

ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA EN LA POBLACIÓN DEPENDIENTE:

NECESIDADES, PROGRAMAS, CASOS

MEMORIA – DOCUMENTO 1

Marzo 2007



Proyecto FIPROS 2005/136
 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 Secretaría de Estado de la Seguridad Social
 Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social

Fernando Alonso López (director)
Montse Dinarés Quera
Verónica Farreras
Diana López Falcón

Y la asistencia de:
Vera Lopes
Elisa Trujillo

Equipo ACCEPLAN
Institut Universitari d'Estudis Europeus



Trabajo de campo y soluciones de arquitectura:

Ernesto Bueno
Claudio Borgoglio

Ciudades para Todos S.L.



Equipo ACCEPLAN
Institut Universitari d'Estudis Europeus
Universitat Autònoma de Barcelona
Edifici E-1
08193 – Bellaterra

fernando.alonso@uab.es

Ocurre que la persona mayor sola en el domicilio se va apagando, va cayendo en sus propias limitaciones progresivamente, en silencio y sin conciencia de su falta de condiciones dignas. Simplemente se adapta. Y es que no tiene contraste, nadie le motiva ni le fuerza a mantenerse y reconocerse en una red social. Un día se deja de bañar, al siguiente no se viste, al siguiente se levanta del sofá sin saber si es la mañana o la tarde, y las instituciones podemos mirar o no hacerlo, porque la mayoría de esas personas no nos van a pedir nada.

Presentación del Departamento de Bienestar Social en la Ponencia de las Juntas Generales de Guipúzcoa (citado en "Programa Egokituz: resumen". Manuscrito. Dirección de Bienestar Social. Donosita-San Sebastián, 2003)

El propósito de una adaptación es modificar los entornos discapacitantes para restablecer o permitir la vida independiente, la privacidad, confianza y dignidad de las personas y sus familias. No es, por tanto, primeramente una tarea de realizar obras, dotar de equipamientos o modificar una vivienda, sino de proveer una solución individualizada a los problemas de las personas que experimentan un entorno que las incapacita.

*Delivering Housing Adaptations for disabled people. A good practice guide.
Department for Education and Skills
Department of Health, GB
Office of the Deputy prime Minister, 2004*

Las buenas adaptaciones transforman vidas, mejoran la salud y mantienen a la gente fuera del acogimiento institucional; las malas adaptaciones son una oportunidad perdida: "dinero tirado por el desagüe", como un usuario lo ha descrito.

Frances Heywood (2001)

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han colaborado de distintas maneras en este trabajo; también las entidades e instituciones que se han prestado a aportar sus datos y experiencia. Expresamente queremos citar a las personas que figuran aquí debajo, y a las instituciones que representan, disculpándonos de antemano por las posibles omisiones.

Por último la Dirección General de la Tesorería de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha hecho posible este proyecto de investigación con a subvención FIPROS concedida.

A todos, muchas gracias.

Concha Ortí, Coordinadora del Servicio de Mayores de Alcobendas:

José I. Rodríguez Galadí, Jefe de Servicio de Rehabilitación de Vivienda, Dirección Gral. de Arquitectura y Vivienda. Junta de Andalucía

Luis Antonio Ayesa Arjona, Director del Servicio de Vivienda de Navarra

Carmen Aguirre Hernández, Instituto de Bienestar Social de Navarra

Mar González Alonso, Centro de Mayores, Alcobendas

Miren Beristain, Técnico de Ayudas Técnicas, Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa

María José Furriel, Diputación Foral de Guipúzcoa

Encarna Otero Cepeda, Directora Xeral de Fomento y Calidad de Vivienda de la Xunta de Galicia

Xosé Bieito Seara Formoso, Director Xeral de Acción Social de la Xunta de Galicia.

Josep Arenas, Jefe de Servicio de Accesibilidad de la Xunta de Galicia

María Cruz de Tena-Dávila Mata, Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid

José García Molina, Subdirector General de Voluntariado de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid

José Antonio González García, Dirección de Planificación y Procesos Operativos de Vivienda del Gobierno Vasco

Paloma Alonso Montuno, Subdirección General de Recursos y Programas para personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid

M^a Encarnación Suárez Arjona, Subdirectora General de Personas Mayores de la Junta de Andalucía

Soledad Jiménez González, Subdirectora General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía

Maida Rodríguez Roca, Negociado de Personas con Discapacidad del Excelentísimo Ayuntamiento de Málaga

Encarna Otero Cepeda, Directora Xeral de Fomento e Calidade da Vivenda. Xunta de Galicia.

Teresa Elordui, Sirius, Departament de Benestar i Família, Generalitat de Catalunya

Marisa Hernández, Sirius, Departament de Benestar i Família, Generalitat de Catalunya.

Mercè Camprubí, Institut Guttman

Reyes Noya, CEAPAT, IMSERSO

Isabel Valle, CEAPAT, IMSERSO

Laida Sansebastián, ICAVI-BIKAIN, Guipúzcoa

Jabi Odriozola, OSOA, Guipúzcoa

Manolo Lobato

Terapeutas ocupacionales que colaboraron en las visitas de campo:

Roberto Salvador – Quvitec, Barcelona

Roger Gómez – Quvitec, Barcelona

Carme Olivera – Fisiogestió, Barcelona

Arantxa García Vicente – Fisiogestió, Barcelona

Ainhara Agirre – Icavi-Bikain, Gipuzcoa

Cristina Bonet – Institut Guttman, Barcelona

Concepción García Echave – Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid

Marisol García Carpio – Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid

M^a Teresa Santos Corbelle – Centro Asesor de Ayudas Técnicas (Asturias)

Ana Isabel Pedreira – Geriátrico La
Milagrosa de A Coruña

Terapeutas ocupacionales que respondieron las
encuestas:

Roberto Salvador Tabasco
Cataluña
María Gracia Carpeña Niño
Madrid
Roger Codina Figueras
Cataluña
Sonia Espin Larreta
País Vasco
Angelines Enfedaque Pallarés
Aragón
Ana Lázaro Lázaro
Aragón
Marta Sanchez López
Castilla la Mancha
Maria del Carmen Fernandez Ameneins
Galicia
Angel Luis Ventura Alvarez
Aragón
Juan Antonio Lopez Segura
Cataluña
Irene Alvarez Rollan
Cataluña
Andrea Sanchez Gianzo
Cataluña
Rubén González Rodríguez
Galicia
Laura Chivite Ayala
Navarra
Raquel Elena Borrego Usable
Cataluña
Felicidad Ruiz de Villa Mutua
Cantabria
Maria José Martínez Fernandez
Cantabria
Ana Isabel Pedreira Salgado
Galicia
Mercé Martínez Valles
Cataluña
Teresa Santos Corbelle
Asturias
Coral Navarro Correal
Cataluña
M^o Luz Escribano Delgado

Andalucía
Susana Redón Bolós
Cataluña
Joana Martinez Anguo
Cataluña
Maria Darriba Fraga
Galicia
Esther Jara Cases
C. Valenciana
Jesús Marta Moreno
Aragón
Eva Pilar Chueca Miguel
Aragón
Edith Pérez Hernandez
Cataluña
Vanesa Sánchez Ucha
Galicia
Nuria Anglés soler
Cataluña
Teresa Elorduy
Cataluña
Marta Guerrero Casero
Cataluña
Rosa M^o Acchojo Pérez
Murcia
Mari Mar Yubero Lopez
Madrid
M^o Estela Ramo Lavilla
Aragón
M^a Jesús Miranda Maestre
Aragón Isabel Gómez Soria
Aragón
M^a Isabel Vidal Sanchez
Aragón
David Romano Casaus
Aragón
Patricia López López
Cataluña
Mar Gonzalez Alonso
Madrid
M^a del Mar Patiño Vera
Alicante
Sonsoles Baños Herraiz
Madrid
Gregorio Muñoz Gómez
Madrid

También agradecemos su colaboración al resto de terapeutas que, por voluntad expresa, no figuran en esta lista.

ÍNDICE

Introducción.....	13
-------------------	----

Parte I.- NECESIDADES:

POBLACIÓN, LIMITACIONES FUNCIONALES Y PRIORIDADES EN LA ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA

CAPÍTULO 1.

DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES..... 19

- 1.1.- Discapacidad, Dependencia y Limitación Funcional
- 1.2.- La protección social y a la dependencia en España como marco contextual de las ayudas a la adaptación funcional en la vivienda.
- 1.3.- El papel de la vivienda en la consecución de una vida independiente para las personas mayores y discapacitadas
- 1.4.- El marco técnico de la adaptación funcional de viviendas
- 1.5.- El marco competencial y normativo de la adaptación funcional de viviendas.
- 1.6.- Experiencias de adaptación funcional en Europa.

CAPÍTULO 2:

LAS LIMITACIONES FUNCIONALES DE LA POBLACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA VIVIENDA: METODOLOGÍA y APLICACIÓN A PARTIR DE LA EDDES 99 49

- 2.1. Metodología de estudio de las limitaciones funcionales de la población española: el Método Enabler.
- 2.2 La EDDES 99 y su adaptación al Método Enabler
- 2.3. Principales resultados de la adaptación del Método Enabler a los resultados de la Encuesta EDDES 1999.
- 2.6.- Análisis de las CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD en el hogar a partir de la EDDES

CAPÍTULO 3:

ESTUDIO DE PRIORIDADES: LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y NECESIDADES DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL EN SUS VIVIENDAS..... 67

- 3.1.- Estudio de prioridades (1): población con grandes limitaciones funcionales de movilidad en el hogar
- 3.2.- Estudio de prioridades (2): población con limitaciones funcionales vinculadas al acceso a la vivienda y uso del baño (según método Enabler)
- 3.3. Análisis de las condiciones residenciales de la población mayor de 65 años

Parte II.- PROGRAMAS

LAS AYUDAS, SU EJECUCIÓN Y PRINCIPALES AGENTES

METODOLOGÍA de la PARTE II: Estudio de los programas de ayudas para Supresión de Barreras y Adaptación Funcional de la Vivienda en España

CAPÍTULO 4:

CARACTERÍSTICAS de las AYUDAS para la SUPRESIÓN DE BARRERAS en EDIFICIOS de VIVIENDAS.....95

- 4.1.- Conceptos y estructura administrativa para gestión de ayudas de rehabilitación y supresión de barreras
- 4.2.- Los planes de vivienda y su tratamiento de la supresión de barreras
- 4.3.- Beneficiarios de las ayudas
- 4.4.- Tramitación, concesión y condiciones de las ayudas

CAPÍTULO 5:

AYUDAS para la ADAPTACIÓN FUNCIONAL de LA VIVIENDA 111

- 5.1.- El concepto de Adaptación Funcional y Ayudas Técnicas en la normativa
- 5.2. Programas y ayudas para la Adaptación Funcional de vivienda y Ayudas Técnicas en CC.AA. y CC.LL.
- 5.3. Características de los programas y ayudas

CAPÍTULO 6 :

LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS AUTONÓMICOS Y LOCALES DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL 127

- 6.1- Aspectos metodológicos en el estudio de la EJECUCIÓN de los PROGRAMAS autonómicos y locales de adaptación funcional.
- 6.2.- La ejecución de los programas AUTONÓMICOS de adaptación funcional: ESTUDIO DE CASOS
- 6.3.- La ejecución de los programas LOCALES de adaptación funcional: ESTUDIO DE CASOS
- 6.4.- Tabla comparativa de Ayudas

CAPÍTULO 7:

LOS PROFESIONALES: LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA..... 157

- 7.1.- La ejecución de las adaptaciones en el hogar y el papel del terapeuta ocupacional
- 7.2.- Breve consideración sobre la formación del T.O
- 7.3.- Resultados de la encuesta a 56 terapeutas ocupacionales especialistas en AFV
 - 7.3.1.- Encuesta, Parte A: Tipos de adaptación más frecuentes
 - 7.3.2.- Encuesta Parte B: Conocimiento y decisiones en la adaptación funcional
 - 7.3.3.- Encuesta Parte C: La ejecución de los programas de adaptación
 - 7.3.4.- Encuesta, Parte D: COBERTURA
 - 7.3.5.- Encuesta, Parte E: Evaluación y Resultados de las ayudas
 - 7.3.6.- Encuesta, Parte F: Efectos preventivos de la adaptación
 - 7.3.7.- Encuesta Parte G: Balance

Parte III.- CASOS

DIAGNÓSTICO, SOLUCIONES Y COSTES

CAPÍTULO 8.-

NECESIDADES DE ADAPTACIÓN: ESTUDIO DE CASOS 193

8.1 Metodología del trabajo de campo con arquitectos

8.2- Características de la muestra de visitas realizadas

8.3- Criterios de diagnóstico y selección de casos tipo

CAPÍTULO 9:

ESTUDIO de PROPUESTAS ÓPTIMA Y MÍNIMA DE ADAPTACIÓN

FUNCIONAL: 5 ESTUDIOS DE CASO 213

CAPÍTULO 10:

APROXIMACIÓN AL COSTE DE LAS ADAPTACIONES

FUNCIONALES 251

Parte IV.- CONCLUSIONES GENERALES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES GENERALES 263

PROPUESTAS..... 279

Bibliografía..... 285

DOCUMENTO 2

Parte V.- ANEXOS

ANEXO 1.- Asignación de limitaciones funcionales a los perfiles de discapacidad establecidos por la EDDDES. Árboles de decisión

ANEXO 2.- Programas de Ayudas: fichas de CC.AA. y CC.LL

ANEXO 3.- Normativa Analizada

ANEXO 4.- Fichas del trabajo de campo en domicilios

INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda un tema escasamente estudiado hasta el momento, poco conocido pero probablemente destinado a tener un gran crecimiento en los próximos años: la transformación de la vivienda de las personas mayores y discapacitadas para facilitar su permanencia y calidad de vida en el hogar.

Esa “adaptación funcional de viviendas” (AFV) se puede considerar compuesta por tres tipos de intervenciones, cada una con sus características y relevancia: la supresión de barreras en accesos y elementos comunes de la edificación (escaleras, pasillos, ascensor), la adaptación mediante obras en el interior de la vivienda, y la provisión de ayudas técnicas (AT) destinadas a facilitar o habilitar la realización de actividades de la vida diaria en el hogar. No obstante, es frecuente referirse como AFV sólo a las intervenciones que se producen en el interior de la vivienda, mientras que a aquellas que se producen en las zonas comunes de la edificación y entorno urbanístico inmediato se las denomina como “supresión de barreras”.

La variedad de aspectos a contemplar en este escenario es grande, máxime cuando desde el ámbito institucional también podemos identificar al menos tres focos de intervención: el estatal, el autonómico y el local. Y todos ellos de una u otra forma, incorporan sus normas, programas o departamentos destinados a ofrecer soluciones a una creciente demanda de ayudas públicas.

Pero la AFV es sólo una más de las formas de intervenir para favorecer la permanencia de las personas mayores en sus hogares, o el reacomodo en su vivienda de las personas que han contraído o agravado una discapacidad. Esa posibilidad de permanecer independientes se basa en gran medida en la capacidad de desarrollar de forma autónoma o con apoyo limitado las rutinas características de la vida diaria, evitando una indeseada institucionalización, lo que requiere otras prestaciones sociales que también están en proceso de cambio y crecimiento. La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia constituye el gran revulsivo de cambio en los servicios sociales de atención domiciliaria en España, y la AFV, aún cuando sólo aparece en una disposición adicional de la ley, está destinada a crecer como complemento necesario para una mejora y ampliación de la atención domiciliaria.

Hasta muy recientemente, las ayudas públicas creadas para atender la demanda de adaptaciones en el hogar han tenido un carácter marginal dirigido fundamentalmente a la necesidad de mejorar las condiciones de prestación de servicios de atención domiciliaria de la gente mayor y proveer soluciones “de emergencia” a personas con discapacidades. Con la aprobación de la ley “de dependencia” y el aumento de conocimiento y expectativas sobre los servicios y atenciones públicas en este sentido, y con el aumento de personas mayores en nuestro país, es esperable que crezca el número de demandas de adaptación, incluida la de obras de considerable y gran coste en la vivienda y

su entorno. La AFV es un tipo de intervención que puede alcanzar considerable coste; sobre todo en la medida en que el gasto se concentra en uno o varios momentos puntuales, aunque sus consecuencias se dilatan en el tiempo de manera poco predecible, lo que condiciona el tipo de solución más indicada y dificulta la planificación de las soluciones.

Por otra parte, el escenario social en que se plantea este tipo de intervenciones combina el creciente proceso de envejecimiento demográfico y aumento de la esperanza de vida, con la situación de un parque de viviendas muy poco preparado para soportar este proceso sin grandes cambios e inversiones.

Toda esta combinación de elementos se ha trabajado en este estudio mediante tres bloques, que son los que constituyen las partes en que se divide: (1) la demanda potencial de adaptaciones ligada a las limitaciones funcionales de la población, incluido el contexto en que se producen, (2) la investigación de los programas existentes y su ejecución, y (3) el estudio de casos prácticos con propuesta de intervención, que puedan aportar luz sobre como abordar desde una perspectiva técnico-constructiva las soluciones. Si el objetivo es permanecer en la vivienda en condiciones de calidad de vida y dignidad, esta última parte investiga la combinación de obras y AT necesarias para conseguirlo a través de casos-tipo.

En el desarrollo de esas tres partes se ha pretendido incluir las principales perspectivas que confluyen en la AFV:

- La perspectiva y realidad del usuario como individuo que tiene sus propios criterios e intereses respecto a las condiciones del propio hogar.
- La perspectiva profesional de aquellos que conocen y analizan las necesidades funcionales de las personas, asesoran sobre la resolución de los problemas y prestan la atención y formación necesarias
- La perspectiva de los técnicos (arquitectos) especialistas en la resolución de problemas de accesibilidad y edificación.
- La normativa que regula las ayudas existentes para financiar y asesorar sobre las reformas y ayudas técnicas necesarias.
- Los programas existentes en la actualidad, tanto desde el punto de vista de las soluciones a los espacios de uso colectivo en las viviendas (escaleras, ascensores, portales), como de las soluciones a los espacios privativos en el interior de la vivienda.

Como el conjunto de trabajos resultante es muy amplio, esta memoria de investigación deja muchos aspectos por estudiar o profundizar al nivel que sería necesario, por mucho que todos los aspectos explorados lo han sido de forma rigurosa y profunda en el espacio temporal y con los medios disponibles. Algunos temas se tocan superficialmente porque no siendo objeto central del trabajo se ha considerado necesario introducirlos, dada su relevancia. Por ejemplo, la vinculación entre adaptación funcional y accidentalidad o caídas en las viviendas; se trata de un tema de gran relevancia y que contribuye en buena medida a justificar la necesidad de adaptaciones, pero requeriría un estudio más específico.

Se puede afirmar que cada una de las partes del estudio puede merecer un estudio independiente y más profundo, sobre todo a la vista de las dificultades para recabar información en este área. Tanto la obtención de datos como la realización de trabajos de campo en las viviendas afectadas requieren un largo proceso previo de gestión que, para el primer caso, no se ve recompensado siempre con resultados útiles. La información sobre las ayudas concedidas es difícil de conseguir porque en muchos casos no se recoge o trata adecuadamente en origen; un problema que resulta frecuente en nuestros servicios sociales.

Lo que si es fácil percibir y deducir de los datos disponibles es que existe un gran potencial de demanda de adaptaciones en el hogar. Esta demanda se mantiene en muchos casos oculta por el desconocimiento y la resignación de las personas que viven con gran pérdida de calidad de vida y salud en un entorno que dificulta sus actividades básicas de la vida diaria.

Más allá del hogar serán necesarias otras instalaciones o mejoras, ya sea para circular por la calle, tomar un transporte público o acceder a un edificio público, pero esta cadena de elementos que conducen a la plena independencia, comienza desde la propia vivienda.

PARTE I
NECESIDADES

POBLACIÓN, LIMITACIONES FUNCIONALES
Y PRIORIDADES
EN LA ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA

CAPÍTULO 1:

LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

1.1.- Discapacidad, Dependencia y Limitación Funcional

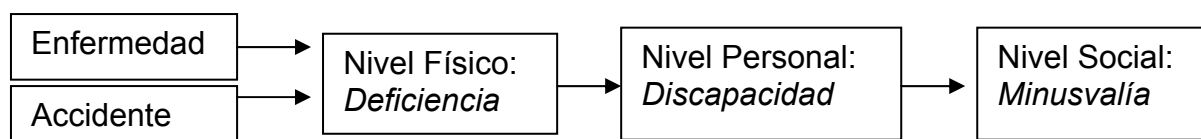
El concepto de discapacidad y la condición de la persona discapacitada viene siendo objeto de distintos enfoques y consideraciones a lo largo de las últimas décadas. Existen diferencias sobre cómo interpretar las consecuencias, fundamentalmente sanitarias y sociales que la discapacidad incorpora, y como repercuten o se identifican con la integración y reconocimiento hacia estas personas. No es nuestro interés entrar a fondo en la descripción de todos esos condicionantes y evolución, para lo cual existe otra bibliografía (ver Lorenzo y Cayo, coord., 2007, Puga y Abellán, 2004). Pero sí pretendemos contextualizar de manera suficiente el planteamiento de esta investigación, incidiendo sobre todo en los principales conceptos que se utilizan, su significado e implicaciones.

Desde una perspectiva social, el término discapacidad 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 desarrolla su vida (Puga y Abellán, op. cit., pag. 13). En cambio, un enfoque tradicional o “médico” de la discapacidad entiende ésta *en* o *dentro* del individuo, relegando los factores sociales o del medio.

Y es que los modelos médico y social se corresponden con distintas visiones de la persona que presenta deficiencias o problemas funcionales que son causa de discapacidad. El modelo médico está centrado sobre la problemática biomédica del individuo y su tratamiento tiende a contemplar la discapacidad como una anomalía o enfermedad a corregir, de modo que la intervención para su integración está más centrada en mejorar el output funcional del individuo que en realizar cambios en la sociedad o el entorno en que éste se desenvuelve. El problema de la discapacidad resulta, por tanto, un problema fundamentalmente individual, que está causado por una deficiencia y su resultado es una restricción a la participación social.

El Modelo Médico de la Discapacidad

Fuente: Pengelly 2006: 46



A partir del planteamiento conceptual del sociólogo S. Nagi (citado por Puga y Abellán, 2004: op. cit., pag. 15) el énfasis de la discapacidad se sitúa en que ésta es un producto o resultado de la interacción de la persona con el medio, con su medio físico y social: la cantidad de discapacidad que una persona experimenta está en función de la interacción de esa persona con el entorno en que se desenvuelve.

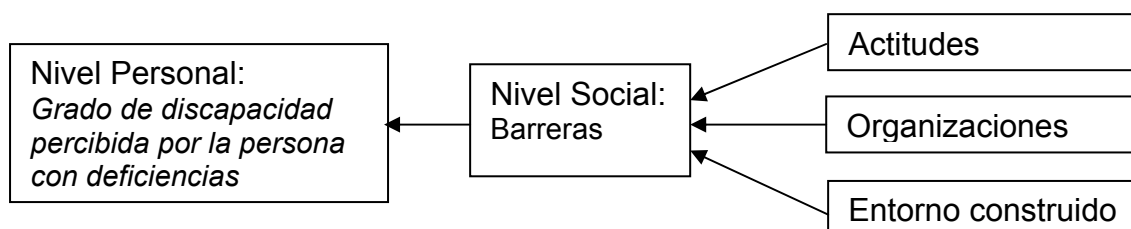
Posteriormente surge el llamado modelo social que entiende que es la sociedad la que falla al no poder atender las necesidades de la persona con discapacidad, segregándola o no ofreciéndole las mismas oportunidades que a los demás. No es que no se tome en consideración la deficiencia de la persona, pero ésta se da por hecha, como una consecuencia innata, una condición de la especie humana, que no puede justificar una restricción en la participación en la sociedad. El modelo social ve la discapacidad no como un atributo inherente sino como un producto del contexto social y el entorno, incluyendo su estructura física (diseño de edificios, sistemas de transporte, etc.) y sus construcciones sociales y creencias (Brunel University, 2002)

Así distingue tres tipos de barreras sociales que discapacitan a las personas:

- Actitudinales: prejuicio y discriminación
- Organizacionales: segregación y menos oportunidades en educación, empleo, vivienda, etc.
- Del entorno construido: construido para los cuerpos “capaces”.

Aplicación del Modelo Social de la Discapacidad

Fuente: Pengelly 2006: 47



En términos aplicados, estos dos enfoques, cuyo origen se corresponden con distintas épocas, pero que podemos considerar coexistentes, condicionan en buena medida la forma de enfocar las intervenciones para la integración de las personas con discapacidad como muestra el siguiente cuadro:

Ejemplos de los enfoques médico y social

Problemas en el Modelo Médico	Tipo de solución en el Modelo Social
Manos doloridas, incapaces de abrir recipientes o puertas...	Tapas mejor diseñadas, puertas automáticas
Dificultad para permanecer de pie	Más asientos en lugares públicos
Incapacidad para subir escalones	Rampas y ascensores en todos los edificios
Incapacidad para trabajar	Cambio de mentalidad de los empleadores (concienciación) y adaptación del puesto de trabajo

Fuente: Sala y Alonso (2006)

Entender la discapacidad desde una perspectiva socio-política frente a una política biomédica tiene un impacto significativo en las relaciones laborales familiares, sociales, etc. (Pengelly, 2006¹). Las desigualdades y experiencias previamente consideradas como consecuencias inevitables de una deficiencia se pueden considerar hoy como una discriminación inaceptable a la que se enfrentan los colectivos de personas con discapacidad reclamando su igualdad de derechos: son las estructuras sociales lo que se ha de cambiar para que las personas con discapacidad puedan funcionar como ciudadanos de pleno derecho con igualdad de oportunidades.

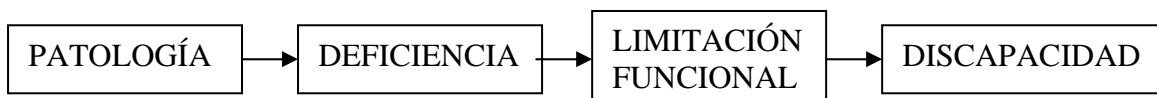
La aplicación de ambos conceptos de discapacidad

Hay que reconocer que una aplicación estricta del modelo social en las políticas sociales plantea dificultades importantes (Brunel University, 2002). Fundamentalmente porque éstas deben marcar límites entre la población con o sin discapacidad, y distinguir entre éstas por su tipo y severidad, para lo que se debe acudir a las referencias médicas o clasificadoras de la situación del individuo.

Así lo reconoce también la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF (OMS, 2001), al basarse tanto en el “modelo médico” como en el “modelo social” de la discapacidad, y concebir que “el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (factores ambientales y personales)” (OMS, op. cit., pag. 20)

¹ Pengelly, Sue (2006) The social model and clinical reasoning en Clutton, Sylvia, Grisbrooke, Jani: Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr Publishers.

El proceso que va desde la patología de origen hasta la situación de discapacidad del individuo se puede resumir como



Fuente: a partir de Puga y Abellán, 2004: 17

Entendiendo por “patología” a toda anormalidad bioquímica o psicológica que es detectada y médicamente etiquetada como enfermedad, lesión o condición congénita o de desarrollo. Por “deficiencia” a una disfunción o anormalidad estructural significativa en sistemas corporales específicos. Y sus consecuencias para el funcionamiento físico, mental o social son las “limitaciones funcionales”.

Las *limitaciones funcionales*, aunque se explican con más detalle en el próximo apartado son las restricciones en el desarrollo de acciones físicas y mentales; también puede haber limitaciones cognitivas y emocionales, aunque éstas apenas son objeto de este trabajo.

Podemos concluir finalmente que la discapacidad es la expresión de una limitación funcional, cognitiva o emocional en un contexto social.

La dependencia y las limitaciones funcionales en la población.

La consecuencia de la discapacidad en un contexto social puede ser la dependencia, en la medida que de aquella se puedan derivar demandas de asistencia personal. Esa necesidad de asistencia es, precisamente, lo que caracteriza la dependencia, por lo que Querejeta (2004) especifica ésta como:

$$\text{Dependencia} = \text{limitación en la actividad} + \text{ayuda}$$

En definitiva, una persona es dependiente cuando durante un periodo prolongado de tiempo requiere la ayuda de otra para realizar ciertas actividades cotidianas (Casado y López, 2001). El grado de dependencia viene medido por distintas escalas de capacidad funcional (Barthel, Katz...) que establecen un índice o valor que permite comparar las condiciones funcionales de individuos con patologías diferentes, establecer niveles, categorías, etc.

Vejez y dependencia están intimamente relacionadas, en la medida que ésta aumenta en las cohortes de mayor edad, sobre todo a partir de los 80 años. La incapacidad para realizar autónomamente actividades de la vida cotidiana, 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.

En la aparición de la dependencia influyen distintos factores y no sólo el envejecimiento: desde el estilo de vida, la existencia de programas de prevención y, muy especialmente en el caso que nos ocupa, las condiciones ambientales en que se desenvuelvan los individuos. Como señalan Casado y López (2001):

Aún admitiendo que las proyecciones demográficas fueran totalmente correctas, el argumento que se emplea para inferir el aumento futuro del número de personas dependientes resulta cuestionable. Aunque la cantidad de ancianos aumente en el futuro, que es lo único que realmente señalan las proyecciones demográficas, el que esto comporte un aumento paralelo en el número de personas mayores incapacitadas dependerá de cómo evolucione la prevalencia de la incapacidad funcional en el futuro.

Por ello el término que más se utilizará a lo largo de todo este trabajo es el de *Limitación Funcional*, y en la medida en que prever su evolución resulta complejo, tal como se deriva de la cita anterior, nos centraremos sobre el conocimiento cierto de esas limitaciones: el que se puede derivar de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999 (EDDES), tal como se explica en el Capítulo 2.

Señalan Puga y Abellán (2004) que por limitaciones funcionales entienden las *restricciones en el desarrollo de acciones físicas y mentales fundamentales en la vida diaria de un grupo de edad y sexo*. Más adelante señalan que *las limitaciones funcionales se refieren a lo que un organismo, objetivamente, puede hacer...* y aquí incluyen *la movilidad general, algunos movimientos concretos y la fuerza, problemas de visión, problemas de audición y problemas de comunicación*.

Fänge e Iwarsson (2005) sitúan la importancia del estudio de las limitaciones funcionales en la investigación sobre accesibilidad, pues en ella es preciso concretar dos dimensiones: la ambiental o del entorno, y la personal, o capacidad funcional. Aquella se concreta o hace operativa en las barreras físicas del entorno (la vivienda), mientras ésta lo hace en la identificación de limitaciones funcionales de la persona, tales como sus restricciones para desarrollar acciones fundamentales, físicas y mentales, en la vida diaria. Este concepto, está además incluido en la terminología de la CIF (OMS 2001:15) como “limitaciones en la actividad”, entendiendo por *actividad* la realización de una tarea o acción por una persona. Estas limitaciones se evalúan, según la CIF, contrastándolas con los estándares comúnmente aceptados en la población (OMS, op. cit: 17).

Conviene señalar que, aunque a lo largo de todo el trabajo se maneja terminología relativa a la “dependencia”, “limitación”, “falta de capacidad”, etc., estos términos no se deben interpretar con ningún matiz peyorativo o de minusvaloración. A lo largo del tiempo, los esfuerzos de las propias personas con discapacidad han permitido resituar la discapacidad en el área de los derechos humanos y civiles, y este proceso integrador continúa y se va incorporando a la agenda de gobiernos e instituciones. Quizá la prueba más reciente de todo ello sea la última Convención de Naciones Unidas, recién

aprobada cuando se redacta este trabajo, instando a todos los países a incorporar a las personas con discapacidad como personas de pleno derecho y situando en la esfera político-social la principal tarea integradora en cualquier país del mundo.

Por otra parte, la idea de Vida Independiente es un nuevo paradigma de integración social de las personas con discapacidad caracterizado por la reivindicación de su capacidad de decisión sobre la propia vida. La disposición de asistencia y cómo se ejerce el control de ésta –mediante la figura del cuidador- es el ámbito de mayor reivindicación de este colectivo (ver García Alonso, 2007).

1.2.- La PROTECCIÓN SOCIAL y a la DEPENDENCIA en ESPAÑA como marco contextual de las ayudas a la adaptación funcional en la vivienda.

El Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004) toma como válida la definición de Dependencia que ofrece el Consejo de Europa: *aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o 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.*

Se entiende, por otra parte, de acuerdo con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, EDDDES 1999 (INE, IMSERSO, Fundación 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)

El Libro Blanco de la Dependencia establece que *la valoración de la existencia o no de una situación de dependencia protegible y la determinación del grado de dependencia requerirán la aplicación de un baremo mediante el cual sea posible discriminar con criterios objetivos, si una persona se encuentra en una situación de dependencia y en qué grado corresponde encuadrarla* (Cap XII, pag. 9), señalando a continuación la propuesta de niveles de accesibilidad que considera más adecuados:

Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

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 la presencia permanente de un cuidador.

Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Otro aspecto que aborda el Libro Blanco es la estimación del número de personas dependientes. Para ello parte de considerar que una persona lo es cuando no pueda realizar, si ayuda, alguna de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas. Las estimaciones que se realizan, a partir de la EDDDES 99 permiten llegar a presentar el siguiente cuadro:

Cuadro 1. PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 1999). DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS.				
<i>GRADO</i>	<i>En domicilios familiares (EDDES 99)</i>	<i>En residencias (estimación)</i>	<i>Total</i>	<i>Proporcione s</i>
Personas dependientes				
3 (Gran Dependencia)	121.109	20.300	141.409	14,7%
2 (Dependencia severa)	262.485	41.600	304.085	31,7%
1 (Dependencia moderada)	476.296	38.100	514.396	53,6%
Total	859.890	100.000	959.890	100,0%

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia

Las proyecciones realizadas en el Libro Blanco referentes a la evolución del número de personas dependientes en el periodo 2005-2020 se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).				
	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia

Los servicios domiciliarios para la población dependiente

La provisión de servicios sociales de atención a la población dependiente se viene realizando desde cuatro esferas: la familia, el sector mercantil, el tercer sector y el sector público. El Estado, desde sus distintas estancias territoriales, y el Sistema de la Seguridad Social han sido los grandes agentes de la protección social. Con la aprobación de la ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia se crea un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que garantizará a estas personas el acceso a una serie de servicios que en buena medida se venían prestando, pero no estaban formalizados como derecho:

- Ayuda a domicilio
- Teleasistencia
- Centros de día y de noche
- Plazas residenciales
- Ayudas técnicas

Además, estas personas podrán recibir prestaciones económicas para cuidadores familiares o para un asistente personal.

No entra, por tanto, entre estas coberturas, la posibilidad de contar con una prestación de ayudas a la Adaptación Funcional de la vivienda en el marco del sistema, más allá de lo que las Ayudas Técnicas para las actividades de la vida diaria previstas pueda suponer. No obstante, la Disposición adicional tercera de la citada ley, denominada “Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal”, señala:

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con **ayudas técnicas** o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.*
- b) A **facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.***

Se reconoce así en el marco de esta ley, aunque sin un desarrollo específico, la importancia de la subvención a las adaptaciones en el hogar específicamente dirigidas a mejorar el desplazamiento en la vivienda.

De manera complementaria, la disposición adicional decimoquinta “Garantía de accesibilidad y supresión de barreras” señala:

Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán las condiciones de accesibilidad en los entornos, procesos y procedimientos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en los términos previstos en la Ley de

igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Y ésta ley (conocida como LIONDAU) debe desarrollar próximamente sus reglamentos de desarrollo de 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*, que también podría contener elementos importantes desde el punto de vista de la intervención sobre los espacios comunitarios de las edificaciones residenciales.

La atención a las Personas Dependientes y sus familiares en el hogar

Resulta difícil ordenar y gestionar todos los flujos de atención y las propuestas de servicio o ayuda dirigidos a las personas dependientes desde distintos departamentos, servicios, empresas y administraciones, de modo que –no siendo de interés prioritario en este trabajo- nos hemos limitado a señalar los más importantes prestados en el ámbito domiciliario.

Consideramos tres bloques en los servicios públicos que desde distintas administraciones se vienen prestando en el domicilio a las familias en los últimos años, aunque existen distintas variantes según localidad, provincia o comunidad autónoma²:

Servicios domiciliarios:

Ayuda en el propio domicilio para asegurar las Actividades de la Vida Diaria, el seguimiento y atención de los procesos degenerativos, la sensación de seguridad....

Adaptación del domicilio

Modificación del entorno domiciliario, constructivo o equipamental,, para facilitar los tránsitos y las AVD

Accesibilidad al domicilio

Posibilitar el acceso al domicilio desde el espacio urbano comunitario, tanto externo (entorno de la vivienda), como interno (espacios entre el umbral de acceso al portal y la puerta de la vivienda).

Y dentro de este apartado podemos contemplar tanto el Servicio Público de Ayuda al Domicilio en modalidad directa (SAD) o de prestación económica, como el servicio de Teleasistencia y la adaptación funcional de vivienda (Barahona et al. 2006).

² Clasificación realizada a partir de la realizada por el Programa EGOKITUZ (Dirección de Bienestar Social, Ayuntamiento de San Sebastián), aunque éste incluye los servicios comunitarios, dirigidos a la socialización de la persona, y el servicio de ayuda a cuidadores, no considerados aquí.

1.3.-- EL PAPEL DE LA VIVIENDA en la consecución de una VIDA INDEPENDIENTE para las personas mayores y discapacitadas

En la tercera edad, la capacidad funcional y la salud adquieren una mayor importancia para determinar la calidad de vida de la persona:

Algunos de los factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores son similares a los de otros grupos de edad, particularmente al comparar entre la mediana y la tercera edad. No obstante, cuando comparamos gente mayor y gente joven, la salud y la capacidad funcional tienen una mucha mayor puntuación entre los primeros. Esto enfatiza la importancia de la movilidad como prerequisite para una vida activa y autónoma, así como el papel de los estímulos y demandas ambientales y el papel mediador que puede jugar la tecnología para determinar las posibilidades de disponer de calidad de vida (Walker 2005)

Existe una amplia literatura sobre el impacto de la vivienda o el hogar en la vida diaria de todo tipo de personas, comenzando por los trabajos sobre “satisfacción residencial”³ realizados desde la psicología. También existen múltiples investigaciones que demuestran que mantener a las personas mayores residiendo en su propio hogar mejora la percepción de calidad de vida y autonomía de estas personas, lo que es, además, una recomendación de todo tipo de entidades públicas, comenzando por la propia OMS.

El bienestar “ambiental”, o con el entorno vital de la persona, está fuertemente relacionado con la satisfacción con el hogar; así como con el vecindario y el nivel de integración o conexión con el entorno residencial (Rousseau y Dubé, 1993), algo que ocurre de igual manera en viviendas individuales o multifamiliares. El papel del hogar en la calidad de vida es mayor para los colectivos con mayores limitaciones físicas o de otro tipo. Pengelly (2006) señala que en ningún sitio como en el propio hogar es más fundamental el derecho de las personas con discapacidad a participar plenamente en la sociedad. Y esto es, lógicamente, extensible a las personas de edad, algo que confirman otros autores:

Con la edad el hogar adquiere una creciente importancia como el principal contexto para la socialización, el ocio y el cuidado de la salud (Binstock y Cluff, 2000)

El hogar como epicentro, particularmente en edad muy avanzada, es una tendencia persistente que se espera crecerá más ahora y en el futuro (Wahl y Gitlin, 2003)

³ Ver trabajos seminales de Lawton y Simon 1968 o Carp 1966, o en España Elvira et al. (2005) y Amerigo (1995)

Algunos de los factores que se han de tener en cuenta a la hora de comprender la relevancia o necesidad de la adaptación de viviendas son (a partir de Lansley et al., 2005):

- Las barreras del entorno (en la vivienda), tanto internas como externas no resultan aparentes hasta que un residente tiene una discapacidad (Clutton et al, 2006:142)
- Aunque existen viviendas especializadas o tuteladas, preparadas para atender las necesidades de personas mayores o con discapacidad, muchas personas no pueden (dada su escasez o su elevado precio) o no desean acceder a ellas y optan por permanecer en su hogar mientras puedan.
- Muchas personas mayores o discapacitadas no desean residir en viviendas o comunidades destinadas en exclusiva a estos colectivos.
- De hecho tampoco parece existir un mercado suficiente de viviendas con elevado grado de adaptación o adaptabilidad, lo que se sustenta en su elevado precio, la elevada resistencia al cambio residencial y en la disposición de ayudas familiares o profesionales de ayuda en el hogar.
- El concepto de cómo debe ser una vivienda cambia con el tiempo, las necesidades cambian con las épocas, y el proceso de renovación del parque de viviendas es muy lento.
- Siempre habrá viviendas más adaptables que otras, toda vivienda tiene unos límites en cuanto a su capacidad de ser transformada de acuerdo a unas necesidades concretas. Estos límites no sólo son arquitectónicos o constructivos, sino funcionales y económicos.

Newman (2003) sugiere tres vías a través de las que la vivienda puede afectar la salud de las personas mayores. En primer lugar, la vivienda y su entorno inciden sobre la viabilidad y coste de ofrecer servicios de atención domiciliaria de calidad. En segundo lugar, las condiciones objetivas de una vivienda pueden aumentar los riesgos para sus residentes; esto es especialmente claro para las personas de mucha edad con problemas físicos o cognitivos. En tercer lugar las condiciones del barrio o entorno urbano, el “capital social” existente, en términos de recursos disponibles (tiendas, transporte, seguridad, posibilidades de socialización, etc.) también puede tener importantes consecuencias sobre la salud.

Por otra parte, el estudio de Rioux (2005) sobre un grupo de mujeres de edad avanzada que vive con su pareja u otra compañía, concluye que las mujeres mayores que viven en su propio hogar disfrutan comparativamente de un mayor nivel de bienestar que las que no lo hacen, porque consideran que toman sus decisiones de forma independiente, y por tanto perciben tener un control sobre sus vidas. Estas personas mayores, aún viviendo en hogares modestos, o incluso inadecuados para sus necesidades, perciben en su mayoría a sus hogares como confortables, tranquilos y seguros.

La situación de las viviendas del colectivo de tercera edad en España es, no obstante, bastante inadecuada para sus necesidades. Una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (Cruz y Cobo, 1990:83) recogía el resultado de que prácticamente la mitad de la población anciana reconocía

que su vivienda necesitaría algún tipo de reparación, siendo para el 13% de los encuestados reparaciones importantes. Dunn (1990) confirma que las personas mayores a menudo sólo requieren adaptaciones menores, como la instalación de barras de apoyo.

Aunque con la edad se produce una cierta pérdida de funcionalidad, las personas mayores que no tienen problemas de salud pueden esperar vivir relativamente libres de discapacidad. Nuevas investigaciones confirman que la discapacidad no es un resultado inevitable de la edad (Fukukawa et al, 2004), aunque las limitaciones en las actividades de la vida diaria representan la consecuencia más adversa de los problemas de salud que típicamente padecen las personas al envejecer: fragilidad, artritis, diabetes, osteoporosis, problemas de memoria, tendencias depresivas o problemas de corazón. Estas limitaciones son, por tanto, la mayor amenaza a la calidad de vida y la posibilidad de envejecer en casa (Gitlin 2006).

Lo mismo ocurre con buena parte del colectivo de personas con discapacidad. La propia idea de discapacidad como un resultado de factores potencialmente modificables y que por tanto pueden ser minimizados nos conduce a entender la importancia que la vivienda y sus barreras adquieren (Gitlin, 2006) como causa del agravamiento de las limitaciones funcionales del individuo. Si al minimizar las barreras minimizamos la discapacidad o sus efectos resulta evidente la importancia que tanto el diseño accesible, como la adaptación adquieren para todas aquellas personas que presentan deficiencias discapacitantes.

Por otra parte, las limitaciones funcionales están, asociadas con la necesidad de una mayor asistencia personal⁴. Y aunque muchas personas mayores, cada vez más, pueden vivir solas con buena salud, las cohortes de mayor edad afrontan una creciente dependencia, empeoramiento de salud y aislamiento social como resultado de la inadecuación de sus viviendas.

En este sentido, Berjano (2005) señala que las expectativas del conjunto de la población respecto a su deseo de envejecer en casa resultan coincidentes con las de las propias personas mayores que se encuentren o pudieran encontrarse en el futuro en una situación de dependencia, lo que evidencia que el crecimiento de las necesidades de atención domiciliaria y adaptación funcional se mantendrá con el envejecimiento de las siguientes generaciones.

Berjano (op. cit.) presenta comparativamente los resultados de dos estudios del CIS en años diferentes (1998 y 2002) donde se formula la misma pregunta relativa a la expectativa de cuidados que se desearía recibir en caso de verse afectado/a por una situación de dependencia. La tabla muestra las respuestas obtenidas, donde se puede observar que la demanda de **permanecer en casa**

⁴ El Barómetro del CIS de Mayo de 2006 recogía el dato de que un 15,3% de la población encuestada reconoce convivir con una persona que por discapacidad, enfermedad crónica o por ser mayor necesita ayudas para realizar las actividades de la vida diaria. De ellos sólo un 10% recibe ayuda de su C.A., 8,9 % de la administración central, y 5,2% del ayuntamiento.

adaptándola a las necesidades no solo es mayoritaria en los dos años, sino que se incrementa en 2002 en un 20%.

Expectativas de cuidados ante una futura situación de dependencia

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas Berjano (2005)

	Jun 98	Ene 02
En su propia casa, adaptándola a las necesidades que se pueden presentar con la edad y recibiendo servicios sociosanitarios de apoyo	46 %	66,7 %
En su propia casa recibiendo ayuda de una persona a la que pagará para que le preste ayuda	17 %	9,9 %
En una residencia	9 %	4,4 %
En una urbanización o ciudad residencial para mayores que le proporcione los servicios sociosanitarios de apoyo que sean necesarios	8 %	9,9 %
Otros	20 %	9 %
Total	100 %	100 %
n	2495	2496

1.4.- EL MARCO TÉCNICO de la ADAPTACIÓN FUNCIONAL de VIVIENDAS

Debemos considerar qué ámbitos de tipo técnico están involucrados en la Adaptación Funcional. Nos encontramos con un conglomerado de términos que confluyen y donde resulta difícil establecer unas fronteras precisas. Para delimitar nuestro área de interés debemos precisar algunos conceptos, como el de SUPRESIÓN DE BARRERAS, DISEÑO UNIVERSAL, ADAPTACIÓN FUNCIONAL o AYUDA TÉCNICA, siempre referidos al ámbito de la vivienda.

Supresión de Barreras

De forma amplia consideramos que el ámbito de trabajo relevante para determinar las condiciones de autonomía personal en el hogar comprende tanto las intervenciones de adaptación y mejora del hogar, como la incorporación de tecnologías (ayudas técnicas) para facilitar las AVD en el hogar, y la supresión de barreras en el edificio en que se sitúa la vivienda.

El ámbito de análisis comprenderá, por tanto, no sólo las intervenciones habitualmente identificadas como ADAPTACIÓN FUNCIONAL, que son relativas a los espacios privativos del hogar, sino las que se pueden realizar en los espacios o elementos comunes de la vivienda (escaleras, ascensores, pasillos, portales). Esta diferenciación es en la práctica muy importante, pues normalmente determina qué sector administrativo se responsabiliza de los programas de ayudas y mejoras. Cuando se trata de espacios privativos normalmente la denominación de las ayudas hace referencia a Adaptación Funcional, mientras cuando se trata de espacios comunes se utiliza más el término “supresión de barreras”. En el primer caso son las áreas

administrativas de Bienestar Social o Servicios Sociales las competentes, y en el segundo son las de Vivienda.

Una última variable a tener en cuenta es la persona beneficiaria de las ayudas. Estamos hablando aquí de las personas mayores y personas con discapacidad, y no otros colectivos que por sus condiciones sociales, familiares y residenciales pudieran requerir ayudas públicas de mejora de su entorno de vivienda. Los colectivos de mayores y discapacidad están en buena parte entremezclados, pues es sabido que el 64% de las personas mayores de 64 años tienen discapacidad y que el 59% de las personas con discapacidad tienen más de esa edad. Es por ello que no pocas ayudas que ofrecen las CCAA establecen limitaciones de edad y minusvalía (según terminología en desuso, pero aún vigente en estos instrumentos oficiales) para acceder a unas u otras ayudas.

Diseño Universal y Accesibilidad Universal

En los orígenes de la preocupación por la supresión de las barreras se daba a entender, implícitamente, que hay dos tipos de población: una población *normal* y otra que estaría apartada de la normalidad a causa de sus discapacidades (Iwarsson y Stahl, 2002). Como consecuencia de ello, los espacios y servicios habrían de ser diferenciados para cada tipo de población, lo que finalmente –de forma deseada o no- repercutiría en la segregación y estigmatización de la población con discapacidades.

Frente a este enfoque, surge el concepto de Diseño para Todos o Diseño Universal, para el que sólo existe una población, que está compuesta por individuos con distintas características y habilidades, y que requieren diseños e intervenciones acordes a esa diversidad. Sobre este concepto señalan Mace et al. (1990):

Diseño Universal significa simplemente diseñar todos los productos, edificios y espacios exteriores para ser utilizables por todas las personas en la forma más amplia posible. Se introduce aquí como una forma razonable y económica de reconciliar la integridad artística de un diseño con las necesidades humanas en el entorno.

En fin, al hablar de Diseño Universal o Diseño para Todos nos referimos a una herramienta fundamental para conseguir la accesibilidad y para dotar a ésta de universalidad: todo para el máximo número de personas, mediante siete principios⁵:

- Uso universal, para todos
- Flexibilidad de uso
- Uso simple e intuitivo

⁵ Version 2.0 - 4/1/97 Copyright 1997 NC State University, The Center for Universal Design.
http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciplestext.htm

- Información perceptible
- Tolerancia para el error o mal uso
- Poco esfuerzo físico requerido
- Tamaño y espacio para acercamiento, manipulación y uso.

Este concepto, de aplicación en el ámbito del diseño constituye una premisa o un enfoque imprescindible para alcanzar la plena accesibilidad, la Accesibilidad Universal, un concepto más político que técnico que recoge la voluntad de, mediante el diseño universal y la supresión de barreras alcanzar una igualdad de acceso para el máximo número de individuos. Como señala Mace (1990): *las cosas que la mayoría de la población puede utilizar con independencia de su habilidad o discapacidad se pueden considerar universalmente utilizables.*

No obstante, en rigor, ni el diseño ni la accesibilidad pueden ser absolutamente universales o para todos. Se trata de ampliar hasta el máximo nivel razonable la posibilidad de uso para cualquier persona, pero siempre habrá individuos que no podrán utilizar diseños generalistas. Por ello Iwarsson y Ståhl (2003) definen accesibilidad como un concepto relativo *-como muchas otras palabras, accesibilidad tiene un significado común o literal, así como muchos significados específicos en diferentes contextos-* que describe el encuentro entre la capacidad funcional del individuo y las barreras ambientales.

De la combinación de ambos factores; el personal (capacidad funcional) y el ambiental (barreras en el entorno) surge la posibilidad real de utilización de un espacio, un servicio o un producto por parte de un individuo concreto. Y si bien en los espacios públicos el énfasis se sitúa sobre la reducción de las exigencias del entorno (componente objetivo), en el ámbito íntimo de la vivienda la especialización de las soluciones de acuerdo a las posibilidades funcionales del individuo (componente subjetivo) adquiere un protagonismo mayor, dando pie a la necesidad de adaptaciones y utilización de ayudas técnicas específicas.

La Adaptación Funcional y las soluciones centradas en el usuario

El hogar, la vivienda propia, no es sólo un edificio o un espacio edificado; es un ámbito en el que se proyectan emociones, apoyos, identidad. Necesitamos personalizar nuestro espacio, salvaguardar nuestra intimidad y mantener un reducto de libertad y autonomía. Por ello la vivienda ha de responder en la mayor medida posible a nuestras necesidades, pero sin convertir su transformación o adaptación –cuando sea necesaria- en un mero ejercicio de fría funcionalidad.

En cualquier país donde el stock de viviendas incluya escaleras, pasos estrechos de puerta, baños y aseos inaccesibles o habitaciones demasiado pequeñas o frías para ser usadas por personas cuya movilidad está disminuida por enfermedad, accidente o edad avanzadas, éstas se sentirán discapacitadas por su propio hogar. (Heywood, 2004)

Frente a estos factores “discapacitantes” ¿de qué manera es posible intervenir para evitarlos o corregirlos? La adaptación funcional de la vivienda es uno de los medios para evitar ese sentimiento y facilitar la permanencia de la persona en su propio hogar.

El objetivo fundamental de la adaptación de una vivienda es, por tanto, reducir las demandas que presenta el entorno físico interior y el entorno exterior inmediato de esa vivienda para facilitar la realización de las tareas cotidianas y promover las habilidades de sus residentes de modo que puedan llevar una vida independiente.

La ley sueca sobre ayudas a la adaptación de viviendas establece, según Boverket (2000) la siguiente definición⁶: *Una adaptación de vivienda es una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potencial la realización de actividades de la vida diaria.*

Fänge (2005) utiliza una definición similar pero señala *la capacidad para llevar una vida independiente* como objetivo específico.

La oficina del primer ministro británica (ODPM, 2004) identifica, a demás del anterior, otros objetivos más explícitos a conseguir mediante la adaptación, tales como: privacidad, confianza y dignidad para las personas afectadas y sus familias, y señala a continuación:

No es por tanto, prioritariamente, un asunto de trabajos de construcción, de provisión de equipamiento o de modificación de una vivienda, si no de proporcionar una solución individualizada a los problemas de la gente que vive en un entorno discapacitante.

En términos prácticos esto se traduce en adaptar el espacio físico del hogar en relación con necesidades individuales basadas en un juicio profesional sobre las capacidades funcionales de la persona y sus restricciones de autonomía. Juicio profesional que habrá de considerar tanto los aspectos objetivos de la situación, como los subjetivos o deseos y condicionantes del usuario (Fänge e Iwarsson, 2005).

Por tanto, las soluciones de de AFV no son universales, no responden a la idea de Accesibilidad Universal, sino a las necesidades concretas de un individuo concreto. Tan sólo, aquellas intervenciones de “supresión de barreras”, que afectan a los elementos comunes de la edificación y que por extensión consideramos comprendidas en este estudio, se sujetarán en buena parte de los casos a los criterios generales de accesibilidad.

Esta singularidad de la intervención se contrapone con la búsqueda de soluciones generales que caracteriza a la Accesibilidad Universal. Por ello podemos identificar en la práctica la adaptación de la vivienda con la tarea del

⁶ Este concepto está adaptado de lo que establece la legislación sueca al respecto pag 12 ENABLE-AGE Project, Update Review. National Report Sweden, The ENABLE-AGE Consortium 2004

ergonomista que tiene que prever, investigar y desarrollar soluciones para adaptar un lugar de trabajo (Benedict et al., 2006); en ambos casos lo que se ha de buscar es un entorno seguro, confortable, práctico y satisfactorio para el usuario. Según O'Brien (2006) estos *principios* de lo que se ha llamado *diseño centrado en el usuario* fueron desarrollados por Stephen Pheasant, un ergonomista del *Royal Free Hospital de Londres.*, quien elaboró los ocho principios generales que se relacionan a continuación (Pheasant 1996:13):

1. *Es empírico*: basa las decisiones de diseño en datos relativos a las características físicas y mentales de las personas, su comportamiento y sus experiencias. Rechaza las grandes teorías y los juicios intuitivos.
2. *Es iterativo*: es un proceso cíclico en el que la fase de investigación va seguida de la fase de diseño, y las soluciones generadas pueden ser evaluadas empíricamente.
3. *Es participativo*: busca incorporar al usuario final del producto como participante activo del proceso de diseño.
4. *Es no-procrusteo*⁷: busca adaptar el producto al usuario y no al revés.
5. *Toma en cuenta la diversidad humana*: busca el mejor ajuste/adaptación para el máximo número de personas.
6. *Toma en cuenta la tarea que realiza el usuario*, reconociendo que la tarea es específica para cada usuario
7. *Tiene un enfoque sistémico*: la relación entre el usuario y el producto tiene lugar en un contexto social, técnico, económico, político y ambiental.
8. *Es pragmático*: reconoce que puede haber límites para lo que realmente sea práctico en cada caso y busca el mejor resultado dentro de esos límites.

El conocimiento especializado sobre “ergonomía de la discapacidad” da a los Terapeutas Ocupacionales, profesionales habitualmente encargados de la Adaptación Funcional, un rol importante en el diseño global de productos y entornos (O'Brien, op. cit.).

Por otra parte, no se puede separar la adaptación del hogar de una persona, del equipamiento especial necesario que la complementa. Esto son las Ayudas Técnicas (AT).

Adaptaciones tales como rampas, ensanchamiento de puertas o duchas a ras de suelo junto a AT tales como asientos de ducha, ayudas para vestirse o comer, etc. sirven para, conjuntamente, compensar las limitaciones funcionales del individuo provenientes del envejecimiento, accidente, enfermedad o discapacidad.

Las Ayudas Técnicas en la adaptación funcional de la vivienda

⁷ *Procrustes*, era un gigante de la mitología griega que estiraba o encogía a sus prisioneros para hacerlos encajar en sus camas. American Heritage Dictionary of the English Language: Fourth Edition (2000). En <http://www2.bartleby.com/61/85/P0578500.html>

La norma ISO 9999 define como Ayudas Técnicas a *todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.*

El CEAPAT⁸ advierte en su web que las ayudas técnicas son nombradas frecuentemente como "dispositivos de asistencia" o "tecnología de apoyo" , y que en 2004 se abrió un proceso de revisión de la ISO que aún no ha terminado, por lo que esta definición puede ser modificada. De hecho, las AT pueden ser utilizadas también por personas sin discapacidad, tales como personas mayores o personas que han sufrido una lesión o accidente con secuelas temporales.

Una definición más abierta es la de Laloma (2005): *las ayudas técnicas son 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 realizar o requerirían un mayor esfuerzo.*

Esta definición tan amplia permite considerar como AT un gran número de elementos puestos a disposición de las personas con discapacidad y mayores. En nuestro caso el interés va dirigido a aquellas AT cuyo objetivo sea facilitar las AVD.

Está demostrado que el uso de ayudas técnicas y modificaciones en el hogar tiene efectos positivos, no sólo físicos, sino también psicológicos, evitando los efectos depresivos que acompañan al aumento de dificultades funcionales (Verbrugge, Rennert y Madans, 1997; Gitlin, Dennis, Hauck, Winter y Schinfeld, 2003).

La Ayuda Técnica, por tanto, debe permitir salvar o aminorar la deficiencia que presenta una persona, o la discapacidad generada por esta en el ámbito de la vivienda.

Pero los límites de lo que es una AT en relación con el objeto de este trabajo no están claramente delimitados, lo que justificamos en que no lo están en los propios programas de ayudas estudiados (donde la variedad en este sentido es amplísima), ni tampoco en documentos más específicos. Así, la propia Norma UNE-EN ISO 9999 comprende en este concepto, entre otras ayudas, a las órtesis y prótesis, cuando éstos productos son estrictamente de tipo sanitario o incluso quirúrgico, por lo que están muy lejos de nuestro objeto de interés. Por ello, el tipo de AT a que nos referiremos en estas páginas estará restringido a aquellas destinadas a la adaptación funcional del hogar, de acuerdo a la distinción de Laloma (2005: 46): *las adaptaciones, instrumentos o dispositivos cuya finalidad es facilitar a un individuo la realización de actividades de la vida diaria*, sin incluir productos que son órtesis o prótesis.

⁸ <http://www.ceapat.org/glosario.do#a> consultada 28.02.07

1.5.- EL MARCO COMPETENCIAL y NORMATIVO de la ADAPTACIÓN FUNCIONAL

1.5.1.- El marco competencial en la AFV

La Constitución de 1978 regula la distribución de competencias en sus artículos 147 a 150. En su articulado apenas aparecen reflejados los servicios sociales, y cuando lo hacen es de forma muy imprecisa o parcial. Una aproximación al reparto de competencias en cuanto a este tema puede venir de la lectura de los artículos 149.1 y 149.3, donde se establece que el Estado se reserva la “regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”. También se reserva la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social

Entre estas materias no se hace mención explícita de la asistencia ni los servicios sociales y por tanto, “podrán corresponder a las Comunidades Autónomas en virtud de sus correspondientes Estatutos” como competencia exclusiva (Vilà i Mancebo 2003)

Los textos estatutarios de las Comunidades Autónomas tampoco son muy clarificadores al existir términos como Bienestar Social, Servicios Sociales, Asistencia Social, que se usan de manera indistinta.

Para el acceso a las competencias correspondientes, el artículo 138 establece dos tipos de comunidades autónomas, las de vía rápida (País Vasco, Cataluña y Navarra), y las de vía lenta (las demás). Las primeras han tenido acceso a las competencias no reservadas al Estado desde el primer momento, en la medida en que han desarrollado sus estatutos de autonomía. Las segundas, con un proceso más lento y negociado de traspaso de competencias han podido acceder también a sus competencias en materia de asistencia social.

Así la Generalitat de Catalunya va a recibir, a partir de 1981, los servicios correspondientes a las competencias en materia de asistencia y servicios sociales correspondientes primero al Estado, y luego a la Seguridad Social (Vilà i Mancebo 2003: 294). A Cataluña siguieron Andalucía en 1984, Galicia, Valencia y Canarias en 1985. Esto no quiere decir que la acción del Estado no se mantuviera en estos territorios con posterioridad a esas fechas, pues hubo un periodo de simultaneidad en las prestaciones. El despliegue de competencias se produce normalmente con la promulgación de cada una de las leyes autonómicas de servicios sociales

Hay que destacar que una ley de gran importancia para el colectivo de personas con discapacidad en aquellos años es la Ley 13/1982 de 7 de Abril, LISMI, aunque no predispone nada en relación con la mejora de las viviendas de la población con discapacidad. El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero sobre *Sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos* tampoco incluye específicamente ninguna acción relacionada.

Las acciones protectoras del sistema especial de prestaciones sociales y económicas quedaban recogidas en este R.D.:

- a) *Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.*
- b) *Rehabilitación médico-funcional.*
- c) *Recuperación profesional.*
- d) *Medidas de integración social.*
- e) *Subsidio de garantía de ingresos mínimos.*
- f) *Subsidio por ayuda de tercera persona.*
- g) *Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.*

Entre todas estas competencias traspasadas se incluyeron también las correspondientes al Instituto Nacional de Servicios Sociales, hoy denominado IMSERSO. Esta entidad gestora de la Seguridad Social fue creada en 1978 con ámbito de gestión nacional y dirigido a la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, especialmente para personas mayores, discapacitadas y solicitantes de asilo y refugio.

Se terminó de realizar el traspaso de competencias en 1998, por lo que en la actualidad el IMSERSO sólo mantiene Direcciones Provinciales en Ceuta y Melilla y centros de referencia de ámbito nacional (Piqueras 2003).

En resumen, la gestión de los servicios sociales está hoy día completamente descentralizada y en manos de comunidades autónomas e instituciones locales, dotadas de sus propias redes de atención social. No cuenta con un referente normativo ni con una tradición de programas de servicios sociales domiciliarios consolidada a lo largo del tiempo, pero la intervención del IMSERSO en los años previos al traspaso de competencias e incluso después ha sido el punto de partida y referencia para buena parte de las comunidades autónomas.

Orígenes, sectores y administraciones en la adaptación funcional de la vivienda

Es difícil conocer el origen y trayectoria inicial de las ayudas para la Adaptación Funcional de Viviendas. Está claro que las CCAA reciben la herencia de una tarea originalmente desarrollada por el IMSERSO, y a partir de ahí las desarrollan y dan forma propia, las potencian o mantienen, ya de forma autónoma.

No ha sido posible encontrar el rastro de estas ayudas a través de las memorias anuales del IMSERSO de mediados de los años 80, ni en el de prestaciones derivadas de la LISMI. En 1988 que aparece la Eliminación de Barreras como Ayudas Institucionales y referida a *instalaciones y edificios de uso público, a través de subvenciones a entidades locales e instituciones sin fin de lucro.*

El Plan Gerontológico de 1992⁹ recoge una serie de objetivos entre los que se encuentra “Propiciar la permanencia de las personas mayores en su entorno fomentando la convivencia solidaria, la autonomía y la ayuda mutua”. Para ello se contemplaba el establecimiento de programas de viviendas tuteladas y de viviendas compartidas, además de la generalización y cualificación del servicio de ayuda a domicilio. Por otro lado, dentro de las Prestaciones Sociales a desarrollar se incluía “Desarrollar y generalizar prestaciones económicas individuales no periódicas” para lo que se proponía regular mediante las correspondientes normas, los requisitos y el procedimiento de acceso a prestaciones económicas individuales tales como reparaciones y adaptaciones a la vivienda y ayudas técnicas.

A día de hoy existe una importante variedad de ayudas públicas destinadas a la supresión de barreras y mejora funcional de las viviendas. Podemos distinguir dos ámbitos a los que se pueden dirigir ayudas específicas: el espacio común o colectivo de los edificios de viviendas y el espacio interior privativo. En el primer caso hablamos de ayudas para la supresión de barreras, en el segundo de ayudas para la adaptación funcional de la vivienda. Aún existiría un tercer bloque de ayudas constituidas por aquellas dirigidas a proveer de Ayudas Técnicas para la mejora de las actividades de la vida diaria en el hogar (AVDH), pero generalmente las vamos a contemplar como una parte de las adaptaciones funcionales.

Estamos tratando de intervenciones sobre la habitabilidad de la vivienda de una parte de la población, con lo que hemos de considerar las competencias que ahora se establecen tanto al nivel del conjunto del Estado, en sentido vertical, como a los niveles de cada administración en sentido transversal. Existen dos fuentes principales de financiación pública para ayudas destinadas a la realización de adaptaciones funcionales en la vivienda: la que procede del sector administrativo de Vivienda o Urbanismo, y la que procede de Servicios Sociales o Bienestar Social.

