, en tanto que el 43,2% son varones del total de 25.979 en el periodo de seis años citado.

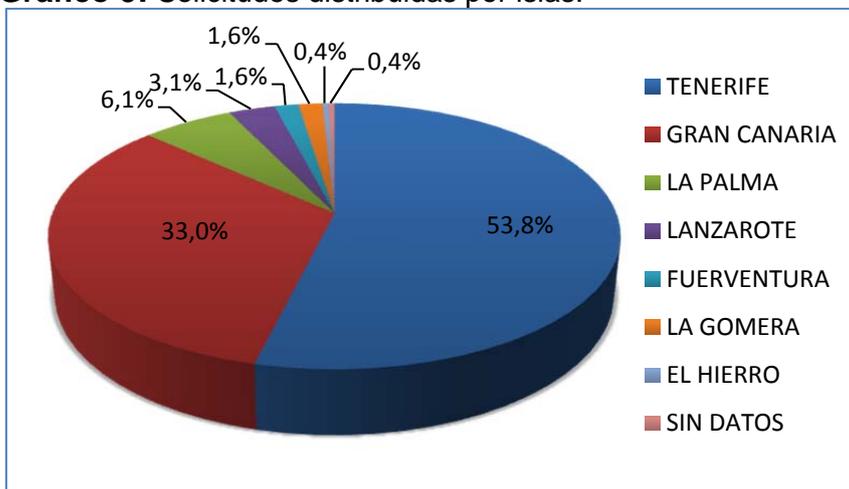
**Gráfico 8:** Solicitudes de Productos de Apoyo por sexo.



#### 4.1.4. Distribución geográfica de solicitudes de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

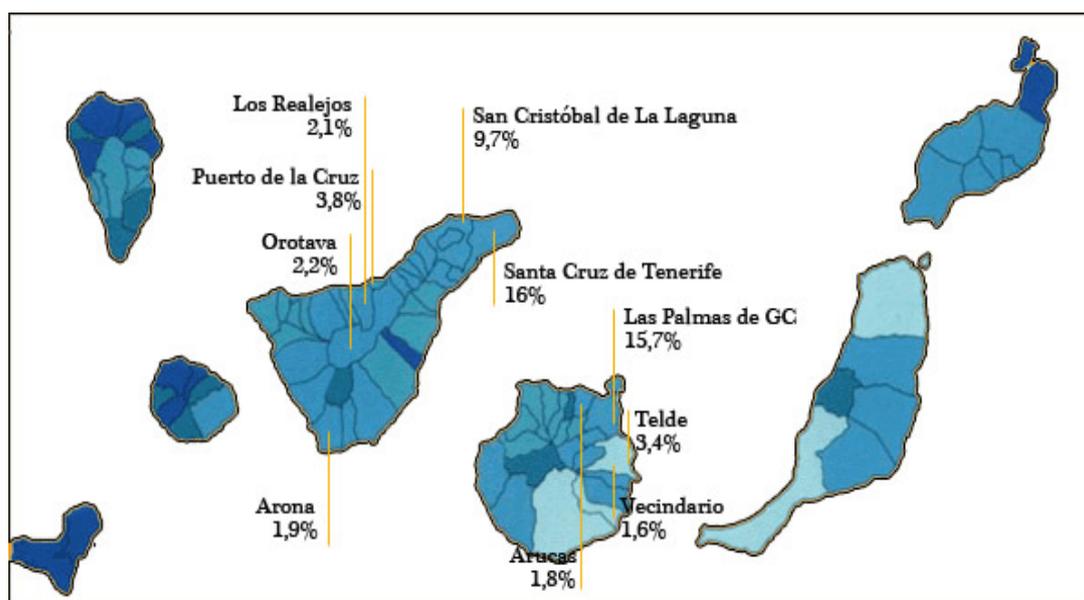
Considerando las solicitudes según las distintas islas de nuestra Comunidad, en el Gráfico 9 se desglosa la frecuencia y porcentaje en las mismas. Es notable el porcentaje del 53,8% en la isla de Tenerife, seguido del 33% en Gran Canaria; la cifra más baja se sitúa en la isla de El Hierro con un 0,4%. La provincia de Santa Cruz de Tenerife ostenta un 61,9% total.

**Gráfico 9:** Solicitudes distribuidas por islas.



En un análisis más detallado de las solicitudes por localidades, queremos resaltar como en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se detecta en la capital un porcentaje del 16 %, seguido de San Cristóbal de La Laguna con un 9,7%, Puerto de la Cruz 3,8%, La Orotava 2,2%, Los Realejos 2,1% y Arona con un 1,9%. En la provincia de Las Palmas de Gran Canaria reseñaremos un 15,7% para la capital, seguido de Telde con un 3,4%, Arucas 1,8% y Vecindario con un 1,6%. (Figura 2)

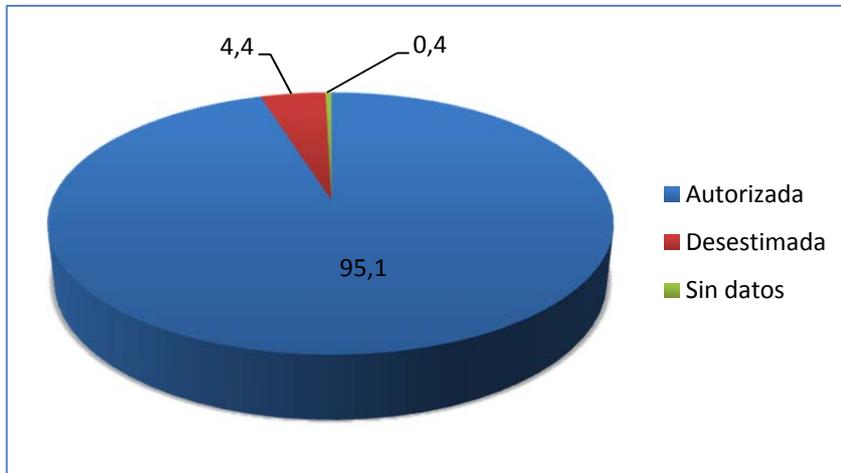
**Figura 2:** Mapa.



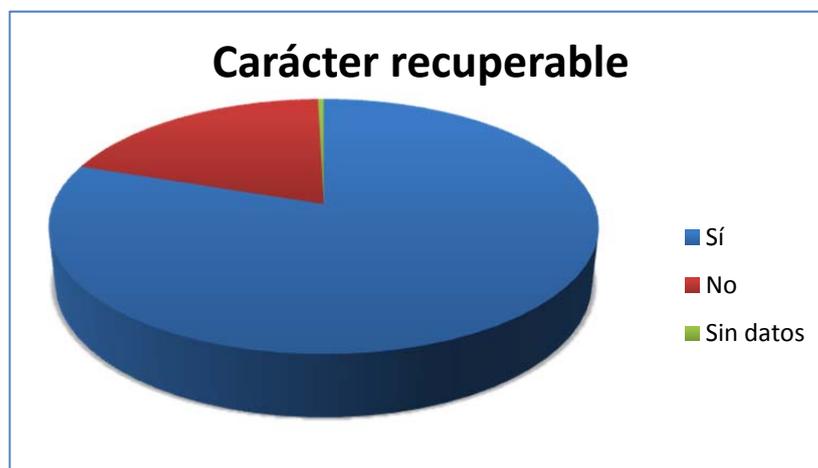
En el periodo de 2005 a 2010 se efectuaron un total de 25.979 solicitudes de productos de apoyo, concediéndose finalmente 24.712 y desestimándose 1.153, sin que se pudiera identificar correctamente 114 solicitudes. En definitiva, el 95,1% de las solicitudes han resultado autorizadas (Gráfico 10). Por otro lado, en el propio proceso de concesión se

contempla en algunos casos el carácter recuperable de Productos de Apoyo concedido, representando un 80,2% de los casos (Gráfico 11).

**Gráfico 10:** Ayudas autorizadas y no autorizadas.



**Gráfico 11:** Carácter recuperable del Producto de Apoyo concedido.



#### 4.1.5. Costes prestaciones ortoprotésicas Servicio Canario de la Salud.

La totalidad de prestaciones ortoprotésicas del SCS concedidas en el periodo 2005-2010 asciende a 77.159, siendo 69.600 las prestaciones estadísticamente valoradas que ocasionan un coste total para el SCS de

26.826.550 millones de euros. La distribución de dicho coste por los diferentes años se puede ver en la Tabla 21; puede constatarse un incremento progresivo de los costes con un máximo en el año 2009, ocasionándose en el 2010 un decremento del 2,82% respecto al año inmediatamente anterior.

**Tabla 21:** Coste de prestaciones ortoprotésicas del SCS.

		Coste Servicio Canario de la Salud	
		Media	Suma
Año	2005	386,55	2.896.416
	2006	382,19	4.033.980
	2007	388,98	4.551.495
	2008	378,39	4.926.693
	2009	389,09	5.283.494
	2010	387,45	5.134.472

El coste del SCS para la totalidad de los productos de apoyo asciende a 11.213.194 millones de euros, considerando un número de 25.865 solicitudes, lo que supone el 41,80% del coste total de todas las prestaciones. En la Tabla 22 se contempla la distribución por años del coste de los productos de apoyo para la movilidad personal, comprobándose igualmente un descenso en el año 2010 con respecto al 2009 (7,90%).

**Tabla 22:** Coste de Productos de Apoyo del SCS.

		Coste productos de apoyo SCS	
		Media	Suma
Año	2005	447,69	1.083.416
	2006	433,81	1.577.330
	2007	455,80	1.928.040
	2008	420,97	2.084.246
	2009	432,15	2.363.446
	2010	421,93	2.176.716

El estudio del coste de los productos de apoyo para la movilidad personal según distribución geográfica por islas, se observa en la Tabla 23, destacando la cifra de 6.282.063 millones de euros para la isla de Tenerife.

**Tabla 23:** Coste al SCS de Productos de Apoyo según distribución geográfica.

	Media	Suma
FUERTEVENTURA	382,55	162.584,00
LA GOMERA	370,84	150.932,00
EL HIERRO	394,90	42.254,00
LANZAROTE	377,58	303.198,00
GRAN CANARIA	423,69	3.631.034,00
LA PALMA	404,50	641.129,00
TENERIFE	449,75	6.282.063,00

En la Tabla 24 se recoge el coste de paciente (supone la específica aportación del usuario) en los productos de apoyo para la movilidad personal en el periodo de años 2005 a 2010, reseñándose el cómputo mayor en el año 2008, con un descenso del 22,30% en el 2010 con respecto a dicho año.

**Tabla 24:** Coste por paciente de productos de apoyo.

		Media	Suma
Año	2005	63,02	152.510
	2006	45,69	166.126
	2007	48,43	204.863
	2008	49,87	246.910
	2009	38,54	210.774
	2010	37,18	191.836

El coste paciente en la distribución geográfica por islas se refleja en la Tabla 25, siendo notoria la cifra de 855.424 miles de euros en la isla de Gran Canaria, seguida de la isla de Tenerife con 205.558 miles de euros, lo que supone un 72,92% y 17,52% respectivamente, poniéndose ambas casi en los extremos del gasto medio por paciente siendo en la primera casi siete veces más alto que en la segunda.

**Tabla 25:** Coste al paciente según islas.

	Media	Suma
FUERTEVENTURA	61,89	26.303
LA GOMERA	41,26	16.794
EL HIERRO	8,77	938
LANZAROTE	63,06	50.640
GRAN CANARIA	99,82	855.424
LA PALMA	10,95	17.362
TENERIFE	14,72	205.558

## 4.2. CUESTIONARIO: DISCAPACIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS.

### 4.2.1. Problemas de movilidad.

En la población encuestada, con 298 registros, el 47,7% padece algún problema de movilidad que le dificulte realizar actividades de la vida diaria. Concretamente el 52,8% se corresponde con hombres y el 47,2% con mujeres. Dentro de la población institucionalizada encontramos un 86,6% con problemas de movilidad, siendo el 13,4% para la población general. Considerando grupos de edad, el grupo de más de 60 años presenta dificultad con un 36,1%, de 31 a 45 años con 25,9%, de 46 a 60 años con 24,1% y de 18 a 30 años con un 13,9% (Tabla 26).

**Tabla 26:** Problemas de movilidad según edad, sexo y centro.

		¿Padece algún problema de movilidad que le dificulte realizar actividades de la vida diaria?	
		Si	No
Grupos de edad	18 a 30 años	13,9%	36,6%
	31 a 45 años	25,9%	23,5%
	46 a 60 años	24,1%	25,8%
	Más de 60 años	36,1%	14,2%
Centro	Sí	86,6%	13,4%
	No	13,4%	86,6%
Sexo	Hombre	52,8%	51,9%
	Mujer	47,2%	48,1%

El problema de movilidad ha sido ocasionado en un 38,1% por enfermedad física, desglosándose las distintas causas en la Tabla 27. Debemos indicar que en las sucesivas tablas podemos hacer referencia al porcentaje válido, entendiendo por tal al correspondiente según la muestra específica y no a la totalidad de la población encuestada o muestra en su conjunto. La Tabla 28 refleja las variables sociodemográficas de sexo y edad según la causa del problema de movilidad. Concretamente, en la enfermedad física el 56,6% son mujeres y el 43,4% son varones; destaca el 75% de accidente de tráfico y/o trabajo y senilidad en los hombres, siendo un 70% para el sexo femenino en causas congénitas. Como se puede apreciar en la Tabla 28, la enfermedad física representa el 18,8% en el grupo de edad de 18 a 30 años, y en el grupo de más de 60 años un 48,0%; en la población institucionalizada (centros) la enfermedad física se corresponde con un 88,7%, siendo en la población general un 11,3%.

**Tabla 27:** Origen del problema.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Congénito	20	6,7	14,4
	Problemas en el parto	11	3,7	7,9
	Enfermedad física	53	17,7	38,1
	Enfermedad mental	1	,3	,7
	Accidente de tráfico y/o trabajo	20	6,7	14,4
	Otros accidentes	11	3,7	7,9
	Senilidad (avanzada edad)	8	2,7	5,8
	Otras causas	15	5,0	10,8
	Total	139	46,5	100,0

**Tabla 28:** Origen de los problemas de movilidad por edad, sexo y si está en centro.

		En caso afirmativo de la respuesta anterior, el problema ha sido originado por:							
		Congénito	Problemas en el parto	Enfermedad física	Enfermedad mental	Accidente de tráfico y/o trabajo	Otros accidentes	Senilidad	Otras causas
Edad	18 a 30	0,0%	46,5%	18,8%	0,0%	7,9%	12,4%	0,0%	10,9%
	31 a 45	76,1%	33,7%	16,6%	0,0%	34,2%	20,1%	0,0%	29,6%
	46 a 60	23,9%	19,8%	16,5%	100,0%	40,1%	39,4%	7,4%	34,8%
	Más de 60	0,0%	0,0%	48,0%	0,0%	17,8%	28,0%	92,6%	24,7%
Sexo	Hombre	30,0%	63,6%	43,4%	0,0%	75,0%	63,6%	75,0%	66,7%
	Mujer	70,0%	36,4%	56,6%	100,0%	25,0%	36,4%	25,0%	33,3%
Centro	Sí	100,0%	100,0%	88,7%	100,0%	90,0%	90,9%	62,5%	86,7%
	No	0,0%	0,0%	11,3%	0,0%	10,0%	9,1%	37,5%	13,3%

#### 4.2.2. Conocimiento de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

En la población encuestada el 59,2% conoce algún tipo de ayuda técnica de movilidad, en cambio un 13,2% refiere no conocer ninguna (Tabla 29).