Y finalmente, a este esquema de dimensión estatal y autonómico hemos de añadir las entidades de carácter local que también intervienen sobre el tema objeto de nuestro estudio. De este modo, las diputaciones, comunidades forales y ayuntamientos también se incorporan al esquema, de forma muy protagonista en muchos casos, de organismos que inciden sobre la mejora de las condiciones de estancia en la vivienda.

De este modo, nos encontramos con la confluencia de distintos niveles de intervención. Tanto desde los Servicios Sociales, como desde el área de Vivienda, a nivel autonómico o estatal, existen intervenciones tal como ilustra el siguiente cuadro

⁹ Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993), Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid

Origen de normas y programas para la mejora de habitabilidad de la vivienda

Ámbitos	Estado	CC.AA.	CC.LL.
Servicios Sociales	X	X	X
Vivienda	X	X	X

Por otra parte, en la casuística de diseño de órganos de gobierno de cada comunidad autónoma pueden confluir los servicios sociales y la vivienda sobre la misma consejería, tal como pasa, por ejemplo en Asturias o País Vasco.

El tipo de ayudas que procede de una u otra fuente no son iguales, generalmente no se dirigen a los mismos colectivos y tampoco necesariamente a la misma población. Las ayudas, además, se gestionan de manera diferente desde cada nivel administrativo (Estatad, comunidad autónoma, municipio), aunque a este último nivel sólo existen en parte, y siempre a partir de un tamaño poblacional mínimo, aunque no establecido. Cada CC.AA. o municipio establece sus propias normas y criterios de valoración, mínimos de concesión, etc.

Consecuencia de todo ello es una compleja estructura formal e instrumental para la mejora funcional de la vivienda: una estructura que, sin embargo, acoge un monto relativamente pequeño de fondos dirigidos a alcanzar tan amplios objetivos.

1.5.2.- El marco normativo

Desde el punto de vista legal, las principales normas que inciden sobre la ejecución de la AFV son las siguientes:

La Ley de Ordenación de la Edificación. LOE. (Ley 38/1999 de 5 de Noviembre)

La LOE regula globalmente el proceso edificatorio, definiendo, entre otras disposiciones, las Exigencias Técnicas y Administrativas de la Edificación, actualizando la configuración legal de los Agentes de la Edificación que intervienen en el mismo, fijando sus obligaciones y responsabilidades, pretendiendo finalmente proteger los intereses de los usuarios.

Esta ley define la Accesibilidad en la edificación como un *REQUISITO BÁSICO* relativo a la funcionalidad de la misma, de tal forma que permita a las personas con movilidad reducida “*el acceso y circulación por el edificio en los términos previstos en su normativa específica.*”

Sin embargo la ley, se remite a la elaboración y aprobación de un Código Técnico de la Edificación (CTE), que concrete los parámetros y las exigencias que deben cumplir los edificios en relación con los REQUISITOS BÁSICOS establecidos en la misma, excluyendo el Requisito Básico de Accesibilidad.

Las consecuencias de esta exclusión en el desarrollo de la LOE son las siguientes:

- La Accesibilidad es un requisito de carácter secundario en el proceso edificatorio, que se aleja por lo tanto de los conceptos de Diseño para Todos y de Accesibilidad Universal.
- Las Comunidades Autónomas y los Municipios no estarán obligadas a contemplar la perspectiva de la accesibilidad en la Adaptación a la LOE de sus normativas específicas.

El Código Técnico de la Edificación. CTE. (Real Decreto 314/2006 de 17 de Marzo)

El 29 de Marzo pasado, con cuatro años de retraso respecto a lo estipulado en la LOE, entró en vigor el CTE. Su contenido se limita al desarrollo de lo previsto en la LOE, no incluyéndose la accesibilidad de la vivienda en su desarrollo, pese a las numerosas peticiones y propuestas que desde diversos ámbitos se han formulado en este sentido.

Tan solo de forma tangencial y parcial se establece en el CTE una referencia a las personas de movilidad reducida en el apartado de “Exigencias básicas de seguridad de utilización (SU)”, en el que se limita a establecer los parámetros de pendientes, longitudes de tramos y condiciones de la mesetas de las rampas, para su utilización por usuarios en sillas de ruedas.

Con ello podemos decir que se ha perdido una ocasión irrepetible de incorporar la Accesibilidad al proceso edificatorio en España.

La Ley de Propiedad Horizontal (Ley 49/1960)

La posibilidad y condiciones de adaptación de áreas comunes de las viviendas está amparada por distintas normativas. La aún vigente Ley 49/1960 de Propiedad Horizontal y sus modificaciones posteriores han sido la referencia fundamental en relación con los acuerdos entre propietarios para adaptación de las zonas comunes. La Ley original establecía la necesidad de unanimidad para iniciar cualquier obra. La modificación del artículo 16 realizada mediante la Ley 3/1990 de 21 de Junio redujo a 3/5 de los propietarios y sus cuotas de participación:

el antiguo artículo 16 de la Ley establecía, en su anterior redacción, que los acuerdos de la junta de propietarios que implicaran aprobación o modificación de reglas contenidas en el título constitutivo de la propiedad o de los estatutos –y recordemos que según el artículo 11 cualquier modificación en las cosas comunes afecta al título constitutivo- requerían para su validez la unanimidad, sucedía en no pocas ocasiones, cuando se trataba de modificaciones que facilitarían la movilidad y accesibilidad de los minusválidos, que la oposición de un solo propietario a la adopción del acuerdo, llegaba a obstaculizar y, en definitiva, a impedir que dicha modificación se llevase a cabo (Romero Rey, 1998).

Las modificaciones de esta ley resultaron, no obstante, insuficientes para proteger los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la propiedad horizontal. Por tal motivo se aprueba la Ley 15/1995 de 30 de mayo, de *Límites de dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a personas con discapacidad*. Esta ley desarrolla un sistema para buscar el acuerdo entre el interesado y el propietario o comunidad de vecinos de cara a la ejecución de obras de adaptación, haciendo recaer sobre el primero los gastos que se deriven de las mismas, y quedando las obras en beneficio de la propiedad.

Posteriormente, la ley 8/1999 de 6 de Abril de reforma de la sobre Propiedad Horizontal modifica también el artículo 7 de esta Ley, que queda redactado en los siguientes términos:

El propietario de cada piso o local podrá modificar los elementos arquitectónicos, instalaciones o servicios de aquél cuando no menoscabe o altere la seguridad del edificio, su estructura general, su configuración o estado exteriores, o perjudique los derechos de otro propietario, debiendo dar cuenta de tales obras previamente a quien represente a la comunidad. En el resto del inmueble no podrá realizar alteración alguna y si advirtiere la necesidad de reparaciones urgentes deberá comunicarlo sin dilación al administrador.

La Ley 51/2003 de 2 de Diciembre, LIONDAU

La Ley 51/2003 de 2 de Diciembre de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU) modifica diversos artículos de la Ley 49/1960 de Propiedad Horizontal para ofrecer un amparo mayor a la realización de obras de adaptación necesarias de las personas con discapacidad en las áreas comunes.

Así establece que –con el límite de tres mensualidades de gastos comunes ordinarios- *la Comunidad estará obligada a realizar las obras de accesibilidad que sean necesarias para un uso adecuado a su discapacidad de los elementos comunes o para la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior.*

En caso de superar el coste señalado, las obras sólo serán exigibles si han sido aprobadas por acuerdo de la mayoría correspondiente.

En todo caso, la LIONDAU mantiene la necesidad del voto favorable de la mayoría de propietarios para la realización de obras o establecimiento de servicios comunes para supresión de barreras.

Las posibilidades de intervención en los elementos comunes de la edificación para adaptarlos a las necesidades funcionales de las personas se han incrementado mucho en relación con lo que la Ley de Propiedad Horizontal establecía. La sustitución de la unanimidad de propietarios por mayoría y la consideración especial de las obras de accesibilidad que establece la

LIONDAU hacen mucho más factible la realización de obras en las zonas comunes.

1.6- Experiencias de adaptación funcional en EUROPA

Se dispone de información relativa a algunos países europeos que desarrollan sus programas de adaptación funcional de una forma más sistematizada y transparente, lo que permite, entre otras cosas, agregar el gasto destinado a estos programas a nivel nacional. Tal es el caso de Gran Bretaña y Suecia, fundamentalmente.

Por otro lado, a través del programa europeo Enable-Age se ha dispuesto de información relativa a las adaptaciones en países como Alemania o Lituania. En el marco de este proyecto se desarrolló en 2003 una encuesta sobre 1918 personas de edad muy avanzada (80 a 89 años)¹⁰ que habitaba sola en sus viviendas urbanas de los cinco países europeos participantes (Gran Bretaña, Suecia, Alemania, Letonia y Hungría). Entre los resultados comparados destacamos las diferencias encontradas entre las intervenciones de adaptación realizadas en cada país, que muestra el siguiente cuadro:

Adaptaciones realizadas a población anciana (80 a 89 años) en varios países

Enable-age Policy Recommendations. Sixsmith et al. (2006).

<i>País</i>	<i>% de la muestra que hizo adaptaciones en su hogar</i>
Gran Bretaña	36 %
Suecia	26%
Alemania	9%
Letonia	5%
Hungría	3%

Como vemos, la implantación de adaptaciones es muy diferente según países, lo que anuncia unas posibilidades de envejecimiento en el hogar con calidad muy diferentes para cada uno. Suecia y Gran Bretaña destacan por la gran cobertura pública, aunque con grandes diferencias, pues el “means test” o requisitos de renta en GB es muy estricto, mientras el acceso a las ayudas en Suecia es mucho más fácil para personas con distintos niveles de renta.

La financiación de las adaptaciones es plenamente privada en países como Lituania o Australia, donde no hay un sistema público de ayudas.

Un análisis del enfoque y niveles de ayudas en algunos de estos países nos aporta características y matices para disponer de un punto de referencia en el estudio que posteriormente se desarrolla sobre la realidad de la adaptación funcional en España.

¹⁰ Excepto en Hungría y Letonia, donde las edades de la muestra se sitúan entre 75 y 84

Suecia¹¹

La legislación sueca establece que una persona con discapacidad puede obtener una ayuda que cubra el coste completo de la adaptación si el o ella vive en la vivienda permanentemente y si la razón para la adaptación del hogar es de tipo preventivo, rehabilitativo o por razones de cuidado a largo plazo. El municipio de residencia es en este caso responsable de la ayuda. Los pasos para conseguir que se apruebe la subvención requieren que un terapeuta ocupacional analice y certifique la necesidad de la adaptación.

Por otra parte, el gobierno sueco destinó en 2004 30 millones SEK para cubrir la instalación de ascensores en viviendas multifamiliares. Los propietarios, partiendo de un coste máximo de 1 millón SEK por elevador podrían recibir una ayuda de 300.000 SEK a fondo perdido.

Inversión en programas de adaptación de vivienda en Suecia:

Año 2001	78.000.000 €
Año 2002	83.000.000 €

Estas cantidades se reparten entre unas 56.000 personas/año. El 55% de las adaptaciones o ayudas técnicas que provee el programa no supera los 550 €, y sólo unas pocas se encuentran en el otro extremo, y superan los 55.000€.

De los 4,2 millones de hogares existentes en Suecia, un 57% son viviendas unifamiliares. El 20% de la vivienda no es accesible para silla de ruedas, cantidad que es mayor (27%) entre los hogares donde viven personas mayores de 75 años, pues un 54% de los que viven en apartamentos no tienen ascensor.

Alemania¹²

La población mayor de 80 años (la cuarta edad) constituye el 4% de la población; esto es, más de 3,2 millones de personas que, al ritmo de envejecimiento actual se convertirán en 9,1 millones en 2050. El 70% de esta población son mujeres, 65,7% de las cuales vive sola. La situación económica de esta población es satisfactoria. La política de vivienda en relación con la población mayor es promover el envejecimiento en casa y asegurar estándares de calidad a través de programas de subvenciones que favorecen la supresión de barreras en la vivienda. Hay una mezcla de sistemas públicos (de responsabilidad regional) y privados. La inclusión de un sistema de seguro obligatorio para el cuidado a largo plazo en 1995 ha propiciado bastante incremento de adaptaciones. Las principales entidades promotoras de adaptaciones son, de hecho, privadas (seguros de cuidados a largo plazo), que dan hasta 2.557€ a fondo perdido.

¹¹ A partir de Dahlin-Ivanoff et al. (2001) y Fänge (2004)

¹² A partir de Naumann et al. (2001)

El asesoramiento público para la identificación de problemas en la vivienda y riesgos para la población anciana sólo está bien resuelto (con oficinas y medios) en algunos estados federales. El potencial y límites de adaptación necesario en Alemania no está estudiado y existe evidencia de que se debería incluir las necesidades subjetivas en un sistema de apoyo financiero a las adaptaciones, así como una red coordinada de servicios de asesoramiento sobre adaptación de vivienda y otros temas vinculados con el *ageing in place*)

Gran Bretaña

El 80% de la población mayor en GB prefiere vivir independiente en su propio hogar (Sixsmith et al. 2001). Con tal objeto hay ayudas disponibles para adaptación de viviendas de personas mayores si la vivienda está en malas condiciones o el propietario es financieramente incapaz de atender las necesidades en este sentido. Las autoridades locales son las encargadas de proporcionar financiación para la adaptación de viviendas de discapacitados. También hay entidades sociales locales, organizaciones de caridad y “agencias de mejora del hogar”, del tercer sector, pero que reciben ayudas estatales.

Una ley de 1996 (Housing Grants, Construction and Regeneration Act) especifica los tipos de ayudas y asistencia financiera disponibles para los propietarios e inquilinos.

Se distingue entre:

Asistencia a Reparaciones en el Hogar, dirigida a obras menores que sean esenciales para el mantenimiento de la casa. En 1996 concedían 650 £; fácilmente accesibles para personas mayores.

Ayuda a equipamientos para la discapacidad, cubre adaptaciones necesarias para estas personas en su hogar (p.ej. una rampa o montaescaleras). El monto depende del nivel de renta.

Ayuda de renovación, disponible para mayores si su vivienda requiere reparaciones profundas o no hay instalaciones básicas, como aseo o ducha. La autoridad local tiene discreción para concederla, y depende del nivel de renta.

Existen otros programas de menor importancia dirigidos a estos colectivos, como los prestamos blandos para reparaciones en el hogar, pagando el beneficiario sólo el interés y quedando el principal como una carga sobre la propiedad.

Los límites máximos de las ayudas disponibles para adaptación funcional de la vivienda en Gran Bretaña son:

Límite general: 25.000 £
En Gales: 30.000 £

El gasto destinado a las adaptaciones funcionales está creciendo rápidamente. El presupuesto total del DFG (Disabled Facilities Grant) se elevó desde £56 Millones en 1997/1998 hasta £101,5 Millones en 2004/2005, lo que ha conducido a una mayor concienciación sobre la importancia de considerar la accesibilidad en las viviendas de nueva construcción (O'Brien 2006; 111).

Por otra parte, Heywood (2001) señala que en la década 1990-2000 el gasto anual total de los programas públicos de adaptación de hogares alcanza los 330 millones de libras, de los que el 20% procede de los servicios sociales, y el resto de fuentes relacionadas con la vivienda.

CAPÍTULO 2:

LAS LIMITACIONES FUNCIONALES DE LA POBLACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA VIVIENDA: METODOLOGÍA Y APLICACIÓN A PARTIR DE LA EDDDES 99

En los últimos años se han creado o desarrollado en distintas comunidades y municipios de España programas de ayudas públicas para la adaptación funcional de las viviendas (ver Parte II). Estas ayudas son consecuencia, en gran medida, del surgimiento de necesidades cada vez mayores a las que progresivamente ha habido que ofrecer respuestas; necesidades de personas mayores y con discapacidad de escasos recursos económicos que residen en viviendas y edificios inadecuados para su edad y estado físico.

De cara al previsible crecimiento de esas necesidades y la consiguiente planificación de las ayudas futuras es importante conocer, más allá de su condición de persona mayor o con discapacidad, las características, demandas y composición del universo de personas afectadas. Por este motivo utilizamos el concepto de limitación funcional, que resulta mucho más adecuado que los anteriores a la hora de analizar y concretar las necesidades de AFV.

2.1. Metodología de estudio de las limitaciones funcionales de la población española: el Método Enabler.

¿Cómo vincular las discapacidades conocidas de la población con las limitaciones funcionales que éstas tienen en relación con el uso de su propia vivienda? La respuesta no es inmediata, pues como señala Iwarsson (1997: 9) *hasta ahora la mayoría de la investigación en accesibilidad y usabilidad del entorno físico en la vivienda se ha concentrado en el desarrollo de estándares, normas y regulaciones* y, por tanto, no ha sido objeto de interés de investigadores el vincular de forma rigurosa las necesidades funcionales de las personas con las características del entorno en que viven. Hemos visto en el capítulo de conceptos que las condiciones de uso que requiere un espacio tan personal y subjetivo como la vivienda no se pueden derivar de criterios de accesibilidad generales.

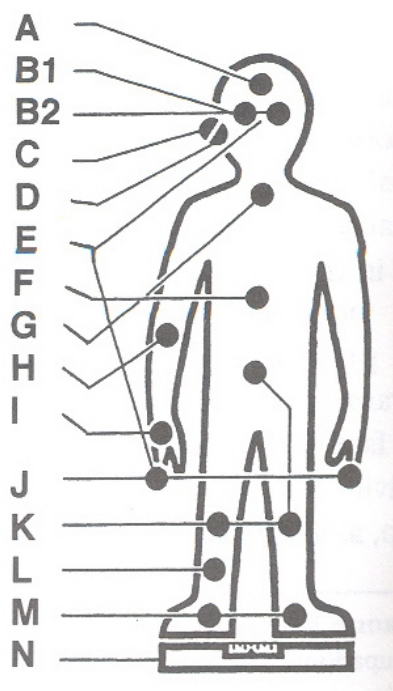
En el caso de las personas con discapacidad una primera aproximación a esa vinculación requiere relacionar cada limitación funcional con las características de diseño y ejecución de la vivienda en que habita. De esta forma se debe poder intervenir mejor para maximizar su autonomía y capacidad, mejorando así las soluciones y programas de adaptación correspondientes.

El encuentro entre ambas dimensiones: limitaciones del individuo – exigencias del entorno, aunque objeto de distinta literatura, sólo ha sido estudiado y desarrollado mediante estudios empíricos de forma reciente. Y aquí destaca el “Enabler” o “capacitador” (Steinfeld et al., 1979), que es un método desarrollado por arquitectos, gerontólogos y terapeutas ocupacionales, para

determinar el impacto que tienen las barreras en el entorno de la vivienda sobre personas con distintas limitaciones funcionales.

A través del estudio de las limitaciones funcionales identificamos la habilidad de las personas para desarrollar acciones físicas y mentales en su vida diaria (Fänge e Iwarsson, 2005), y de este modo concretamos su capacidad funcional.

El concepto “Enabler” parte de la base de que los problemas de accesibilidad surgen de la relación entre el individuo con limitaciones funcionales y el diseño del entorno. Este concepto fue publicado originalmente como un ideograma, con el objeto de facilitar el análisis del impacto de las barreras ambientales sobre personas con diversas limitaciones funcionales o dependencia de ayudas técnicas para la movilidad. El Enabler ha sido establecido sobre la base de la experiencia y trabajo de campo de expertos en accesibilidad y terapeutas ocupacionales, así como de las discusiones con expertos y usuarios, que lo validan (Steinfeld et al. 1979; Iwarsson e Isacsson, 1999)¹³



Steinfeld et al., 1979, p. 75

La metodología original se divide en dos partes. En la primera, se presentan las 15 diferentes limitaciones funcionales o dependencias de ayudas técnicas para la movilidad que deberían ser consideradas en el diseño, relacionadas con las capacidades mentales, los sentidos, la regulación del cuerpo y discapacidades motrices. Éstas aparecen reflejadas con letras en el ideograma (arriba), señalando a la parte del cuerpo a que hacen referencia: Dificultad para

¹³ Iwarsson, S. y Isacsson, A. (1999), *“The Enabler” Applied to Occupational Therapy*, en Edward Steinfeld y G. Scott Danford, *Enabling Environments: Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. Kluwer Academic.

interpretar información (A), Pérdida severa de vista (B1), Dificultad para arrodillarse (K), etc. (ver cuadro).

Limitaciones funcionales en el modelo Enabler

- A** = DIFICULTAD PARA INTERPRETAR INFORMACIÓN
- B1** = PÉRDIDA PARCIAL DE LA VISIÓN
- B2** = PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN
- C** = PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN
- D** = TRASTORNOS DE EQUILIBRIO
- E** = FALTA DE COORDINACIÓN
- F** = PÉRDIDA DE RESISTENCIA / FUERZA
- G** = DIFICULTAD DE MOVER LA CABEZA
- H** = DIFICULTAD EN ALCANZAR CON LOS BRAZOS
- I** = DIFICULTAD DE MANIPULAR CON MANOS Y DEDOS
- J** = INCAPACIDAD PARA USAR LAS EXTREMIDADES SUPERIORES
- K** = DIFICULTAD DE INCLINARSE, ARRODILLARSE, ETC.
- L** = DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE
- M** = INCAPACIDAD PARA USAR LAS EXTREMIDADES INFERIORES

En la segunda parte, se evalúa el efecto producido en la persona por las diferentes barreras medioambientales que ha de afrontar (fundamentalmente en la vivienda y su entorno urbanístico), partiendo de los datos recogidos por la experiencia de un conjunto terapeutas ocupacionales e investigadores (Iwarsson e Isacson, 1999).

Estos datos de impacto de las barreras sobre cada limitación funcional están reunidos en 13 matrices y han sido validados mediante discusiones con expertos y usuarios. Las matrices incorporan, en columnas, las limitaciones funcionales citadas, y en filas las diferentes barreras medioambientales que podrían originar problemas para los usuarios de edificios y de los espacios de acceso a ellos, tales como: entradas, pasos de puerta, circulación interior, etc. En las casillas de cruce de la matriz se presentan valores codificados correspondientes a los grados de dificultad observados en cada caso: *problema potencial, problema, problema grave e imposibilidad*.

- 0 = No afecta
- 1 = Problema potencial
- 2 = Problema
- 3 = Problema grave
- 4 = Imposibilidad.

Una síntesis de algunos valores estimados por Enabler para cada una de las limitaciones funcionales se presenta en la siguiente tabla:

LIMITACIONES FUNCIONALES	A	B1	B2	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
A- ENTRADAS														
<u>General</u>														
Abertura estrecha de la puerta													3	4
Umbral y/o escalones altos en la entrada		3	3		3	3		1					3	4
Insuficiente espacio de maniobra en el área de las puertas													3	4
Puertas pesadas sin apertura automática					3	3	3		3		4		3	3
<u>Escaleras</u>														
La escalera es el único acceso a la vivienda		3	3		3	3	3				1		3	4
Escalones estrechos o irregulares	3	3	3		3	3	3						3	
Sin barandillas (en ambos lados)	1	1	1		3	3	3						4	
<u>Rampas</u>														
Pendiente con gran declive					3	3	3						3	3
Superficie con riesgo de deslizamiento					3	3							3	3
<u>Ascensores</u>														
No se detiene al mismo nivel del piso del edificio		3	3		3	3		3					3	3
Amplio hueco entre ascensor y piso del edificio	1	3	3		2	3		3					3	3
Sin barandillas					1	1	1						1	
Mandos demasiado altos / bajos								2	3	1		1	2	4
B- INTERIOR														
<u>General</u>														
Pasillos / corredores estrechos													3	4
Superficie deslizadiza (resbaladiza)		3	3		3	3	1						3	
Cocina, lavadero, cocina para el uso general														
Armarios y estantes empotrados demasiado arriba		3	3		4	3	3	2	4	3	4	3	3	4
Sin espacio de pierna en la superficie de trabajo					2		2						2	3
Repisas demasiado profundas									4		4	3	3	3
<u>Area de higiene</u>														
Sin asiento de ducha / baño					2								3	3
Sin barras de agarre en ducha, baño y / o toilet		1	1		4	4	4						4	4

Esta metodología fue posteriormente suplementada y testada para su aplicación exclusiva en la vivienda por Iwarsson (1995). Las matrices recogen un total de 188 conceptos o posibles barreras a considerar en los entornos exterior e interior de la vivienda, que se sometieron a un proceso iterativo de mejora basada en su aplicación práctica entre varias decenas de terapeutas ocupacionales. Para su configuración, la lista de problemas se hizo más específica y se repartió para su valoración práctica por profesionales socio sanitarios en casos reales sobre viviendas de personas con limitaciones funcionales de Suecia. Los grados de dificultad (Problema potencial / problema / problema grave / Imposibilidad) posibles en cada matriz para cada elemento

fueron testados estadísticamente (además de asignárseles valores numéricos de 0 a 4, como ya se ha indicado).

El grado de confianza de la escala de valores asignada quedó así justificado mediante un test kappa.

La metodología puede ser aplicada para establecer la adaptación del hogar según las limitaciones funcionales del individuo como así también para revisar las medidas de adaptación de viviendas puestas en práctica, tal como lo indica la experiencia sueca.

Tanto el concepto “Enabler” como la metodología expresada se adaptan a los fines prácticos del presente estudio. El primer paso será identificar las limitaciones funcionales que se pueden asignar a la persona a partir de los datos recogidos en la encuesta_sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999) del INE y clasificarlas bajo las categorías de limitaciones funcionales de la metodología Enabler. Para ello, presentamos primero la encuesta

2.2. La EDDDES 99 y su adaptación al Método Enabler

Los conceptos principales

En la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, publicada por la OMS (versión 1980), en la que se basa buena parte de la legislación española sobre accesibilidad en vigor, se establecen tres niveles de consecuencia de la enfermedad: *deficiencia, discapacidad y minusvalía*.

El primer nivel está formado por los síntomas, señales o manifestaciones de la enfermedad a nivel órgano o función de un órgano, cualquiera que sea su causa. A este nivel de manifestación de una enfermedad se le denomina deficiencia. Una deficiencia es, por tanto, cualquier pérdida o anomalía de un órgano, o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo, paraplejía, retraso mental, etc. (ver Anexo 1).

El segundo nivel lo constituyen las discapacidades, que son las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona. Por ejemplo, dificultad para desplazarse, para cuidar de sí mismo, etc.

El tercer nivel se refiere a las minusvalías, que recogen las consecuencias que la enfermedad produce a nivel social, es decir, las desventajas que la enfermedad origina en el individuo en su relación con las demás personas que conforman su entorno.

Dichos niveles de consecuencia de la enfermedad, aunque ya no están recogidos por la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF, publicada por la OMS en

2001, son fuente metodológica de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), realizada por el INE en 1999. La EDDES define a la discapacidad como *una limitación de la capacidad humana que hace imposible o dificulta gravemente la actividad normal de la persona* (INE, 2000:19), debe afectarle durante más de un año y tener su origen en una deficiencia. Entendiendo por *actividad* la naturaleza y rendimiento funcional de una persona, las actividades pueden verse limitadas en su naturaleza, duración y calidad.

La EDDES99 y el Método Enabler

Esta encuesta, la más importante realizada en nuestro país para conocer las discapacidades de la población, se aplicó a 79.000 hogares (70.500 válidos y efectivos) y recogió información de 218.185 personas, mediante entrevista personal en domicilio. La encuesta consta de cuatro cuestionarios: el primero dirigido a detectar las personas que tienen discapacidades y sus datos personales, de convivencia, etc., pudiendo contemplar hasta 36 discapacidades diferentes por persona (Cuestionario de Hogar), el segundo, dirigido sólo a las personas que tengan alguna discapacidad en el hogar, recoge detalles de estas y sus consecuencias (Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias), el tercero es similar, pero relativo a niños hasta 6 años, y el cuarto recoge información sobre los problemas de salud en el hogar, hábitos de consumo, etc. dirigido a un miembro del hogar elegido al azar (Cuestionario de Salud). La información recogida en este estudio procede de los cuestionarios de Discapacidades y Deficiencias y Salud.

Resulta obvio que el número de actividades posibles en que se puede manifestar la discapacidad de una persona es interminable y, por tanto, para delimitar el estudio, la EDDES lo restringe a las fundamentales:

1. Ver
2. Oír
3. Comunicarse
4. Aprender, aplicar conocimientos, desarrollar tareas
5. Desplazarse
6. Utilizar brazos y manos
7. Desplazarse fuera del hogar
8. Cuidar de si mismo
9. Realizar las tareas del hogar
10. Relacionarse con otras personas

Estando cada una de ellas compuesta por otras subactividades susceptibles de estar limitadas en su desarrollo o ejecución para algunas personas.

Entiende esta encuesta que la discapacidad es *toda limitación grave que afecte de forma duradera la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia* (INE 2005:19). Una misma persona puede tener dos o más discapacidades que pueden ser independientes unas de otras (estando originadas por deficiencias diferentes), o bien tener su origen en una misma deficiencia. Para efectos de la EDDES se recogen todas las discapacidades que se presentan en una misma persona. Cada discapacidad sólo puede estar

causada por una deficiencia. La EDDDES recoge la discapacidad cuando el propio entrevistado considera que la deficiencia está limitando “gravemente” alguna de sus actividades. Se basa pues, en la propia percepción subjetiva que tiene la persona de su limitación.

A partir de estos conceptos, este estudio trata de concretar la desventaja en la que se encuentra una persona con discapacidades en su entorno físico mediante la aplicación de una metodología adecuada, como el Método Enabler.

De los conceptos específicos de la EDDDES se puede afirmar que las deficiencias suponen un trastorno orgánico, que originan una discapacidad que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Asimismo, **la discapacidad es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana**. Por ello el paso siguiente debe ser la identificación de las limitaciones funcionales que caracterizan esas discapacidades y las deficiencias que las originan en cada caso, obteniendo de esa forma el perfil de problemas funcionales en cuanto a movilidad, percepción, y dependencia de ayudas técnicas para la movilidad que presenta la población española. La asignación de limitaciones funcionales a partir de la información de la EDDDES requiere desarrollar una metodología específica para este trabajo, para la que se ha partido de las categorías de deficiencia y discapacidad establecidas en la encuesta y las categorías de limitación funcional del Enabler ya vistas.

Al hacerlo así sobre cada individuo de la muestra en la EDDDES, podemos elevar los resultados al conjunto de la población y obtener un retrato de las limitaciones funcionales relativas al entorno del hogar para toda la población española. Desarrollamos tres fases de asignación (aplicable a cada persona entre 6 y más años):

En una **primera fase**¹⁴ –de asignación directa- se analizan las deficiencias o categorías de deficiencias que *originan un conjunto de discapacidades comunes a todos los individuos que la tienen*. Se agrupa en una categoría de deficiencias, a todas aquellas que hayan sido causadas por la pérdida o anomalía del mismo órgano o de la función propia de ese órgano, y siempre que, originen un conjunto de discapacidades comunes a todos los individuos. En esta primera fase, la limitación funcional se asigna a partir de las deficiencias de la EDDDES. Se asigna una limitación funcional por deficiencia o categoría de deficiencias. P. ej., la deficiencia 11, “retraso madurativo” de la EDDDES, se asocia directamente a la limitación funcional A del Enabler (dificultad para interpretar la información).

En una **segunda fase**, se tratan las deficiencias o categorías de deficiencias que, *por un lado, originan un conjunto de discapacidades comunes a todos los individuos que las tienen, y por otro, las que pueden originar otras discapacidades que no se dan en todos los individuos*. De manera que, cuando

¹⁴ En el **Anexo 1** se desarrolla con todo detalle el proceso de asignación de limitaciones funcionales a las discapacidades que establece la Encuesta EDDDES de 1999, así como los árboles de decisión que justifican las asignaciones más complejas.

las discapacidades son comunes a todos los individuos la pauta de asignación es la misma que en la primera fase, es decir, asignar la limitación funcional a partir de las deficiencias de la EDDES.

La existencia de estas discapacidades no comunes a todos los individuos que comparten esa deficiencia hace necesario examinarlas una por una para poder asignar la limitación funcional que corresponda. Es decir, la limitación funcional se asigna a partir no de las deficiencias, sino de las propias discapacidades de la EDDES. En esta fase se asigna, por lo general, más de una limitación funcional por deficiencia o categoría de deficiencias.

P.ej. una discapacidad de tipo 084, “comer y beber”, que es consecuencia de una deficiencia tal como 16 “otros trastornos mentales” se asigna a la limitación funcional A; en cambio, si esa misma discapacidad es consecuencia de una deficiencia de tipo osteoarticular relacionada con la movilidad de la cabeza (51), entonces se asocia a la limitación funcional G.

En una **tercera fase**, se tratan las deficiencias que *originan discapacidades diversas, no comunes, a todos los individuos*. Al igual que en la segunda fase, esto conduce a examinarlas una por una, de modo que la limitación funcional bajo la cual se engloba a las discapacidades se asigna a partir de las discapacidades de la EDDES. En esta fase se asigna, por lo general, más de una limitación funcional por deficiencia. P.ej. una deficiencia de las “extremidades superiores” (53), puede generar la discapacidad “cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo” (051), que asignaremos a una limitación funcional I del Enabler (dificultad de manipular con manos y dedos), si ha dado también origen a la discapacidad “utilizar utensilios y herramientas” (062), o H (dificultad en alcanzar con los brazos), si ha dado también origen a la discapacidad “trasladar objetos no muy pesados” (061)

El postulado de la EDDES en cuanto a que una misma persona puede tener dos o más discapacidades conduce a dos reglas necesarias para contabilizar, a partir de las pautas de asignación del estudio, las limitaciones funcionales de la población de discapacitados. La primera, es que **cada limitación funcional se contabiliza por individuo sólo una vez**. Si bien distintas discapacidades pueden limitar la capacidad de realizar una misma actividad, y por lo tanto, estar contenidas bajo una única limitación funcional de la metodología Enabler, ello no significa que se considere dos o más veces la misma limitación funcional por individuo. La segunda, para efectos del estudio se contabilizan todas las limitaciones funcionales que se presentan en una misma persona, es decir, que **una misma persona puede tener más de una limitación funcional**.

2.3. Principales resultados de la adaptación del Método Enabler a los resultados de la Encuesta EDDES 1999

Resultados generales de la EDDES: prevalencia de la discapacidad

Existe diversa literatura de análisis de la EDDES, que se ha intensificado con la puesta a libre disposición de los microdatos correspondientes. El volumen de Informe General de la Encuesta, publicado por el INE (INE 2005) que aporta

una explotación de los principales resultados, y el estudio de Puga y Abellán (2004), con un amplio análisis del proceso y consecuencias de la discapacidad, constituyen un buen punto de partida para conocer en detalle el perfil de la población con discapacidad en España.

De las 39.247.010 personas que constituían la población española en el momento de la encuesta, 3.528.222 declararon algún tipo de discapacidad o limitación, es decir, un 9,0% de la misma. (INE 2005:29)

Las cifras generales de población y discapacidad correspondientes a la encuesta EDDDES y al año 1999 son las siguientes:

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Población total nacional 1999	18.090.917	18.946.589	37.037.506
Personas con discapacidad	1.472.972	2.055.250	3.528.222
Id. > 6 años	1.448.249	2.030.396	3.478.645

Cada persona puede tener una o más discapacidades de las 36 que recoge la encuesta (población de 6 o más años), y que se han agrupado en diez tipos:

Ver.....	1.002.289
Oír.....	961.489
Comunicarse	504.813
Aprender, aplicar conocimientos, desarrollar tareas.....	571.706
Desplazarse.....	1.225.144
Utilizar brazos y manos	1.092.518
Desplazarse fuera del hogar.....	2.088.902
Cuidar de si mismo	777.058
Realizar tareas del hogar.....	1.568.598
Relacionarse con otras personas	566.751

Estas 10.359.268 discapacidades se reparten entre las más de 3,5 millones de personas citadas, cuya distribución por edades se muestra en la siguiente tabla.

La distribución de discapacidades recogidas por la EDDDES entre la población, por edades son estos tipos y número (tabla):

Edad	Pob. con discapacidad	% s/ total
0-5	49.577	1,4%
6-19	112.575	3,2%
20-29	137.323	3,9%
30-39	222.803	6,3%
40-49	250.153	7,1%
50-59	381.798	10,8%
60-69	687.679	19,5%
70-79	934.196	26,5%
80+	752.118	21,3%
TOTAL	3.528.222	

La discapacidad afecta de manera diferente a hombres y mujeres, constituyendo los afectados por ella el 7,7% de la población masculina y el 10,3% de la población femenina. Hasta los 45 años el número de hombres con discapacidad supera al de mujeres, pero se trata de un pequeño porcentaje de la discapacidad total. En cambio, en las cohortes de edad donde la discapacidad se hace más numerosa la incidencia en la mujer es mucho más elevada. Así, las mujeres con discapacidad mayores de 75 años son más del doble que los hombres en tales edades.

Como consecuencia de la aplicación del método Enabler a las deficiencias y discapacidades declaradas en la EDDDES (según la metodología planteada en apartados anteriores y Anexo1), podemos obtener el número total de limitaciones funcionales que afectan a la población española en el entorno de la vivienda y su prevalencia, como muestra la siguiente tabla:

Limitaciones Funcionales de la Población (> 6 años)

Tipo de Limitación Funcional	Nº Limitac. funcionales	Prevalencia de Limit. Funcional (*).
A dificultad para interpretar información	649.744,25	1,75
B1 pérdida parcial de la visión	914.499,76	2,47
B2 pérdida total de la visión	57.683,65	0,16
C pérdida de la audición	932.250,73	2,52
D trastornos de equilibrio	14.275,41	0,04
E falta de coordinación	145.191,30	0,39
F pérdida de resistencia / fuerza	283.882,99	0,77
G dificultad de mover la cabeza	1.499,96	0,00
H dificultad en alcanzar con los brazos	685.718,24	1,85
I dificultad de manipular con manos y dedos	635.557,32	1,72
J incapacidad para usar las extremidades superiores	30.645,91	0,08
K dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.	331.954,70	0,90
L dificultad para desplazarse	637.971,80	1,72
M incapacidad para usar las extremidades inferiores	52.065,95	0,14
Total Limitaciones Funcionales de la población	5.372.941,97	-

(*) calculada sobre la población mayor de 6 años: 37.037.506.

Como vemos el resultado de aplicación de la metodología Enabler a los resultados de la EDDDES nos conduce a estimar en 5,37 millones las limitaciones funcionales vinculadas a la interacción en el entorno, que corresponden a las citadas 3,48 millones de personas con discapacidad mayores de 6 años.

La mayor incidencia de limitaciones funcionales se da, por este orden, en

- Pérdida de audición: 2,52%
- Pérdida parcial de la visión: 2,47%

En un segundo nivel de prevalencia se situarían respectivamente:

- Dificultad para alcanzar con los brazos: 1,85%
- Id. para interpretar información: 1,75%
- Id. para desplazarse: 1,72%
- Id. para manipular con manos y dedos: 1,72%

En un tercer grupo, donde el nivel de prevalencia es netamente inferior están:

- Dificultad para inclinarse, arrodillarse: 0,90%
- Pérdida de resistencia o fuerza: 0,77%
- Falta de coordinación: 0,39%

Finalmente, aquellos que tienen una prevalencia considerablemente más baja:

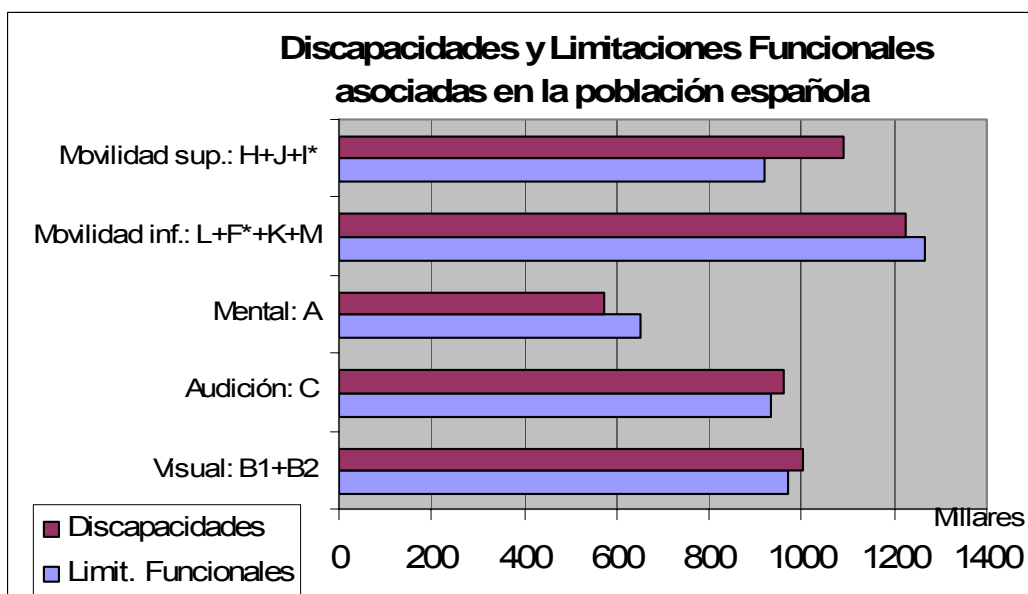
- Pérdida total de la visión: 0,16%
- Incapacidad para usar las extremidades inferiores: 0,14%
- Incapacidad para utilizar las extremidades superiores: 0,08%
- Trastornos de equilibrio: 0,04%
- Dificultad de mover la cabeza: 0,00...%

La afinidad entre algunas de estas limitaciones nos lleva a agruparlas como muestra el siguiente cuadro comparativo entre las discapacidades y las limitaciones funcionales de acuerdo a la EDDDES. El resto no se ha contemplado en el cuadro por no haber una relación entre las limitaciones funcionales contempladas y las discapacidades.

Hay que tener en cuenta que no estamos hablando de individuos que tienen una de las discapacidades o limitaciones funcionales citadas, puesto que los hay que tienen varias (p.ej. una persona con tetraplejia estará situada en al menos dos categorías de las listadas arriba, y en consecuencia aparecerá al menos dos veces entre los datos del número de limitaciones funcionales de la población).

El resultado de la asignación de limitaciones funcionales realizada –partiendo de la deficiencia de origen- mantiene un paralelismo lógico con la idea de discapacidad. La relación no es idéntica, como se muestra en la tabla y gráfica siguiente, pero se mantiene muy próxima.

Discapacidad	Agrupación Limitaciones Funcionales	Nº discap. de la población	% poblac. de con discapac.	Nº Limitac. Funcional. de la población	% Pobl. con limit. funcional
Visión	B1+B2	1.002.289	2,71	972.183	2,62
Audición	C	961.489	2,60	932.250	2,52
Func. Mentales	A	571.706	1,54	649.744	1,75
Movilidad inferior	L+F*+K+M	1.225.144	3,31	1.264.459	3,41
Movilidad miemb. superiores	H+J+I*	1.092.518	2,95	920.906	2,49



La agrupación de limitaciones funcionales realizada muestra que las discapacidades para la movilidad y desplazamiento (incluidas aquí la pérdida de resistencia y fuerza) son las que más afectan a la población para su desempeño en el hogar. Y ello, por mucho que intuitivo, queda más justificado por el carácter “objetivo” de las limitaciones funcionales como referidas específicamente a la relación persona-entorno desde el punto de vista de la capacidad y no de su contexto social o de otro tipo.

Comparativo entre hombres y mujeres

DISCAPACIDAD	% Poblac. con limitac. funcional	Nº de limitac. funcional. de la población masculina	% de limitac. funcional en la población masculina	Nº de limitac. funcional. de la población femenina	% de limitac. funcional en la población femenina
Ver	2,62	387.590,61	2,14	584.592,79	3,09
Oír	2,52	407.540,21	2,25	524.710,52	2,77
Aprender (funciones mentales)	1,75	280.928,09	1,55	368.816,16	1,95
Desplazarse	3,41	469.411,27	2,59	795.047,83	4,20
Utilizar brazos y manos	2,49	328.685,68	1,82	592.220,91	3,13

Por otra parte, la prevalencia de limitaciones funcionales es muy superior entre las mujeres, del mismo modo que la discapacidad. Estas diferencias se producen especialmente en aquellas más vinculadas con la edad, como “desplazarse” (un 62% más) o “utilizar brazos y manos” (un 72% más) por la mayor presencia de mujeres en la tercera edad.

2.4.- Análisis de las CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD en el hogar a partir de la EDDDES 99

Las condiciones de accesibilidad en el hogar se consideran en el Cuestionario de Salud de la EDDDES, que se realizó a una persona aleatoriamente seleccionada de cada hogar visitado. A esta persona se le preguntó si a causa de algún problema de salud temporal o de una deficiencia *padecía* en el momento de la encuesta de dificultades para *desenvolverse con normalidad* en:

- El portal de su casa
- El ascensor
- Las escaleras
- El cuarto de baño
- Otras habitaciones
- La terraza o patios
- Otros lugares

Nuestro interés por estas respuestas es relevante en particular si la persona que responde tiene algún tipo de discapacidad o limitación funcional. Por ello se analizó la submuestra de individuos que respondió tanto a la encuesta de discapacidades como a la encuesta de salud de la EDDDES, lo que totaliza 8.775 casos. Al objeto de vincular la falta de accesibilidad con la limitación funcional concreta que tiene cada persona se consideraron únicamente aquellos individuos con una sola limitación funcional, esto es 4.760 personas. De haber considerado al resto de individuos no se habría podido establecer el vínculo entre la limitación funcional concreta y la barrera concreta.

Con independencia de las grandes limitaciones de la EDDDES a la hora de obtener información sobre el entorno residencial de la persona, se pueden obtener algunos resultados de interés. La siguiente tabla presenta el grado de reconocimiento de problemas en diversos espacios de la vivienda (zonas comunes, privativas y “otros” sin determinar) por parte de la población con discapacidades que ha respondido al cuestionario de salud.

Dificultades de accesibilidad en la vivienda, según la EDDDES
Submuestra de población que responde a las encuestas de Discapacidad y Salud

Barreras	Frecuencia	% con problemas
Portal	552	11,60
Ascensor (*)	241	20,27
Escaleras (**)	1705	37,70
Baño	676	14,20
Otras habitaciones	380	7,98
Terraza o patios	401	8,42
Otros lugares	951	19,98

(*) Referido a la población que reside en viviendas con ascensor

(**) Referido a población que residen en viviendas con más de una altura

Los porcentajes no son sumativos, pues están calculados sobre una pregunta de respuesta múltiple

Una vez corregida la muestra según disposición o no de ascensor y de escaleras, podemos observar que el orden de barreras (o lugares que plantean

dificultad para *desenvolverse con normalidad*) reconocidas por la población con limitaciones funcionales sería el siguiente:

- 1° Las escaleras
- 2° El ascensor
- 3° “otros”, sin determinar (pueden ser ajenos a la vivienda)
- 4° El cuarto de baño
- 5° El portal
- 6° La terraza o patios
- 7° Otras habitaciones

Un estudio más concreto a partir de las limitaciones funcionales que presenta la población aparece en la siguiente Tabla. En ella, los porcentajes están corregidos de acuerdo a la disposición de ascensor y escaleras (sólo se considera la población que dispone de ellos), pero no respecto a la disposición de balcón y terraza.

Porcentaje de población con discapacidad con dificultades en cada sección del hogar según su limitación funcional

	A	B1	B2	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
PORTAL	3,21	4,99	30,6	1,97	0	35,7	15,4	0	8,59	2,61	0	11,1	43	46,4
ESCALERAS	15,6	25,8	40	16	6,67	69,9	62,8	0	43,2	28,8	16,7	57,9	87,2	79,2
ASCENSOR	9,28	8,62	52,9	2,87	0	72,5	20	0	11,1	0	0	11,5	94,7	100
BALCÓN	2,22	3,06	24,5	1,26	5,88	29,8	8,61	0	7,03	0	0	5,08	34,3	39,3
OTRAS HAB.	1,48	2,97	24,5	0,63	5,88	28,6	4,49	0	2,73	0	0	3,93	37,7	41,1
BAÑO	2,47	5,77	24,5	2,45	5,88	39,9	18	0	11,3	6,96	11,1	22,4	49	51,8
OTROS	3,46	6,56	34,7	2,13	5,88	51,8	15	0	11,3	4,35	0	11,5	100	76,8
n	405	1143	49	1267	17	168	267	3	256	115	18	433	563	56

Se han señalado con negrita aquellas casillas de que corresponden a limitaciones funcionales y secciones del hogar donde más del 75% reconoce tener dificultades.

Sumando podemos obtener el porcentaje de barreras identificadas por las 4760 personas consideradas en la muestra de la EDDDES que ha respondido tanto a los cuestionarios de Salud como de Discapacidades. El resultado del promedio para cada limitación se muestra en la siguiente tabla.

Ordenación de las limitaciones funcionales de acuerdo a la incidencia en ellas de distintas barreras. Promedios

LIMITACIÓN FUNCIONAL	INCIDENCIA barreras en vivienda
L dificultad para desplazarse	63,69
M incapacidad para usar las extremidades inferiores	62,09
E falta de coordinación	46,88
B2 pérdida total de la visión	33,10
F pérdida de resistencia / fuerza	20,60
K dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.	17,64
H dificultad en alcanzar con los brazos	13,61
B1 pérdida parcial de la visión	8,26

I	dificultad de manipular con manos y dedos	6,11
A	dificultad para interpretar información	5,39
D	trastornos de equilibrio	4,31
J	incapacidad para usar las extremidades superiores	3,97
C	pérdida de la audición	3,90
G	dificultad de mover la cabeza	0,00

Los valores de la tabla indican en términos porcentuales el promedio de barreras encontrado en los siete espacios planteados, por parte de personas con cada tipo de limitación funcional. No quiere decir que una persona con limitación funcional L tenga un 63,69% de probabilidad de padecer una barrera, porque se están añadiendo aquí los 7 espacios considerados. Los valores obtenidos son sólo útiles a efectos de ordenación. Y lo que muestran es que la probabilidad de sufrir barreras es máxima cuando se trata de personas dentro del colectivo que tiene dificultades para desplazarse o incapacidad para usar las extremidades inferiores. La predisposición a encontrar barreras es también alta para las personas con falta de coordinación y pérdida total de visión y, en menor medida para aquellas con pérdida de resistencia o fuerza, dificultades para inclinarse o para alcanzar con los brazos. El resto de limitaciones funcionales también experimentan barreras, pero con menor frecuencia.

Podemos considerar justificado, por tanto, que las personas con limitaciones funcionales relacionadas con el desplazamiento, la coordinación y pérdida de visión son las que han de afrontar mayores dificultades para desenvolverse con normalidad en sus viviendas. Estas dificultades son producto de la existencia de escaleras, de ascensores que no resuelven adecuadamente el problema de acceso y seguridad y, ya en el interior de las viviendas, de los baños.

Cambio de vivienda a causa de limitaciones funcionales

El cuestionario de Discapacidades y Deficiencias de la EDDDES plantea en su pregunta 7: *Debido al padecimiento de alguna discapacidad ¿ha tenido alguna vez que cambiar de vivienda y/o de lugar de residencia?*

Se ha vinculado la respuesta a esta pregunta con las limitaciones funcionales de las personas para obtener la proporción de cambios de vivienda debidos a cada una de ellas. El resultado en términos porcentuales, ordenado de mayor a menor, se ofrece en la siguiente tabla:

Porcentaje de cambios de vivienda por motivo de alguna de las limitaciones funcionales del método Enabler¹

Limitación Funcional		%
M	incapacidad para usar las extremidades inferiores	12,50
F	pérdida de resistencia / fuerza	8,99
E	falta de coordinación	7,14

L	dificultad para desplazarse	7,10
B2	pérdida total de la visión	6,12
A	dificultad para interpretar información	5,93
D	trastornos de equilibrio	5,88
K	dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.	5,31
H	dificultad en alcanzar con los brazos	2,73
B1	pérdida parcial de la visión	2,01
I	dificultad de manipular con manos y dedos	1,74
C	pérdida de la audición	0,95
G	dificultad de mover la cabeza	0,00
J	incapacidad para usar las extremidades superiores	0,00

¹Existe dependencia entre cambio de vivienda y limitación funcional (con el 95% de confianza)
Degrees of freedom: 13
Chi-square = 104.569685511725
p is less than or equal to 0.001.

Como resulta intuitivo, la aplicación de un test Chi-square con el 95% de confianza nos permite verificar que existe dependencia entre las variables cambio de vivienda y limitación funcional; es decir, que el tipo de limitación que se tenga determina que se produzca el cambio residencial.

Las cinco limitaciones funcionales que favorecen principalmente el cambio de vivienda son, por este orden:

- Incapacidad para usar las extremidades inferiores
- Pérdida de resistencia/fuerza
- Falta de coordinación
- Dificultad para desplazarse
- Pérdida total de la visión

También es observable la elevada correlación de cambio de vivienda y percepción de barreras, analizada en el apartado anterior. Por todo ello podemos argumentar que la existencia de barreras actúa como elemento que determina el cambio de vivienda entre la población con limitaciones funcionales

Limitaciones funcionales y accidentalidad en el hogar

Las caídas de las personas mayores son un serio problema de salud pública (Gerson et al., 2005). La vinculación entre limitación funcional y caídas resulta evidente a partir del análisis de porcentajes de caídas accidentales en el hogar, durante los últimos 12 meses¹

Limitación funcional	Nº orden	%
E	1	42,26
L	2	21,14
J	3	16,67
B2	4	14,29
M	5	12,50
D	6	11,76
F	7	8,61
B1	8	6,82
K	9	6,70
H	10	5,47
C	11	5,29
I	12	1,74
A	13	1,48
G	14	0,00

1Existe dependencia entre accidentabilidad y limitación funcional (con el 95% de confianza).

Degrees of freedom: 13
Chi-square = 402.825511470415
p is less than or equal to 0.001.
The distribution is significant.

La limitación funcional E, falta de coordinación, es la que produce una mayor accidentalidad en el hogar, hasta el punto de que más de un 42% de los que la sufren ya ha tenido este tipo de percance. En segundo lugar, las personas que tienen dificultades para desplazarse, y en tercer lugar las que tienen incapacidad para usar las extremidades inferiores.

En balance se observa que la dependencia entre tener un tipo de limitación funcional u otra y sufrir accidentes en el propio hogar es grande; la relación es significativa al 99% lo que sin duda debe ser un factor añadido para promover la reforma de los puntos conflictivos en el hogar, donde de manera más frecuente se producen estos accidentes.

CAPÍTULO 3

ESTUDIO DE PRIORIDADES: LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y NECESIDADES DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL EN SUS VIVIENDAS.

La población que manifiesta mayores necesidades de adaptación funcional de la vivienda es aquella que tiene problemas de movilidad, tal como ha quedado de manifiesto en el capítulo anterior. La causa de esas limitaciones viene determinada por problemas en los miembros inferiores, superiores o ambos.

El método Enabler permite conocer qué grado de afectación genera cada limitación funcional por la existencia de una barrera, distinguiendo entre 0=ningún problema, hasta 4=Imposibilidad. La casuística de problemas funcionales y de barreras en el entorno de la vivienda es muy amplia, como hemos visto. En el presente capítulo se va a cuantificar la población que tiene limitaciones funcionales de movilidad en el hogar y vincular con sus necesidades en el entorno de la vivienda, particularmente en los espacios más problemáticos:

- Acceso a vivienda
- Uso del baño

Para justificar adecuadamente que estos sean los ámbitos prioritarios de atención e intervención es preciso revisar el capítulo anterior, pero también adelantarse a alguno de los capítulos posteriores, fundamentalmente aquel en que se presentan los resultados de la encuesta realizada a Terapeutas Ocupacionales que trabajan en la adaptación funcional de viviendas. Por otra parte, una revisión de los grados de afectación que provoca cada barrera de acuerdo al método Enabler, basados en la experiencia y valoración práctica de un elevado número de profesionales, nos permite llegar al mismo resultado: que escaleras y cuarto de baño constituyen los espacios más problemáticos del acceso e interior de vivienda, respectivamente, desde cualquier perspectiva.

El análisis nos llevará a perfilar distintos niveles de población que pudiéramos considerar como de intervención prioritaria. Entendemos que requiere adaptación funcional aquella población que tiene más fragilidad frente a las barreras; esto es, la que acumule factores como tener determinadas limitaciones funcionales, las discapacidades relacionadas en grado severo y una edad avanzada.

De manera complementaria analizaremos con más detalle el perfil y número de personas que están más afectadas específicamente por las barreras en accesos y por la inaccesibilidad del cuarto de baño. Entre las primeras se incluye a las personas con deficiencias visuales, puesto que éstas están también muy afectadas por las barreras en el acceso y escalera.

El análisis de prioridad se basará en la mejor aproximación posible a la doble dimensión limitación funcional – entorno residencial de la persona. Para la primera dimensión se analizan los factores funcionales y de edad más limitativos entre la población encuestada; para la segunda se analizan las barreras declaradas en la EDDDES, por una parte, y las reconocidas en el método Enabler, de acuerdo a la experiencia de los terapeutas ocupacionales. El encuentro entre ambas dimensiones no puede ser perfecto, ni lo podría ser más que mediante evaluaciones personalizadas, pero permite aproximaciones suficientes para calcular el tamaño de los colectivos más susceptibles de requerir adaptaciones.

3.1.- Primera aproximación de prioridades (1): población con grandes limitaciones funcionales de movilidad. (A partir de datos de la muestra SALUDDIS de la EDDDES 99)

Población con limitaciones de movilidad en miembros inferiores

Nuestro análisis de población prioritaria pasa por determinar distintos grados de incidencia de los problemas de movilidad (consideramos sólo los relativos a los miembros inferiores del cuerpo), lo que realizamos de la siguiente forma:

1. Para cada uno de los encuestados de la EDDDES, y tomando en cuenta las discapacidades que refiere (se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades registradas, de las 36 posibles) se partió de la asignación, según metodología Enabler, de las limitaciones funcionales de los individuos, del mismo modo que en el capítulo anterior.
2. Se seleccionaron aquellos individuos que tenían al menos una de las siguientes categorías de Limitación Funcional que se consideraron vinculadas con la movilidad inferior:

- F.** Pérdida de resistencia / fuerza.
- K.** Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.
- L.** Dificultad para desplazarse
- M.** Incapacidad para usar las extremidades inferiores.

- a. Se ha considerado que las cuatro, FKLM, son determinantes para analizar la autonomía del individuo en el **uso de las escaleras y salir/entrar de su vivienda.**
 - b. Se ha considerado que las tres últimas, KLM, son determinantes para analizar la autonomía del individuo en el uso del **cuarto de baño** de la propia vivienda, considerando –a partir de la realidad observada– ésta pieza como la que más problemas y necesidades de adaptación plantea.
3. Se limita la muestra a grupos de mayor fragilidad dentro de los anteriores, al considerar aquellos que además están afectados de forma severa por una discapacidad, es decir aquellos que reportaron una "dificultad grave (grado 3)" o "imposibilidad para realizar la actividad

(grado 4)" en la escala de severidad que en la EDDES acompaña a cada una de las discapacidades declaradas. Se consideraron para ello las discapacidades...

051 = cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo

052 = levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado

053 = desplazarse dentro del hogar

061 = trasladar-transportar objetos no muy pesados

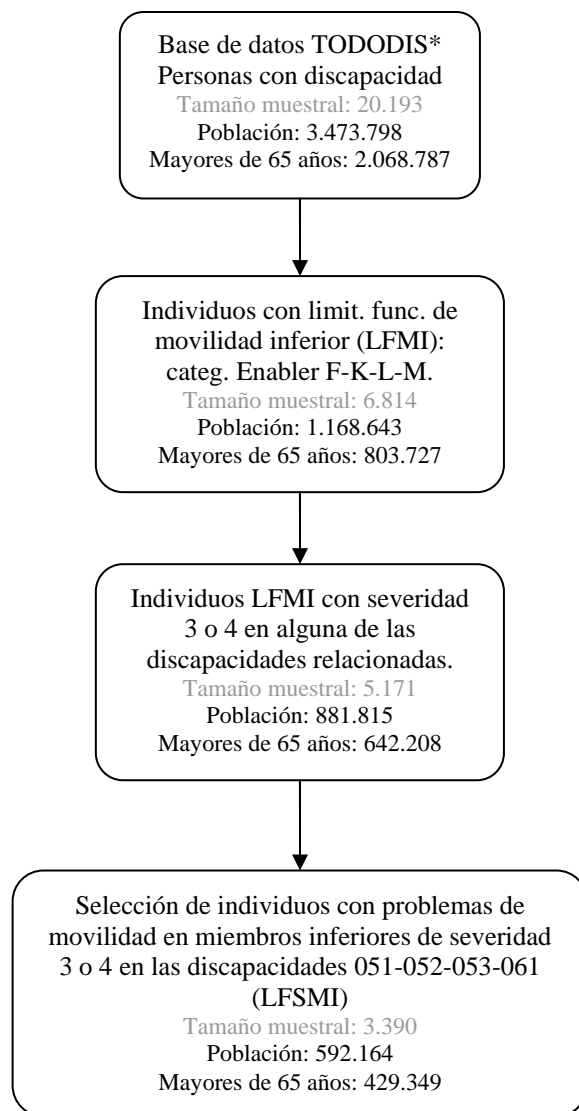
....por estar vinculados con los niveles de movilidad requeridos.

Para el caso b anterior (autonomía en el baño) sólo se han considerado las tres primeras, por estar más vinculadas con la movilidad interior de la vivienda.

Finalmente, se ha reducido aún más el colectivo prioritario al considerar sólo población es mayor de 65 años en cada uno de esos pasos.

El proceso y sus principales resultados se muestra en el siguiente gráfico¹⁵:

¹⁵ Se ha de tener en cuenta que sólo se han procesado las cinco primeras deficiencias del total de once que puede registrar la EDDES por individuo. El error al hacerlo así es escasamente significativo. No obstante, para diferenciar los resultados obtenidos con esta muestra ligeramente limitada respecto a la muestra original, se señala con un asterisco: TODODIS*



Categorías **Enabler**: **F**. Pérdida de resistencia / fuerza. **K**. Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc. **L**. Dificultad para desplazarse. **M**. Incapacidad para usar las extremidades inferiores.

Grados de **severidad**: **1** = sin dificultad alguna. **2** = con dificultad moderada. **3** = con dificultad grave. **4** = no puede realizar la actividad.

Discapacidades: **051**= cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo. **052**= levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado. **053**= desplazarse dentro del hogar. **061**= trasladar-transportar objetos no muy pesados

Se ha denominado como LFSMI a la población resultante de este proceso, en la medida en que presenta Limitaciones Funcionales Severas de Movilidad Inferior.

4. Finalmente, se vinculan las características de esa población con las características conocidas respecto a su entorno: escaleras y uso del cuarto de baño. Algunas de estas variables de interés sólo están disponibles en SALUDDIS, base de datos de personas con discapacidad que ha cumplimentado, además, la encuesta de Salud de la EDDIS.

Resultados

Los pasos del proceso, realizado a partir de la muestra TODODIS*, se han elevado a nivel poblacional mediante los correspondientes coeficientes de elevación¹⁶. Los resultados a nivel nacional quedan reflejados en la siguiente tabla. En ella se presentan los resultados de acuerdo al número de deficiencias consideradas.

Obtención de la POBLACION LFSMI
(con limitaciones funcionales severas de movilidad inferior)

Según número de deficiencias	Muestra TODODIS	con problemas de movilidad	problemas movilidad y severidad 3 o 4 en algunas discapacidades	Idem derivados de discapacidades específicas vinculadas con movilidad	% respecto al total	% respecto al total que tiene problemas de movilidad
1	2.423.740	621.310	409.978	293.160	12,10%	47,18%
2	740.261	363.077	302.090	185.821	25,10%	51,18%
3	230.934	132.551	119.546	78.254	33,89%	59,04%
4	57.727	35.577	34.525	22.935	39,73%	64,47%
5	21.136	16.128	15.676	11.993	56,74%	74,36%
total	3.473.798	1.168.643	881.815	592.164	17,05%	50,67%
Muestra	20.193	6.814	5.168	3.463	17,15%	50,82%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

En resumen, desde el punto de vista de la movilidad asociada a las necesidades de acceso a la vivienda y a las actividades de higiene, se ha detectado que existe un grupo de 592.164 personas con condiciones de máxima fragilidad, potencialmente necesitadas de ayudas importantes si sus entornos no están adaptados. De ellas, 429.349 son mayores de 64 años.

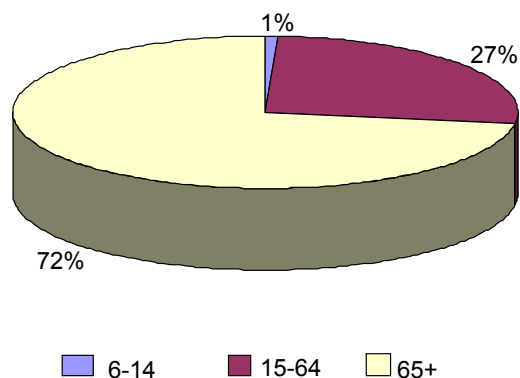
Las características en cuanto a sexo y edad de este grupo de población se muestran en las siguientes tablas y gráficos:

¹⁶ Cabe destacar que la identificación del nivel de severidad realizada difiere ligeramente de la utilizada por el INE, ya que éste de acuerdo a lo expuesto en el Informe General de la EDDDES, considera que existe severidad no sólo cuando hay “dificultad grave” o “imposibilidad para realizar la actividad”, sino también cuando coexisten tres o más discapacidades “moderadas” (INE, 2000: “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Informe General”, pág. 59). Pero esta última posibilidad no ha sido considerada en nuestro caso.