En la Tabla 30 se relaciona el conocimiento del tipo de AT/PA según sexo y distribución de la población. En el caso de los hombres conocen alguna ayuda de movilidad en un 72,6% siendo un 78,2% en el caso de las mujeres, y en la población en centros es el 81,3% a diferencia de la población general que es de un 69,1%.

**Tabla 29:** Conocimiento tipos de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
Conoce algún tipo de ayudas técnicas	De movilidad	225	59,2%
	De comunicación	49	12,9%
	Otras	56	14,7%
	Ninguna	50	13,2%
Total		380	100,0%

**Tabla 30:** Distribución por sexo y población.

		Conoce algún tipo de ayudas técnicas			
		De movilidad	De comunicación	Otras	Ninguna
Sexo	Hombre	72,6%	15,9%	19,1%	19,7%
	Mujer	78,2%	16,9%	18,3%	13,4%
Centro	Sí	81,3%	20,7%	31,3%	8,0%
	No	69,1%	12,1%	6,0%	25,5%

Los porcentajes y los totales se basan en el número total de respuestas (al ser de respuesta múltiple los % pueden sumar más de 100).

El conocimiento de la ayuda técnica/producto de apoyo se confirma a través del médico en un 23,8%, seguido del fisioterapeuta en un 18,9% y un 7,3% por los enfermeros, dentro de los profesionales sanitarios (Tabla 31).

**Tabla 31:** Información de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
A través de quién	Médico	82	23,8%
	Enfermera	25	7,3%
	Fisioterapeuta	65	18,9%
	Familiares	36	10,5%
	Amigos	37	10,8%
	Otros	99	28,8%
Total		344	100,0%

Centrándonos en grupos de edad y en la distribución de la población, nos encontramos con porcentajes dispares para los distintos grupos de edad en relación a la información recibida a través de los distintos profesionales. En el grupo de menor y de mayor edad, la información se recibe por el médico, contrastando con el grupo de 31 a 45 años y de 46 a 60 años que la reciben por el fisioterapeuta (Tabla 32). Y en el caso de la población en centros destaca el 47,4%, 44,5% y 10,9% para médicos, fisioterapeutas y enfermeras, respectivamente; la información a través de la enfermera se realiza en un porcentaje similar tanto en la población institucionalizada como en la general.

**Tabla 32:** Información profesional en relación a grupos de edad y población institucionalizada.

		Quién le ha enseñado la ayuda técnica					
		Médico	Enfermera	Fisioterapeuta	Familiares	Amigos	Otros
Edad	18 a 30 años	44,4%	11,1%	11,1%	33,3%	,0%	22,2%
	31 a 45 años	8,1%	5,4%	59,5%	10,8%	,0%	54,1%
	46 a 60 años	12,9%	9,7%	61,3%	3,2%	,0%	54,8%
	Más de 60 años	29,6%	25,9%	25,9%	18,5%	7,4%	11,1%
Centro	Sí	47,4%	10,9%	44,5%	10,9%	7,3%	46,7%
	No	16,8%	9,9%	4,0%	20,8%	26,7%	34,7%

Los porcentajes y los totales se basan en el número total de respuestas (al ser de respuesta múltiple los % pueden sumar más de 100).

#### 4.2.3. Utilización de Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo.

El porcentaje de personas que utilizan alguna AT/PA y según sexo y grupos de edad lo vemos en las Tablas 33 y 34. Podemos apreciar que un

48,8% sí utilizan alguna ayuda, siendo ligeramente mayor en los hombres con un 50,8% frente a un 46,8% en las mujeres. En relación a los grupos de edad, es el de más de 60 años el que tiene el máximo de 78,0% y el 20,0% para el grupo de 18 a 30 años.

**Tabla 33:** Utilización de ayudas técnicas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	125	41,8	48,8
No	131	43,8	51,2
Total	256	85,6	100,0

**Tabla 34:** Distribución por sexo y edad.

		¿Utiliza alguna ayuda técnica?	
		Si	No
Sexo	Hombre	50,8%	49,2%
	Mujer	46,8%	53,2%
Edad Agrupada	18 a 30 años	20,0%	80,0%
	31 a 45 años	50,0%	50,0%
	46 a 60 años	54,3%	45,7%
	Más de 60 años	78,0%	22,0%

En la Tabla 35 podemos ver la utilización de alguna ayuda técnica en relación si padece o no algún tipo de problema de movilidad, interrelacionándose en un 92,8%. Por otro lado, si la población es institucionalizada, el 76,4% utiliza una ayuda técnica o producto de apoyo, a diferencia de la población general con un 15,5% que sí la utiliza (Tabla 36).

**Tabla 35:** Ayuda técnica y problema de movilidad.

		¿Padece algún problema de movilidad que le dificulte realizar actividades de la vida diaria?	
		Si	No
¿Utiliza alguna ayuda técnica?	Si	92,8%	7,2%
	No	14,5%	85,5%

**Tabla 36:** Población y ayuda técnica.

		¿Utiliza alguna ayuda técnica?	
		Si	No
Centro	Sí	76,4%	23,6%
	No	15,5%	84,5%

Cuando se utiliza una ayuda técnica, el 54,5% ha sido informado a través del médico, seguido del 46,3% del fisioterapeuta y sólo en un 11,4% por la enfermera (Tabla 37).

**Tabla 37:** Ayuda técnica e información profesional.

		A través de quién						Total
		Médico	Enfermera	Fisioterapeuta	Familiares	Amigos	Otros	
¿Utiliza alguna ayuda técnica?	Si	67	14	57	11	6	57	123
	54,5%	11,4%	46,3%	8,9%	4,9%	46,3%		
	No	14	3	6	19	23	35	91
	15,4%	3,3%	6,6%	20,9%	25,3%	38,5%		

El tipo de ayuda técnica más frecuente, con un 39,3%, corresponde a las sillas de ruedas, representando los andadores el 11,3% (Tabla 38).

**Tabla 38:** Tipificación de Ayudas Técnicas.

		Nº	Porcentaje	Porcentaje de casos
De que tipo ayuda tecnica <sup>a</sup>	Bastones	24	14,3%	18,9%
	Muletas	25	14,9%	19,7%
	Andadores	19	11,3%	15,0%
	Sillas de ruedas	66	39,3%	52,0%
	Otros	34	20,2%	26,2%
Total		168	100,0%	132,3%

En la Tabla 39 se contempla la distribución del tipo de ayuda técnica según el sexo, grupo de edad y población estudiada. En el caso de hombres el 61,2% utiliza sillas de ruedas frente al 41,7% de las mujeres, destacando el grupo de edad de 46 a 60 años con un 68,4% y en el caso de la población institucionalizada el 58,7%.

**Tabla 39:** Tipo de Ayuda Técnica y distribución por sexo, edad y población institucionalizada.

			De que tipo ayuda técnica				
			Bastones	Muletas	Andadores	Sillas de ruedas	Otros
Sexo	Hombre	Recuento	15	10	7	41	18
		% dentro de sexo	22,4%	14,9%	10,4%	61,2%	26,9%
	Mujer	Recuento	9	15	12	25	15
		% dentro de sexo	15,0%	25,0%	20,0%	41,7%	25,0%
Edad	18 a 30 años	Recuento	2	6	2	2	7
		% dentro Edad	11,1%	33,3%	11,1%	11,1%	44,4%
	31 a 45 años	Recuento	6	7	10	21	14
		% dentro Edad	14,3%	16,7%	23,8%	50,0%	33,3%
	46 a 60 años	Recuento	9	7	5	31	11
		% dentro Edad	21,1%	15,8%	10,5%	68,4%	23,7%
	Más de 60 años	Recuento	19	15	6	31	6
		% dentro Edad	28,1%	21,9%	9,4%	46,9%	9,4%

**Tabla 39 (Continuación):** Tipo de Ayuda Técnica y distribución por sexo, edad y población institucionalizada.

			De que tipo ayuda técnica				
			Bastones	Muletas	Andadores	Sillas de ruedas	Otros
Centro	Sí	Recuento	20	16	19	64	30
		% dentro de Centro	18,3%	14,7%	17,4%	58,7%	27,5%
	No	Recuento	4	9	0	2	3
		% dentro de Centro	22,2%	50,0%	,0%	11,1%	16,7%

En nuestro estudio el tiempo de utilización de la ayuda técnica ha sido mayoritariamente durante más de tres años, con un 64,8%, de forma que en el hombre ha supuesto el 68,3% y en la mujer el 61%, correspondiendo además al intervalo de 18 a 30 años el porcentaje más alto, con un 87,5% en contraste con el 61,3% en el grupo de más de 60 años.

Dentro de las personas que han utilizado una ayuda técnica en nuestro estudio, el 78% han sido debidamente asesorados, de manera que en los hombres representa el 77% y el 79% en las mujeres. Concretamente a los grupos de edad de 31 a 45 años y al de más de 60 años, el adiestramiento ha supuesto un 83,3% para ambos, siendo del 54,5% para los de 18 a 30 años (Tabla 40). En el supuesto de la población institucionalizada, sí les enseñaron adecuadamente a utilizarla en un 80,2% y a la población general en un 68,2%.

**Tabla 40:** Ayudas Técnicas y su adiestramiento.

		¿Le han enseñado a utilizar adecuadamente su ayuda técnica?	
		Sí	No
Edad	18 a 30 años	54,5%	45,5%
	31 a 45 años	83,3%	16,7%
	46 a 60 años	78,1%	21,9%
	Más de 60 años	83,3%	16,7%

En la Tabla 41 se refleja quién ha podido enseñar a utilizar adecuadamente la ayuda técnica, destacando fisioterapeutas en el 35,8%, médicos 12,8% y enfermeras en el 9,5%.

**Tabla 41:** Adiestramiento y profesionales.

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
Quién le ha enseñado la ayuda técnica	Médico	19	12,8%
	Enfermera	14	9,5%
	Fisioterapeuta	53	35,8%
	Familiares	13	8,8%
	Amigos	2	1,4%
	Otros	47	31,8%

La tabla 42 hace referencia a la educación de la ayuda técnica y su vinculación con el sexo, edad y centro. En relación al sexo, vemos que los hombres han sido formados por la enfermera en un 17,5% y en las mujeres en un 7,4%, siendo el fisioterapeuta el de mayor porcentaje, 42,1% y 53,7%

respectivamente. Según los grupos de edad, en el de más de 60 años la enfermera ha enseñado en un 25,9%, con sólo un 5,4% para los de 31 a 45 años y el fisioterapeuta en un porcentaje de 59,5% y 61,3% para los grupos de edad de 31 a 45 años y 46 a 60 años respectivamente. Finalmente, en el estudio de la población, la enfermera educa en un 9,4% si es en centros y de manera significativa en un 33,3% para la población general.

**Tabla 42:** Educación y sexo, edad y población institucionalizada.

			Quién le ha enseñado la ayuda técnica					
			Médico	Enfermera	Fisioterapeuta	Familiares	Amigos	Otros
Sexo	Hombre	Recuento	12	10	24	6	0	25
		% de sexo	21,1%	17,5%	42,1%	10,5%	,0%	43,9%
	Mujer	Recuento	7	4	29	7	2	22
		% de sexo	13,0%	7,4%	53,7%	13,0%	3,7%	40,7%
Edad	18 a 30 años	Recuento	7	2	2	6	0	4
		% de Edad	44,4%	11,1%	11,1%	33,3%	,0%	22,2%
	31 a 45 años	Recuento	3	2	22	4	0	20
		% de Edad	8,1%	5,4%	59,5%	10,8%	,0%	54,1%
	46 a 60 años	Recuento	5	4	22	1	0	20
		% de Edad	12,9%	9,7%	61,3%	3,2%	,0%	54,8%
	Más de 60 años	Recuento	17	15	15	10	4	6
		% de Edad	29,6%	25,9%	25,9%	18,5%	7,4%	11,1%
Centro	Sí	Recuento	15	9	49	10	2	46
		% de Centro	15,6%	9,4%	51,0%	10,4%	2,1%	47,9%
	No	Recuento	4	5	4	3	0	1
		% de Centro	26,7%	33,3%	26,7%	20,0%	,0%	6,7%

Ante la posibilidad de aceptar formación por el usuario sobre el uso y mantenimiento de una ayuda técnica, el 88,8% (Tabla 43) se ha manifestado

afirmativamente, de manera que si es hombre el porcentaje es del 87,1% y si es mujer es del 89,9%. Por grupos de edad la mayor respuesta afirmativa se sitúa en un 94,6% para el grupo de 46 a 60 años, siendo respectivamente del 89,7%, 81% y 82% para los grupos de 31 a 45 años, más de 60 años y de 18 a 30 años. Destacamos que si la población es de centros dicha respuesta es del 93%, siendo del 83,3% en la población general.

**Tabla 43:** Formación por el usuario sobre el uso y mantenimiento de una ayuda técnica.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	238	79,6	88,8
No	29	9,7	11,2
Total	269	90,0	100,0

En nuestro estudio, las personas que utilizan alguna ayuda técnica consideran necesario recibir formación sobre el uso y mantenimiento en un 91,2%, e incluso las personas que no la utilizan igualmente lo consideran necesario en un 85,5%

#### 4.2.4. Ayudas Técnicas/Productos de Apoyo y Financiación.

La solicitud de subvención para la adquisición de una ayuda técnica ha supuesto el 64,2% de la muestra. En la Tabla 44 se observa la distribución por sexo, edad y centro. De los hombres el 70% ha solicitado subvención frente al 57,8% de las mujeres, y el grupo de edad de 46 a 60 años lo ha hecho en un 69%; dentro de la población de centros, la solicitud se ha establecido en un 68,8%.

**Tabla 44:** Financiación según sexo, edad y centro.

		¿Ha solicitado alguna subvención para la adquisición de su ayuda técnica?	
		Sí	No
Sexo	Hombre	70,0%	30,0%
	Mujer	57,8%	42,2%
Edad	18 a 30 años	46,2%	53,8%
	31 a 45 años	57,8%	42,2%
	46 a 60 años	69,0%	31,0%
	Más de 60 años	67,9%	32,1%
Centro	Sí	68,8%	31,3%
	No	40,9%	59,1%

En los casos en que se solicitó la subvención, en un porcentaje del 83,9% fue concedida (Tabla 45). En la Tabla 46 se observa el resultado de la subvención según sexo, edad y centro, de manera que el 86% de los hombres y el 81,1% de las mujeres han recibido subvención; comprobándose, por otro lado, que el porcentaje más alto, 89,5%, ha sido para el grupo de edad de más de 60 años, y para la población general ha sido de un 88,9%.

**Tabla 45:** Resultado de la subvención para su ayuda técnica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
	Sí	73	24,4	83,9
	No	14	4,7	16,1
	<b>Total</b>	87	29,1	100,0

**Tabla 46:** Resultado de la subvención para su ayuda técnica según sexo, edad y centro.

		Resultado de la subvención para la adquisición de su ayuda técnica?	
		Sí	No
Sexo	Hombre	86,0%	14,0%
	Mujer	81,1%	18,9%
Edad	18 a 30 años	40,0%	60,0%
	31 a 45 años	88,9%	11,1%
	46 a 60 años	82,8%	17,2%
	Más de 60 años	89,5%	10,5%
Centro	Sí	83,3%	16,7%
	No	88,9%	11,1%

El Servicio Canario de la Salud (SCS) ha subvencionado la ayuda en un 82,3%, desglosándose el resto de instituciones en la Tabla 47. En la Tabla 48 se aprecia la distribución por sexo, edad y centro. Es notable el 91,7% de la concesión del SCS en el grupo de edad de 46 a 60 años, siendo del 84,1% para la población de centros.