Características de edad de la población con limitaciones funcionales de movilidad miembros inferiores

Grupos de edad	Muestral	Poblacional
6-14	29	4.682
15-64	879	158.133
65+	2.555	429.349
Total	3.463	592.164

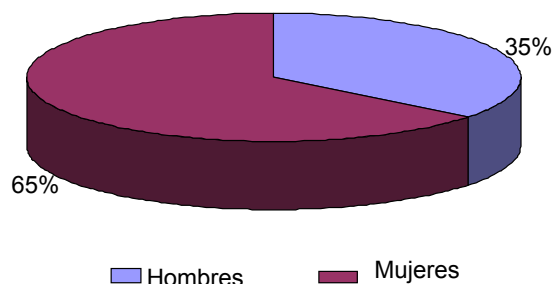
Distribución de la población por grupos de edad.



Características de sexo de la población mayor con limitaciones funcionales de movilidad miembros inferiores

	muestral	poblacional
Hombres	1.247	210.196
Mujeres	2.216	381.968
TOTAL	3.463	592.164

Distribución de la población con problemas de movilidad por género



Como vemos destaca la proporción de personas de elevada edad que comprende este grupo de población, un 72%, y la considerable feminidad de este colectivo de población: un 65%

Análisis territorial de este colectivo prioritario

La aplicación de los sucesivos filtros descritos nos permite obtener también datos desagregados territorialmente:

Población con limitaciones funcionales de movilidad en miembros inferiores.
Por CC.AA.

CA de residencia	TODODIS*	FKLM (LFSMI)	% LFSMI
Andalucía	708.831	138.868	19,59%
Aragón	96.046	15.090	15,71%

Asturias	101.003	19.771	19,58%
Baleares (Islas)	56.949	11.160	19,60%
Canarias	106.286	17.136	16,12%
Cantabria	48.149	10.076	20,93%
Castilla y León	275.300	38.082	13,83%
Castilla-La Mancha	164.896	32.854	19,92%
Cataluña	564.513	80.891	14,33%
Ceuta	5.469	798	14,60%
Comunidad Valenciana	312.875	50.396	16,11%
Extremadura	102.291	22.936	22,42%
Galicia	272.190	50.150	18,42%
Madrid	347.800	52.453	15,08%
Melilla	6.708	784	11,69%
Murcia	111.259	21.626	19,44%
Navarra (Com. Foral)	40.375	6.252	15,49%
País Vasco	143.601	18.227	12,69%
Rioja (La)	14.103	4.613	32,71%
Total	3.478.644	592.164	17,02%

Como vemos, este 17,02%¹⁷ del total de la población discapacitada que podemos considerar de máxima fragilidad en cuanto a barreras del hogar, presenta importantes variaciones por CC.AA., aunque el grado de error resultante se eleva como consecuencia de la reducción muestral.

En adelante el estudio territorial se restringe a un número limitado de casos para simplificar el análisis y el procesado informático. Se seleccionan a las CCAA de Andalucía y Cataluña y la provincia de Guipúzcoa para un análisis territorial a partir de datos sobre las dificultades que este colectivo presenta en escaleras y cuarto de baño. El motivo es que estas comunidades son, entre otras las que se usan en el estudio de programas que se desarrolla en la Parte II¹⁸, y de ellas disponemos de mayor información.

Barreras efectivas en las viviendas

Para combinar los datos de limitación funcional con aquellos de las barreras en el propio hogar es preciso hacer un “puente” entre dos bases de datos: la procedente de la encuesta de Discapacidades (TODODIS) y la procedente la encuesta de Salud realizada a una parte de las personas con discapacidad (SALUDDIS), que es la que recoge información sobre el entorno vital de la persona:

- La muestra TODODIS, contiene todos los resultados del *Cuestionario de discapacidades y deficiencias* de la EDDES aplicado a personas de 6 y más años que padecen alguna discapacidad. Este cuestionario fue diseñado *con el fin de recoger las características de las discapacidades padecidas, las deficiencias que las originan, así como la información más específica sobre la persona con discapacidades y su relación con el entorno social, sanitario y económico*¹⁹.

¹⁷ Las ligeras diferencias con la tabla anterior se deben a redondeo en los cálculos.

¹⁸ A ellas se añade Guipúzcoa por constituir un caso particular del análisis y disponer de mayor información sobre sus programas específicos.

¹⁹ INE (2000): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología.

- La muestra SALUDDIS contiene a la población que ha respondido tanto al *Cuestionario de discapacidades y deficiencias*, como al *Cuestionario de Salud*, de modo que se dispone de información complementaria de la persona relativa a su relación con el entorno en que vive.

Nos interesa extraer información de la base SALUDDIS relativa a las barreras existentes en las viviendas de las personas con discapacidad²⁰, pero aunque esta muestra es amplia sus resultados no se pueden elevar al conjunto de la población:

En principio los ficheros SALUD y TODODIS (y los demás) no tienen un identificador común que permita la unión debido al hecho de que la encuesta de discapacidades y el módulo de salud se realizaron con muestras independientes (para el cuestionario de salud se escogía una persona al azar de entre todos los miembros del hogar, mientras que el cuestionario de discapacidades era cumplimentado para todos los discapacitados que se detectaran en el hogar) y, por tanto, han de tratarse como encuestas independientes. El problema técnico que existe es que los factores de elevación se han calculado para cada una de las encuestas y son distintos, de modo que si se utilizaran los factores del fichero de salud para estimar características del resto de ficheros (PERSONAS, TODODIS...) existirían diferencias con los datos oficiales publicados.

Para obtener aproximaciones a los datos buscados sobre barreras existentes en el hogar de las personas con discapacidad trasladaremos las proporciones obtenidas de la muestra SALUDDIS a TODODIS, utilizándose sólo entonces el factor de elevación que correctamente corresponde a ésta última.

Los datos de dificultades en la vivienda procedentes de la encuesta de Salud (base de datos SALUDDIS) nos muestran la siguiente situación.

SALUDDIS: Individuos mayores de 65 años LFSMI

	Nº de individuos a nivel muestral		
	Total muestra LFSMI resultante	Con dificultades en las escaleras	Con dificultades en el cuarto de baño
España	1.184	1.011 (85%)	757 (64%)
Andalucía	292	251 (86%)	191 (65%)
Cataluña	104	85 (82%)	58 (56%)

Dado que estos datos del entorno no están disponibles más que en la encuesta de Salud (muestra SALUDDIS), no se pueden elevar al conjunto de la población con discapacidad (por las razones señaladas antes). Calculamos la proporción de muestra que tiene dificultades, y comprobamos si las submuestras LFSMI consideradas son estadísticamente significativas entre SALUDIS y TODODIS a través del test Z de proporciones.

²⁰ El apartado de Accesibilidad del Cuestionario de Salud de la EDDES plantea la pregunta de la siguiente manera: *Indique si en la actualidad, a causa de algún problema de salud temporal o a causa de alguna deficiencia que padezca, encuentra dificultad para desenvolverse con normalidad en alguno de los siguientes lugares.*

Resultados del test Z de Proporciones

Territorio	Tamaño muestral		Resultado*
	SALUDDIS	TODODIS	
Andalucía >65 años LFSMI	573 (22,98%)	588 (25,23%)	No existen diferencias significativas al 90% de confianza (88,2)
Cataluña >65 años LFSMI	222 (8,9%)	224 (9,08%)	No existen diferencias significativas al 90% de confianza (21,9)
Guipúzcoa Muestra completa	89 (1,01%)	729 (3,52%)	Existen diferencias significativas al 90% de confianza. (100)
Z-Test calculado utilizando el software de Dimension Research, Inc. disponible en http://www.dimensionresearch.com/resources/calculators/ztest.html			
* Los datos entre paréntesis de la columna de resultados son los niveles de significancia de cada uno de los test.			

La falta de significatividad de las diferencias nos permite referir las proporciones de población con dificultades en zonas comunes y baños para toda la población discapacitada, es decir podemos aplicar las características arrojadas por SALUDDIS a dificultades al interior de la vivienda en la población TODODIS. De esta forma, el porcentaje de personas LFSMI mayores de 65 años con dificultades en las escaleras y el cuarto de baño en Cataluña, Andalucía y el conjunto español, se aplicará a las respectivas poblaciones obtenidas en TODODIS.

Para el caso de Guipúzcoa, y dado el número limitado de casos (11) dentro de la muestra LFSMI de personas mayores de 65 años, se han analizado las relaciones existentes entre la muestra SALUDDIS total y los resultados referentes a esta provincia, para de esta forma encontrar una relación válida para la extrapolación de los datos de la población con dificultades en las escaleras y baños al conjunto TODODIS. Los resultados se muestran en las tablas siguientes:

Resultados del test Z de Proporciones

Sub-muestra SALUDDIS	Unidad Territorial		Resultado
	España	Guipúzcoa	
Tamaño de la muestra	8.774	89	
Problemas en las escaleras	4.169 (47,52%)	43 (48,31%)	No existen diferencias significativas al 90% de confianza (3,3%)
Mayores de 65 años con problemas en el cuarto de baño	2.081 (23,72%)	20 (22,47%)	No existen diferencias significativas al 90% de confianza (12%)
Z-Test calculado utilizando el software de Dimension Research, Inc. disponible en http://www.dimensionresearch.com/resources/calculators/ztest.html			

Aplicado al colectivo de mayores de 65 años las diferencias no resultan significativas. Y dado que no existen diferencias significativas entre las muestras del total español y Guipúzcoa, se considera aplicable a los efectos de este estudio la distribución del conjunto español en la sub-muestra SALUDDIS-LFSMI para la obtención.

Los datos contenidos en las dos encuestas no permiten identificar a los individuos, supondremos que los factores de elevación son homogéneos para el total de la muestra TODODIS, de modo que cualquier proporción sobre la muestra se puede considerar generalizable a la población asociada.

Dados los supuestos anteriores, las características de la población pueden verse de la siguiente manera:

Individuos LFSMI >65 años con dificultades en las escaleras

	% de personas LFSMI con dificultad	Población ^a
España	85,39%	366.621
Andalucía	85,96%	84.203
Cataluña	81,73%	47.448
Guipúzcoa	85,39%	4.178

El factor de elevación empleado es el de la encuesta TODODIS.

Individuos LFSMI >65 años con dificultades en el cuarto de baño

	% de personas LFSMI con dificultad	Población ^a
España	63,94%	274.526
Andalucía	65,41%	647.073
Cataluña	55,77%	32.377
Guipúzcoa	63,94 %	3.129

En definitiva, hemos podido comprobar que de **la población mayor considerada LFSMI**, es decir, con limitaciones funcionales (F, K, L o M) severas en los miembros inferiores **el 85,39% declara tener problemas en las escaleras de sus viviendas, y el 63,94% problemas para utilizar sus cuartos de baño**, frente a una media de 37,7 y 14,2 %, respectivamente, de la población con discapacidad (> 6 años) en su conjunto.

Podemos concluir de ello que la intervención prioritaria sobre estos colectivos se justifica por la mayor existencia de barreras en sus viviendas.

3.2.- Estudio de prioridades (2): población con limitaciones funcionales vinculadas al acceso a la vivienda y uso del baño (según método Enabler)

Si el anterior cálculo nos permitía conocer en qué grado la población mayor con limitaciones de movilidad en los miembros inferiores declara estar afectada por barreras en su propia vivienda, estudiaremos ahora la que –de acuerdo a la experiencia práctica de los evaluadores, recogida en el método Enabler- tiene problemas ante las distintas barreras que pueda presentar el propio hogar.

La diferencia entre lo que se calcula en uno y otro caso es que en el primer caso se trata del testimonio de la persona en una encuesta, y ahora se obtendrá a partir de las valoraciones de los terapeutas.

Como hemos dicho, la afectación frente a las distintas barreras que considera el Método Enabler puede ser calificada, de acuerdo a la experiencia práctica de los evaluadores, entre 0 (sin problemas) y 4 (Imposibilidad).

Los colectivos de población incluidos en el análisis son los que tienen las siguientes limitaciones funcionales:

- D.** Transtornos del equilibrio
- E.** Falta de coordinación
- F.** Pérdida de resistencia / fuerza.
- K.** Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.
- L.** Dificultad para desplazarse
- M.** Incapacidad para usar las extremidades inferiores.
- B1.** Pérdida parcial de la visión
- B2.** Pérdida total de la visión

En concreto agruparemos a la población por grupos homogéneos de limitaciones funcionales, considerando sólo valores 3 (problema grave) y 4 (imposibilidad de uso) en la valoración de los terapeutas del Enabler. El motivo de las agrupaciones se explica a continuación:

1. Los que tienen D, E, F, L o M → porque tienen máxima afectación de barreras de acceso (escaleras, ascensor, pasamanos, etc.) o/y baño (ausencia de barras, equipamiento sanitario, ducha, bañera, suelos)
2. Los que tienen K, L o M → su máxima afectación se produce en concreto por las barreras derivadas de desniveles en baño y escaleras.
3. Entre estos distinguiremos específicamente a los L o M, por ser los que requieren obras costosas en baño y escalera, tales como rampas, escaleras, cambio de ducha o bañera, frente a los que tienen D, E o F, es decir, problemas de equilibrio, coordinación o fuerza, que requieren obras de tipo menor, tales como instalación de barras o suelos.
4. Por último se analizarán los que tienen limitaciones de tipo B1 y B2, puesto que a causa de su falta de visión manifiestan graves problemas en las escaleras,

1. Personas con mayores demandas de adaptación o ayuda para el acceso a la vivienda o/y uso del baño (tipos D-E-F-L o M)

De acuerdo al método Enabler las personas con estas limitaciones funcionales tienen las siguientes características comunes:

- Máxima afectación por la inadecuada ejecución de rampas, escaleras y ascensores.
- Importante afectación por algunas barreras del baño (barras suelos) en D,E y F, y muy grave afectación por cualquier barrera en baños, L, M

Total de la población con discapacidad en España con mayores problemas de movilidad asociados al acceso y/o uso del baño

Población	Población con discapacidad, PcD (Submuestra TODODIS* ²¹)	Población con limitaciones funcionales D, E, F, L o M	Además la severidad está vinculada con la movilidad inferior	% respecto al total de población con disc. TODODIS*	% respecto al total con lim.funcio. tipo D, E, F, L o M
Mayores de 64 años	2.068.787	763.798	465.482	22,50%	60,94%
Total	3.473.798	1.122.804	643.572	18,53%	57,32%

Como vemos, el análisis por evaluación de Enabler nos ofrece un colectivo de población con limitaciones de movilidad y máxima afectación por barreras en el hogar de 18,5% de la población discapacitada, que sube al 22,5% si consideramos sólo personas mayores.

2. Personas con mayores demandas de adaptación o ayuda específicas para la utilización del baño (tipos K-L o M)

Ya hemos justificado que la población con mayor fragilidad respecto a las barreras en edificio (escaleras) y vivienda (baño) es la que tiene problemas severos de movilidad inferior. El motivo de seleccionar a las personas con limitaciones de tipo K, L o M es que, de acuerdo al método Enabler las personas con estas limitaciones funcionales tienen las siguientes características comunes:

- No pueden acceder a las actividades del baño sin disponer de barras de apoyo (grado de afectación 4 en el Enabler)
- Tienen problemas severos para acceder a la ducha si esta no tiene un asiento específico, o si su reborde supera los 25 mm. (grado de afectación 3 en el Enabler)

²¹ La sub.muestra TODODIS* está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDDES. No recoge al 100% de la población discapacitada, pero la diferencia es pequeña, para poder utilizarlo como universo de referencia de la discapacidad en España.

- Tienen problema severo, o incluso imposibilidad de uso de una bañera (grados 3 y 4 en el Enabler).

A partir de estos síntomas entendemos que se trata del colectivo que tiene unas mayores dificultades específicas en la utilización del cuarto de baño (aunque están igualmente inhabilitados para el uso de escaleras).

Para el análisis de la severidad de sus limitaciones funcionales partimos del dato asociado a las discapacidades que son más comunes en estos casos: 051 (Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo), 052 (Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado) y 053 (Desplazarse dentro del hogar), por lo que este grupo equivaldría a una sub-muestra de la categoría “Desplazamiento” de la EDDDES 99²².

Total de la población con discapacidad en España con mayores problemas de movilidad asociados al uso del baño (y las escaleras)

Población	Población con discapacidad, PcD (Submuestra TODODIS*)	Población con limitaciones funcionales K, L o M	Además con severidad 3 o 4 en alguna discapacidad	Además la severidad está vinculada con la movilidad inferior	% respecto al total de la PcD	% respecto al total con lim. func. tipo K L o M
Mayores de 64 años	2.068.787	642.947	530.500	355.319	17,18%	55,26%
Total	3.473.798	895.423	716.632	476.380	13,71%	53,20%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

Podemos resumir diciendo que con un escaso nivel de error¹, el 13,7 % de la población con discapacidad presenta una máxima fragilidad en el uso del baño, debiendo contar con adaptaciones o ayudas específicas para su uso autónomo, cuando este es posible. Este porcentaje aumenta hasta el 17,18% entre los mayores de 64 años.

Este resultado es comparable al obtenido en el apartado 2.1 en relación a las dificultades en escaleras. Entonces llegamos a una cifra de 366.621 mayores con limitaciones F, K, L o M a partir del testimonio del usuario y ahora obtenemos una cifra de 355.319 mayores con limitaciones K, L o M a partir de los criterios de evaluación de los terapeutas en el Enabler. Desde la perspectiva de afectación de las barreras en el baño, este último resultado es superior al de 274.526 personas obtenido en primer lugar. Resulta lógico que la valoración de problemas potenciales del Enabler difiera en el caso del baño de la de problemas efectivos declarados por los propios afectados, en la medida en que buena parte de la población que potencialmente puede tener

²² Fruto, como en el resto del análisis, de la consideración de aquellos individuos que tienen como máximo cinco deficiencias, y de éstos, un máximo de once discapacidades reportadas. Del total de la muestra TODODIS, los individuos que reportaron cinco deficiencias en la encuesta representan menos del 1% del total, por lo que la contribución al análisis de aquellos individuos con seis o más deficiencias sería marginal y no aportaría variaciones significativas al estudio. En el caso específico de la sub-muestra K-L-M, los individuos con cinco deficiencias y afectación severa, representan el 2,29% de la sub-muestra final.

dificultades en su baño puede haberlas resuelto ya, o no tenerlas por residir en una vivienda más adaptada. Esto no ocurre de la misma manera en relación con las escaleras, puesto que estas no se pueden eliminar.

Si, a continuación, restringimos este grupo sólo a los tipos específicamente limitados en su capacidad de desplazamiento, dejando fuera a los que están limitados para agacharse o arrodillarse centramos aún más el colectivo afectado en los dos bloques de barreras señalados:

- Dado que las personas con limitación funcional L tienen dificultades para desplazarse, mientras que aquellos con limitación funcional M tienen incapacidad para usar las extremidades inferiores, una de las principales barreras a la que se enfrentan en la escalera, es su existencia en sí. El grado de afectación para los individuos M representa una completa imposibilidad de su uso ante la ausencia de mecanismos como plataformas o sillas sube-escaleras.
- Por otro lado, los individuos con limitación funcional L al tener dificultad para desplazarse, pero no una completa incapacidad para utilizar las extremidades inferiores, encuentran un problema severo en la utilización de escaleras derivadas no sólo de la existencia de la misma, sino de sus características como trazado, dimensiones de la huella y existencia de barandillas.

En este caso, además de considerar las limitaciones funcionales L y M de la clasificación Enabler, se tomó en cuenta la severidad de las discapacidades 052 (Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado) y 053 (Desplazarse dentro del hogar). Los resultados de la sub-muestra, pueden verse en la siguiente tabla:

Total de la población con discapacidad en España con máximos problemas de movilidad inferior L-M, especialmente en escaleras

Población	Sub-muestra TODODIS ¹	LM severos	% respecto al total de PcD
Personas mayores de 64 años	2.068.787	313.386	15,15%
total	3.473.798	412.928	11,89%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

Este resultado nos muestra el colectivo que requiere intervenciones más radicales y de mayor coste, tanto en accesos como en baños (siempre presuponiendo que su vivienda no está ya adaptada o tiene unos elevados niveles de accesibilidad).

3. Personas con problemas de equilibrio, coordinación o fuerza (D,E,F)

Al igual que en las personas con dificultades para desplazarse, aquellas con problemas de equilibrio, coordinación o fuerza, la severidad del problema al usar escaleras derivará no sólo de su existencia, sino de las características de la misma. La existencia de pasamanos y un buen trazado de la escalera es fundamental para que estos usuarios puedan utilizarla.

Para filtrar la severidad de las limitaciones funcionales D-E-F, se tomaron en cuenta las discapacidades 051 (Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo), 061 (Trasladar-transportar objetos no muy pesados), 062 (Utilizar utensilios y herramientas), 081 (Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto) y 083 (vestirse, desvestirse y arreglarse) por la relación con la coordinación, resistencia y equilibrio a los que se refieren las limitaciones funcionales seleccionadas.

Los resultados pueden verse en la tabla siguiente:

Total de la población con discapacidad en España con problemas de equilibrio, coordinación o fuerza D-E-F

Población	Sub-muestra TODODIS ¹	DEF severos	%respecto al total de la muestra TODODIS
Personas mayores de 64 años	2.068.787	121.743	5,88%
total	3.473.798	184.457	5,31%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

Obtenemos aquí el colectivo que requeriría sólo adaptaciones menores en su entorno. No obstante, muchas de estas personas –si no están afectadas ya por otros problemas de movilidad- pueden estarlo próximamente, por lo que las soluciones menores aplicables pueden tener un horizonte de uso muy limitado si no van acompañadas de intervenciones más radicales sobre las barreras existentes.

4. Personas con limitaciones funcionales relacionadas con la vista (B1B2)

Estas personas manifiestan importantes problemas relacionados con el trazado y suelo de la escalera, así como cualquier tipo de desnivel. En primer lugar, se seleccionaron a los individuos que tuviesen relacionado B1 o B2 como limitación funcional. Las discapacidades relacionadas con estas dos limitaciones son las siguientes:

- 011: capacidad para recibir cualquier imagen
- 012: discapacidad para tareas visuales de contacto
- 013: discapacidad para tareas visuales de detalle
- 014: otras discapacidades de la visión

En una primera explotación, no se tomó en cuenta la severidad de las discapacidades referidas, ya que la definición de la limitación funcional en sí ya identifica la severidad: B1 pérdida parcial de la visión (o menos severo) y B2 pérdida total de la visión (muy severo). Los resultados pueden verse en la siguiente tabla:

Total de la población con discapacidad en España con problemas visuales (B1 y B2)

Población	Sub-muestra TODODIS ¹	Con problemas de debilidad visual o ceguera	%respecto al total de la muestra TODODIS ¹
Personas mayores de 64 años	2.068.787	657.777	31,80%
total	3.473.798	944.212	27,18%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

Al controlar la severidad por medio del filtrado de los individuos que sólo refieren B2, es decir la máxima severidad, los resultados son los siguientes:

Total de la población con discapacidad en España con ceguera (B2)

Población	Sub-muestra TODODIS ¹	Con problemas de ceguera total	%respecto al total de la muestra TODODIS ¹
Personas mayores de 64 años	2.068.787	40.799	1,97%
total	3.473.798	57.684	1,66%

¹ La sub.muestra está compuesta por los individuos que reportaron un máximo de 5 deficiencias en el cuestionario de Discapacidad de la EDDES. Para llevar a cabo el estudio detallado, sólo se tomaron en cuenta las once primeras discapacidades de los individuos.

Las adaptaciones a realizar para uno y otro grupo son diferentes, existiendo bibliografía específica sobre la forma de potenciar el resto visual de las personas mediante la iluminación, contrastes, etc. (soluciones *augmentativas*) y de favorecer la identificación de entornos y dispositivos, localización, etc., mediante uso del lenguaje braille, señalización táctil (soluciones *alternativas*), eliminación de obstáculos, etc.

3.3. Análisis de las condiciones residenciales de la población mayor de 65 años.

El anterior análisis basado en la exposición a potenciales barreras en la vivienda permite una primera aproximación a las necesidades prioritarias de adaptación funcional. Estas necesidades son potenciales en la medida en que se contrastan con las barreras declaradas en la EDDDES o las valoraciones de los terapeutas del Enabler, pero no surgen de una valoración contrastada sobre el estado de las viviendas de esa población. Los datos muestrales parciales sobre las condiciones funcionales del individuo y sus dificultades en la propia vivienda sólo están disponibles en la EDDDES a través del fichero SALUDDIS de la Encuesta de Salud, pero esta información es muy limitada y los resultados no son elevables al conjunto de la población. Aún así, en el anterior apartado hemos estimado de forma fiable la población que teniendo determinadas limitaciones funcionales manifiesta tener problemas de barreras en las escaleras (más de un 85%) y en el baño (casi un 64%).

Ascensores y accesibilidad en los edificios de viviendas

Analizaremos ahora las condiciones que presenta el parque de viviendas de acuerdo al Censo de Población y Viviendas del INE de 2001, donde se recoge una escueta información sobre las condiciones de accesibilidad del edificio por parte de los encuestadores²³. Éstos observan que más del 74%²⁴ de las viviendas se consideran no accesibles, y que la mayoría de ellas se encuentra a una altura igual o inferior a las 3 plantas como lo muestra la siguiente tabla:

Distribución de las viviendas familiares convencionales ^a en el territorio español según datos del Censo 2001

Altura	Viviendas	Distribución porcentual	Porcentaje de viviendas "accesibles"
Altura 1	5.592.946	39,43%	21,85%
Altura 2	2.394.131	16,88%	18,77%
Altura 3	1.889.931	13,32%	19,22%
Altura 4	1.531.409	10,80%	22,35%
Altura 5 o superior	2.721.254	19,19%	32,39%
No es aplicable	54.355	0,38%	22,78%
TOTAL	14.184.026	100,00%	23,06%

^a No incluyen el apartado "no aplicable" respecto a la categoría accesible, ya que éstas se refieren principalmente a alojamientos y edificios no destinados principalmente a viviendas.

NOTA: De acuerdo con el Glosario del Censo 2001 del INE, la altura se refiere a la posición de la planta sobre rasante en la que se encuentra la vivienda. La altura 1 se refiere a la primera planta sobre rasante, que se denomina generalmente planta baja, la altura 2 corresponde al primer piso, y así sucesivamente. La categoría 'No Aplicable' se refiere, en general, a los sótanos, pero también incluye los casos en los que no se ha podido asignar un valor a la altura debido a que la variable planta, de la que se obtiene indirectamente, toma algunos valores de difícil normalización. Por otro lado, tanto las viviendas familiares no convencionales (o alojamientos), como las personas que residen en ellas, estarán también clasificadas en esta categoría.

Un edificio es accesible cuando una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de sus viviendas sin ayuda de otra persona.

²³ Según el Censo, un edificio es accesible cuando una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de sus viviendas sin ayuda de otra persona. Esta característica del edificio se ha investigado en campo en relación con disponer o no de ascensor.

²⁴ 79,58% en Andalucía, 76,53% en el conjunto español y 74,34% en Cataluña.

La menor presencia de ascensores en edificios con dos o tres alturas es causa de una mayor inaccesibilidad. La no exigencia legal de instalación de estos aparatos es uno de los factores que explican este hecho. La mayor presencia de ascensores en edificios de 5 o más plantas y su menor antigüedad justifican el efecto contrario, una mayor accesibilidad de estos. Analizando las condiciones de accesibilidad de las viviendas en lugar de los edificios observamos que aquellas situadas en alturas elevadas tienden a ser más accesibles por los mismos motivos: ser más modernas y disponer de ascensor; en cambio, aquellas situadas en 2ª y 3ª planta pertenecen en más casos a edificios sin ascensores.

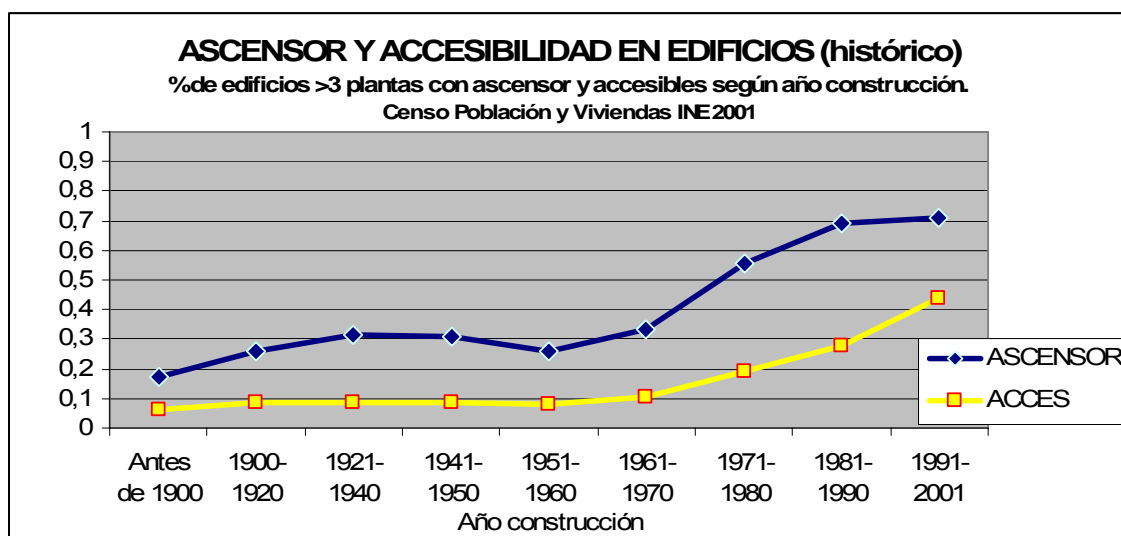
Disposición de ascensor ^a en las viviendas familiares convencionales españolas ubicadas en una altura igual o superior a dos según datos del Censo 2001

Concepto	Viviendas	Distribución porcentual	Porcentaje de viviendas "no accesibles"
Con ascensor	4.686.944	55,21%	58,84%
Sin ascensor	3.802.055	44,79%	97,18%
TOTAL	8.488.999	100,00%	76,01%
^a No incluye a la categoría reportada como "No aplicable" ya que, de acuerdo con el glosario del Censo 2001 del INE, en ella están contenidos alojamientos y edificios que no están destinados principalmente a viviendas.			

Un análisis de la accesibilidad de los edificios destinados a vivienda según su antigüedad muestra que las diferencias actualmente son muy pequeñas, demostrando que no han cambiado mucho los criterios constructivos respecto a la accesibilidad a lo largo de las décadas. Así, según el censo el porcentaje de accesibilidad de los edificios construidos antes de 1900 es de un 19,14%, mientras alcanza un 22,79 % entre los construidos en la década de 1991-2001; entre medias los porcentajes crecen a lo largo de las décadas del siglo XX de manera suave y discontinua sin rebasar ninguno de esos extremos.

Por otra parte, un estudio de la evolución temporal de la instalación de ascensor y condiciones de accesibilidad muestra la evolución conjunta de ambas variables. La proporción de edificios previos a 1900 de 4 o más alturas que disponen de ascensor asciende al 17 % en la fecha de realización del censo; esta proporción evoluciona positivamente hasta un 71% en los edificios construidos en la última década (1991-2001). El bache existente entre los años 30 y 60 es una consecuencia clara del periodo de guerra civil y autarquía, donde la instalación de ascensores se redujo considerablemente. Por su parte, la evolución de las condiciones de accesibilidad recogidas en el censo mantiene una evolución positiva, con un ligero bache en el mismo periodo, con valores que oscilan entre el 6 y el 44%. A lo largo de todo este periodo se mantiene una diferencia achacable a las diversas barreras constructivas que impiden alcanzar un nivel de accesibilidad a pesar de la existencia de ascensor. Este diferencial crece (excepto en el periodo de postguerra) hasta un nivel que supera el 40% en la década de los 80. La puesta en marcha de distintos instrumentos normativos parece haber cambiado esa tendencia

favoreciendo que el nivel de accesibilidad crezca de forma más acusada que la instalación de ascensores, es decir, que una mayor proporción de edificios a los que se instala ascensor cumplen con otro tipo de condiciones de accesibilidad además.

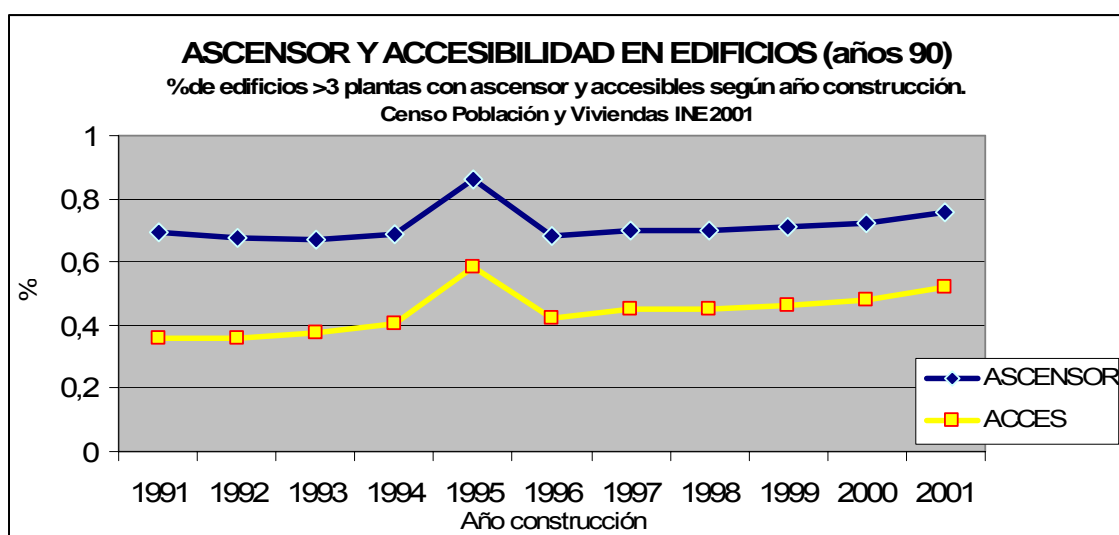


Esta evolución reciente se puede valorar positivamente, pero es muy insuficiente desde la perspectiva de los instrumentos legales existentes. Hay que destacar que a lo largo de los años 90 y en los últimos años 80 en algún caso, se aprobaron tanto las leyes de accesibilidad autonómicas, como los reglamentos técnicos de desarrollo. Además en el año 1981 se había aprobado la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) y en 1989 el Real Decreto 556 de 19 de Mayo “por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios”. Según este RD *en los edificios de uso privado en que sea obligatoria la instalación de ascensor (más de tres alturas) deberán ser practicables por personas con movilidad reducida (entre otros) la comunicación entre un acceso del edificio y las dependencias interiores de los locales o viviendas servidos por ascensor*. El RD establece en su artículo 2 que para que un itinerario sea considerado practicable por personas con movilidad reducida tendrá que no incluir escaleras ni peldaños aislados, pendientes máximas de rampa de 8%, anchos mínimos de 0,90 en pasillos, etc.

Podemos, por tanto, destacar que el grado de incumplimiento legal en el sector se ha mantenido a unos niveles difícilmente justificables.

Un análisis detallado de las mismas variables a lo largo de la última década disponible²⁵, muestra una suave mejora en ambos casos, pero un mantenimiento de las condiciones de inaccesibilidad en torno al 50% y aún a más de 23 puntos porcentuales por debajo de la disposición de ascensor.

²⁵ La serie presenta un salto en el año 1995, en que por motivos que desconocemos se recoge un número de edificios construidos muy inferior al resto del periodo.



Sin duda, esta evolución histórica y de la última década merece un análisis más detallado, sobre todo por lo que indica en cuanto a falta de conocimiento, control, formación o interés por el cumplimiento de la normativa que afecta a la accesibilidad de los edificios de vivienda; pero no es este el cometido de este trabajo, que sí explora las consecuencias sobre las poblaciones más afectadas por estas carencias.

Accesibilidad en las viviendas de la población mayor de 65 años

Si ordenamos los datos de accesibilidad de las viviendas procedentes del Censo de acuerdo a la estructura de hogar, observamos que las mayores cotas de inaccesibilidad se alcanzan precisamente en las viviendas de personas mayores que viven solas.

Accesibilidad según Estructura del hogar	TOTAL	No accesible (%)
Una mujer de 65 o más años	1.038.603	80,14
Un hombre de 65 o más años	314.175	79,54
Dos adultos, uno al menos de 65 años o más, sin menores	3.538.838	78,84
Dos adultos de 35 años o más, dos de 16 a 34 años y dos o más menores	329.364	78,17
Otro hogar de tres adultos, con o sin menores	2.880.098	77,70
Otro hogar de cuatro adultos, con o sin menores	2.016.823	77,58
Dos adultos de 35 años o más, uno de 16 a 34 años y dos o más menores	711.208	77,53
Cinco o más adultos, con o sin menores	4.987.442	77,31
Dos adultos de 35 años o más, dos de 16 a 34 años y un menor	1.036.885	77,24
Dos adultos de 35 años o más, uno de 16 a 34 años, sin menores	3.355.920	77,02
Dos adultos y tres o más menores	1.005.115	76,68
Un hombre de 16 a 64 años	860.287	76,67
Dos adultos de 35 años o más, uno de 16 a 34 años y un menor	2.032.376	76,28
Dos adultos de 35 años o más, dos de 16 a 34 años, sin menores	3.973.904	76,17

Una mujer adulta con uno o más menores	541.291	75,85
Un hombre adulto con uno o más menores	143.781	75,63
Una mujer de 16 a 64 años	649.080	75,51
Dos adultos y dos menores	4.404.224	75,46
Dos adultos y un menor	3.360.612	74,76
Dos adultos de 16 a 64 años, sin menores	3.241.796	74,72
TOTAL	40.421.822	76,69

Es conocido que la población mayor ocupa las viviendas con menores niveles de accesibilidad, lo que se explica por tratarse de vivienda de peor calidad y más antigua (aunque ya hemos visto que este hecho no es tan definitivo). La clasificación anterior muestra una feminización de esta inaccesibilidad, como consecuencia de la mayor longevidad de la mujer. Así hay más de tres mujeres por cada hombre mayor que vive en viviendas inaccesibles, y el número total de aquellas supera el millón de personas.

La estructura o composición del hogar nos sirve también para analizar la situación de los colectivos de personas mayores, características de su hogar y existencia de barreras en los territorios seleccionados, como muestran las tablas siguientes. En ellas se han considerado sólo las viviendas situadas en altura:

**Distribución de los hogares^a ACCESIBLES
que cuentan con al menos una persona mayor de 65 años de acuerdo con su estructura.**

	España		Andalucía	Cataluña	Guipúzcoa
Estructura del hogar	Total de hogares	Vivienda accesible	Vivienda accesible	Vivienda accesible	Vivienda accesible
Una mujer de 65 o más años	1.043.471	19,77%	17,56%	22,67%	19,56%
Un hombre de 65 o más años	315.466	20,38%	17,79%	21,67%	22,02%
Dos adultos, uno al menos de 65 años o más, sin menores	1.626.642	21,03%	18,54%	24,06%	21,64%
Resto de hogares con al menos una persona mayor de 65 años	133.963	21,66%	19,36%	24,47%	22,88%
TOTAL	3.119.542	20,80%	18,44%	23,58%	21,51%

^a Incluye los hogares que se ubican en la segunda planta o superior sobre rasante. No se toman en cuenta aquellos que declararon "No es aplicable".

La situación en Guipúzcoa y Cataluña es mejor que la media española, y en Andalucía es peor

**Distribución de los hogares^a CON ASCENSOR
que cuentan con al menos una persona mayor de 65 años de acuerdo con su estructura**

	España		Andalucía	Cataluña	Guipúzcoa
Estructura del hogar	Total de hogares	Ascensor	Ascensor	Ascensor	Ascensor
Una mujer de 65 o más años	842.199	36,97%	27,65%	43,46%	50,26%
Un hombre de 65 o más años	231.526	31,00%	22,81%	37,50%	44,92%
Dos adultos, uno al		37,40%	26,44%	44,15%	49,95%

menos de 65 años o más, sin menores	1.302.631				
Resto de hogares con al menos una persona mayor de 65 años	775.024	37,83%	27,98%	44,47%	47,06%
TOTAL	3.151.380	36,92%	26,89%	43,52%	48,89%

^a Incluye los hogares que se ubican en la segunda planta o superior sobre rasante. No se toman en cuenta aquellos que declararon "No es aplicable".

En cuanto a la disposición de ascensores las diferencias son más acusadas importantes entre zonas con mayor renta, como Guipúzcoa y Cataluña, y menos, como Andalucía.

No se han considerado otros equipamientos vinculados a las condiciones residenciales de la población (disposición de calefacción, agua corriente, etc.), aunque su vinculación con la posibilidad de permanencia en el hogar es innegable, y como tal se considera que la dotación de ese tipo de servicios básicos debe contemplarse en las ayudas de adaptación funcional.

PARTE II
PROGRAMAS

LAS AYUDAS, SU EJECUCIÓN
Y LOS PRINCIPALES AGENTES

METODOLOGÍA de la PARTE II: Estudio de los programas de ayudas para Supresión de Barreras y Adaptación Funcional de la Vivienda en España

En esta parte se hace un análisis de las ayudas públicas destinadas a la supresión de barreras y adaptación funcional de viviendas en España. Como punto de partida hay que reconocer que las ayudas destinadas a estos propósitos en España no responden a criterios homogéneos en su conceptualización, ni en su diseño, gestión, o áreas responsables. Se trata de un conjunto de programas heterogéneo, de objetivos y mecanismos de aplicación muy diferentes límites poco definidos y en muchos casos incluido en grupos de ayudas más amplias. Por ello, y dado que el ámbito de beneficiarios (la población con limitaciones funcionales) es también amplio, se distinguen las ayudas según su destino principal:

- Eliminación de barreras arquitectónicas en elementos comunes de la edificación
- Adaptación funcional de elementos privativos de la vivienda y ayudas técnicas.

Las diferencias son también conceptuales, y por ello los capítulos correspondientes comienzan por un estudio de los conceptos, entidades responsables y otras características diferenciales. Si bien son las Comunidades Autónomas quienes ostentan principalmente las competencias en materias de servicios sociales y vivienda, el Estado mantiene su capacidad de intervención sobre las bases de la planificación económica y promoción de derechos básicos, y la ejerce de diversas formas. Por su parte, los municipios intervienen, cada vez más, ya sea de forma delegada o autónoma.

Para reflejar toda la panoplia de programas resultante se ha seleccionado un conjunto de CC.AA. y entidades locales, de las que se estudian las características de las ayudas y, en algunos casos, los principales datos de su aplicación.

No se contemplan aquí los sistemas de provisión de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria que provienen del Sistema Nacional de Salud, ni los que proceden de entidades del tercer sector.

Origen territorial de los programas de supresión de barreras estudiados:

- Estatal

- Comunidades Autónomas

- Andalucía
- Asturias
- Cataluña
- Galicia
- Madrid
- Navarra
- País Vasco

- Comunidad Valenciana (parcialmente)

Origen territorial de los programas de Adaptación Funcional de Viviendas y provisión de Ayudas Técnicas estudiados:

- Comunidades Autónomas

- Andalucía
- Asturias
- Cataluña
- Galicia
- Madrid

Diputaciones forales:

- Guipuzcoa

Municipios:

- Málaga
- Barcelona
- Madrid
- Alcobendas

En esta selección quedan representadas comunidades con elevada población, con distintas estructuras competenciales y de distinto carácter social y económico. Los programas para adaptación funcional en casi todos los casos tienen varios años de experiencia de desarrollo, menos en el caso de Málaga que son de muy nueva implantación en el ámbito local.

De cada una de estos territorios se ha estudiado la normativa que regula la concesión de ayudas de un tipo u otro, analizando todos los factores que pudieran incidir sobre la eficiencia de los resultados: desde el monto presupuestario total de cada programa hasta los requisitos de acceso a las ayudas: límites de ingresos, asesoramiento técnico necesario, tiempos de tramitación, justificación de gastos, etc. En el caso del estado se analiza el Plan de Vivienda, que incorpora ayudas para la rehabilitación dirigidas a supresión de barreras.

El análisis de estas ayudas cubre el capítulo 4 (programas de supresión de barreras) y el 5 (programas de adaptación funcional y ayudas técnicas). El capítulo 6 es relativo a la ejecución concreta de los programas en un subgrupo de administraciones más limitado.

La ejecución de los programas

Se ha recabado información sobre la ejecución práctica de los programas de Supresión de Barreras y Adaptación Funcional, para lo cual se ha procedido de la siguiente manera:

- Contacto telefónico con las entidades o consejerías responsables en cada CC.AA.
- Cartas formales a las consejerías y direcciones generales demandando información para la realización de este estudio.

- Seguimiento telefónico y por correo electrónico

En unos casos la respuesta ha sido muy favorable y eficaz; en otros la consecución de datos ha sido trabajosa y el resultado muy limitado respecto a los intereses planteados. En cada caso nos hemos debido adaptar a las posibilidades reales de conseguir la información necesaria, con sus limitaciones y particularidades, que se han intentado complementar para obtener una imagen realista de los resultados de las ayudas²⁶.

²⁶ De algunas entidades contactadas no se ha conseguido información cuantitativa: C.A. de Valencia y Valladolid. En el primer caso, aunque se ha recibido toda la normativa que cubre las convocatorias no se ha podido disponer de los datos de ejecución de los programas. En el segundo, por ser el primer año en que se ponía en marcha un programa propio de ayudas, no han dispuesto de datos con fecha previa al cierre del trabajo.

El municipio de San Sebastián, aunque ha aprobado un avanzado programa de coordinación de ayudas y servicios (Egokituz), aún no lo tiene operativo.

Todo el conjunto de trabajos y contactos ha ocupado un periodo superior a los 8 meses, en los que se ha podido comprobar el escaso grado de seguimiento específico que reciben estas ayudas en muchos casos, así como la dificultad para obtener, no sólo la información desagregada solicitada (microdatos anonimizados), si no cualquier información cuantitativa sobre la ejecución de los programas.

CAPÍTULO 4:

CARACTERÍSTICAS DE LAS AYUDAS PARA LA SUPRESIÓN DE BARRERAS EN EDIFICIOS DE VIVIENDAS

4.1- Conceptos y estructura administrativa para la gestión de ayudas de rehabilitación y supresión de barreras²⁷

Podemos englobar bajo la denominación de Ayudas para la Eliminación de Barreras en Edificios de Viviendas a un conjunto de ayudas públicas de que distintas administraciones disponen para fomentar la mejora y rehabilitación de edificios y viviendas a través de la supresión de las barreras de movilidad en ellos existentes.

Entre los distintos instrumentos promovidos por las administraciones con tal fin no existe un criterio terminológico ni una denominación o formato comunes, pues la supresión de barreras en edificios se inserta normalmente en planes o programas de contenidos más amplios, tales como los destinados a rehabilitación estructural. Por otro lado, se ha separado este tipo de ayudas de las que se dirigen concretamente a la adaptación funcional de los espacios privativos de la vivienda, pues el contexto de intervención es muy diferente. Por ello bajo el epígrafe que da nombre a este apartado se reúnen ayudas que, a pesar de tener distintas denominaciones y objeto, tienen en común las siguientes características:

- 1- Que están enmarcadas en un objetivo más amplio de rehabilitación de la edificación, ya sea de tipo estructural (seguridad del edificio) o funcional (redes de suministro, estanqueidad...)
- 2- Que también incluyen la mejora de las condiciones de habitabilidad de viviendas, con especial énfasis sobre la eliminación de barreras en espacios comunes de la edificación.
- 3- Que se canalizan, aunque no en todos los casos, a través de los organismos que ostentan competencias en las áreas de vivienda.

Se trata de ayudas que provienen, por una parte, del Plan Estatal de Vivienda 2005-2008, complementadas, en su caso, por la comunidad autónoma correspondiente y, por otra, de los planes específicos de vivienda que han desarrollado algunas comunidades autónomas, como Andalucía o País Vasco.

La terminología utilizada en el Plan Estatal distingue entre:

Rehabilitación de edificios: adecuación estructural y funcional de los edificios dedicados a viviendas

²⁷ Para un mayor detalle del análisis de las ayudas ver Anexo 2

Adecuación estructural: obras que garanticen la seguridad en la estructura del edificio.

Adecuación funcional: obras que proporcionen al edificio condiciones suficientes de acceso, estanqueidad frente a la lluvia y humedad, aislamiento térmico, redes generales de agua, gas, electricidad, telefonía, saneamiento, et

Rehabilitación de viviendas: adecuación de las condiciones de habitabilidad de la vivienda

Conseguir condiciones mínimas de superficie útil, distribución interior, instalaciones de agua, electricidad, gas, ventilación, iluminación natural y aireación, aislamiento térmico y acústico.

Obras para ahorrar consumo energético o adaptación a la normativa vigente en materia de agua, gas, electricidad, protección contra incendio, saneamiento o supresión de barreras arquitectónicas.

Ampliación del espacio habitable, según planteamiento urbanístico, hasta 120 m² útiles.

Esta terminología se utiliza así mismo en decretos de ayudas y reglamentos de las comunidades autónomas relacionados con la rehabilitación de edificios y viviendas. No obstante, existen matices y diferencias en los términos utilizados²⁸ que pueden generar cierta confusión y no favorecer la

²⁸ Por ejemplo, la Comunidad de Madrid define los siguientes conceptos en su Decreto 12/2005, de 27 de enero, por el que se regulan las ayudas económicas a la vivienda en la Comunidad de Madrid (Plan de Vivienda 2005-2008), pág. 6.

Artículo 16. Actuaciones de Rehabilitación con Protección Pública
Las actuaciones de rehabilitación podrán consistir en:

- a) La **adecuación estructural del edificio**, considerando como tal, las obras que proporcionen al mismo condiciones de seguridad constructiva, de forma que quede garantizada su estabilidad, resistencia, firmeza y solidez. Asimismo, se considera adecuación estructural las obras para la eliminación de barreras arquitectónicas o mejora de la accesibilidad del edificio, tales como la instalación de ascensores.
- b) La **adecuación funcional de edificio**, entendiendo como tal la realización de las obras que proporcionen al mismo condiciones suficientes de acceso, estanqueidad frente a la lluvia y humedad, aislamiento térmico, redes generales de agua, gas electricidad, telefonía, saneamiento, servicios generales y seguridad frente a accidentes y siniestros.
- c) La **adecuación de habitabilidad de vivienda**, entendiendo como tal, la realización de obras que proporcionen a la misma condiciones mínimas respecto a su superficie útil, distribución interior, instalaciones de agua, electricidad y, en su caso, de gas, ventilación, iluminación natural y aireación, aislamiento térmico y acústico, servicios higiénicos e instalaciones de cocina u otros servicios de carácter general; las que posibiliten en la vivienda el ahorro de consumo energético o que permitan la adaptación a la normativa vigente en materia de agua, gas, electricidad, protección contra incendios o saneamiento, o aquellas otras que tengan por finalidad la supresión de barreras arquitectónicas para facilitar su uso por personas con minusvalías; y las proporcionen una ampliación del espacio habitable de la vivienda mediante obras o a través del cerramiento de terrazas, cuando dicha ampliación sea necesaria por las reducidas dimensiones de la vivienda o se trate de adaptar la superficie de la misma al número de miembros de la unidad familiar del promotor de la actuación.
- d) La **adecuación integral de edificio**, entendiendo como tal, la realización, tanto de obras de adecuación estructural y/o funcional del edificio, como de adecuación de habitabilidad de las viviendas del mismo.
- e) La adecuación o creación del equipamiento comunitario rotacional que esté al servicio de la zona”

La Comunidad Valenciana, en su Orden de 29 de Noviembre de 2005 de la Consellería de Bienestar Social por la que se regulan y convocan ayudas en materia de Servicios Sociales para el ejercicio 2006 establece que las ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas

estandarización ni el conocimiento de los criterios técnicos de intervención, sobre todo entre algunos colectivos profesionales que han de intervenir en el proceso y son a menudo reacios o indiferentes a consideraciones de mejora accesibilidad. Alonso (2002: 88) analiza el caso concreto de los arquitectos,, mediante encuestas a estos profesionales, que denotan que la inconcreción, falta de claridad y unidad de criterio de las normativas son dos de las tres principales carencias en este campo. El resultado es que los 109 encuestados consideran que los problemas de aplicación son la primera causa de dificultades para la aplicación de normativa relativa a accesibilidad.

Estructura administrativa para la gestión de las ayudas

Corresponde a las Comunidades Autónomas tramitar y resolver los expedientes de solicitud de ayudas económicas directas, así como gestionar el abono de las subvenciones del Plan de Viviendas. Para ello disponen de una entidad administrativa que promueve y gestiona las actuaciones relacionadas con la rehabilitación de edificios y viviendas: el correspondiente departamento o consejería encargado de la vivienda, obras públicas u ordenación del territorio según sea el caso en cada una. En concreto, las consejerías y direcciones generales encargadas de financiar las ayudas en las Comunidades Autónomas estudiadas, son las siguientes:

Comunidad Autónoma	Consejería responsable	Departamento responsable
Andalucía	Consejería de Obras Públicas y Transporte	Dirección General de Arquitectura y Vivienda
Asturias	Consejería de Vivienda y Bienestar Social	Dirección General de Vivienda
Galicia	Consejería de Vivienda y Suelo	D. G. de Fomento y Calidad de Vida
Madrid	Consejería de Medio Ambiente y Territorio	Dirección General de Arquitectura y Vivienda
Navarra	Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda	Dirección General de Ordenación del Territorio y Vivienda
País Vasco	Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales	Dirección de Planificación y Procesos Operativos de Vivienda
Comunidad Valenciana	Conselleria de Benestar Social	Direcció General de Servicis Socials y Direcció General d'Integració Social de Discapacitats

No obstante, las CC.AA. suelen delegar el carácter de oficina única en la administración local o en sus direcciones territoriales, a fin de acercarse al ciudadano y facilitar la gestión e información.

son las transformaciones o reformas que contribuyen a evitar los obstáculos y facilitar la movilidad, ya sea en la vivienda o en el edificio.

4.3.- Los planes de vivienda y la supresión de barreras

El Plan Estatal de Vivienda 2005-2008

A nivel estatal las ayudas para la rehabilitación y adecuación estructural de edificios se establecen a partir del Plan de Vivienda. El plan se basa en la concertación y cooperación institucional entre todas las Administraciones Públicas, por lo que sus objetivos se habrán de conseguir mediante acciones, proyectos y programas institucionales de las otras administraciones encargadas de su aplicación. Es importante conocer este aspecto para no contabilizar inadecuadamente los montos de las ayudas ni reducir la procedencia de las ayudas a la última administración que las concede.

El último vigente es el Plan Estatal 2005-2008²⁹. Este instrumento de la política de vivienda establece seis ejes estratégicos, dirigiéndose uno de ellos *específicamente a aquellos colectivos con mayores dificultades para acceder a una vivienda digna*, entre ellos a las personas mayores de 65 años y personas con discapacidad y sus familias. El texto del Real Decreto especifica concretamente que el Plan promueve la adaptación de las tipologías de vivienda a las necesidades de las familias, adecuándolas a las nuevas formas de vida, a las actuales estructuras familiares, y a las mayores necesidades de accesibilidad de mayores y personas con discapacidad.

El Plan reconoce las mejoras de accesibilidad entre las condiciones objeto de actuación de rehabilitación de edificios y viviendas, con independencia de la antigüedad del edificio pero no regula los requisitos y actuaciones en concreto hasta la Orden VIV/2784/2006 de 27 de julio. En ella se establecen como actuaciones financiadas las siguientes:

- Instalación o adaptación de ascensores
- Instalación o mejora de rampas de acceso
- Instalación o mejora de dispositivos mecánicos de acceso a los edificios, adaptados a las necesidades de personas con discapacidades motoras
- Instalación de elementos de información para la orientación en el uso de escaleras y ascensores
- Obras de adaptación de viviendas a las necesidades de personas con discapacidades motoras, auditivas o de cualquier otro tipo, o de personas mayores de sesenta y cinco años.

Las subvenciones para la rehabilitación de viviendas ascenderán al 35% del presupuesto protegido, con un máximo de 3.100 €, siendo las CC.AA. las que deberán establecer el reconocimiento del derecho a recibir estas ayudas económicas y las que establecerán los trámites correspondientes.

Sólo las comunidades autónomas del País Vasco y Navarra quedan fuera de este Plan, habiendo desarrollado estas comunidades sus propios planes

²⁹ Real Decreto 801/2005, de 1 de Julio. BOE num. 166, 13 de Julio de 2005

específicos (aunque esta última Comunidad no tiene uno vigente en este momento).

Las Comunidades Autónomas pueden destinar las ayudas estatales de acuerdo a objetivos más específicos. Tal es el caso de Andalucía que a través de su Consejería de Obras Públicas y Transporte canaliza las ayudas procedentes del Plan Estatal exclusivamente a la construcción de vivienda protegida; siendo toda la actividad de rehabilitación y supresión de barreras proveniente de su propio Plan Andaluz de Vivienda y Suelo.

Aplicaciones del Plan Estatal de Vivienda en rehabilitación y supresión de barreras: Distrito de Ciutat Vella en Barcelona

La puesta en práctica del Plan Estatal de Vivienda 2005-2008 involucra la rehabilitación de zonas de interés prioritario dadas las características socioeconómicas de su población y el parque inmobiliario existente. Dentro de Barcelona, los barrios de Santa Caterina y Sant Pere en el distrito de Ciutat Vella, han recibido la calificación de Zona de Intervención Integral de acuerdo con la Ley de Barrios de la Generalitat de Cataluña, por lo que cada una de las actuaciones contempladas (rehabilitación estructural, mejora de la movilidad al interior del edificio –ascensores, supresión de barreras arquitectónicas, rampas de acceso-, rehabilitación funcional y sostenible.

De esta forma, se busca la renovación de los inmuebles al objeto de incrementar la calidad de vida de la población residente. El plan de actuación de la Oficina de Vivienda de Ciutat Vella (*Oficina d'Habitatge de Ciutat Vella*) consiste no sólo en asesorar y brindar la información necesaria para la solicitud de ayudas, sino en la revisión e información de los residentes de inmuebles sobre las características y la posibilidad de solicitar una subvención para la rehabilitación del mismo.

El asesoramiento que se proporciona a los residentes incorpora el soporte de los técnicos de la Oficina de Rehabilitación y el convenio entre esta última con una serie de empresas, entidades y colegios profesionales, con tal de proporcionar la información más detallada y encontrar la mejor solución posible. Estos mismos convenios hacen posible la obtención de precios preferenciales en obras de rehabilitación por parte de empresas de suministro de bienes o servicios. Cabe destacar que tanto el proceso de asesoramiento, como la ejecución de las obras, siempre estarán acompañados por la supervisión técnica de la Oficina de Rehabilitación pero las obras y el diseño del proyecto las realizarán empresas y organismos ajenos a la misma.

En cuanto a la financiación de las ayudas otorgadas, ésta provendrá principalmente de las transferencias derivadas del Plan Estatal de Vivienda 2005-2008, pero también se incluyen recursos de la Generalitat de Cataluña y el Ayuntamiento de Barcelona, aunque en menor cuantía. Las subvenciones se otorgarán por concurrencia pública y por orden de registro siempre que se cumplan las condiciones establecidas, hasta agotar las partidas presupuestarias establecidas. Éstas serán a fondo perdido por un máximo de 40% del presupuesto protegible, y en el caso de rehabilitación estructural se limita a 6.000€ por vivienda, siendo el órgano competente para la concesión de las ayudas el Vicepresidente de Fomento de Ciutat Vella, S.A. y el regidor del Distrito.

Los planes de vivienda autonómicos y su tratamiento de la supresión de barreras

Todos los planes de vivienda se proponen atender de forma más o menos integral las necesidades de vivienda de los distintos colectivos de ciudadanos. El foco de atención se pone así en grupos como los jóvenes o los discapacitados. Las intervenciones de rehabilitación se suelen vincular más con este último colectivo y el de personas mayores. Y en este tipo de intervenciones es donde se introducen las mejoras relacionadas con la supresión de barreras o adaptación de la vivienda.

Algunas CC.AA. se centran sobre alguno de los objetivos característicos y sólo marginalmente se plantean otros, que son desviados hacia otras figuras de intervención. Tal es el caso de Andalucía, que, en el marco de su plan sólo desarrolla vivienda social VPO.

El Plan de Ayudas a la Vivienda de La Rioja establece como requisito de las actuaciones la obligación, *si técnicamente es posible*, de eliminar las barreras arquitectónicas. En buena medida este tipo de planteamiento es poco operativo. Resulta difícil establecer los límites entre lo que es técnicamente posible y lo que no, lo que puede suponer en la práctica una forma de evasión del cumplimiento.

Plan Director de Vivienda 2006-2009, País Vasco

El Plan de Vivienda del País Vasco busca “atender de forma integral las necesidades de vivienda de la ciudadanía, especialmente de las personas más necesitadas, mediante medidas apropiadas a las diferentes situaciones de necesidad y con la participación de todos los agentes con responsabilidad en materia de vivienda³⁰”.

En materia de suelo, tiene como principal objetivo el promover un mayor aprovechamiento de los suelos ya utilizados promoviendo acciones de regeneración socio-urbanística de edificios o barrios en situación de deterioro, además de impulsar programas específicos para la supresión de barreras arquitectónicas en los edificios, y establecer ayudas a los ayuntamientos para introducir medidas de mejora de la accesibilidad en los municipios.

Entre sus objetivos de rehabilitación y regeneración urbana se plantea “impulsar nuevos programas para la mejora de la accesibilidad en los edificios y en las ciudades”, y entre sus líneas de actuación:

Impulsar programas específicos para la supresión de barreras arquitectónicas en los edificios (instalación de ascensores, rampas, etc), así como establecer ayudas a los ayuntamientos para introducir medidas de mejora de la accesibilidad en los municipios:

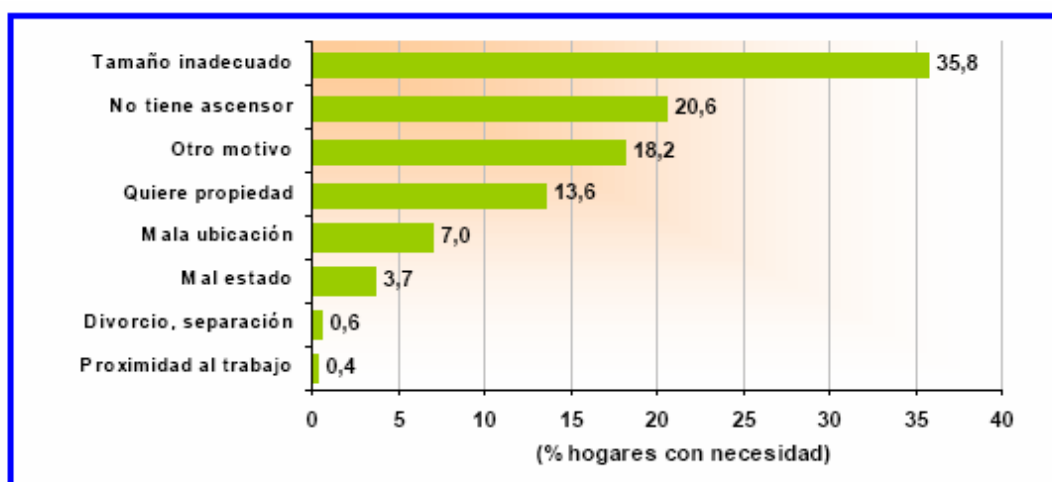
³⁰ Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del País Vasco (2006): “Plan Director de Vivienda 2006-2009”, pág. 76.

1. El Gobierno Vasco desea reafirmar en el Plan Director de Vivienda 2006-2009 su compromiso con el objetivo de promover la accesibilidad en la CAPV de acuerdo con lo establecido en la Ley 20/1997, de 4 de diciembre.
2. De tal forma, en lo que se refiere a la mejora de la accesibilidad de los edificios, y considerando el elevado número de edificios de la CAPV que carecen de ascensor, se plantea la conveniencia de **dotar de un tratamiento específico a las actuaciones de rehabilitación para la instalación de ascensores**. A estos efectos, se valorará la posibilidad de habilitar una línea de ayudas específicas para las operaciones de rehabilitación que tengan por objeto la instalación de un ascensor en un edificio de viviendas.
3. Por otra parte, también se observa la necesidad de estudiar el tratamiento que se puede dar a las viviendas que por ley se reservan para colectivos con discapacidades motrices en todas las promociones de vivienda protegida (atendiendo a la Ley de Accesibilidad), y que posteriormente quedan vacías temporalmente debido a la inexistencia de demandantes. Se otorgará prioridad, en todo caso, a colectivos de mayor necesidad de vivienda y a las discapacidades no motrices.
4. Finalmente, y dentro de la línea de trabajo ya emprendida en el Plan Director 2002-2005, el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales pondrá en marcha nuevos programas de ayudas dirigidos a los Ayuntamientos y Entidades Locales para la realización de planes y obras para la mejora de la accesibilidad de los municipios, así como para la adquisición de equipamiento para garantizar la accesibilidad en el entorno urbano y las edificaciones.

Este énfasis en la instalación de ascensores también se justifica en que es el segundo motivo de cambio de vivienda, como muestra el gráfico siguiente:

Motivos de cambio de vivienda en el País Vasco

Encuesta Plan Director de Vivienda, 2005



Fuente: Encuesta Base sobre Necesidades y Demanda de Vivienda en la CAPV (III-2005).

Plan Andaluz de Vivienda y Suelo, Andalucía

En 1992 se puso en marcha el I Plan Andaluz de Vivienda y Suelo con el objetivo fundamental de mejorar las condiciones de acceso a la vivienda de las familias con menos recursos (Rodríguez Galadí 2005). En la actualidad se

encuentra vigente el IV Plan, para el periodo 2003-2007. Este Plan define la política de la Comunidad, diseña los programas de actuaciones protegidas en materia de vivienda y suelo y define los instrumentos de gestión y concertación entre administraciones en materia de vivienda y suelo.