**Tabla 47:** Instituciones en relación con la subvención.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SC de Salud	65	21,7	82,3
Cabildo	2	,7	2,5
Ayuntamiento	1	,3	1,3
Privado	6	2,0	7,6
Otro	5	1,7	6,3
Total	79	26,4	100,0

**Tabla 48:** Subvención relacionada con instituciones, sexo, edad y centro.

		En su caso, ¿qué institución se la subvencionó?						
		SC de Salud	Cabildo	Consejería de Bienestar Social	Ayuntamiento	ONG	Privado	Otro
Sexo	Hombre	78,3%	4,3%	,0%	,0%	,0%	10,9%	6,5%
	Mujer	87,9%	,0%	,0%	3,0%	,0%	3,0%	6,1%
Edad	18 a 30 años	33,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	66,7%
	31 a 45 años	84,0%	4,0%	,0%	4,0%	,0%	,0%	8,0%
	46 a 60 años	91,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	8,3%	,0%
	Más de 60 años	71,4%	4,8%	,0%	,0%	,0%	19,0%	4,8%
Centro	Sí	84,1%	1,4%	,0%	1,4%	,0%	5,8%	7,2%
	No	70,0%	10,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	,0%

Concretamente en un 64,5% la ayuda ha supuesto la totalidad de lo subvencionado, frente al 5,3% que subvenciona la cuarta parte. En el grupo de edad de más de 60 años la totalidad de dicha subvención ha correspondido al 82,4%, y sólo el 33,3% para el grupo de 18 a 30 años.

#### 4.2.5. Actitud del usuario para la reutilización de una ayuda técnica.

En la Tabla 49 se constata que en un 93,1% los encuestados utilizarían una ayuda técnica que hubiera sido usada por otra persona tras ser revisada y puesta a punto.

**Tabla 49:** Reutilización de una ayuda técnica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	240	80,6	93,1
	No	17	6	6,9
	Total	259	86,6	100,0

Como vemos en la Tabla 50, en más del 92%, tanto si es hombre como mujer, se reutilizaría la ayuda técnica. Por otro lado, en un 91,1% sí la reutilizarían en el supuesto de tratarse de población institucionalizada y en un 94,4% en el caso de ser población general.

En el grupo de edad de 31 a 45 años reutilizaría la ayuda técnica en un 95,3%, siendo del 92,6% para los de 18 a 30 años y del 89,5% para los de más de 60 años. En el caso concreto de utilizar una ayuda, el 89% la reutilizaría y si no se utiliza el porcentaje se amplía al 95,9%. (Tabla 51)

**Tabla 50:** Reutilización de una ayuda técnica por sexo, centro y edad.

		¿Utilizaría una ayuda técnica que hubiera sido usada por otra persona tras ser revisada y puesta a punto?	
		Sí	No
Sexo	Hombre	92,6%	7,4%
	Mujer	93,5%	6,5%
Centro	Sí	91,1%	7,4%
	No	94,4%	5,6%
Edad	18 a 30 años	92,6%	7,4%
	31 a 45 años	95,3%	4,7%
	46 a 60 años	90,8%	9,2%
	Más de 60 años	89,5%	10,5%

**Tabla 51:** Relación de utilización y reutilización de ayuda técnica.

		¿Utilizaría una ayuda técnica que hubiera sido usada por otra persona tras ser revisada y puesta a punto?	
		Sí	No
¿Utiliza alguna ayuda técnica?	Si	89,0%	11%
	No	95,9%	4,1%

Recalcando la posibilidad de reutilización de la ayuda técnica siempre que se reintegre el copago, la respuesta ha sido afirmativa en un 94%, de un total de 251 registros (Tabla 52). En la Tabla 53 se observa que de los hombres el 96,2% estarían dispuestos a la reutilización, siendo en el grupo de edad de 46 a 60 años el que presenta un porcentaje mayor (98,6%) y un 96,7% en la población general.

**Tabla 52:** Reutilización y reintegro de copago.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
	Sí	236	78,9	94,0
	No	15	5,0	6,0
	<b>Total</b>	251	83,9	100,0

**Tabla 53:** Reutilización y reintegro de copago.

		¿Estaría dispuesto/a a la reutilización de la ayuda técnica que necesite siempre que se reintegre el copago?	
		Sí	No
Sexo	Hombre	96,2%	3,8%
	Mujer	91,6%	8,4%
Edad	18 a 30 años	91,5%	8,5%
	31 a 45 años	95,2%	4,8%
	46 a 60 años	98,6%	1,4%
	Más de 60 años	81,8%	18,2%
Centro	Sí	91,5%	8,5%
	No	96,7%	3,3%

Concretamente si se utiliza una ayuda técnica la reutilización se confirma en un 88,9%, y si no se utiliza el porcentaje es del 99,1%.

Por otro lado, finalizada la necesidad de utilizar la ayuda técnica, la disposición de donarla para la reutilización se establece en un 91,7%, con 264 registros. Y cuando se utiliza una ayuda técnica, en un 89,3% se donaría, mientras que si no se utiliza el porcentaje alcanza el 93,5%.

Considerando otros aspectos como, en caso de avería de la ayuda técnica, dónde acudiría el usuario para su reparación así cómo quién abonaría la misma, nos encontramos que en un 66,6% acude a la ortopedia y al SCS en un 11,4%, con un 22% sin determinar (Tabla 54). Asimismo, en

el 77,9% el abono lo realiza el propio usuario, correspondiendo al SCS el 10,6% de los casos.

**Tabla 54:** Dónde lleva a reparar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Al SC de Salud	14	4,7	11,4
	A la ortopedia	82	27,4	66,6
	Otros	27	9,0	22,0
	Total	123	41,1	100,0

Cuando deja de utilizarse la ayuda técnica, el destino de la misma es donarla a alguna institución en el 32,6%, apareciendo otros destinos. En la Tabla 55, vemos que sólo en un 5,4% se devuelve a quién se la subvencionó.

**Tabla 55:** Destino de las ayudas técnicas.

		Nº	Porcentaje
Cuando ya no necesita la ayuda técnica, ¿que hace con ella?	La presta a otra persona	64	26,4%
	La dona a alguna Institución	79	32,6%
	La devuelve a quien se la subvencionó	13	5,4%
	La almacena	64	26,4%
	Otros	22	9,1%
Total		242	100,0%

#### 4.2.6. Servicio de control, seguimiento, mantenimiento y formación de las Ayudas Técnicas.

En la Tabla 56 se reseña como el 96,9% de los encuestados consideran necesario que el SCS ofrezca un servicio público gratuito para el

control, seguimiento, mantenimiento y formación de las ayudas técnicas. La Tabla 57 refiere la necesidad de un servicio público según el sexo, la edad y la población general e institucionalizada; en todos los casos se constata casi el 100%.

**Tabla 56:** Necesidad de Servicio Público gratuito.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	278	93,0	96,9
	No	9	3,0	3,1
	Total	287	96,0	100,0

**Tabla 57.** Distribución por sexo, edad y centro.

		¿Ve necesario que el SC de Salud ofreciera un servicio público gratuito para el control, seguimiento, mantenimiento y formación de las ayudas técnicas?	
		Sí	No
Sexo	Hombre	96,0%	4,0%
	Mujer	97,8%	2,2%
Edad	18 a 30 años	98,0%	2,0%
	31 a 45 años	100,0%	,0%
	46 a 60 años	92,1%	7,9%
	Más de 60 años	95,3%	4,7%
Centro	Sí	98,6%	1,4%
	No	95,2%	4,8%

En el caso de utilizar una ayuda técnica, el 98,4% refiere la necesidad de un servicio público gratuito, y si no se utiliza la ayuda técnica el porcentaje es del 95,2%.



## 5. DISCUSIÓN

## 5. DISCUSIÓN.

Este es el primer estudio sobre las prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud y la reutilización de los productos de apoyo para la movilidad personal que se realiza en Canarias. Debemos reconocer el presumible alto coste que supone las prestaciones ortoprotésicas, en general, y, particularmente, los productos de apoyo para la movilidad personal, en las distintas comunidades autónomas; por lo que un estudio de esta naturaleza, además en las circunstancias actuales, creemos puede aportar líneas de actuación diáfanas que podrían implementarse en el actual sistema del Servicio Canario de la Salud, con objeto de ofrecer un amplio y mejor servicio sociosanitario, al tiempo que pretende reducir costes económicos.

En nuestro estudio se ha combinado el análisis de los datos obtenidos de las prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud y la valoración de la encuesta realizada a una muestra de población general e institucionalizada sobre discapacidad y aspectos relacionados con conocimiento, formación, actitud y utilización de los productos de apoyo para la movilidad personal.

La discusión de los resultados obtenidos se ha efectuado siguiendo el orden de los aspectos estudiados, valorando solicitudes de prestaciones ortoprotésicas, posibles diagnósticos y problemas de movilidad, así como la naturaleza del producto de apoyo; otros aspectos que analizaremos hacen

referencia a la distribución geográfica y económica, considerando de manera especial la cualificación profesional así como la actitud del usuario ante una hipotética reutilización del producto de apoyo para la movilidad personal. Por último, de manera novedosa, queremos presentar una guía de procedimientos en la que estructuraremos diferentes pasos con la finalidad de conseguir una mejor optimización de los recursos.

## **5.1. SOLICITUD DE PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS, DIAGNÓSTICOS, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y TIPIFICACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO.**

La totalidad de prestaciones ortoprotésicas concedidas por el Servicio Canario de la Salud en el periodo 2005-2010 asciende a 77.159, correspondiendo 25.979 a productos de apoyo para la movilidad personal. Concretamente 10.595 casos responden a sillas de ruedas manual autopropulsada plegable, con un porcentaje de 40,8%; el conjunto de sillas de ruedas asciende a 17.224 casos (66,4%). En la población encuestada más de la mitad define conocer algún producto de apoyo de movilidad y casi el cincuenta por ciento padece algún problema de movilidad que le dificulta realizar actividades de la vida diaria, de manera que en la población institucionalizada el porcentaje es muy superior al de la población general; diferencia de porcentajes razonable si tenemos en cuenta que la población institucionalizada presenta mayor incidencia de discapacidad.

El mayor porcentaje de solicitud de prestaciones de productos de apoyo por grupos de edad corresponde al grupo de más de 60 años, con un porcentaje de 68,1%, mostrando porcentajes de 14,9%, 9,5% y 7,5% para las edades de hasta 30 años, entre 46 y 60 años, y de 31 a 45 años, respectivamente. Sin embargo, si bien los problemas de movilidad en la población encuestada adquieren el porcentaje más alto en el grupo de más de 60 años con un 36,1%, el grupo de 31 a 45 años presenta un 25,9%, y los grupos de 46 a 60 años y de 18 a 30 años reflejan un porcentaje respectivo

de 24,1% y 13,9%. Por tanto, contrasta el porcentaje menor de 7,5% para el grupo de edad de 31 a 45 años con el de 25,9% de problemas de movilidad para el mismo grupo de edad en la población encuestada. Asimismo, el sexo femenino representa el mayor número de solicitudes de PA con un 56,4% en tanto que en la población encuestada el 47,7% corresponde a mujeres/hombres con algún problema de movilidad.

El análisis de los diagnósticos correspondientes a las solicitudes de productos de apoyo concedidos por el Servicio Canario de la Salud ha sido arduo y nos hemos encontrado con datos incompletos e incluso con ausencia de diagnósticos valorables, de forma que se ha constatado una gran dispersión de diagnósticos médicos que ha imposibilitado una agrupación por categorías de alteraciones de salud. En este sentido, considerando las frecuencias más elevadas, hemos configurado un apartado correspondiente a traumatismos, fracturas y principales alteraciones neuromusculares que representan el 29,9% de los casos; asimismo, los registros sin diagnóstico se corresponden con el 42,5%. En definitiva, consideramos muy necesario la debida cumplimentación de este dato con objeto de facilitar y mejorar estudios posteriores.

La causa del problema de movilidad en nuestra muestra corresponde en un 38,1% a enfermedad física, con un 14,4% tanto para accidente de tráfico y/o trabajo como para un origen congénito, destacando también otros accidentes y problemas en el parto con un 7,9% en ambos casos, y problemas de senilidad en un 5,8%. Por otro lado, según los últimos datos

del Instituto Canario de Estadística (ISTAC) del 2004, el porcentaje mayor de un 61,7% es para la enfermedad, seguido de accidentes con 12,4%, congénito y/o problemas del parto con un 11,2%, senilidad 9,1% y otras causas 4,5%.

Podemos destacar que en el sexo masculino el origen del problema de movilidad está fundamentalmente tanto en el accidente de tráfico y/o trabajo como en la senilidad, seguido de otros accidentes o bien problemas en el parto en más del cincuenta por ciento en ambos casos, correspondiendo a enfermedad física el 43,4% y en menos del cuarenta por ciento para la causa congénita. Por el contrario, la totalidad de enfermedad mental se encuentra en el sexo femenino, siguiéndole el origen congénito y el 56,6% para propiamente enfermedad física. En consecuencia, en las mujeres no resulta tan significativa ni la senilidad ni el accidente de tráfico y/o trabajo.

Centrándonos en la enfermedad física, es más frecuente en la población institucionalizada que en la general. Y por grupos de edad destaca el porcentaje más alto en el grupo de edad de más de 60 años, seguido del grupo de 18 a 30 años frente a los grupos de 31 a 60. Los accidentes de tráfico y/o trabajo tienen su menor incidencia en el grupo de edad de 18 a 30 años. Obviamente los problemas de enfermedad física son más frecuentes en la población institucionalizada y en personas de más edad, lo cual contrasta con el porcentaje relativamente elevado en el grupo de menor

edad, donde cabría encontrar un porcentaje más alto en accidentes de tráfico.

Ya hemos comentado como en la población encuestada la mayoría define conocer concretamente ayudas técnicas para la movilidad, de manera que el conocimiento es ligeramente mayor si se trata del sexo femenino, destacando que en la población institucionalizada es igualmente mayor con respecto a la población general. Parece razonable que el tipo de productos de apoyo o ayudas técnicas más conocidas sean las de movilidad personal, como sillas de ruedas, andadores y bastones o muletas, teniendo en cuenta además el origen del problema de movilidad como es la enfermedad física y accidentes de tráfico y/o trabajo. A su vez el mayor número de solicitudes se corresponde con el sexo femenino (56,4%). Por otro lado, debemos considerar que la población institucionalizada tiene más conocimiento de estas ayudas dada su condición del uso de las mismas, aunque el conocimiento también es amplio en la población general; en este sentido podemos relacionar el alto porcentaje de solicitudes de prestaciones ortoprotésicas en el Servicio Canario de la Salud, teniendo en cuenta el núcleo poblacional de la Comunidad Canaria.