Toma como línea de acción la rehabilitación y adaptación funcional de viviendas y edificios, así como la eliminación de las barreras arquitectónicas de entrada a los mismos, para de esta forma beneficiar a un mayor número de personas a través de comunidades de vecinos o propietarios. Dentro de las acciones de rehabilitación que se incluyen en el Plan, puede citarse la de instalación de ascensores y eliminación de barreras de entrada en edificios de alzada superior a cuatro pisos aún cuando no residan personas con discapacidad. La implantación de estas subvenciones para instalación de ascensores durante el III Plan, que comenzó en 1999, permitió financiar 526 ascensores, que beneficiaron a 7.612 viviendas en toda Andalucía.

El plan incluye al programa de adecuación funcional básica de viviendas, aunque este esté diseñado desde el denominado Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

El Programa de eliminación de barreras en elementos comunes de las viviendas de la Generalitat Valenciana

La Conselleria de Benestar Social de la Generalitat Valenciana para facilitar la adecuación de las viviendas a las personas con discapacidad desarrolla un programa de eliminación de barreras en elementos comunes desde 2002. Lo característico de este programa es contar con la cofinanciación por parte de una caja de ahorros, y con la colaboración técnica del COACV, Colegio de Arquitectos de la Comunidad Valenciana. Ésta consiste en la realización por arquitectos colegiados de un informe previo de viabilidad o adecuación sobre las reformas a realizar en accesos y portales para la eliminación de barreras arquitectónicas. Este informe permite, por un precio mínimo de 30€ que los vecinos dispongan del asesoramiento adecuado y que la Consellería pueda optimizar el resultado del programa.

4.4.- Beneficiarios de las ayudas

Para solicitar la ayudas de *supresión de barreras* vinculadas a planes de vivienda no suelen existir condiciones previas en cuanto a edad o discapacidad, tales como los existentes en otros casos. Las ayudas pueden ir destinadas a individuos³¹ o colectivos, a través de comunidades de vecinos o propietarios, sin restricción.

Podemos decir que se trata de ayudas de tipo libre, pero sujetas a requisitos como los siguientes:

- Su uso ha de ser destinado a la vivienda

³¹ Son Ayudas Individuales, las que se conceden a una persona física, y se otorgan por una sola vez y para la misma finalidad en el ejercicio económico

- Ésta ha de tener un mínimo de 15 años de antigüedad
- Se debe garantizar la seguridad estructural necesaria para la viabilidad y el desarrollo de la reforma
- Ha de estar situada en zona definida como prioritaria. Por ejemplo, en Andalucía, los inmuebles localizados en zonas declaradas de Rehabilitación Autonómica serán prioritarios, de acuerdo con el Plan Andaluz de la Vivienda. Aunque en otros casos –como la C.A. vasca- no se trate de un requisito excluyente, sino que incrementa el monto posible de subvención.
- No superar determinados niveles de renta individual o familiar.

Esos niveles de ingreso de los solicitantes, no pueden superar los montos que marcan las convocatorias de ayudas y que se especifican de acuerdo con el cuadro siguiente:

Ingresos máximos para acceder a las ayudas de supresión de barreras arquitectónicas

Según convocatorias autonómicas vigentes en el año 2006

Comunidad Autónoma	Límite de ingresos*
Andalucía	Rehabilitación: Ingresos del promotor menores a <u>2.5 veces SMI anual</u> . CV: 50% de los propietarios no superará este nivel de ingresos.
	Ascensores y supresión de barreras: Ingresos ponderados anuales de al menos 50% de los residentes <u>no deberán exceder los 15.025,30€</u>
Asturias	Los ingresos anuales ponderados de la unidad familiar no pueden exceder <u>3,5 veces el SMI</u>
Cataluña	Individual: los ingresos familiares no pueden superar <u>3,5 veces el SMI</u> Comunidad vecinos: al menos el 60% de los usuarios de las viviendas deberán tener ingresos familiares inferiores a <u>5,5 veces el SMI</u>
Galicia	Individual: <u>2,5 veces el IPREM</u> Comunidad Vecinos: se puede obtener una subvención individual adicional si los ingresos familiares son inferiores a <u>3,5 veces el IPREM</u> . Prestamos convenidos a edificios sin límite de ingresos personales.
Madrid	Individual: los ingresos familiares no pueden superar <u>3,5 veces el SMI</u> Comunidad Vecinos: al menos el 60% de los usuarios de las viviendas deberán tener ingresos familiares inferiores a <u>5,5 veces el SMI</u>
Navarra	Individual: <u>2.5 IPREM</u> (no aplica para mayores o personas con discapacidad) Comunidad Vecinos: no aplica
País Vasco	Ingresos anuales ponderados de la unidad de convivencia no pueden exceder de <u>25.000€</u>
Valencia	No establece, pero se toman en consideración los ingresos
*I=Individual; CV=Comunidad de vecinos Para el año 2006 el SMI equivalía a 7.572,6€ y el IPREM a 6707,40€ al año Fuente: consultar las referencias al final del apartado.	

Hasta el año 2004 el SMI (Salario Mínimo Interprofesional) era el parámetro en función del cual se realizaban los cálculos de ingreso. Con la entrada en vigor

del *Real Decreto Ley 3/2004, de 25 de junio, para la racionalización de la regulación del salario mínimo interprofesional y para el incremento de su cuantía*, actualmente el límite de ingresos se establece en función del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), especialmente en aquellas referencias no laborales. Tomando como referencia los valores del **SMI y el IPREM de 2006 –que corresponden a 7.572,6€ y 6.707,4€, respectivamente**- la tabla anterior puede verse de la siguiente manera:

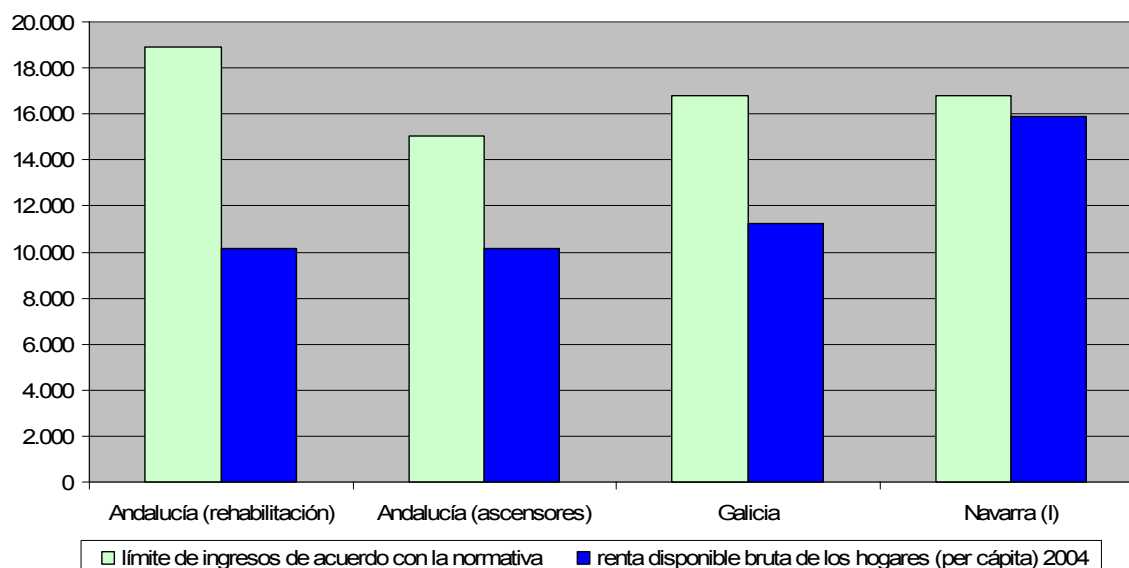
Ingresos máximos para acceder a las ayudas de supresión de barreras arquitectónicas

Calculados con base en el IPREM y el SMI anual 2006. En euros.

Comunidad Autónoma	Ponderación	
	Individual o per cápita familiar	Unidad familiar*
Andalucía (rehabilitación)	18.931,5	-
Andalucía (ascensores)	15.025,3	-
Asturias		26.504,1
Cataluña		26.504,1 (I) 41.649,3 (CV)
Galicia	16.768,5	-
Madrid		26.504,1 (I) 41.649,3 (CV)
Navarra	16.768,5**	- Sin límites (CV)
País Vasco	-	25.000
* En términos de ingresos, el término de unidad familiar se hace extensivo a distintas figuras convivenciales. **para Personas con Discapacidad o Mayores no hay límite de ingresos I=Individual; CV=Comunidad de vecinos		

Gráficamente, y comparando con los datos de renta media de la población, podemos analizar que parte de la población puede ser beneficiaria de esas ayudas, de acuerdo a su nivel de renta.

Límites de ingresos individuales/per cápita en la unidad familiar para solicitar ayudas de supresión de barreras vs. Renta disponible bruta de los hogares (per cápita) 2004
(cálculo con base en el SIMI y el IPREM 2006)



Se observan importantes diferencias que indican que la cobertura de estas ayudas en relación a la renta de las familias es muy superior en Andalucía o Galicia que en Navarra, donde son más restrictivas, pues el límite de ingresos máximo es muy similar a la renta bruta media disponible en esa comunidad. Este indicador de renta es, además, considerablemente inferior al que se utiliza para el cálculo de la ayuda, de modo que más del 50% de los hogares no pueden acceder a estas ayudas. La situación más abierta se produce en Andalucía en relación con las ayudas para la rehabilitación, puesto que el límite superior es casi el doble que la renta disponible bruta regional.

En cuanto a la cuantía de la obra subvencionable, es posible que el presupuesto para realizar la misma esté delimitado por la normativa, o que sea la Consejería responsable la que fije el monto de presupuesto protegible a considerar para la subvención. La tabla siguiente resume estas características:

Límites en el presupuesto presentado para la solicitud de las ayudas

Tipo de presupuesto	Comunidades Autónomas
Sin límite	Asturias Cataluña Galicia País Vasco Madrid (Zonas de Rehabilitación Integrada)
Presupuesto máximo determinado por la normativa	Andalucía: ASC/sBA: 30.050,60€ RH: vivienda: 10.000€ ejecución ó 14.000 € con rehabilitación estructural Edificios: por vivienda 6.000 € ejecución ó 12.000 € con rehabilitación estructural. En elementos comunes se calculará la participación de cada comunero.
Presupuesto mínimo determinado por la	Madrid Rehabilitación dispersa: 6.000€ por

normativa	adecuación estructural y/o funcional o integral del edificio, o superior a 3.000€ cuando se trate de la adecuación de la habitabilidad de las viviendas.
Determinado por la Consejería	Navarra (ayudas para comunidades de vecinos)
<i>RH=rehabilitación de viviendas y edificios; ASC=ascensores; SBA=supresión de barreras arquitectónicas</i>	

En Navarra es el único caso en que es la propia entidad de la Comunidad Autónoma la que, de acuerdo a los criterios que considere, puede establecer el nivel máximo de la ayuda a conceder.

4.5.- Tramitación, concesión y condiciones de las ayudas

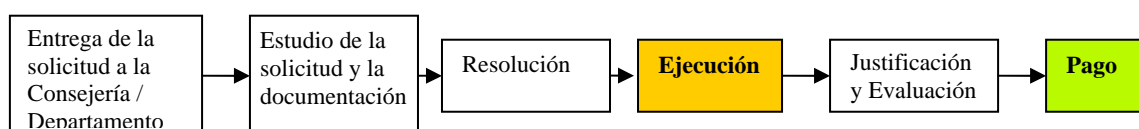
Generalmente, para acceder a las subvenciones es necesario algún tipo de valoración previa que permita al departamento encargado de gestionar las ayudas determinar la necesidad e idoneidad de la subvención solicitada. Los Departamentos de Vivienda por regla general solicitan la certificación provisional de actuación protegida o un informe técnico de rehabilitación, que en ambos casos no es otra cosa que comprobar la idoneidad de la solución que se plantea a partir de las obras de rehabilitación.

Especial atención merece el caso de Navarra, donde no existe una valoración previa de las circunstancias sociales y económicas de los vecinos beneficiarios como requerimiento para percibir una subvención, sino que ésta se establece de acuerdo a la naturaleza y presupuesto de la obra. El motivo señalado por la DG de Ordenación del Territorio y Vivienda es que cualquier edificio de vecinos va, antes o después, a requerir la instalación de ascensor bajo el argumento del envejecimiento o incapacidad de algún vecino, de modo que lo importante es ir introduciendo en el parque de edificios las mejoras progresivamente, puesto que su necesidad es una constante en todos los casos.

También hay que destacar el acuerdo entre la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana y el Colegio de Arquitectos para la realización de las valoraciones de las barreras en edificios por parte de éstos con un precio único de 30€ para la comunidad de vecinos afectada.

El esquema básico de tramitación de las ayudas en las CCAA estudiadas, puede verse de la siguiente manera:

Proceso de otorgamiento, ejecución y control de las ayudas. ESQUEMA GENERAL



Según este procedimiento, en primer lugar, deberá entregarse la solicitud y los documentos necesarios para acreditar la necesidad según sea el caso: certificados de minusvalía, certificados técnicos de la adaptación propuesta, informes sobre la utilidad de la adaptación, etc.

Posterior a la entrega en la Consejería o Dirección correspondiente, se evaluará cada uno de los expedientes de acuerdo a la información presentada y, en algunas Comunidades Autónomas, se realizará una evaluación *in situ* por parte de los técnicos de la consejería correspondiente.

Como consecuencia de lo anterior se emitirá la resolución de concesión de las ayudas. Los beneficiarios deberán entonces obtener la licencia o certificado de actuación protegida correspondiente. **El pago de la ayuda, excepto en casos muy concretos, se realiza una vez terminada la obra y contra los certificados y facturas correspondientes.** Las ayudas otorgadas en Andalucía, responden al modelo de pago fraccionado otorgando el 50% de la subvención antes del inicio de las obras (posterior a la comunicación de la resolución) y 50% posterior a su finalización y evaluación

Como regla general, las ayudas para la financiación de la eliminación de barreras arquitectónicas se conceden en forma de **subvención a fondo perdido**; es decir, los beneficiarios no tendrán que devolver el monto financiado siempre y cuando se hayan realizado correctamente las adaptaciones, y los gastos sean comprobables en su totalidad. La excepción es Galicia³², donde es posible acceder –de forma previa a la obra- a un préstamo con tipo de interés preferencial por un monto equivalente al coste total de la adaptación, o por una subvención, como en el resto de las comunidades.

Modalidad de pago por Comunidad Autónoma

Tipo de pago	Comunidades Autónomas
Pago fraccionado (50% posterior a la resolución y 50% posterior a la evaluación y justificación)	Andalucía
Pago total antes del comienzo de las obras	Galicia (Dirección de Vivienda; Préstamo)
Pago total después de la entrega de obras	Asturias Galicia (Dirección de Vivienda;

³² De acuerdo con el Plan Estatal de Vivienda 2005-2008, tendrán las características comunes a todos los préstamos cualificados y las propias siguientes: podrá alcanzar la totalidad del presupuesto protegido; plazo máximo de amortización para la rehabilitación de edificios de 20 años, con un periodo de carencia de 3 años; plazo máximo de amortización para la rehabilitación de viviendas 10 años, con un periodo de carencia de 1 año. En el caso de rehabilitación de edificios, todos los usuarios de las viviendas podrán tener acceso a préstamos cualificados, aunque no cumplan los requisitos de ingresos familiares.

Subsidiación de préstamos: el Ministerio de Vivienda podrá subsidiar los préstamos cualificados para la rehabilitación de edificios en una cuantía de 20% de la cuota del préstamo, cuando el titular del préstamo sea el arrendatario o el propietario de una o varias viviendas en el edificio rehabilitado y sus ingresos familiares no superen 5,5 veces el SMI. Este límite de ingresos no se exigirá cuando el titular del préstamo sea el propietario de una o más viviendas arrendadas, con un contrato sujeto a prórroga forzosa y celebrado antes de la entrada en vigor de la LAU.

	Subvención) Navarra Madrid País Vasco
--	---

Por otra parte, el objeto de las ayudas es la financiación de obras nuevas de adaptación o rehabilitación de los inmuebles; es decir, que éstas no deberán iniciarse antes de que la Consejería correspondiente haya emitido la resolución de la convocatoria en el plazo marcado por la normativa. En la Comunidad de Madrid, si se justifica la urgencia de las obras, éstas podrán iniciarse antes de la obtención de la calificación de actuación protegida, pero no podrán terminarse en un plazo inferior a los tres meses.

En cada una de las Comunidades Autónomas, el máximo de concesión respecto al presupuesto total de obra dependerá de una serie de factores particulares, fundamentalmente la baremación de ingresos del/los solicitante/s y de las características del inmueble.

En el caso concreto de Asturias la convocatoria establece que a partir de la baremación de las condiciones socioeconómicas de los solicitantes (ingresos, tamaño de la unidad familiar, porcentaje de minusvalía, etc.) se ponderará el monto máximo por el que pueden optar en cada caso. Por ejemplo, una persona con discapacidad podrá optar por una cuantía máxima de entre 20-100% del tope establecido dependiendo de los ingresos y el número de miembros de la unidad familiar.

Cuantía máxima de concesión para rehabilitación y eliminación de barreras arquitectónicas
por Comunidad Autónoma

Tipo de subvención	Comunidad Autónoma	Límite de la subvención	
		% del presupuesto	Cuantía máxima (si se establece)
De acuerdo al presupuesto presentado	Andalucía (ASC/EBA)	75%	15.025,30€ total
	Andalucía (RH)	50%	I: 5.000€ ejecución de obra ó 7.000€ con rehabilitación estructural CV: por vivienda 3.000€ ejecución de obra ó 6.000€ con rehabilitación estructural
	Cataluña	25% 7% adicional para rehabilitación sostenible	General: 2.280 € por vivienda PcD/PM: 3.100€ por vivienda rehabilitación sostenible: 200€ por vivienda
	Galicia : Subvención	I: 25% CV: 10%	Libre: 2.280 € por vivienda PcD/PM: 3.100€ por vivienda CV: 1.040€ por vivienda
	Madrid (RH dispersa)	20%	4.000€ por vivienda
	Madrid (RH integrada)	20%	6.000€ por vivienda en adecuación estructural, estructural y funcional o integral. 6.500€ por vivienda en adecuación funcional o que incorpore supresión de barreras arquitectónicas, mejora de la

			accesibilidad, criterios de sostenibilidad o innovación tecnológica.
	Navarra	I: PM o su cónyuge: 40% I: si los ingresos son inferiores a 2,5 IPREM: 40% CV: 22% RH y 45% ASC	Sin límite establecido I: Baremación de acuerdo a los ingresos y condiciones de la vivienda CV: baremación de acuerdo a las características del edificio y las obras propuestas
	País Vasco	CV: 5%	I: PcD: 5.400€ zona prioritaria ó 3.800€ resto
Coste total de la adaptación	Galicia: Préstamo		
¹ De acuerdo con la Resolución de 27 de marzo de 2006, de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, por la que se convocan ayudas individuales a personas con discapacidad las ayudas destinadas a eliminación de barreras arquitectónicas podrán cubrir la instalación de ascensores, rampa al acceso del portal, reparación de baños y la adaptación de puertas por un total máximo de 4.606€ por todos los conceptos de adaptación referidos ya que cada uno tiene un tope propio.			
PcD=Personas con discapacidad; PM=Personas mayores; I=Individual; CV=Comunidad de vecinos RH=rehabilitación de viviendas y edificios; ASC=ascensores; EBA=eliminación de barreras arquitectónicas			

Independientemente de la CA de referencia o el tipo de ayuda, siempre se requerirá una evaluación final y una comprobación de los gastos efectuados.

El objetivo primordial de las evaluaciones efectuadas antes y después de la concesión de la ayuda, es la de verificar que las adaptaciones propuestas son las más adecuadas y acorde con las características de cada uno de los potenciales beneficiarios, y que estas se han llevado a cabo correctamente para cumplir su objetivo. Estas evaluaciones se llevarán a cabo por los técnicos autorizados por la autoridad encargada de las ayudas, y en el caso de Asturias, las obras no deberán comenzar hasta no recibir la visita del técnico, quien comprobará que las fotografías y los informes entregados con la solicitud coinciden con el inmueble que se desea adaptar.

CAPÍTULO 5:

CARACTERÍSTICAS DE LAS AYUDAS PARA LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA

5.1.- El concepto de Adaptación Funcional en la normativa

Bajo la denominación de adaptación o adecuación funcional de las viviendas no todas las CC.AA. engloban el mismo tipo de actuaciones, como se deduce del análisis de la normativa que regula las ayudas en cada caso

Hablando en concreto de adaptación funcional, no hay unidad de criterio sobre las mejoras a subvencionar en cada comunidad autónoma. Así tenemos el caso de **Galicia**, cuya *Conselleria de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado* define en su *Orden de 21 de Marzo de 2005 por la que se convocan ayudas para mayores y discapacitados y se procede a su convocatoria para el año 2005, DOGA N° 62, Viernes 1 de Abril de 2005*:

Adaptación funcional del hogar (da casa), consiste en la adquisición, instalación y/o adaptación de dispositivos necesarios que, por la discapacidad del solicitante, sirvan para mejorar de modo claro las posibilidades de desenvolverse de forma autónoma en el hogar, incluidas aquellas que sirvan para eliminar barreras de comunicación.

En cambio la Junta de **Andalucía** en su *Orden, de 24 de marzo de 2004, por la que se modifica la de 13 de mayo de 2002, por la que se regulan y convocan subvenciones para la adecuación funcional básica de viviendas en apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm. 72 Sevilla, 14 de abril 2004*, define, implícitamente, lo que entiende por adecuación funcional básica de viviendas al describir los tipos de actuaciones comprendidos en las ayudas como los siguientes:

- *Mejora de la seguridad y adaptación de la instalación eléctrica a la normativa vigente y las necesidades funcionales del solicitante.*
- *Instalación de alumbrado conmutado en el dormitorio u otro espacio de la vivienda que así lo requiera.*
- *Mejora de la seguridad y adecuación de la instalación de gas a la normativa vigente y las necesidades funcionales del solicitante, así como elementos de fácil y segura manipulación.*
- *Adecuación del ancho de puerta, así como la eliminación de otras barreras arquitectónicas.*
- *Instalación de suelo antideslizante, apoyos, asideros y adecuación de los sanitarios y grifería en los cuartos de baño.*
- *Colocación de pasamanos en los pasillos.*
- *Otras obras y elementos de similar naturaleza.*

De forma más amplia y directa el *Instituto Navarro de Bienestar Social* en su *Resolución 889/2006*³³, señala que:

“Las ayudas tienen por objeto facilitar a dichas personas su normal desenvolvimiento en las actividades ordinarias de su vida diaria, ante las dificultades sobrevenidas como consecuencia de su propia edad o, específicamente, de situaciones de discapacidad, subvencionando la adquisición de elementos que beneficien su bienestar. Igualmente, tienen por objeto la adaptación de viviendas en que dichas personas habitan, favoreciendo su seguridad y comodidad y, en definitiva, posibilitando el arraigo en el domicilio”.

Y más adelante señala:

“Adaptación funcional de vivienda: aquellas actuaciones que van encaminadas a mejorar la movilidad de las personas mayores dentro de su vivienda, manteniendo el tope de 4.000 euros (adaptación del baño, instalación de ascensor, elevadores, sillas y plataformas elevadoras; eliminación de barreras arquitectónicas en portales).”

Por lo tanto, aunque la filosofía o la motivación son las mismas, existen diferencias importantes en la manera de conceptualizar las soluciones para facilitar la permanencia en el hogar de las personas mayores o/y con discapacidad. Estas diferencias determinan que el énfasis se ponga más en:

- Los elementos privativos o comunes de la edificación.
- La movilidad del usuario
- Los elementos que proporcionan confort y seguridad a la vivienda
- La disponibilidad de elementos de comunicación para las personas que lo precisen

En **Andalucía** generalmente las ayudas para la adaptación funcional incluyen, en su concepto u objeto, la subvención de ayudas para la movilidad y la comunicación de las personas con discapacidad y/o personas mayores, en forma de las siguientes actuaciones³⁴:

- Adaptación de vehículos a motor.
- Adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis.
- Adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas.
- No incluye productos incluidos (de semejante o parecida naturaleza) en el Catálogo General de Ortoprotésica del Servicio Andaluz de Salud.

³³ Resolución 889/2006, de 15 de marzo, del Director Gerente del Instituto Navarro de Bienestar Social, por la que se aprueban los criterios, topes máximos y baremos a aplicar durante el año 2006 en la concesión de ayudas económicas extraordinarias en el Área de la Tercera Edad. B.O. de Navarra 49, 24 de abril de 2006.

³⁴ Fuente: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social: Orden, de 1 de febrero de 2006, por la que se regulan y convocan subvenciones en el ámbito de la Consejería para el año 2006. BOJA de 27 de febrero de 2006.

Por su parte, la **Comunidad Valenciana**, en las dos ordenes de convocatoria de ayudas en materia de Servicios Sociales y para eliminación de barreras (ordenes de 29 de Noviembre de 2005 y 27 de Diciembre de 2005 de la Consellería de Bienestar Social) considera la adaptación funcional del hogar como parte de las Ayudas Técnicas y las transformaciones o reformas que contribuyen a evitar los obstáculos y facilitar la movilidad dentro del hogar o en zonas comunes como “eliminación de barreras arquitectónicas”.

5.2. Programas y ayudas para la Adaptación Funcional de vivienda y Ayudas Técnicas en CC.AA. y CC.LL.³⁵

Todas las Comunidades Autónomas analizadas (Andalucía, Asturias, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco) cuentan con ayudas destinadas tanto a la adaptación funcional de viviendas, como a la adquisición de ayudas técnicas.

Las Consejerías encargadas de financiar las ayudas en cada una de las Comunidades Autónomas, son las siguientes:

Comunidad Autónoma	Consejería responsable	Departamento responsable	Tipo de ayuda
Andalucía	Consejería de Obras Públicas y Transporte	Dirección General de Arquitectura y Vivienda	AFV/AT
	Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social	Dirección General de Personas con Discapacidad	AT
Asturias	Consejería de Vivienda y Bienestar Social	Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes	AT
Cataluña	Departamento de Bienestar y Familia	Subdirección General de Atención a las Personas	AFV/AT
Galicia	Vicepresidencia de Igualdad y Bienestar		AFV/AT
Madrid	Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Subdirección General de Recursos y Programas para Personas con Discapacidad	AFV/AT
Navarra	Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda	Dirección General de Ordenación del Territorio y Vivienda	AFV
	Instituto Navarro de Bienestar Social		AFV/AT
Guipúzcoa	Departamento para la Política Social de la Diputación de Guipúzcoa		AFV/AT

AFV = Adaptación funcional de la vivienda

AT = Ayudas técnicas

Para la provisión de este tipo de ayudas intervienen también entidades locales, fundamentalmente Diputaciones Forales (País Vasco) y Ayuntamientos. Estas administraciones pueden intervenir como entidad gestora de las ayudas que concede la C.A. o en otros casos, como el de las diputaciones vascas o de

³⁵ Para un mayor detalle del análisis de las ayudas ver Anexo 2

ayuntamientos como el de Málaga, como entidad promotora y plenamente competente en la materia.

Por parte de las CCAA las ayudas destinadas a la adaptación de viviendas y ayudas técnicas están gestionadas por el Área de Servicios Sociales autonómica, con el nombre que adquiera en cada caso, puesto que su ámbito de intervención está ligado a los colectivos sociales más frágiles o necesitados de apoyo público, tales como personas mayores y con discapacidad.

1.- Experiencias autonómicas

En **Navarra**, estas ayudas, al igual que las de eliminación de barreras, son en primera instancia, competencia del Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, que la ejerce a través del Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS). Sin embargo, la cuantía máxima de las ayudas otorgadas por el INBS es de 4.000€, de modo que aquellas adaptaciones cuyo presupuesto protegible supere esa cantidad pasa a ser competencia del Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda. Este último departamento, a diferencia del primero, no solo gestiona ayudas destinadas a los colectivos antes señalados, sino a la población en general, que también puede demandar estas ayudas.

En el **Principado de Asturias**, la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes cuenta con un conjunto de ayudas individuales destinadas a:

1. *La adecuación del entorno* a las necesidades de la persona: estas son la supresión de barreras arquitectónicas en el hogar para accesibilidad y *adecuación de viviendas*.
2. *Las ayudas técnicas que faciliten la independencia en las actividades de la vida diaria*, incluyendo *adaptaciones técnicas dentro del hogar*, entendiendo como tales *las que están destinadas a favorecer la permanencia del beneficiario en el domicilio mediante la adquisición de aquellos útiles que se mencionan específicamente³⁶*, necesarios para *proporcionar al beneficiario mayor independencia en las actividades de la vida diaria dentro del hogar*.

En **Galicia**, hasta el año 2005 la Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado da Xunta de Galicia era el ente encargado de la prestación de servicios sociales. Actualmente la Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar es el órgano responsable de la dirección y el control del desenvolvimiento de las funciones y competencias que, en materia de servicios sociales, le corresponden a la Xunta de Galicia. Dentro del conjunto de actuaciones de esta Vicepresidencia se encuentra la concesión de subvenciones públicas destinadas a personas mayores y personas con discapacidad, y entre ellas las

³⁶ En el caso de personas mayores: somier o cama articulada, cama eléctrica, grúa, elevador para bañera, cojín de aire y colchón antiescaras.

destinadas a la adaptación funcional de viviendas y la adquisición de ayudas técnicas.

En el **País Vasco**, el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno ostenta competencias reguladoras sobre el diseño y gestión de ayudas de adaptación funcional de vivienda, con el objetivo principal de favorecer la igualdad y la justicia social. Entre las líneas de actuación del Departamento, se integran la promoción de la accesibilidad, y el bienestar social y servicios sociales³⁷. Específicamente, la Dirección de Bienestar Social es la encargada de la elaboración de proyectos normativos en materia de protección a las personas mayores y personas con discapacidad. Para la ejecución de los programas, es competencia de los territorios históricos la asistencia social y la política de la tercera edad sin perjuicio de la acción directa en esas materias por parte de las Instituciones comunes del País Vasco³⁸. En este sentido, en la promoción personal y la integración de las personas mayores, así como de las personas con discapacidad, se actuará de manera coordinada con los servicios sociales de los ayuntamientos y en colaboración con las entidades implicadas en esta materia³⁹.

Por su parte, el Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de **Guipúzcoa** cuenta con iniciativas vinculadas a las adaptaciones de viviendas como las ayudas técnicas y/o económicas para favorecer la autonomía personal y la accesibilidad en las actividades de la vida diaria de personas con discapacidad o en situación de dependencia. Con tal objeto existe el denominado Plan de Ayudas Técnicas para personas con discapacidad y en situación de dependencia, que desarrolla en la actualidad por medio de una empresa concesionaria especializada.

Las ayudas básicas destinadas a la adaptación funcional de las viviendas en **Andalucía** están gestionadas por la Consejería de Obras Públicas y Transportes, mientras que las destinadas a financiación de ayudas técnicas se gestionan a través de la Consejería de Bienestar Social. Cabe destacar que las ayudas destinadas a vivienda se gestionaron durante un periodo por ambas consejerías, pero a partir del año 2006 la competencia exclusiva es de la Consejería de Obras Públicas.

En el ámbito de las ayudas técnicas, la Consejería de Bienestar Social es la encargada de llevar a cabo las convocatorias y administración de ayudas destinadas a la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas para personas con algún tipo de discapacidad. Esta Consejería es la encargada de conceder la subvención a pesar de que la tramitación del expediente se lleva a cabo en las Delegaciones Provinciales de la misma.

³⁷ Decreto 8/2005, de 27 de junio, del Lehendakari, de creación, supresión y modificación de los Departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos. BOPV nº 122 ZK, de 28 de junio de 2005.

³⁸ Ley 27/1983, de 23 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos.

³⁹ Decreto 373/2005, de 15 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. BOPV nº 279 ZK, de 17 de noviembre de 2005.

La adaptación funcional de las viviendas y la financiación de ayudas técnicas, forman parte del *Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas*, aprobado mediante el decreto 137/2002, de 30 de abril, con el objeto de establecer una serie de medidas que faciliten la vida familiar, así como la integración de la mujer y el hombre en la vida laboral en condiciones de igualdad.

Además de las personas mayores, pueden ser beneficiarias de las ayudas de este Plan las personas con discapacidad que tengan reconocido al menos un 40% de minusvalía y movilidad reducida. El plan incorpora una continua revisión de los programas en términos de efectividad y alcance para adecuarlos a las necesidades actuales de la población. De esta forma en años posteriores se han introducido modificaciones (Decretos 68/2005 y 48/2006), estableciendo nuevas medidas para atender de forma efectiva nuevas demandas sociales, y ampliando el alcance de otras que se han revelado efectivas.

De acuerdo a los datos de la Junta de Andalucía⁴⁰, y en el ámbito del presente trabajo, en el periodo 2002-2006 y en el marco del Plan de Familia, la Junta de Andalucía ha concedido 15.000 ayudas económicas para la adecuación funcional de viviendas de personas mayores. Las ayudas contemplan tanto la asistencia técnica como una subvención para financiación parcial de las obras.