En lo que respecta propiamente a la utilización de productos de apoyo en la población encuestada, encontramos que la mayoría no hacía uso del mismo, aunque en el caso de utilizarlo es ligeramente mayor en hombres; por otro lado, la utilización de dichos productos es mayoritaria en el grupo de

edad de más de 60 años, con porcentajes similares en los intervalos de edad de 31 a 45 años y de 46 a 60 años. En cualquier caso entendemos que es un porcentaje elevado (48,8%) los que sí utilizan algún producto de apoyo, destacando el menor valor en el grupo de edad de 18 a 30 años, aunque este mismo grupo de edad presenta un porcentaje más alto en enfermedad física respecto a grupos de edad de hasta 60 años. En cuanto al grupo de edad de más de 60 años es coherente su mayor porcentaje de utilización dado que el origen del problema de movilidad es también la enfermedad física con un alto porcentaje y, además, fueron los que más solicitaron prestaciones ortoprotésicas en el Servicio Canario de la Salud.

Nos llama la atención la interrelación obtenida entre el padecimiento de algún problema de movilidad, que le dificulta realizar actividades de la vida diaria, con la utilización de alguna ayuda técnica o producto de apoyo, siendo obviamente mayor si la población está institucionalizada.

En la población encuestada el tipo de ayuda técnica o producto de apoyo más frecuente ha sido las sillas de ruedas (39,3%), dato que es algo inferior a los valores referidos anteriormente del Servicio Canario de la Salud. Se desprende que este tipo de ayuda es la principalmente solicitada y ante el previsible coste de la misma, planteamos un proceso de reutilización al objeto de optimización de estos recursos. Asimismo el uso de las sillas de ruedas es más frecuente tanto en hombres como en mujeres,

con ligero predominio en los primeros, sin olvidar que se trata de un 47,7% los que han reconocido tener algún problema de movilidad.

Hemos reflejado cómo las sillas de ruedas constituyen el uso más frecuente en el grupo de edad de 46 a 60 años, en contra de no ser este grupo el que manifieste mayor problemas de movilidad, ya que es el grupo de más de 60 años quien presenta dicha dificultad, a la vez que igualmente es el que tiene mayor porcentaje de solicitudes de prestaciones ortoprotésicas. Por otro lado, es lógico el hallazgo mayoritario de la utilización de las sillas de ruedas en la población institucionalizada, a la vez que en la población no institucionalizada son las muletas las de uso más frecuente.

## 5.2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.

En la distribución geográfica de solicitudes de productos de apoyo hemos señalado el máximo de las mismas en Tenerife, seguido de Gran Canaria. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife el orden decreciente de solicitudes corresponde a La Palma, La Gomera y El Hierro. Y en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura. No obstante, según los últimos datos de 2004 recogidos en el Instituto Canario de Estadística, las cifras más altas de personas con alguna limitación de la actividad en la población de 6 y más años se corresponde con las islas de La Gomera (9,9%) y El Hierro (8,4%), en tanto que para la isla de Tenerife, con el número de registros más alto de solicitudes, el porcentaje de personas con algún grado de discapacidad es del 5,5%; cifras de discapacidad del 5,3%, 5,2% y 3,3% se asignan a las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, respectivamente. Asimismo, la discapacidad diagnosticada en Canarias ha ido incrementándose, de manera que en 1999 era 3,06%, en 2004 5,4% y en 2008 7,13%.

En el apartado de resultados ya hemos indicado como incluso se ha desglosado por localidades los 25.979 registros de solicitudes de productos de apoyo al Servicio Canario de la Salud, durante el periodo de 2005 a 2010. Concretamente, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife destaca la capital, La Laguna, Puerto de la Cruz, La Orotava, Los Realejos, Arona, Granadilla de Abona, El Sauzal y Candelaria.

En base a las zonas geográficas de la isla de Tenerife (zona Norte, Centro y Sur), las localidades escogidas para la encuesta en la población general se corresponden con La Orotava, El Puerto de la Cruz, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, Candelaria y Granadilla. Igualmente los centros seleccionados están ubicados en El Sauzal, Puerto de la Cruz, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife y Arona (Los Cristianos). En consecuencia, detectamos una concordancia con las localidades más significativas referente a las solicitudes ya mencionadas.

### **5.3. COSTE ECONÓMICO Y FINANCIACIÓN DE PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS.**

En el estudio de las prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud durante los años 2005 a 2010, el coste total de las mismas ascendió a 26.826.550 millones de euros, con el importe más alto en el año 2009. Si nos ceñimos a los productos de apoyo para la movilidad personal, la cifra durante el periodo de los cinco años referidos es de 11.213.194 millones e igualmente la cifra más alta se contempla en el año 2009; en cualquier caso llama la atención el alto porcentaje destinado a los productos de apoyo. Contrastando estos datos con otras Comunidades Autónomas, es de señalar como el Servicio Andaluz de Salud ha destinado un total de 301.481.762,27 millones de euros a la totalidad de las prestaciones ortoprotésicas entre 2005 y 2010, siendo 89.147.695,3 millones la cantidad asignada a los productos de apoyo; concretamente dichos productos de apoyo, tales como sillas de ruedas manuales y eléctricas, accesorios de sillas, andadores, bastones y muletas, asciende a 13.553.879,75 millones en 2005, 13.768.619,36 millones en 2006, 14.598.450,18 millones en 2007, 15.727.352,31 millones en 2008, 15.887.531,48 millones en 2009 y 15.611.862,22 millones en 2010. Como se desprende, el coste total de los productos de apoyo del Servicio Canario de la Salud durante los cinco años indicados, es inferior al coste de un sólo año del Servicio Andaluz de Salud, aunque obviamente se ha de tener en cuenta el censo poblacional y la incidencia de personas con discapacidad en ambas comunidades, de manera que según la encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de

Salud de 1999, Andalucía presentaba el mayor número de personas con discapacidad (20,38%) y según los datos de la encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia de 2008, Andalucía se sitúa con un valor considerablemente inferior (9,58%) y Canarias con la cifra ya mencionada del 7,13%.

En ambas Comunidades se constata un incremento progresivo de los costes, con un valor máximo en 2009 y ya un descenso en el 2010, tanto para el coste total de las prestaciones ortoprotésicas como para las de movilidad personal. En la evolución de estos costes no podemos abstraernos de la propia situación económica global.

En la Tabla 63 se resume el coste del global de las prestaciones ortoprotésicas y el correspondiente propiamente a los productos de apoyo en las comunidades autónomas de Andalucía, Galicia, País Vasco y Canarias. La tasa de discapacidad en 1999 era de 78,82% y 4,13% para Galicia y País Vasco, respectivamente, alcanzando valores en 2008 de 11,29% y 8,45% para dichas comunidades.

**Tabla 63:** Coste global de las prestaciones ortoprotésicas.

COMUNIDAD		2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Andalucía	Gasto global. Prestaciones ortoprotésicas	47.444.514	49.372.783	50.074.358	52.029.111	52.027.205	50.533.788	<b>301.481.762</b>
	Prestaciones PA	13.553.879	13.768.619	14.598.450	15.727.352	15.887.531	15.611.862	<b>89.147.695</b>
Galicia	Gasto global. Prestaciones ortoprotésicas	6.855.844	7.016.034	7.862.963	7.967.248	8.740.510	8.871.170	<b>47.313.772</b>
	Prestaciones PA	3.177.604	3.198.425	3.609.421	3.890.339	4.205.796	4.308.573	<b>22.390.161</b>
País Vasco	Gasto global. Prestaciones ortoprotésicas	5.100.733	5.266.917	5.608.243	6.245.733	6.365.283	6.096.430	<b>34.683.339</b>
	Prestaciones PA	1.480.077	1.606.135	1.614.475	1.687.799	1.905.042	1.832.243	<b>10.125.771</b>
CANARIAS	Gasto global. Prestaciones ortoprotésicas	2.896.416	4.033.960	4.551.495	4.926.693	5.283.494	5.134.472	<b>26.826.550</b>
	Prestaciones PA	1.083.416	1.577.330,	1.928.040	2.084.246	2.363.446	2.176.716	<b>11.213.194</b>

Según la distribución geográfica, el coste de los productos de apoyo ha sido mayor en la isla de Tenerife, donde se ha desarrollado nuestro cuestionario sobre discapacidad y ayudas técnicas. La isla con menor coste económico es El Hierro, seguida de La Gomera y Fuerteventura; sin embargo, en el registro de solicitudes los porcentajes más bajos corresponden a El Hierro y La Gomera, seguido de Fuerteventura que a su vez presenta un coste relativamente elevado. Por otro lado, si consideramos las cifras de personas con discapacidad reflejadas en el 2004 en la Comunidad Autónoma Canaria, debemos recordar que La Gomera y El Hierro tienen, sin embargo, las cifras más altas de personas con limitación de la actividad. A su vez, las cifras de personas con discapacidad son muy similares en las islas de Tenerife, Gran Canaria y Lanzarote, mostrando costes económicos muy dispares entre ellas.

El Servicio Canario de la Salud, a diferencia de lo que ocurre en otras Comunidades Autónomas, contempla en el catálogo de prestaciones ortoprotésicas que el usuario deba aportar un porcentaje del coste total de la ayuda técnica o producto de apoyo solicitado, refiriéndolo como coste paciente. El coste mayor para el usuario corresponde al año 2008 (21,06%), produciéndose un descenso gradual en el 2009 (17,98%) y 2010 (16,36%), si bien el coste del SCS fue mayor en el año 2009; en este sentido, los porcentajes del coste del SCS para los productos de apoyo para la movilidad personal han sido del 18,59% en 2008, 21,08% en 2009 y 19,41% en 2010. El mayor coste paciente durante el periodo de 2005 a 2010 se ha registrado

en la isla de Gran Canaria (72,92 %), lo que, contrastando con su menor número de solicitudes y coste del SCS, pensamos que podría explicarse por el tipo de producto de apoyo y la mayor cuantía de aportación del usuario. En realidad, Gran Canaria y Tenerife representan el 90,44% del coste paciente según distribución por islas.

En aspectos económicos, como financiación de los productos de apoyo, en nuestra población encuestada se comprueba que más de la mitad de los casos han solicitado una subvención, observándose mayor porcentaje en la población institucionalizada. Aunque el mayor número de solicitudes corresponde al grupo de edad de 46 a 60 años, la concesión definitiva es en más alto porcentaje para el grupo de edad de más de 60 años. La concesión global de subvenciones alcanza el 83,9% e incluso es mayor para la población no institucionalizada. En este ámbito de cosas, podemos referir que la situación laboral de la población encuestada se encuentra en situación de desempleo (no trabaja, ama de casa, en paro con subsidio, en paro sin subsidio) en un 48%, correspondiendo a un 30,4% la población que trabaja, 12,8% jubilado/a, estudiando 5,4% y otros 3,4%, por lo que entendemos que se justifica la concesión de la subvención, donde además el 83,3% de la población es menor de 60 años.

La Institución que mayoritariamente ha subvencionado los productos de apoyo ha sido el Servicio Canario de la Salud (82,3%), encontrándonos, por tanto, con una población que conoce las prestaciones que dispone dicho servicio. En este caso la población institucionalizada ha sido la que

fundamentalmente ha recibido la subvención del SCS. Además, en más de la mitad de los casos la subvención ha sido en su totalidad. En este orden de cosas, indicamos que los ingresos mensuales medios netos en la muestra estudiada son de 501 a 1.000 euros (35,6%), de 121 a 500 euros (20%), de 1.001 a 1.500 euros (14,6%), mayor de 1.500 euros (4,7%), hasta 120 euros (2,4%), no recibe ingreso alguno (13,2%) y no sabe/no contesta (9,5%), por lo que se demuestra un relativo escaso poder adquisitivo que justificaría la necesidad de solicitar subvención.

#### **5.4. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y ASESORAMIENTO PROFESIONAL.**

Uno de los aspectos más relevantes en el propósito de nuestro estudio es abordar aspectos relacionados con la información, educación y asesoramiento profesional del uso y mantenimiento de ayudas técnicas o productos de apoyo para la movilidad personal. En lo concerniente a través de que profesional sanitario puede llegar a alcanzarse un mejor y completo conocimiento del producto de apoyo más adecuado para cada caso, nos encontramos que la figura del médico es la más ampliamente reconocida, llamándonos la atención que el fisioterapeuta ocupe un segundo lugar y la enfermera sólo represente un 7,3%. Desde luego, entendemos que esta situación debe reconsiderarse sobre todo en el ámbito de la enfermera, considerando sus capacidades y competencias, por ejemplo en lo referente a la importante labor de educación para la salud. Quizás un aspecto que podría introducirse, es el papel del fisioterapeuta dentro del sistema sanitario canario, donde si bien existen centros especializados, su figura no aparece en todos los centros de salud y, sin embargo, el porcentaje de conocimiento de los productos de apoyo a través del mismo es del 18,9%. Por otro lado, la figura del profesional enfermero está ampliamente reconocida y representada en el sistema sanitario, constando su presencia en las consultas de enfermería en todos los centros de salud, por lo que nos llama poderosamente la atención su baja incidencia; indudablemente, dentro de las funciones de la enfermera en el campo asistencial no sólo debe contemplarse la atención y cuidados del usuario, sino también la información, formación y asesoramiento de todo lo relacionado con

problemas de salud. Finalmente, en esta parte del estudio la información de productos de apoyo descansa también en familiares y amigos, existiendo un apartado misceláneo que representa el porcentaje mayor; en este sentido, una vez concluido el estudio, nos obliga a reflexionar la posibilidad de desglosar ese grupo.

Profundizando en los aspectos anteriores, nos parece lógico que la información profesional a través de la enfermera sea similar en los grupos de edad confeccionados de 18 a 30 años y de 46 a 60 años, aunque sigue siendo menor que con el médico. En el caso del fisioterapeuta los porcentajes más altos corresponden a la franja de edad de 31 a 60 años, pudiendo interpretarse que en dichas edades se incrementan los problemas de movilidad y se necesitaría la atención de profesionales especializados; sin embargo, para el grupo de edad de más de 60 años, el fisioterapeuta ha intervenido sólo en el 25,9%. En la población institucionalizada el orden de secuencia sigue siendo médicos, fisioterapeutas y enfermeras, lo que contrasta con la población general en la que la secuencia es médicos, enfermeras, y fisioterapeutas con sólo el 4%; este hecho es aparentemente contradictorio con los datos citados anteriormente en relación al conocimiento de los productos de apoyo. Por otro lado, el alto porcentaje (44,5%) de información por el fisioterapeuta en los centros, pueda deberse a la presencia de dicho profesional en los mismos.

Es de resaltar que el 78% de los encuestados manifiesta haber sido debidamente asesorados, predominando en la población institucionalizada. En este orden de cosas, debemos recalcar nuevamente que en el aspecto propiamente de adiestramiento, son otros profesionales, como fisioterapeutas y médicos los que superan al enfermero, aunque entendemos lógico que en esta situación sea el fisioterapeuta el que ocupe el primer lugar. Por otro lado, se refleja que la enfermera asesora especialmente al grupo de más de 60 años, y queremos resaltar que es precisamente este profesional el que mayoritariamente asesora a la población no institucionalizada. Finalmente, en cuanto a la posibilidad de recibir formación sobre el uso y mantenimiento de una ayuda técnica, existe una amplia mayoría (88,8%), y si además las personas encuestadas ya utilizan alguna ayuda, la respuesta es aún mayor (91,2%).

Partiendo de la utilización de un producto de apoyo, la información recibida se practica a través del médico, fisioterapeuta y enfermera, con una secuencia igual a la expresada en lo referente al conocimiento por parte del usuario, aunque el porcentaje del papel de la enfermera se incrementa a un 11,4%. Y en el supuesto de no utilización, el conocimiento del usuario a través de profesionales de enfermería apenas es de un 3,3%.

## **5.5. ACTITUD DEL USUARIO: REUTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO.**

En nuestro estudio resulta clave conocer, sobre todo si partimos de una propuesta de optimización de recursos sanitarios, la actitud del usuario ante la posibilidad de reutilización de productos de apoyo para la movilidad personal.

En el cuestionario que hemos realizado, se han formulado distintas preguntas relacionadas con la predisposición a reutilizar productos de apoyo que hayan sido utilizados por otros usuarios, tras ser revisados y puestos a punto, considerando fundamentalmente variables como el sexo, población institucionalizada o no, grupos de edad, tiempo de utilización, reintegro de copago y destino de los mismos. Podríamos añadir que la muestra explorada presenta en un 50,9% estudios medios, estudios superiores en un 21,9%, estudios primarios en un 20,4% y sin estudios 6,8%, por lo que entendemos que el nivel de estudios es aceptable en orden a la valoración de las respuestas.

Resulta extraordinariamente notorio el alto porcentaje de personas encuestadas que reutilizarían un producto de apoyo (93,1%), de manera que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, al mismo tiempo que sí la utilizarían en más de un noventa por ciento, tanto si es población institucionalizada o general. Por grupos de edad, se contempla el menor porcentaje en las personas de más de 60 años. Incluso en el supuesto de utilizar ya un producto de apoyo, nos encontramos también con un alto

porcentaje dispuesto a la reutilización (89%), debiendo recordar, asimismo, que el tiempo de utilización supera mayoritariamente los tres años; no obstante, en caso de no estar utilizando ningún producto de apoyo, la cifra se eleva a 95,9%. En definitiva, entendemos que, independientemente de utilizar o no un producto de apoyo, a través de este estudio podemos determinar la alta sensibilización del usuario en general, para una utilización de los recursos que permitan una mejor optimización de los mismos.

Ahondando en la actitud del usuario ante una posible reutilización, vemos que siempre que se reintegre el copago la respuesta afirmativa es del 94%, aunque el porcentaje menor vuelve a situarse en el grupo de edad de más de 60 años. La modalidad del copago aparece en el Servicio Canario de la Salud, hecho que no se contempla en otras Comunidades Autónomas. Las personas de más de 60 años, aparentemente son más reacias a la reutilización, y este hecho creemos que pueda estar en relación a su natural proceso de envejecimiento. Por otro lado, la respuesta afirmativa ante la reutilización, con el reintegro del copago, se advierte igualmente en más del noventa por ciento en ambas poblaciones encuestadas y, además, si ya utiliza un producto de apoyo, esta respuesta se confirma en un 88,9%, siendo del 99,1% si no se utiliza. Obviamente, el reintegro del copago serviría para ratificar una conducta de reutilización, sobre todo, en la población no institucionalizada.

En torno a la actitud del usuario y concretamente ante la finalización de utilizar el producto de apoyo, hemos constatado la disponibilidad a su donación, tanto si utiliza o no dicho producto, en casi la totalidad de los encuestados.

Es de resaltar que en un 32,6% se produce la donación a alguna institución, otras opciones se corresponden con el préstamo a otra persona o almacenamiento, y sólo en un 5,4% se devuelve a quién se la subvencionó. En más de la mitad de los casos el usuario hace acopio de la prestación, de manera que así se imposibilita un control y seguimiento de la misma, que podría llevarse a cabo desde el Servicio Canario de la Salud.

La posibilidad de un servicio público gratuito para el control, seguimiento, mantenimiento y formación de las ayudas técnicas o productos de apoyo, se recoge en casi la totalidad de los casos, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, y con porcentajes altos y similares según los distintos grupos de edad, así como población institucionalizada o no. Aún más, esta cuestión se corrobora tanto si el encuestado utiliza o no un producto de apoyo. No cabe duda la casi unanimidad del usuario ante el planteamiento de esta necesidad, hecho que no existe ni se ha sugerido hasta el momento en esta Comunidad Autónoma Canaria.

En definitiva, la actitud del usuario es claramente positiva ante la posible reutilización de productos de apoyo para la movilidad personal, lo

cual constituye un punto de partida para hacer la propuesta de una guía de procedimientos que englobe una necesaria optimización de recursos. Por otro lado, valorando los costes económicos de las prestaciones de los productos de apoyo para la movilidad personal, entendemos la conveniencia de elaborar dicha guía de procedimientos que, en nuestra opinión, podría conseguir una mayor satisfacción del usuario al tiempo que se podría reducir el coste económico.

## **5.6. GUÍA DE PROCEDIMIENTOS: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS.**

Está claro que las ayudas técnicas o productos de apoyo constituyen una de las prestaciones ortoprotésicas más importantes, lo que obliga a responsables y profesionales a planificar adecuadamente las distintas actuaciones.

En la actualidad el proceso en nuestra Comunidad Canaria se inicia, lógicamente, con la prescripción facultativa de la ayuda técnica o producto de apoyo que necesita el usuario, y con dicha receta acude a centros especializados como son las ortopedias. En la prescripción o receta deben figurar los datos del paciente, el diagnóstico y el tipo de producto de apoyo, con el código correspondiente que figura en el catálogo de prestaciones ortoprotésicas del Servicio Canario de la Salud.

En el modelo actual es la propia ortopedia elegida por el usuario la que, generalmente, asesora sobre el producto que mejor se adapte a su situación dentro de las posibles variables del tipo de ayuda requerida, aunque en todos los casos, según la normativa de esta Comunidad, el facultativo prescriptor será responsable de la idoneidad y adecuación del artículo suministrado. La ortopedia gestiona la posible subvención o concesión al usuario de dicho producto por parte del Servicio Canario de la Salud, con el trámite de entregar los datos personales, la prescripción y el coste económico de dicho producto; tras la autorización, con o sin reintegro de gastos o coste por parte del paciente, ya puede dispensarse el material.

El coste de la ayuda técnica será reembolsado a la ortopedia por el Servicio Canario de la Salud. A su vez, en ningún caso se reintegra al usuario el copago. La regulación de la prestación de material ortoprotésico por el Servicio Canario de la Salud se rige por la Orden de 9 de Febrero de 2004.

<sup>(139)</sup> En el propio Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas de la Comunidad Canaria figura, además de la financiación y la cuantía de la aportación del usuario, la posibilidad del tiempo de renovación de la prestación y/o accesorios concedidos.

Según información recabada por profesionales de las propias ortopedias, en el caso de necesitar arreglar o sustituir algún accesorio, el usuario acude normalmente a dichos centros. Los accesorios incluidos en el catálogo pueden ser abonados por el Servicio Canario de la Salud, aunque a veces es el propio usuario el que decide hacer frente a dichos gastos.

Por otro lado, a pesar que en el catálogo se contempla el término de artículos recuperables (en aquellos casos en que dejen de ser necesarios para el beneficiario, éste queda obligado a su entrega en las dependencias del Servicio Canario de la Salud) no es habitual la recuperación del producto de apoyo tras finalizar su utilización.

La guía de procedimientos que proponemos tiene como objetivo fundamental una mejor optimización de recursos. Ante el proceso de la concesión de prestación ortoprotésica debemos partir de una adecuada

prescripción facultativa del grado de discapacidad, con el diagnóstico o problema de movilidad pertinente.

En este momento debemos hacer hincapié que no existe un verdadero control del manejo de la información, formación, asesoramiento, seguimiento y devolución de las prestaciones ortoprotésicas concedidas, por lo que pretendemos introducir cambios que permitan un menor coste y mejor uso de los productos; en este sentido, cabe la posibilidad del reintegro del copago al usuario, siempre y cuando se proceda a la devolución de la prestación con objeto de su reutilización.

En esta nueva estructura que presentamos, el Servicio Canario de la Salud, desde la perspectiva de sus propios principios y funciones, ha de liderar la importante labor social y técnico-asistencial que representa todo el campo de la prestación ortoprotésica ante el bienestar del usuario. En consecuencia, ha de disponer de diferentes unidades o servicios dirigidos a la orientación e información, abastecimiento, entrega y recogida, reparación y puesta a punto, y control de seguimiento de la prestación. En nuestra propuesta ha resultado reveladora la experiencia plasmada en países nórdicos y en el estudio de modelos de servicio técnico en sistemas de provisión de productos de apoyo. <sup>(211)</sup> Por tanto, pasaremos a exponer las siguientes recomendaciones o servicios que podrían ofrecerse desde el propio Servicio Canario de la Salud:

- Servicio de Orientación, Formación y Asesoramiento.
- Servicio de Abastecimiento, Entrega y Recogida.
- Servicio de Reparación y Puesta a punto.
- Servicio de Control y Seguimiento.

A) Servicio de Orientación, Formación y Asesoramiento.

La oferta de información que existe en la actualidad es tan amplia, diversa y de variable calidad, que debe conseguirse el efecto adecuado de informar o guiar al usuario para la idónea elección, utilización y mantenimiento del producto de apoyo inicialmente prescrito. Al margen de la labor educacional de los profesionales sanitarios en los centros de salud, este servicio pretende constituirse en el motor central de todos aquellos aspectos relacionados con la orientación, formación y asesoramiento de los productos de apoyo. Debe existir tanto una correcta coordinación entre las propias zonas básicas de salud del SCS como una diáfana relación con otras instituciones, centros especializados y profesionales, de manera que este servicio sea una referencia para el usuario.

En nuestro estudio ha quedado patente la demanda de un servicio público gratuito para el control, seguimiento, mantenimiento y formación de las ayudas técnicas o productos de apoyo. No cabe duda la innegable función asistencial y educacional de profesionales como enfermeras, médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, pero con un servicio central se alcanzaría la máxima garantía en el buen uso y rendimiento de la

ayuda técnica. Este servicio estaría dotado de personal especializado y contaría con los recursos adecuados.

B) Servicio de Abastecimiento, Entrega y Recogida.

Se pretende que el Servicio Canario de la Salud maneje una provisión inicial de productos que puedan dispensarse al usuario, realizándose la entrega del mismo cuando se cumplan todos los requisitos legalmente establecidos. Por tanto, la entrega al usuario podrá ser efectiva con prontitud en el propio servicio. Por otro lado, bajo la premisa propuesta de devolución y reutilización de los productos, este servicio se proveerá de material ortoprotésico debidamente puesto a punto para su reutilización.

En el momento de la recepción constará en un registro la marca, modelo y número de chasis del producto de apoyo. Asimismo, el usuario o familiar debe firmar un documento de aceptación, comprometiéndose a la devolución cuando finalice la necesidad de uso.

En este servicio se centraliza igualmente la recogida del material entregado por el usuario tras la finalización de su uso. Se comprobará que corresponda con los datos del registro y se valorará el estado del mismo para su posterior reparación y puesta a punto. Tras las comprobaciones pertinentes, se procedería al reembolso de la cuantía aportada por el usuario según lo especificado en el Catálogo.

C) Servicio de Reparación y Puesta a punto.

En este servicio técnico, aparte del lavado, desinfección y limpieza, se procederá a la adecuada reparación y mantenimiento.

El usuario podrá acudir a este servicio en caso de necesitar alguna reparación o sustitución de accesorios, encontrándose con un servicio gratuito donde, además, son máximas las posibilidades de localizar los repuestos adecuados.

Este Servicio de reparación y puesta a punto garantiza el estado óptimo del material para poder ser reutilizado, consiguiéndose una amplia oferta que ha de lograr la idónea asignación con la satisfacción del usuario. Como ya hemos mencionado, el proceso de entrega se efectúa en el servicio correspondiente.

También puede contemplarse la posibilidad de donar a Organizaciones no gubernamentales (ONG) u otras instituciones, el exceso de material inventariado ante las previsiones de distribución.

D) Servicio de Control y Seguimiento.

En la concepción de este servicio prima la necesidad de apoyar al usuario en el mantenimiento del buen uso del artículo proporcionado, por lo que periódicamente se realizarán revisiones. En este sentido, el control y/o

seguimiento podrá hacerse vía telefónica, con atención personalizada en el propio servicio e incluso, en casos especiales, con visitas domiciliarias.

Uno de los objetivos de este servicio, aparte del asesoramiento continuo al usuario, es conseguir el máximo número de devoluciones con el mejor estado de conservación.

En conjunto, con esta filosofía y manera de proceder, se conseguiría la mejor satisfacción del usuario, un menor coste económico y, en definitiva, la optimización de los recursos.



## **6. CONCLUSIONES**

## 6. CONCLUSIONES.

1. Del total de las prestaciones ortoprotésicas concedidas por el Servicio Canario de la Salud entre 2005 y 2010, el 34% corresponden a productos de apoyo para la movilidad personal, de los cuales el 66,4% se asigna a sillas de ruedas, sin que se aprecien diferencias importantes en la distribución por sexo; el grupo de edad de más de 60 años presenta el mayor porcentaje de solicitudes, frente al grupo de 31 a 45 años con el más bajo. Se comprueba que más de la mitad de las solicitudes se sitúan en la isla de Tenerife (53,8%).
2. Según la muestra encuestada, el tipo de producto de apoyo utilizado con más frecuencia ha sido las sillas de ruedas (39,3%), en más de la mitad de los casos por hombres y sobre todo en la población institucionalizada; el grupo de edad de 46 a 60 años presenta la incidencia más alta (68,4%).
3. La cantidad de registros del Servicio Canario de la Salud sin diagnóstico médico de solicitudes de productos de apoyo se eleva a un 42,5%, detectándose asimismo una gran dispersión en los diagnósticos de las alteraciones de la salud. Estos datos justificarían una adecuada cumplimentación al objeto de propiciar un mejor control, ahondar en el conocimiento de la naturaleza de la prestación y facilitar el desarrollo de estudios posteriores.

4. En la población encuestada prácticamente la mitad de los sujetos padece algún problema de movilidad para realizar actividades de la vida diaria, siendo significativamente mayor en la población institucionalizada. El grupo de edad de más de 60 años es el que presenta mayor dificultad. La causa del problema de movilidad ha sido ocasionada fundamentalmente por enfermedad física, destacando igualmente su mayor incidencia en la población institucionalizada y en el grupo de edad de más de 60 años.
  
5. Cabe destacar que entre los distintos productos de apoyo, los de movilidad personal son mayoritariamente conocidos, con ligero predominio en las mujeres y claramente superior en la población institucionalizada. La utilización de los mismos se contempla en un 48,8% con ligero predominio en los hombres; se observa un incremento de uso con la edad. La interrelación entre padecimiento de algún problema de movilidad y la utilización de producto de apoyo es de un 92,8%.
  
6. Se ha comprobado que el usuario recibe la información de los productos de apoyo fundamentalmente a través del profesional médico. Por otro lado, el asesoramiento en la utilización corresponde en mayor medida al fisioterapeuta; en la población general es la enfermera quien realiza mayoritariamente esta labor frente al

fisioterapeuta en la institucionalizada. Es necesario tomar conciencia de la necesidad de educar y ayudar a la población en la utilización de los productos de apoyo para la movilidad personal, unificando criterios con objeto de alcanzar una mejor coordinación inter y multidisciplinar.

7. Respecto a recibir formación sobre el uso y mantenimiento de un producto de apoyo, el 88,8% de los sujetos encuestados se ha manifestado afirmativamente, sin diferencias importantes en cuanto al sexo, y destacando la población de centros frente a la población general. En el caso de utilizar un producto de apoyo la respuesta es de un 91,2%.
8. El coste de los productos de apoyo para el Servicio Canario de la Salud en el periodo 2005-2010 asciende a 11.213.194 euros, lo que supone el 42% del coste total de las prestaciones ortoprotésicas en dicho periodo; con respecto a otras comunidades estudiadas supone un alto porcentaje. La isla de Tenerife recoge la máxima cuantía de subvención con un importe de 6.282.063 euros, lo que representa el 56% del total.
9. El coste de los productos de apoyo para el usuario, concedidos por el Servicio Canario de la Salud en el periodo 2005-2010, se eleva a 1.173.019 euros, representando la isla de Gran Canaria el porcentaje

significativamente más alto con un 72,92%, seguido de la isla de Tenerife con un 17,52%. Llama la atención la enorme diferencia entre ambas islas capitalinas, no encontrándose razón objetiva alguna para ello, por lo que requeriría un análisis ulterior.

10. Es notorio el alto porcentaje de personas encuestadas que reutilizarían un producto de apoyo (93,1%), siendo ligeramente mayor en la población general; la predisposición a reutilizar es mayor en el grupo de edad de 31 a 45 años y menor en el grupo de edad de más de 60 años. En el supuesto de utilizar ya un producto de apoyo, el 89% lo reutilizaría y se amplía al 95,9% si no se utiliza.

11. Siempre y cuando se reintegre el copago, la reutilización del producto de apoyo se constata en el 94% de los casos, con ligero predominio en la población general; el grupo de edad de más de 60 años es, aparentemente, el más reacio a la reutilización. En el caso de utilizar un producto de apoyo, la reutilización con reintegro del copago se establece en un 88,9% y es del 99,1% si no se utiliza dicho producto de apoyo.

12. De los sujetos encuestados, casi la totalidad consideran necesario que el Servicio Canario de la Salud disponga de un servicio público gratuito para el control, seguimiento, mantenimiento y asesoramiento de productos de apoyo para la movilidad personal.

13. Por último, teniendo en cuenta la alta predisposición a la reutilización de los productos de apoyo y el coste económico, se justificaría elaborar, con objeto de una mejor optimización de recursos, una guía de procedimientos que comprometa al Servicio Canario de la Salud y garantice el protocolo de actuación.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agree, E. M., Freedman, V. A., & Sengupta, M. (2004). Factors influencing the use of mobility technology in community-based long-term care. *Journal of Aging and Health*, 16 (2), 267.

Alba, A., y Moreno, F. (2004). Discapacidad y Mercado de Trabajo. *Obra Social. Caja Madrid*.

Aldecoa Lazárraga, F. (2004). Comentarios al Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. Madrid, Ed. Real Instituto Elcano, p.46.

Alegre Escolano, A., Ayuso, G., Guillén, M., Monteverde, M., Pociello, E. (2005). Tasa de dependencia de la población española, no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Rev. Esp Salud pública*, 79.

Alonso López, F. (2004). Ciudad para todos. S.L. Equipo de Aceplan. Instituto Universitario de estudios Europeos. Universidad Autónoma de Barcelona.

Alonso Soto, F. (2007). Tratamiento de la discapacidad en Europa. En: De Lorenzo R, Perez LC. *Tratado sobre Discapacidad*. Madrid, Ed. Aranzadi. p. 389-403.

Alonso-Olea García, B., Lucas Durán, M., y Martín Dégano, I. (2006). La protección de las personas con discapacidad en el derecho de la seguridad social y en el derecho tributario. Navarra, Thomson – Aranzadi.

Arbide, A. (2005). Las políticas de discapacidad en la Unión Europea del siglo XXI. En: Conferencia de las II Jornadas de Formación Sociedad y Discapacidad. Disponible en: [www.cermi.org](http://www.cermi.org)

Auger, C., Demers, L., Gelinas, I., Jutai, J., Fuhrer, M. J., & DeRuyter, F. (2008). Powered mobility for middle-age and older adults: systematic review of outcomes and appraisal of published evidence. *Am J Phys Med Rehabil*. 87(8), 666.

Barea, J. (2003). Los límites de la capacidad de financiación pública sanitaria y alternativas. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/barea.htm>

Barnes, C., & Mercer, G. (2003). Disability. Polity Press. Cambridge.

Bateni, H., & Maki, B. E. (2005). Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil*. 86(1), 134-145.

Blake, D. J., & Bodline, C. (2002). An overview of assistive technology for persons with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 39 (2), 299-312.

Bobbio, N. (1991). El tiempo de los derechos. Madrid, Editorial Sistema.

Bühler, C. (2000). FORTUNE. Guide—Empowered Participation of Users with Disabilities in Projects, a summary with the main results of the FORTUNE project (DE9231), Wetter, Evangelische Stiftung Volmarstein-Forschungsinstitut Technologie Behindertenhilfe. Alemania.

Bühler, C. (2001). Empowered participation of users with disabilities in R&D projects. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55(4), 645-659.

Cabra de Luna, M. A. (2004). Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 50, 22-24.

Campoy Cervera, I. (2004). El reflejo de los valores de libertad, igualdad y solidaridad en la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Universitas, Revista de Filosofía del Derecho y Política*, p.1.

Campoy Cervera, I. (2005). Una aproximación a las nuevas líneas de fundamentación de los derechos de las personas con discapacidad. En: I Jornadas Discapacidad y Desarrollo. COCEMFE. Madrid. Versión electrónica en Revista Telemática de Filosofía del Derecho, nº8 2004/2005.

Capo, M. (2001). Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. Barcelona: Novartis Consumer Elath SA.

Cáritas. (2006). La protección social de la dependencia en España. Documentación social. *Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, Madrid: Cáritas, p.141.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2000). Aprobada en Niza el 7 de diciembre de 2000. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000/C 364/01) pp.22. 2000. Disponible en: [www.europa.eu.int/](http://www.europa.eu.int/)

Casado, D., y López Casanovas, G. (2001). Vejez. Dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona, *Colección Estudios Sociales*, 6.

Catálogo General de prestaciones ortoprotésicas de la Comunidad Autónoma de Canarias. (2004). Boletín Oficial de Canarias, nº 54, 18-03-2004, anexo 1.

Catálogo General de prestaciones ortoprotésicas de la Comunidad Autónoma de Canarias. (2009). Boletín Oficial de Canarias, nº50, 13-03-2009, anexo I.

Cayo Pérez, L. (2006). Perfiles demográficos de la discapacidad en España. En: Discapacidad y asistencia sanitaria. Propuestas de mejora. Madrid, Colección CERMI, p.23-26.

CEAPAT. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. (2011). Disponible en: [www.ceapat.org](http://www.ceapat.org)

Chain, S. (2003). Prestaciones ortoprotésicas: desigualdad de presupuesto. *El periódico de la discapacidad*, CERMI, 33, 12-13.

CIF-OMS. (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Organización mundial de la Salud. Organización panamericana de la salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales, instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.

Circular informativa 22/1997 de 28 de julio (1997). Legislación aplicable a los productos sanitarios no activos. Dirección General de Farmacia, nº 22/97.

Circular 12/1998 de 9 de julio (1998). Aplicación de la legislación de productos sanitarios. Dirección General de Farmacia, nº 12/98.

Clements, L., & Read, J. (2003). Disabled people and European Human Rights. *The policy press*.

Cochrane, G. M., & Wilson, A. K. (1991). Disability Information Trust. Oxford. Eds. Walking aids. 2ª ed.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). Situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea Ampliada: el plan de acción europeo 2006-2007. Bruselas.

Comisión Europea (2000a). Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad [COM (2000) 284-C5 0632/2000 2000/2296 (COS)]. Bruselas.

Comisión Europea (2000b). Informe sobre la protección social en Europa. Comunidades Europeas. Bruselas. Disponible en: [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)

Comisión Europea (2001). The employment situation of people with disabilities in the European Union. Bruselas.

Comisión Europea (2010). Una Europa accesible para todos. Informe del grupo de expertos. Disponible en: <http://europa.eu.int>

Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) (2002). Propuestas sobre discapacidad que formula el CERMI para incorporar a la Convención sobre el Futuro de la Unión Europea. Madrid.

Commission of the European Communities (1994). European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology, HEART. IRV Hoemsbrock, The Netherlands.

Comunicación de 30 de octubre de 2003 (2004). Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad: un plan de acción europeo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, serie "Comunicaciones e Información", nº 110.

Comunicación de la comisión al parlamento europeo al consejo al comité económico y social europeo y al comité de las regiones, 15.11.2010 (2010). Estrategia europea sobre discapacidad 2010 a 2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras. Comisión de las Comunidades Europeas con Discapacidad, COM, 636 final.

Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad: por la inclusión social y el empleo (2002). *Minusval*, 133, 9-12.

Consejo de Europa (1998). Recommendation num. R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relatives a la dependance.

Consejo Español de Representantes de Minusválidos (2005). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud: Ayudas técnicas y discapacidad. *Colección CERMI*, 15, 368.

Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado nº 311, 29-12-78.

Constitución Europea (2005). El Parlamento Europeo aprueba el Tratado Constitucional. Disponible en:  
[www.europarl.europa.eu/.../2005\\_01\\_10\\_brochure\\_constitution\\_es](http://www.europarl.europa.eu/.../2005_01_10_brochure_constitution_es)

Convención Europa. (2004). Una Constitución para Europa. Roma 29/10/2004. Disponible en: [http://www.untref.edu.ar/documentos/niei/una\\_constitucion\\_para\\_europa.pdf](http://www.untref.edu.ar/documentos/niei/una_constitucion_para_europa.pdf)

Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2007). *Cook & Hussey's Assistive technologies: principles and practice*. St. Louis MO: Mosby.

Cooper, R. A., & Cooper, R. (2003). Trends and Issue in Wheeled Mobility Technologies. Disponible en:  
[http://www.ap.buffalo.edu/ideaproto/space%20workshop/Papers/WEB%20-%20Trends\\_Iss\\_WC%20\(Cooper\).htm](http://www.ap.buffalo.edu/ideaproto/space%20workshop/Papers/WEB%20-%20Trends_Iss_WC%20(Cooper).htm)

Cooper, R. A., González, B., y Lorenzo, J. (1997). El rendimiento de una selección de sillas de ruedas ligeras en las pruebas ANSI/RESNA. American National Standards Institute – Ingeniería de Rehabilitación y la Sociedad de Tecnología de Asistencia de América del Norte. *Arco Phys Med Rehabil*, 78, 1138 – 1144.

Corregidor Sánchez, A. I., y Gómez Calero, C. (2005). Área de actividades de la vida diaria. En: Corregidor Sánchez AI. *Terapia ocupacional en Geriatria y Gerontología*. Barcelona, Masson, p.24-35.

Courtis, C. (2004). Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003. *Jueces para la Democracia*, 51, 7-14.

Cruz Villalón, J. (2002). La Constitución inédita. La dificultad del debate constitucional europeo. *Revista Española de Derecho Europeo*, 1, 9-11.

Dávila, C. D. (2006). Discapacidad y género. Un estudio de participación en el mercado de trabajo español. *Moneda y Crédito*, 223, 127-158.

Dayé, C., Hansen, G., & Panek, P. (2006). Assistive technology for persons with disabilities and older people with impaired mobility. In: Conference Ageing and Disability-disabled people are ageing, ageing people are getting disabled. Graz, Austria.

De Asis, R. (2004). La incursión de la discapacidad en la teoría de los derechos: posibilidad, educación, derecho y poder". En: Campoy Cervera I. *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid, Ed. Dykinson.

De Asis, R. (2001). Sobre el concepto y el fundamento de los derechos: una aproximación dualista. Cuadernos Bartolomé de las Casas. Madrid, Ed. Dykinson.

De Lorenzo, R. (2003). El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. *Desarrollo humano y discapacidad*. Madrid, Ed. Fundación Once.

De Lorenzo, R. (2004). El futuro de los discapacitados en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 50, 11, 73.

Decisión 771/2006/CE (2006), del departamento europeo y del consejo, por la que se establece el Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos (2007) — Hacia una sociedad justa. *Diario Oficial de la Unión Europea* de 17 de mayo de 2006.

Decisión 2010/48/CE (2009), del Consejo relativa a la celebración por parte de la Comunidad Europea, de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 26-11-2009.

Declaración del Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad: por la inclusión social y el empleo. (2002). Madrid, *Minusval*, 133: 41-48.

Declaración proclamada por la ONU en la Asamblea General de 9 de Diciembre de 1975.

Decreto Foral 17/1998 (1998), de 26 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales. B.O.N de 23-2-98.

Decreto Foral 224/2000 (2000), de 19 de junio, por el que se modifica el Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud – osansubidea. B.O.N. de 2-8-00.

Decreto Foral 233/2001 (2001), de 27 de agosto, por el que se modifica el Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud – osansubidea. B.O.N. de 18-9-01.

Deloitte., & Touche. (2003). Access to Assistive Technology in the European Union. European Commission. Bruselas: Directorate General for Employment and Social Affairs.

Demers, L., Fuhrer, M. J., Jutai, J. W., Scherer, M. J., Pervieux, I., & DeRuyter, F. (2008). Tracking mobility-related assistive technology in an outcomes study. *Assistive technology. The official journal of RESNA*, 20 (20), 73.

Dictamen del Comité Económico y Social de 25 de febrero de 2001. DOC, nº 110, 30-4-2004.

Dictamen 2008/C 10/20 (2008), del Comité Económico y Social Europeo sobre “La armonización de los indicadores de discapacidad como instrumento para el seguimiento de las políticas europeas”. Diario Oficial de la Unión Europea, 15/01/2008.

Dictamen 2009/C 182/04 (2008), del Comité Económico y Social Europeo sobre la “Propuesta de Directiva del Consejo por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual”. Comisión de las Comunidades Europeas con Discapacidad (COM), 426 final.

Directiva Comunitaria 90/385/CEE (1990), sobre productos sanitarios implantables activos. Diario Oficial de Comunidades Europeas, serie “Legislación”, nº 189, 20-7-1990.

Directiva Comunitaria 93/42/CEE (1993), sobre productos sanitarios. Diario Oficial de Comunidades Europeas, serie “Legislación”, nº 169, 12-7-1993.

Directiva 2000/43/CE (2000), de 29 de junio de 2000 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, serie “Legislación”, nº 180, 19-7-2000.

Directiva 2000/78/CE (2000), del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. Diario Oficial de la Unión Europea, nº 303, 2-12-2000.

Directiva 2004/113/CE (2004), de 13 de diciembre de 2004 por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, serie "Legislación", nº 373, 21-12-2004.

Disabled Living Foundation. (1998). Equipment for positioning, standing and walking. Hamilton Index, part 2 section 8. Disabled Living Foundation, London.

Doman, C., Rowe, P., Tipping, L., Turner, A., & White, E. (2002). Herramientas para la vida. En: Terapia ocupacional y Disfunción Física. Principios, técnicas y práctica. Madrid, Ed. Elsevier, p.165-208.

Dudley, N. J., & Mc Mahon, M. (1994). The changing pattern of Wheelchair provision. *Clinical Rehabilitation*, 8, 70-75.

Eriksson, M., Niitamo, V. P., Kulkki, S., & Hribernik, K. A. (2006). Living Labs as a Multi-Contextual R&D Methodology. Milan, ICE, 26-28.

Esparza Catalán, C., y Abellán García, A. (2009). La discapacidad en Europa. *Portal Mayores. Informes Portal Mayores*, p. 93.

Evans, D. B. (1990). Principles involved in costing. *Med J Aust*, 153, S10-12.

Evans, R. (1985). Illusions of necessity. Evading responsibility for choice in health care. *Journal Health politics, politics and law*, 10, 439-467.

Fay, B. T., & Bouinger, M. L. (2002). The science behind mobility devices for individuals with multiple sclerosis. *Medical engineering & physics*, 24(6), 375-383.

Fernández de Casadevante Romani, C. (2003). Los derechos Humanos en la UE: mucho más que una cuestión retórica o doctrinal. *Noticias de la Unión Europea*, 218, 61.

Font, A., Gillen, M., Yen, I. H., Swig, L., Rugulies, R., & Burian, D. (2007). The association of socioeconomic status and psychosocial and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers. *Am.J.Ind.Med*, 50, 245-260.

Foro Europeo de la discapacidad (2003). Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Madrid, Ed. CERMI.

Fries, I. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 303, 5, 130.

- Fuguet, T. (2008). Europa demanda más accesibilidad. *Editur*, 7, 10-15.
- García Valverde, M.D., y González de Patto, R. M. (2004). Un balance tras el año europeo de las personas con discapacidad. *Discapacidad y trabajo*, p.59-73.
- Gil, A., López, A., Carrasco, P., y Jiménez, R. (2008). La salud de las personas mayores. En: Piedrota Gil. *Medicina preventiva y Salud pública*. Edición 11ª. Barcelona, Elsevier-Masson, 992-1003.
- Gil Agud, A. (2001). Las ayudas técnicas. *Saludalia* [revista en internet] Febrero 2001 [actualizada junio 2009]. Disponible en: <http://www.saludalia.com>
- Gonzalo, E., y Pasarín, M. (2004). La salud de las personas mayores. *Gac. Sanit*, 18 supl 1, 569-80.
- Guillén Llera, F., y Ribera Casado, J. M. (2000). Índice de Barthel. *Geriatría XXI*.
- Hegyí. (2002). Los retos de la política social para nuestras sociedades en proceso de envejecimiento. Comisión de Asuntos Sociales, de la Salud y de la Familia, del Consejo de Europa, Estrasburgo.
- Hernández Milagro, M.A., Rodríguez García, G. T., y Gerona Galdame, P. (2008). La discapacidad en España. Equipos de valoración y orientación. Prestaciones. Valoración de la discapacidad por disfunción del sistema musculoesquelético y nervioso. *Rehabilitación Madrid*, Ed. impr, 43(6): 276-286.
- Hoenig Helen, M. D. (2004). Assistive technology and mobility aids for the older patient with disability. *Annals of Long Term Care*, 12, 12-19.
- Huber, J., & Zwerina, K. (1996). The importance of utility balance in efficient choice designs. *Journal of Marketing Research*, 33, 307-317.
- Hyppponen, H. (1999). *The Handbook on Inclusive Design for Telematics Applications*. Siltasaaremlatu 18A, 00531. Helsinki, Finlandia.
- Inclusión Europa. (2002). La situación de las personas gravemente afectadas vinculadas a la dependencia en Europa. Bruselas, Ed. IE.
- Instituto Canario de Estadística (2004). Encuesta de ingresos y condiciones de vida de los hogares canarios. ISTAC.
- Instituto Canario de Estadística (2005). Ficheros de microdatos de la Revisión del Padrón Municipal a 1-1-2005. INE.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004). Libro Blanco de la I+D+I, al servicio de las personas con discapacidad y de las personas mayores. Madrid, IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010). Las personas mayores en la actualidad. IMSERSO.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (1983). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la enfermedad. Madrid, IMSERSO.

Instituto Nacional de Estadística (1987a). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Un primer comentario de los resultados. Madrid, INE, p.163.

Instituto Nacional de Estadística (1987b). Encuestas sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías 1986. Resultados nacionales. Madrid, INE.

Instituto Nacional de Estadística (1999). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Metodología de los trabajos de campo. Madrid, INE, p.317.

Instituto Nacional de Estadística (2001). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999. Metodología. Madrid, INE, p.248.

Instituto Nacional de Estadística, Organización Mundial de la Salud y Organización Nacional de Ciegos Españoles (2001). Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Madrid, INE-OMS-ONCE.

Instituto Nacional de Estadística (2002). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados nacionales detallados. Madrid, INE, p.489.

Instituto Nacional de Estadística (2004). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados por comunidades autónomas. INE.

Instituto Nacional de Estadística (2008a). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. INE.

Instituto Nacional de Estadística (2008b). Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. INE.

Jacobzone, S. (2000). Coping with Aging: Internacional Challenges. *Health Affairs*, p. 213-225.

Jiménez Lara, A. (2005). Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO, 14, 32.

Jiménez Lara, A., y Huete García, A. (2003). La discapacidad en España. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999. *MTAS-Real patronato sobre discapacidad*, Madrid.

Jiménez Lara, A., y Zabarte Martínez de Aguirre, M. G. (2008). La regulación de la prestación sociosanitaria, propuesta del Consejo Español de Representantes de Minusválidos. Colección CERMI. Madrid, Ed. Cinca.

Jönsson, B., Malmberg, L., & Svensk, A. (2004). *Situated Research and Design for Everyday Life*. Suecia, Universidad de Lund.

Jönsson, B. (2006). Ed. *Design Side by Side*. Studentlitteratur.

Kedlaya, D., & Kuang, T. (2007). Dispositivos de asistencia para mejorar la independencia. eMedicine de WebMD. Disponible en: <http://www.emedicine.com/pmr/topic210.htm>

Krantz, O. (2009). *Social Construction of Technical Aids Personal Meaning and Interactional Effects of Disability and Assistive Devices in Everyday Life*. Suecia, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Lund.

Kronreif, G., Panek, P., Nuttin, M., Cremers, G., Pisetta, A., Fuerst, M., et al. (2007). MOVEMENT - A Modular Approach for an Assistive Robot System for Supporting Disabled and Elderly Persons. En: Eizmendi, J., Azkoitia, & Craddock, G. *Challenges for Assistive Technology*, proc of the 9th Europ Conf for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AAATE). San Sebastian, Spain, IOS Press, 520 – 524.

Laloma, M. (2005). *Ayudas técnicas y discapacidad*. CERMI, AUPA.

Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontol*, 9, 179-86.

Ley 13/1982 de 7 de abril (1982). Integración social de los Minusválidos. Boletín Oficial del Estado, nº 103, 30-4-1982.

Ley 15/1985 de 30 de mayo (1985). Límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 129, 31-5-1985.

Ley 55/1999 de 29 de diciembre (1999). Medidas Fiscales, Administrativas y Orden Social. Boletín Oficial del Estado, nº 312, 30-12-1999.

Ley 34/2002 de 11 de julio (2002). Servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico. Boletín Oficial del Estado, nº 166, 12-7-2002.

Ley 16/2003 de 28 de mayo (2003). Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, 29-05-2003.

Ley 41/2003 de 18 de noviembre (2003). Protección patrimonial de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 277, 19-11-2003.

Ley 51/2003 de 2 de diciembre (2003). Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). Boletín Oficial del Estado nº 289, 3-12-2003.

Ley 53/2003 de 10 de diciembre (2003), sobre el empleo público de discapacidades. Boletín Oficial del Estado, nº 296, 11-12-2003.

Ley 56/2003 de 16 de diciembre (2003), de Empleo. Boletín Oficial del Estado, nº 301, 17-12-2003.

Ley 62/2003 de 30 de diciembre (2003). Medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Oficial del Estado, nº 313, 31-12-2003.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre (2006). Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, 15-12-2006.

Ley 27/2007 de 23 de octubre (2007), por lo que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, nº 255, 24-10-2007.

Ley 49/2007 de 26 de diciembre (2007), 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. Boletín Oficial del Estado, nº 310, 27-12-2007.

Ley 56/2007 de 28 de diciembre (2007). Medidas de Impulso de la Sociedad de la información. Boletín Oficial del Estado, nº 312, 29-12-2007.

Ley Orgánica 1/2008 de 30 de julio (2008), por la que se autoriza la ratificación del Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Unión Europea. Boletín Oficial del Estado, nº184, 31-7-2008.

Longmore, P., & Umansky, L. (2001). *The New Disability History: American perspectives*. New York University Press. New York.

Malo, M. A. (2004). ¿Cómo afectan las discapacidades a la probabilidad de ser activo en España? Un análisis empírico con datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999. *Cuadernos de Economía*, 27 (74), 75-108.

Malo, M. A., Dávila, C. D. (2006). *La protección de las personas con discapacidad: ayudas técnicas, ayudas personales y pobreza*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Mandelstam, M. (1993). *How to get equipment for disability*, 3rd end, Jessica Kingsley and Kogan Page for the Disabled Living Foundation, London.

Maravall, H. (1999). La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible. *Rev. Administración sanitaria*, 11, 17-28.

Martin, J. A. (2005). Ayudas Técnicas: apoyos que llegan tarde, mal y nunca. *CERMI*, 33, 12-13.

Martín y Pérez de Nanclares, J. (2003). El proyecto de Constitución Europea: reflexiones sobre los trabajos de la Convención. *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 15, 358.

Mc Creadice, M.J., & James, R. (1995). An audit. of wheelchair service provision in three regions. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2 (9), 465-472.

Mc Coll. (1986). A review of artificial limb and appliance centre services. Department of Health and Social Security, London, vol 1.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003 – 2007. IMSERSO. Madrid, Ed. MTAS, p.21-22.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de Dependencia en España. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). Madrid: Secretaria de estado de Servicios Sociales, Familiares y Discapacidad. IMSERSO.

Monteverde, M. (2004). Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración. *Economics, Universitat de Barcelona*.

Moreno Gene, J., y Romero, A. M. (2003). La protección de los discapacitados en la Constitución Europea. *Rev MTAS*, 57.

Mullis, R., & Dent, R. M. (2000). Crutch length: effect on energy cost and activity intensity in non-weight-bearing ambulation. *Arco Rehabil Phys Med*, 81, 569 – 572.

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponible en: <http://www.uned.es/master-mayores/documentos/jornadas-mayores-2008>.

National Health Service Executive (1996b). Wheelchair voucher scheme HSG. Department of Health, Wetherby, 96, 53.

Niitamo, V., Kulkki, S., Eriksson, M., & Hribernik, K. A. (2006). State-of-the-art and good practice in the field of Living Labs. Proceedings of the 12th International Conference on Concurrent Enterprising: Innovative Products and Services through Collaborative Networks. Milan, p.349-357.

Nino, C. (1989). Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. Ed Ariel Derecho, Barcelona.

Observatorio Estatal de la Discapacidad (2010). Informe Olivenza 2010: Las personas con discapacidad en España. Estimaciones cuantitativas y perfil

sociodemográfico según la encuesta EDAD 2008. OED. 2011. Disponible en: <http://www.observatoriodeladiscapacidad.es/>

Oficina de Estadística de la Unión Europea (2001). Disability and social participation in Europe. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de las comunidades europeas, KS-AW-01-001-EN-C.

Oficina de Estadística de la Unión Europea (2003). Employment of disabled people in Europe in 2002. Statistics in focus theme. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de las Comunidades Europeas, 3.26/2003.

Oficio de 18 de octubre de 1999 (1999), sobre el trámite de Licencia de Funcionamiento de fabricantes de productos de ortopedia a medida. Subdirección General de productos sanitarios, 18-10-1999.

Orden de 18 de junio de 1985 (1985), por la que se establecen las normas sobre el uso de perros guías para deficiencias visuales. Boletín Oficial del Estado, nº 153, 27-6-1985.

Orden de 18 de enero de 1996 (1996), de desarrollo del real decreto 63/1995, de 20 de enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial del Estado, nº 87, 7-2-1996.

Orden de 23 de julio de 1999 (1999), por la que se modifica la Orden de 18 de enero de 1996 de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial del Estado, nº 186, 5-8-1999.

Orden de 30 de marzo de 2000 (2000), por la que se modifica parcialmente la Orden de 18 de enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de regulación de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial del Estado, nº 87, 11-4-2000.

Orden de 21 de noviembre (2003), por la que se regula la prestación ortoprotésica en la Comunidad Autónoma de Galicia. Diario Oficial de Galicia, nº 24, 4-2-2003.

Orden de 9 de febrero de 2004 (2004), por la que se regula la prestación de material ortoprotésico y se aprueba el Catálogo General de Material Ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias. Boletín Oficial de Canarias, nº 054, 18-03-2004.

Orden de 7 de diciembre de 2005 (2005), por la que se actualiza el Catálogo General de Productos de la Prestación Ortoprotésica en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 248, 22-12-2005.

Orden de 29 de marzo de 2007 (2007), del Consejero de Sanidad, por la que se aprueban el catálogo general de material ortoprotésico y el baremo de las condiciones socioeconómicas que dan lugar al abono directo de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial del País Vasco, nº 145, 30-7-2007.

Orden SCO/3422/2007 de 21 de noviembre (2007), por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 285, 28-11-2007.

Orden PRE/446/2008 de 20 de febrero (2008), por la que se determinan las especificaciones y características técnicas de las condiciones y criterios de accesibilidad y no discriminación establecidos en el Real Decreto 366/2007 de 16 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 48, 25-2-2008.

Orden de 2 de marzo de 2009 (2009), para la regulación de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial de Canarias, nº 050, 13-03-2009.

Organización de las Naciones Unidas (2002). Monitoring the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities, ONU.

Organización Mundial de la Salud (1980). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, OMS.

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, OMS.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Disability – a global picture. En: Informe Mundial sobre la discapacidad 2011. Nueva York, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, p.21 – 53.

Ortún, V. (2003). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona, Masson.

Palacios, A. (2004a). El derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y la obligación de realizar ajustes razonables. En: Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas. Campoy Cervera I. Madrid, Ed. Dykinson.

Palacios, A. (2004b). La discapacidad frente al poder de la normalidad. Una aproximación desde tres modelos teóricos [tesina]. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid. Instituto de Derechos humanos “Bartolomé de las Casas”.

Palacios, A. (2006). «¿Modelo rehabilitador o modelo social? La persona con discapacidad en el derecho español», en la obra Igualdad, No Discriminación y Discapacidad, Jiménez, E. (ed.), Buenos Aires, Argentina, Ediar-Dykinson.

Palacios, A., y Jiménez, E. (2005). Apostillas acerca de la nueva Ley española de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal. Una mirada crítica sobre sus principios rectores, *J. A. Revista de jurisprudencia*, Buenos Aires.

Panek, P., & Zagler, W. L. (2008). A Living Lab for Ambient Assisted Living in the Municipality of Schwechat. En: Miesenberger K et al. Proceedings of ICCHP 2008, Linz, Austria, LNCS 5150, Springer, p. 1008-1015

Peces-Barba, G. (1989). Sobre el fundamento de los derechos humanos. Un problema moral y derecho. En: Mugerza J et al. El fundamento de los derechos humanos. Debate. Madrid.

Pengelly, S. (2006). The Social model and Clinical reasoning. En: Cluton, S., & Grisbrooke, J. Ocupacional Therapy in Housing, Building on Firm Foundations. London, Wurr Publishers, p.46.

Pérez Bueno, L. C. (2006). Discapacidad y asistencia sanitaria. Madrid, CERMI.

Pope, P. (1996). Postural Management and special skating, In: Edwards (ed) Neurological physiotherapy. Churchill Livingstone, New York.

Portal Mayores (2009). La discapacidad en Europa. Madrid. Portal Mayores. Informes Portal Mayores, nº 93 .Fecha de publicación: 23/09/2009, versión 2. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-disca-en-europa-2006-v2.pdf>

Propuesta de Decisión del Consejo Europeo (2001), sobre el Año europeo de las personas con discapacidad – 2003. Comisión de las Comunidades Europeas con Discapacidad, nº 271, 29-5-2001.

Propuesta 2008/0140 de Directiva del Consejo de la Unión Europea (2008), por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual. Comisión de las Comunidades Europeas con Discapacidad (COM), 2-7-2008, Confederación Nacional de Sordos de España, 426 final.

Puga, D. (2005). La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev. Esp. Salud Pública*,79, 327-330.

Puga, M. (2002). Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid, Fundación Pfizer.

Puga, M. D., y Abellan, A. (2004). El proceso de discapacidad, un análisis de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid, Fundación Pfizer.

Puig de la Bellacasa, R. (1993). La Discapacidad y la Rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini-par Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Madrid.

Puyol, R., y Abellán, A. (2006). Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid, Mundial Asistense.

Querejeta González, M. (2004a). Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid, IMSERSO.

Querejeta, M. (2004b). Discapacidad/Dependencia: Unificación de valoración y clasificación. IMSERSO.

Quinn, G., & Degener, T. (2000). A survey of international, comparative and regional Disability Law Reform. En: From principles to practice an Internacional Disability Law and Policy Symposium. 22-25 de Octubre 2000. DREDF. Disponible en: [www.dredf.org/international/degener.sp.html](http://www.dredf.org/international/degener.sp.html).

Real Decreto 3250/1983 de 7 de diciembre (1984), por el que se regula el uso de perros guías para deficientes visuales. Boletín Oficial del Estado, nº 1, 2-1-1984.

Real Decreto 556/89 de 19 de mayo (1989), por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. Boletín Oficial del Estado, nº 122, 23-5-1989.

Real Decreto 63/1995 de 20 de enero (1995), sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 35, 10-2-1995.

Real Decreto 414/1996 de 1 de marzo (1996), por el que se regulan los productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 99, (24-4-1996).

Real Decreto 2727/1998 de 18 de diciembre (1999), por el que se modifica el Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 10, 12-1-1999.

Real Decreto 437/2002 de 10 de mayo (2002), por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida Boletín Oficial del Estado, nº 128, 29-05-2002.

Real Decreto 170/2004 de 30 de enero (2004), por el que se modifica el Real Decreto 1451/1983 de 11 de marzo sobre empleo selectivo y medidas de fomento de empleo. Boletín Oficial del Estado, nº 27, 31-01-2004.

Real Decreto 290/2004 de 20 de febrero (2004), regulador de los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 45, 21-02-2004.

Real Decreto 338/2004 de 27 de febrero (2004), que modifica la composición del Consejo del Real Patronato sobre discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 51, 28-02-2004.

Real Decreto 1865/2004 de 6 de septiembre (2004), por el que se regula el Consejo Nacional de la discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 216, 7-09-2004.

Real Decreto 2271/2004 de 3 de diciembre (2004), por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo. Boletín Oficial del Estado, nº 303, 17-12-2004.

Real Decreto 314/2006 de 17 de marzo (2006). Aprobación del Código Técnico de la Edificación. Boletín Oficial del Estado, nº 74, 28-3-2006.

Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre (2006), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, 16-9-2006.

Real Decreto 1417/2006 de 1 de diciembre (2006). Sistema Arbitral para la Resolución de Quejas y Reclamaciones en materia de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal. Boletín Oficial del Estado, nº297, 13-12-2006.

Real Decreto 1414/2006 de 1 de diciembre (2006). Determina la Consideración de Personas con Discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades. Boletín Oficial del Estado, nº 300, 16-12-2006.

Real Decreto 366/2007 de 16 de marzo (2007), por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. Boletín Oficial del Estado, nº 72, 24-3-2007.

Real Decreto 505/2007 de 20 de abril (2007), por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos y urbanizados y edificaciones. Boletín Oficial del Estado, nº 113, 11-5-2007.

Real Decreto 1494/2007 de 12 de noviembre (2007), por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social. Boletín Oficial del Estado, nº 279, 21-11-2007.

Real Decreto 1544/2007 de 23 de noviembre (2007), por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº290, 2-12-2007.

Real Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre (2008). Catálogo General de material ortoprotésico del Instituto Nacional de Salud. Boletín Oficial de Canarias, nº 1, 1-1-2008, anexo VI.

Real Decreto 1591/2009 de 16 de octubre (2009), por el que se regulan los productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 268, 6-11-2009.

Real Decreto 1855/2009 de 4 de diciembre (2009). Regulación del Consejo Nacional de la Discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 311 26-12-2009.

Real Decreto 1856/2009 de 4 de diciembre (2009). Grado de calificación de discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 331, 26-12-2009.

Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y a plena participación de las personas discapacitadas en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas en Europa 2006-2015. (2006).

Resolución del Consejo 2003/C 175/01 de 15 de julio de 2003 (2003), sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de las personas con discapacidad. Diario Oficial de la Unión Europea, 15-07-2003.

RESOLUCIÓ de 5 d'abril de 2005 (2005), del conseller de Sanitat, per la qual es modifica el Catàleg General d'Especialitats de Material Ortoprotètic en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, relatiu a productes inclosos en l'article 108 de la Llei General de la Seguretat Social. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, nº 5002, 10-5-2005.

Resolució STL/594/2008 de 22 de febrero (2008), per la qual es revisa el catàleg de prestacions ortoprotètiques. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 5229, 4-3-2008.

Resolución 2008/C 75/01 (2008), del Consejo de la Unión Europea y los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el Consejo el 17 de marzo de 2008 relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, 17-03-2008.

Richardson, B. (1995). Out and about- solving problems of mobility. In Bumphrey E (ed) Community practice. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, London, 12.

Rodríguez, C., y Noya, R. (2004). El futuro de las tecnologías para las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores en España: necesidades de intervención. CEAPAT.

Rodríguez-Porrero Miret, C. (2009). Foro estatal de centros de información en productos de apoyo. *Minusval*, 173, 12-13.

Roldan Barbero, J. (2003). La Carta de Derechos Fundamentales en la UE: su estatuto constitucional. *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 16, 943.

Romero, C., Gorroñoigoitia, A., Lituago, C., y Lesende, M. (2001). Programa de Actividades preventivas y de promoción de la Salud. Actividades preventivas en los ancianos. *Atención primaria*, 28 (2), 1-20.

Rubén Fernández, C. (2001). Discapacidad en los planes nacionales de acción para la inclusión social de la Unión Europea. Reunión de la Comisión política social de la EU. Bruselas. Disponible en: <http://www.cermi.org>.

Sancho, M. T. (2004). La protección social de las personas mayores dependientes en Francia. *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, 10, 1-16.

Sanz Caballero, S. (2003). La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en la convención sobre el futuro de la UE: un encaje de filigranas. *Noticias de la Unión Europea*, 221, 56-57.

Scherer, M. J., & Glueckauf, R. (2005). Assessing the benefits of assistive technologies for activities and participation. *Rehabilitation psychology*, 50 (2), 132-141.

Serrano, F., y Carbonell, A. La salud del anciano. *Jano*, 62 (1435), 31-6.

Servicio Canario de la Salud. (2002). Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Silvers, A., Wasserman, D., & Mahowald, M. (1998). Disability, Difference, Discrimination. Perspective on justice in Bioethics and Public Policy. Rowman & Littlefield Publishers Inc. United States of America.

Souza, A., Kelleher, A., Cooper, R., Cooper, R. A., Lezzoni, L. I., Collins, D. M. et al. (2010). Multiple sclerosis and mobility-related assistive technology: systematic review of literature. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47 (3), 213-221.

Stenberg, L. (2007). Nordic Development Centre for Rehabilitation Technology NUH, Mathiassen NE, Jordansen IJ, Danish Centre for Technical Aids for Rehabilitation and Education et al. Provision of assistive technology in the Nordic Countries. 2ª edición. Estocolmo: Nordic Cooperation on Disability Issues.

Stiker, H. (1993). A History of Disability; translated by William Sayers, Ann Arbor; The University of Michigan Press. United States of America.

UNE. (2007). Nueva norma UNE EN ISO 9999. AENOR.

Ustún, T. B., Hyman, E. S., Chatterji, S., Rehm, J., Saxena, S., Bickenbach, J. E., et al. (2001). Ayudas Técnicas y Discapacidad. Disability and Culture: Universalism and Diversity. OMS y Hogrefe & Huber Publishers.

Valdés de la Vega, B. (2003). La protección de los derechos fundamentales por el Tribunal de Justicia. *Revista de Derecho Social*, 23, 11 y 41.

Vázquez Barquero, J. L. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructural. *Papeles médicos*, 10 (4), 177-184.

Viciano, F., Hernández, J. A., Canto, V. D, y Ávila, A. I.(2003). Longevidad y Calidad de vida en Andalucía. Sevilla. Instituto de Estadística de Andalucía.

Vida Fernández, J. (2004). El modelo social en la Constitución Europea: análisis presente y propuestas de futuro. Madrid, Ed. Fundación Alternativas.

Villarino, P. (2004). Consejo Español de Representantes de Minusválidos. La discapacidad en la constitución europea. *Folleto divulgativo*. Madrid, CERMI.

White, E. (2002). Ayudas para moverse. En: Terapia ocupacional y Disfunción Física. Principios, técnicas y práctica. Madrid, Ed. Elsevier, 191-208.



## **8. ANEXOS**

## CUESTIONARIO

### “DISCAPACIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS/PRODUCTOS DE APOYO”

**1. Sexo:**

- Hombre
- Mujer

**2. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**3. Estado civil:**

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Divorciado/a
- Pareja de hecho

**4. Nacionalidad:**

- Española
- Europea
- Otros

**5. ¿Qué estudios ha realizado usted?:**

- No sabe leer o escribir
- Sin estudios
- Estudios de primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º)
- Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental)
- Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, Formación Profesional, BUP, Aprendizaje y Maestría Industrial)
- Estudios de tercer grado, primer ciclo (Escuelas Universitarias, Perito Ingeniero Técnico, Magisterio)
- Estudios de tercer grado, segundo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, Másters)
- No sabe / No contesta

**6. Situación laboral en la actualidad:**

- Trabaja
- No trabaja
- Ama de casa
- Jubilado/a
- En paro con subsidio
- En paro sin subsidio
- Estudiando
- Otro
- No sabe/ No contesta

**7. Actualmente, ¿En qué isla vive habitualmente?:**

- Isla de Tenerife
- “ La Palma
- “ La Gomera
- “ El Hierro
- “ Gran Canaria
- “ Lanzarote
- “ Fuerteventura
- “ La Graciosa

**8. ¿Dónde se encuentra su residencia habitual?:**

- Área urbana (ciudad)
- Área rural

**9. Su vivienda habitual es de tipo:**

- Independiente
- Adosada o pareada
- Edificio

**10. Actualmente vive con:**

- Solo
- Cónyuge/pareja
- Familiar
- Otros

**11. Sus ingresos mensuales medios netos son:**

- No se recibe ingreso alguno
- Hasta 120€

- De 121 a 500€
- De 501 a 1000€
- De 1001 a 1500€
- > de 1500€
- No sabe/ No contesta

**12. ¿Padece algún problema de movilidad que le dificulte realizar actividades de la vida diaria? (cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo, andar/desplazarse, utilizar medios de transporte):**

- Sí
- No

**13. En caso afirmativo de la respuesta anterior, el problema ha sido originado por:**

- Congénito
- Problemas en el parto
- Enfermedad física
- Enfermedad mental
- Accidente de tráfico y/o trabajo
- Otros accidentes
- Senilidad (avanzada edad)
- Otras causas

**14. En su entorno familiar, ¿hay alguna persona con problemas en la movilidad?:**

- Sí
- No

**15. ¿Conoce algún tipo de ayudas técnicas?:**

- De movilidad
- De comunicación
- Otras
- Ninguna

**16. ¿A través de quién las conoce?:**

- Médico
- Enfermera
- Fisioterapeuta
- Familiares

- Amigos
- Otros

**17. ¿Utiliza alguna ayuda técnica?:**

- Sí
- No

**18. En caso afirmativo de la respuesta anterior, ¿de qué tipo?:**

- Bastones
- Muletas
- Andadores
- Sillas de ruedas
- Otros

**19. ¿Cuánto tiempo lleva utilizándola?:**

- 0 - 6 meses
- 6 meses – 1 año
- 1 año – 3 años
- Más de 3 años

**20. ¿Cuánto tiempo estima seguir utilizándola?:**

- 0 - 6 meses
- 6 meses – 1 año
- 1 año – 3 años
- Más de 3 años

**21. ¿Le han enseñado a utilizar adecuadamente su ayuda técnica?:**

- Sí
- No

**22. En caso afirmativo, ¿quién le ha enseñado?:**

- Médico
- Enfermera
- Fisioterapeuta
- Familiares
- Amigos
- Otros

**23. ¿Considera necesario recibir formación sobre el uso y mantenimiento de una ayuda técnica?:**

- Sí
- No
- Por qué

**24. ¿Considera que la ayuda técnica que está utilizando es soportable por su economía?:**

- Sí
- No

**25. ¿Ha solicitado alguna subvención para la adquisición de su ayuda técnica?:**

- Sí
- No

**26. En caso afirmativo, ¿se la concedieron?:**

- Sí
- No

**27. En su caso, ¿qué institución se la subvencionó?:**

- SC de la Salud
- Cabildo
- Consejería de Bienestar Social
- Ayuntamiento
- ONG
- Privado
- Otros

**28. ¿Qué porcentaje ha supuesto la subvención?:**

- El 25%
- “ 50%
- “ 75%
- “ 100%
- Otros

**29. ¿Utilizaría una ayuda técnica que hubiera sido usada por otra persona tras ser revisada y puesta a punto?:**

- Sí
- No
- Por qué

**30. ¿Estaría dispuesto/a a la reutilización de la ayuda técnica que necesite siempre que se reintegre el copago?:**

- Sí
- No

**31. Finalizada la necesidad de utilizar su ayuda técnica, ¿la donaría para que otra persona pudiera reutilizarla?:**

- Sí
- No
- Por qué

**32. Cuando se avería su ayuda técnica, ¿dónde acude para repararla?:**

- Al SC de la Salud
- A la ortopedia
- Otros

**33. ¿Quién abona la reparación?:**

- El SC de la Salud
- La ortopedia
- Propia
- Otros

**34. Cuando ya no tiene necesidad de utilizar la ayuda técnica, ¿qué hace con ella?:**

- La presta a otra persona
- La dona a alguna Institución
- La devuelve a quien se la subvencionó
- La almacena
- Otros

**35. ¿Ve necesario que el Servicio Canario de la Salud ofreciera un servicio público gratuito para el control, seguimiento, mantenimiento y formación de las ayudas técnicas?:**

- Sí
- No
- Por qué