Por otra parte, el IV Plan Andaluz de Vivienda y Suelo toma como línea de acción la rehabilitación y adaptación funcional de viviendas y edificios, así como la supresión de las barreras arquitectónicas de entrada a los mismos, citados en el apartado anterior.

La Generalitat de **Cataluña**, a través del Departament de Benestar i Família, coordina, administra y asigna los recursos para adaptación parcial de vivienda (no obras mayores) y ayudas técnicas para personas con discapacidad menores de 65 años. Dentro de las “Ayudas de atención social a personas con discapacidad” se incluye la subvención de ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones de la vivienda para contribuir a la calidad de vida de estas personas.

De acuerdo con la Ley de Servicios Sociales de la **Comunidad de Madrid**⁴¹ es competencia de la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad la concesión de las prestaciones económicas de renta mínima de inserción, y de otras ayudas económicas individuales, con excepción de la emergencia social y de las subvenciones a entidades, que son competencia de los Municipios. De acuerdo con este esquema resulta que las ayudas a personas mayores se contemplan dentro de las prestaciones de emergencia social, mientras las destinadas a personas con discapacidad se incluyen entre las ayudas individuales.

Para tener una información más concreta sobre las formalidades y características e las ayudas a la adaptación de vivienda y las ayudas técnicas que se están prestando a los colectivos de personas mayores de 65 años de escasos recursos se han estudiado los casos de Alcobendas y Madrid.

⁴⁰ www.juntadeandalucia.es

⁴¹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

En estos casos es la Comunidad de Madrid la que provee los recursos económicos para llevar a cabo esta serie de actuaciones (Alcobendas realiza también una aportación con cargo al presupuesto municipal), siendo el Ayuntamiento el encargado de llevar a cabo todo el proceso de evaluación, selección de beneficiarios y concesión de la ayuda.

El trámite y la gestión de las ayudas se llevarán a cabo en los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento, siendo competencia del mismo la resolución de las convocatorias y la utilización de las subvenciones otorgadas por la Comunidad de Madrid.

2.- Experiencias locales

Alcobendas

El programa de Ayudas Técnicas y/o Adaptación de la Vivienda de la Concejalía de Salud e Integración Social - Patronato de Salud e Integración (Servicio de Mayores) comenzó en 2000. *Entonces había más dinero que demandas*, según los responsables del Servicio, y así siguió hasta 2006 en que se cubren todas las demandas y al 100%. La convocatoria se dirige a mayores de 65 años que vivan solos o en compañía de otros mayores, residentes y empadronados en el municipio.

Hasta el momento presente todas las adaptaciones se han producido en el baño. En zonas comunes (supresión de barreras) las adaptaciones las hace el área de Urbanismo, previo acuerdo unánime de todos los vecinos, no habiendo coordinación con ese programa. Se acepta alguna ayuda para jóvenes si es preciso, aunque no se presentan solicitudes, pues no hay otro paquete de ayudas a la adaptación funcional en Alcobendas.

Las solicitudes no vienen de mayores ya en cama, pues estos suelen tener otras vías (a través del sistema de Salud o de las propias familias). En otras ocasiones, cuando la situación no recomienda la permanencia en el hogar, se gestiona residencia. Algunas características del programa y su proceso de ejecución:

- 1- No hay una orden oficial de publicación de ayudas
- 2- La publicidad se realiza mediante carteles en centros municipales, anuncios en revista local *7 DÍAS* y boca a boca a través de la actividad del centro de mayores.
- 3- La recepción de la solicitud ha de ser en el periodo establecido, aunque casos urgentes se atienden todo el año.
- 4- Los criterios se determinan de acuerdo al conocimiento de las personas y sus circunstancias por parte de los Trabajadores Sociales del centro. Las T.O reclaman un baremo (porque al ser un pueblo hay muchas presiones), aunque, de momento, el hecho de que se cubran todas las solicitudes relativiza el problema. Las T.O. toman en cuenta la edad, si vive sólo, el que reciben Ayuda

a Domicilio (si la persona ha solicitado ingreso en residencia no se suele hacer la obra).

5- Después de recibir las solicitudes se visitan (por un T.O.) todos los hogares que las presentan. Se rellena ficha in situ, con croquis de la pieza a adaptar (baño). Esa ficha se completa en el Centro y se remite por FAX a la empresa que previamente ha sido adjudicataria de un concurso municipal (*Mundo Dependencia* en 2006). Esa empresa se encarga de la distribución de AT, instalación, obras de adaptación. Se recibe y aprueba el presupuesto realizado de acuerdo a un tarifario previamente establecido.

6- Obra o entrega de la AT. La gestión de este aspecto es complicada: el personal de la empresa no está especializado, son extranjeros y no entienden, no saben nada del tema. El usuario firma un CONFORME

7- Seguimiento, a partir del CONFORME: telefónico por las T.O. para saber si todo esta bien o hay que solicitar algún cambio o mejora a la empresa (la empresa cobra a fin de año todo el programa).

8- Reutilización. Si el hogar llama para decir que no necesitan la AT la recogen, limpian y guardan.

Guipúzcoa

Gestión del Plan de Ayudas Técnicas para personas con discapacidad

A cargo del *Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa*. Se trata de servicios que presta en la actualidad (2006) la empresa ICAVI-BIKAIN como gestora del programa, y que incluye como básicos los siguientes servicios:

- Orientación de las necesidades del solicitante y búsqueda de soluciones particulares de Ayudas Técnicas y adaptación del entorno físico.
- Tramitación de las solicitudes de Ayudas Técnicas
- Gestión del almacén de Ayudas Técnicas
- Recogida y puesta a punto de Ayudas Técnicas recuperables
- Entrega, instalación y formación en el manejo de las ayudas técnicas recuperables

De manera complementaria se prestan también los siguientes servicios:

- Creación de un catálogo oficial de ayudas técnicas
- Seguimiento de la adecuación de la solición aplicada a las necesidades del solicitante.
- Servicios de información complementario

Número de servicios prestados por el Dpto. para la Política Social
(por medio de la empresa gestora del Programa)

	Mayo-Dic 2003	Ene-Dic 2004
Orientaciones a domicilio	619	1324
Expedientes resueltos	705	1727
Ayudas técnicas entregadas	151	376

Un aspecto muy importante que incorpora la experiencia de Guipúzcoa es la **evaluación en la calidad del servicio**, con un control efectivo de los tiempos de espera desde la petición hasta la resolución y pago (en su caso). Además, se incluye la realización de encuesta de satisfacción a los usuarios del servicio.

Este tipo de controles permite comprobar que los **tiempos de espera** totales pueden ser excesivamente dilatados dada la cantidad de etapas del proceso:

Adicionalmente, Guipúzcoa cuenta con programas dirigidos a grupos específicos de la población, tal como el programa Sendian, que tiene el objetivo de apoyar a familias con personas mayores dependientes a su cargo mediante un conjunto de subvenciones para apoyar el mantenimiento de la persona mayor en su entorno habitual, entre las cuales se encuentran las ayudas técnicas. No obstante, la gran mayoría de solicitudes con este objeto se canalizan a través del programa de Ayudas Individuales, puesto que Sendían tiene otro tipo de objetivos y requerimientos.

5.3. Características de los programas y ayudas

1.- Diseño y ejecución de las ayudas

Como ya se ha señalado, todas las CC.AA. disponen de ayudas para cubrir las necesidades de adaptación funcional de las personas mayores y personas con discapacidad. El diseño de las ayudas, de acuerdo a cuál sea el colectivo beneficiario puede ser diferente. Las primeras diferencias pueden surgir por la edad del solicitante en cada tipo de ayuda, pues el colectivo de “personas con discapacidad” al que se refieren las ayudas suele estar restringido a edades inferiores a 65 años.

Tipos de ayudas para Adaptación Funcional en la vivienda
Comunidades Autónomas

	Personas con discapacidad		Mayores de 65 años
	Menores de 65 años	Sin límite de edad	
Andalucía	AT (CIBS)	AFV/AT (COPT)	
Asturias (CVBS)	AT/AFV	n.a.	AT/AFV
Cataluña	AT/AFV (DBF)	n.a.	Desarrollado por los Ayuntamientos
Galicia (VIB)	n.a.	AT/AFV	
C.A.Madrid	AT/AFV (CFAS)	n.a.	Desarrollado por los Ayuntamientos
Navarra (INBS)	n.a.	AT/AFV ^a	
País Vasco (Normativa del DVAS)	Desarrollado por las Diputaciones Forales AT/AFV		Desarrollado por las Diputaciones Forales

^a Además de estas ayudas es posible solicitar ayudas técnicas a la movilidad como sillas de ruedas eléctricas y grúas de transferencia, pero no se contemplarán en nuestro análisis.

AT: Ayudas técnicas; AFV: Adaptación funcional de vivienda

COPT: Consejería de Obras Públicas y Transporte de Andalucía
 CIBS: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de Andalucía
 CVBS: Consejería de Vivienda y Bienestar Social de Asturias
 DBF: Departamento de Bienestar y Familia de Cataluña
 VIB: Vicepresidencia de Igualdad y Bienestar de Galicia
 CFAS: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Madrid
 INBS: Instituto Navarro de Bienestar Social

DVAS: Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco

^a Además de estas ayudas es posible solicitar ayudas técnicas a la movilidad como sillas de ruedas eléctricas y grúas de transferencia, pero no se contemplarán en nuestro análisis.

AT: Ayudas técnicas; AFV: Adaptación funcional de vivienda

COPT: Consejería de Obras Públicas y Transporte de Andalucía

CIBS: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de Andalucía

Las ayudas gestionadas por la Consejería de Asuntos Sociales en la C.A. de Madrid, Cataluña y Andalucía destinadas a personas con discapacidad establecen como requisito para acceder a la ayuda que el beneficiario potencial sea menor de 65 años, o en su defecto, que la discapacidad haya sido diagnosticada antes de cumplir la edad citada.

Siempre que se participe en convocatorias dirigidas a personas con discapacidad, se deberá contar con el certificado de minusvalía que acredite al menos un 33% (40% en Andalucía), y en caso de solicitar ayudas técnicas se deberá aportar el informe del facultativo que prescribe la ayuda, así como el informe de evaluación de los servicios sociales sobre la adecuación de la misma a las necesidades del usuario.

La propia comunidad autónoma se puede hacer cargo de las ayudas relativas a ambos colectivos, o ceder a los ayuntamientos la gestión (e incluso una parte del gasto correspondiente) en uno u otro caso. En este aspecto existe una gran variedad de experiencias: desde las administraciones que solapan sus ayudas (p.ej. el municipio de Málaga desarrolla recientemente un programa de ayudas para la adaptación funcional propio y sin relación con el que desarrolla en el mismo sentido la C.A. andaluza), hasta las que reciben de la CA la responsabilidad de gestionar las ayudas que aquella financia. En éste caso el propio ayuntamiento puede suplementar las ayudas mediante sus propios presupuestos (p.ej. Alcobendas)

Otro de los requisitos a cubrir por los solicitantes, es el tener un nivel de ingreso inferior al que marca la normativa de acuerdo con el cuadro siguiente:

Límites de ingresos máximos para acceder a las ayudas

Establecidos por las convocatorias de adaptación de vivienda y ayudas técnicas vigentes en el año 2006, con base en el IPREM y el SMI anual 2006

(unidad: euro)

Comunidad Autónoma	Límite de ingresos*	Equivalencia	
		Individual o per cápita familiar	Unidad familiar
Andalucía	COPT: Ingresos de la unidad familiar inferiores a 2,5 veces el IPREM	-	16.768,5€

	CIBS: Ingresos de la unidad familiar inferiores al SMI	-	7.572,6€
Asturias	Individual: PcD 13.525€ PM 6.875€ Baremación de ingresos de la unidad familiar.	13.525€ (PcD) 6.875€ (PM)	
Cataluña	No especifica la cuantía máxima, pero servirán como baremo para la cantidad subvencionada.		
Galicia	Será preferente la concesión para los solicitantes con ingresos familiares per cápita inferiores al 70% del IPREM.	4.695,18€*	
Madrid	Ingresos personales inferiores a 2 veces el IPREM, o renta familiar per cápita mensual inferior a 822,15€	Ingresos personales: 13.414,8€ Familiar per cápita: 822,15€	
Navarra	PM: renta per cápita mensual baremada inferior a 558,95€ (6.707,52€ anuales) PcD: renta per cápita mensual baremada inferior a 978,16€ (1,75 veces el IPREM anual)	6.707,52€ (PM)	
		11.737,95€ (PcD)	
Guipúzcoa	AT Recuperable (puede ser usada por varios beneficiarios): no se toman en cuenta los ingresos Resto: Baremación de los ingresos de la unidad familiar		

*I=Individual; CV=Comunidad de vecinos

Para el año 2006 el SMI equivalía a 7.572,6€ y el IPREM a 6707,40€ al año

Fuente: consultar las referencias al final del apartado.

En términos de ingresos, el término de unidad familiar se hace extensivo a las personas que integran una familia; una pareja estable y si los hubiere, los hijos de la misma; los hijos entre 18-24 años cuyos ingresos sean inferiores al SMI.

^b En Navarra, los ingresos servirán como baremo para determinar el porcentaje de subvención total.

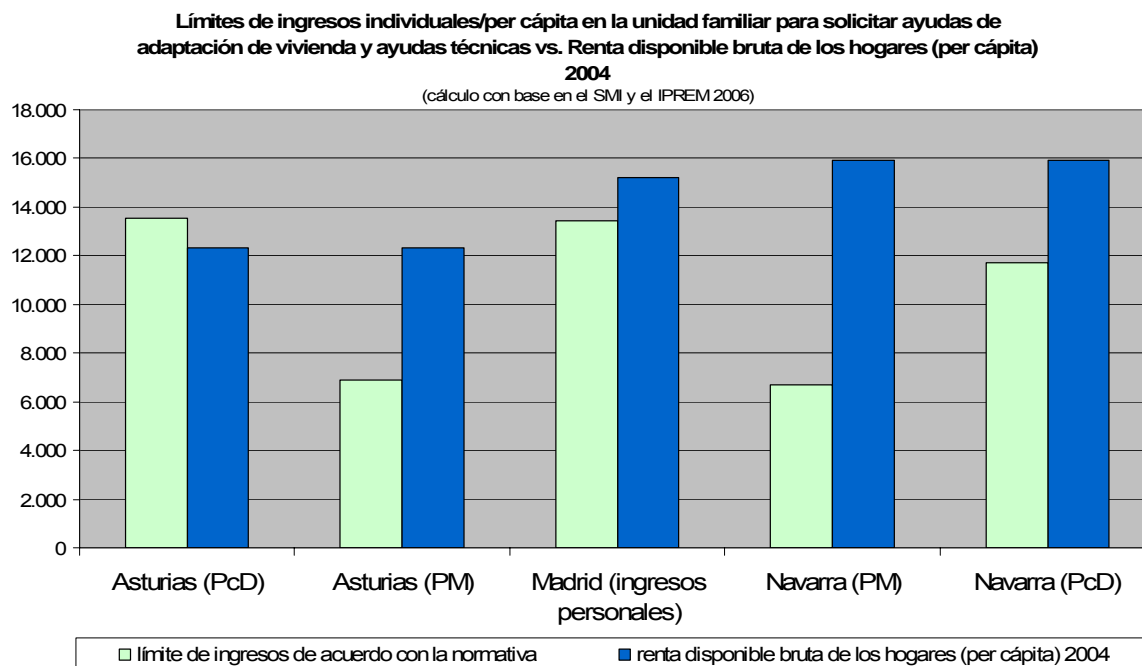
* Concesión prioritaria a personas cuyo ingreso sea inferior a este monto.

I=Individual; CV=Comunidad de vecinos

COPT: Consejería de Obras Públicas y Transportes

CIBS: Consejería de la Igualdad y el Bienestar Social

Tomando como referencia los valores del SMI y el IPREM de 2006 -7572,6 y 6.707,40€ respectivamente- la tabla anterior puede verse de la siguiente manera:



El gráfico muestra las importantes diferencias entre CC.AA. respecto a los niveles de renta que quedan cubiertos por las ayudas. Entre las analizadas destacan especialmente Navarra y Asturias por su carácter más restrictivo, pues dejan fuera a individuos o familias con ingresos per capita poco mayores a 6.000 €.

Hay que considerar, de manera más general, que los efectos de una definición tan limitativa del acceso a las ayudas puede generar exclusión en la medida en que determinados perfiles de unidad familiar con rentas bajas pueden verse marginados de éstas⁴². Si consideramos el elevado precio de las AT, sobre todo de aquellas más especializadas, convendremos que los límites de renta máxima no deberían ser tan bajos.

Por otra parte, en Navarra, se toman en cuenta los ingresos, pero se aplica un índice corrector, que es distinto para personas mayores y discapacitados. La renta per cápita mensual baremada para personas con discapacidad asciende a 978,135€, y a 558,95€ para personas mayores. A modo de criterio de naturaleza económica, los rendimientos del capital que no deberán superar los 200.000 euros anuales, y el que el solicitante no sea titular o haya efectuado una transmisión de activos financieros (bonos, acciones, letras del tesoro, etc.) cuyo valor sea superior a 8.000 euros.

⁴²Para ilustrar esta situación nos referiremos al caso británico, donde se han estudiado estos efectos, comprobando que el “means test” o sistema de justificación de recursos familiares estaba dejando fuera de cobertura prioritariamente a familias de pocos ingresos con padres trabajadores y niños discapacitados o incentivando que éstos dejaran de trabajar para conseguir la ayuda para adaptación de la vivienda, que en este país puede ascender a 25.000 o 30.000 Libras.

“Disability grant “not working”. BBC News 2004/11/03. <http://news.bbc.co.uk/pr/fr/-/1/hi/uk/3972689.stm>

En cuanto al proyecto de obra, es posible que el presupuesto del mismo tenga un tope máximo fijado por la normativa o que la Consejería responsable sea la que fije el monto de presupuesto protegible a considerar para la subvención. La tabla siguiente resume estas características:

Límites en el presupuesto presentado para la solicitud de las ayudas

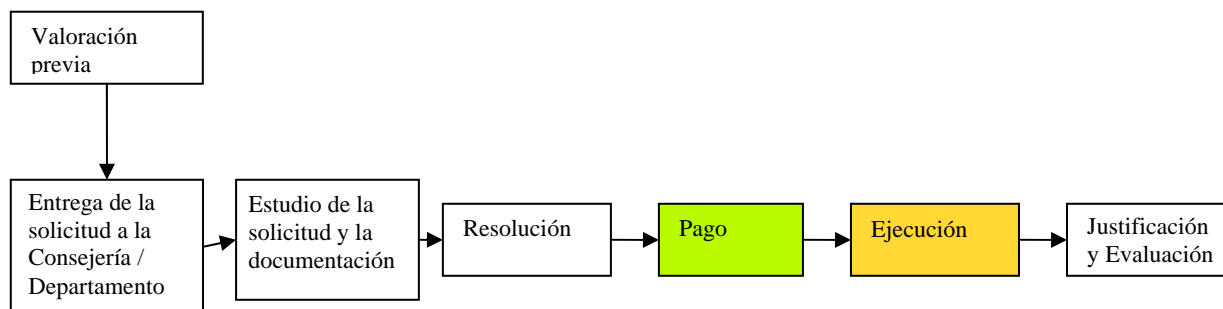
Tipo de presupuesto protegible	Comunidades Autónomas
Sin límite	Andalucía (CIBS) Asturias Cataluña Navarra (PM) Guipúzcoa
Presupuesto máximo determinado por la normativa	Andalucía (COPT): 1.800€ para obras y 600€ para asistencia técnica
Presupuesto determinado por la Consejería	Navarra (PcD)
<i>CIBS: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de Andalucía COPT: Consejería de Obras Públicas y Transportes de Andalucía PM: Personas mayores; PcD: Personas con discapacidad</i>	

En Navarra, los topes máximos se establecen cada año en función de los conceptos objeto de subvención. En el 2006 el tope para personas con discapacidad es de 6.413,38€ (para sillas de ruedas eléctrica o manual especial); para ayudas a personas de la tercera edad es de 3.288,45€.

2.- Proceso de tramitación, concesión y resolución de la ayuda

El esquema básico de tramitación de las ayudas en las CCAA estudiadas, puede verse de la siguiente manera:

Proceso de otorgamiento, ejecución y control de las ayudas



Generalmente, para acceder a las subvenciones es necesaria una valoración previa que permita al departamento encargado de gestionar las ayudas determinar y comprobar la necesidad e idoneidad de la subvención solicitada.

En términos generales, para la solicitud de estas ayudas, se deberán presentar certificados médicos y certificados de valoración de los servicios sociales sobre la necesidad de la ayuda solicitada. Además, siempre que sea una persona con discapacidad la que solicita la ayuda, se deberá aportar el certificado de minusvalía expedido en la Comunidad Autónoma en la que solicita la ayuda.

Para las ayudas destinadas a personas con discapacidad en la Comunidad Foral de Navarra se deberán presentar el informe social del Servicio Social de Base y el informe técnico del profesional que describa el concepto solicitado, su necesidad e idoneidad. En caso de que la ayuda de adaptación de vivienda sea sobre obra ya efectuada, se deberá acompañar la solicitud con el informe de la valoración de idoneidad emitida por la Dirección General de Bienestar Social. Asimismo, desde el Equipo Técnico de la Sección de Obras y Equipamientos de la Dirección General de Bienestar Social se orientará a la persona interesada sobre la adaptación más idónea a realizar, teniendo en cuenta la necesidad surgida y las condiciones iniciales de la zona a adaptar, llegando a una prescripción técnica de la cuantía del presupuesto protegible.

Junto con la solicitud, y en caso de adaptación de vivienda, deberá entregarse el proyecto de obras y el informe técnico de la empresa que llevará a cabo la adaptación. Posteriormente, se evaluarán los expedientes y se emitirá la resolución de la convocatoria de ayudas en el plazo marcado por la normativa. En el caso de Guipúzcoa, en el proceso de concesión de ayudas dirigidas a personas con discapacidad o en situación de dependencia, además del informe del Servicio Social de Base del Municipio de residencia, el Departamento de Política Social involucrará en la evaluación del expediente y de la situación socioeconómica del solicitante, la participación de la empresa concesionaria del servicio.

Como regla general, con la excepción de Galicia, Guipúzcoa y Navarra en ciertos supuestos, y de acuerdo con la normativa, el pago de las ayudas se llevará a cabo antes del comienzo de las obras de adaptación o de la compra de las ayudas técnicas. No obstante, dependiendo de la necesidad de la ayuda técnica o la adaptación, la adquisición o el inicio de las obras pueden adelantarse a la resolución y pago de la Consejería, tramitándose a posteriori la ayuda.

Independientemente de la CA de referencia o el tipo de ayuda, los beneficiarios están obligados a destinar las ayudas concedidas a la finalidad prevista, a someterse a una evaluación final y una comprobación de los gastos efectuados a través de la entrega de facturas y justificantes del gasto realizado.

Modalidad de pago por Comunidad Autónoma

Tipo de pago	Comunidades Autónomas
Pago total antes del comienzo de las obras	Andalucía Asturias Cataluña Madrid Navarra
Pago total después de la entrega de	Galicia

obras	Guipúzcoa Navarra¹
En especie: Banco de ayudas técnicas	Guipúzcoa (AT recuperables)
¹ Ayudas destinadas a personas con discapacidad, en el caso en que las adaptaciones hayan sido realizadas antes de la entrega de la solicitud.	

La normativa de Asturias es la única de las revisadas que establece expresamente que las obras no deberán comenzar hasta no recibir la visita del técnico, quien habrá de comprobar el estado previo, adecuación de las obras propuestas, fotografías aportadas y coincidencia de los informes adjuntados a la solicitud con el inmueble que se desea adaptar.

Importes máximos de las ayudas

En cada una de las Comunidades Autónomas, el máximo de concesión dependerá de una serie de factores particulares. El siguiente cuadro recoge los datos más importantes, los textos posteriores explican lo más relevante a considerar.

Máximo de concesión para eliminación de barreras arquitectónicas por Comunidad Autónoma

cuantía máxima de las ayudas vigentes por tipo de ayuda

	Adapt. Func. Vivienda	Ayudas Técnicas
Andalucía	AFV/AT PM/PcD: 70% del presupuesto (1.260€ para obras y 420€ para asistencia técnica).	PcD: coste real de la actuación
Asturias	PM: 2.000€ PcD: 4.606€	PM: 580€ PcD: 2.404€
Cataluña	Dependerá del tabulado de AT y de los ingresos del solicitante o de la unidad familiar.	Dependerá del tabulado de AT y de los ingresos del solicitante o de la unidad familiar.
Galicia	PM 2.000€ y a PD 2.500€	PM: 700€ PcD: 2.500€
Navarra	PcD: 4.000€ ^a ó 40% del PP ^b	
	PM: 4.000€ ^b	
Madrid	PcD: 3.600€	PcD: 3.000€
Guipúzcoa		Recuperables: coste real de la actuación No recuperables: 1,025€
^a La convocatoria de ayudas establece una serie de topes máximos de cada una de las actuaciones subvencionadas. En caso de que el presupuesto a valorar sea superior al límite máximo establecido (4.000€), se aplicará un porcentaje de ayuda sobre el límite o tope máximo. (ayudas concedidas por el Instituto Navarro del Bienestar Social)		
^b Ayudas concedidas por el Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda.		
^b El porcentaje máximo de subvención se otorgará utilizando los ingresos como baremo.		

En Asturias además de fijar el monto máximo de la actuación, la convocatoria de ayudas establece que a partir de la baremación de las condiciones socioeconómicas de los solicitantes (ingresos, tamaño de la unidad familiar, porcentaje de minusvalía, etc.) se ponderará el monto máximo por el que pueden optar en cada caso. Por ejemplo, una persona con discapacidad podrá optar por una cuantía máxima de entre 20-100% del tope establecido dependiendo de los ingresos y el número de miembros de la unidad familiar.

En Navarra, si el presupuesto protegible presentado al Instituto Navarro del Bienestar Social excede los 4.000 euros, se procederá al traslado de la solicitud al Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda.

En la Diputación Foral de Guipúzcoa, el límite de la subvención en el caso de ayudas técnicas para personas con discapacidad o en situación de dependencia, dependerá si se trata de una ayuda técnica recuperable –en cuyo caso se subvencionará el 100%- o no recuperable. En el último caso, el total de la concesión dependerá de la baremación de los ingresos efectuada por la consejería. Es decir, en caso de que la ayuda técnica solicitada pueda ser utilizada por diferentes beneficiarios, esta formará parte de un banco de ayudas técnicas de la Diputación.

Respecto a los casos de Madrid y Alcobendas, al igual que cualquier municipio de la C.A.M., tienen potestad para emitir la convocatoria y la resolución de ayudas de AF destinadas a personas mayores, de acuerdo a sus propios criterios. Se valora la situación física, social y económica del solicitante, aunque no se especifica ningún límite de ingresos para poder acceder a las ayudas. En ambos casos se otorgará el coste total de la actuación en caso de ser aceptada, pero se trata de ayudas poco cuantiosas hasta el momento. La valoración se realiza por un Trabajador Social o los Servicios Sociales locales, que valoran la idoneidad de la adaptación o de la ayuda propuesta de acuerdo con las características del solicitante.

La diferencia relativa al proceso de ejecución y concesión de ayudas en ambos municipios radica en que las adaptaciones a realizar en Alcobendas se llevarán a cabo por una empresa subcontratada para este fin, por lo que el beneficiario no recibirá directamente pago alguno.

Cabe destacar que Madrid cuenta además con un servicio de banco de camas articuladas destinadas a personas dependientes (preferentemente mayores a 65 años) que, debido a un proceso de convalecencia, deban permanecer gran parte del día encamados. La duración de la ayuda es por un máximo de 2 años, y en este caso los beneficiarios sólo deberán cubrir el coste del traslado (8€) o el de traslado e instalación (15€) de la misma.

CAPÍTULO 6:

LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS AUTONÓMICOS Y LOCALES DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL

En los dos capítulos anteriores se han estudiado las características de los programas de ayudas para la Supresión de Barreras en edificios de viviendas, así como la provisión individual de Ayudas Técnicas y realización de obras de Adaptación Funcional. Se analiza ahora la ejecución práctica de esos programas, cuál es su alcance real, dificultades de aplicación, coberturas, etc.

6.1- Aspectos metodológicos en el estudio de la EJECUCIÓN de los PROGRAMAS autonómicos y locales de adaptación funcional

En el apartado previo de metodología se señaló la muestra escogida de entidades territoriales (comunidades autónomas y corporaciones locales) objeto de estudio sobre la aplicación práctica de las ayudas existentes.

Obtener información de distintas administraciones territoriales sobre la ejecución de sus ayudas para la adquisición de Ayudas Técnicas y realización de Adaptaciones Funcionales es tarea difícil. Las gestiones son lentas y a menudo los resultados son diferentes a lo necesario o inexistentes; de hecho, en este trabajo, se ha debido renunciar a obtener información sobre algunas de las CC.AA. y municipios seleccionados. Otros, en cambio, han dado todas las facilidades posibles, considerando que la información requerida no siempre estaba disponible.

Las principales dificultades que presentan las entidades autonómicas y locales de cara a obtener una información adecuada sobre estos programas son:

- a) Las ayudas se insertan en programas más amplios, y en muchos casos la información no está desagregada por lo que la propia administración responsable ignora o no dispone de información específica.
- b) Falta de continuidad de los programas o de las entidades responsables
- c) Falta de medios y personal para hacer el seguimiento necesario
- d) La escasa prioridad que se concede a estos programas
- e) La información está en ocasiones dispersa entre distintas consejerías dificultando la integración de datos, elaboración de series temporales y control específico de gasto.
- f) En cierta medida también puede contribuir la falta de transparencia de algunas administraciones sobre los detalles del gasto y un cierto recelo sobre su utilización.

Es así que algunas CC.AA. y CC.LL. no han podido ser incluidas en el análisis ante la imposibilidad de conseguir la información requerida o una parte suficiente de ella. En otros casos la información se presenta parcial o relativa a

periodos cortos de tiempo. Hemos tenido que adaptarnos a los datos disponibles y presuponer su corrección, en la medida en que no son verificables por el investigador, pero proceden de fuentes oficiales. La variedad de origen, disparidad y circunstancias de consecución de los datos puede favorecer la existencia de algún error de tratamiento o interpretación en la información presentada.

La siguiente tabla resume la información disponible en cada caso:

Índice de los datos de que se dispone

TERRITORIO	Entidad Administrativa	Descripción
Andalucía	Consejería de Obras Públicas y Transportes	Detalle de ayudas solicitadas y concedidas de adaptación de vivienda y ayudas técnicas para el periodo 2002-2006 (preliminar). (datos individuales)
	Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social	Total de ayudas solicitadas y concedidas de adaptación de vivienda y ayudas técnicas para el periodo 2003-2005 (datos agregados por grupo de edad).
C.A. Madrid	Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Total de ayudas solicitadas y concedidas para el periodo 2004-2005 (datos agregados)
Cataluña	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS)	Detalle de ayudas concedidas de adaptación de vivienda para el periodo 2004-2005 (datos individuales) No incluye las ayudas del Programa de Atención Social conocidas como PUA
Navarra	Dirección General de Ordenación del Territorio y Vivienda	Total de actuaciones de adaptación de vivienda y supresión de barreras para el periodo 2000-2006
	Instituto Navarro de Bienestar Social	Total de ayudas concedidas y denegadas para el periodo 2002-2004
Galicia	Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar	Total de ayudas concedidas a personas mayores y con discapacidad en 2005 y presupuesto 2006 (datos agregados)
Guipuzcoa	Departamento para la Política Social	Detalle de las ayudas solicitadas y concedidas para el periodo 1999-2005. No se incluyen las ayudas del programa Sendian.
Alcobendas	Delegación de Mayores. Patronato de Salud e Integración Social del Ayuntamiento de Alcobendas.	Detalle de ayudas concedidas para el periodo 2001-2005 (datos individuales).
Madrid	Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid	Datos agregados de las ayudas concedidas para el año 2005
Málaga	Negociado de Personas con Discapacidad – Excmo. Ayuntamiento de Málaga	Detalle de ayudas concedidas para el año 2005 (datos individuales).

La información sobre cada entidad territorial se ha organizado en fichas, que se presentan en Anexo. En ellas se presenta y analiza la información relativa a aspectos como los siguientes:

- Cuantificación de la población de referencia (mayores de 65 años y población con discapacidad)
- Tipo del programa de ayudas
- N° de solicitudes
- Monto de las ayudas otorgadas
- Variables socioeconómicas y demográficas de los beneficiarios

Cada una de estas Comunidades y Corporaciones Locales es parcialmente analizada y comentada de forma general, y sólo en algunos aspectos de forma comparativa.

A partir de esta información, y en la medida de lo posible, dados los datos disponibles, se realizan a continuación análisis especialmente centrados en:

- La media de importes concedidos
- La tipología de adaptaciones funcionales realizadas
- Los ratios de cobertura

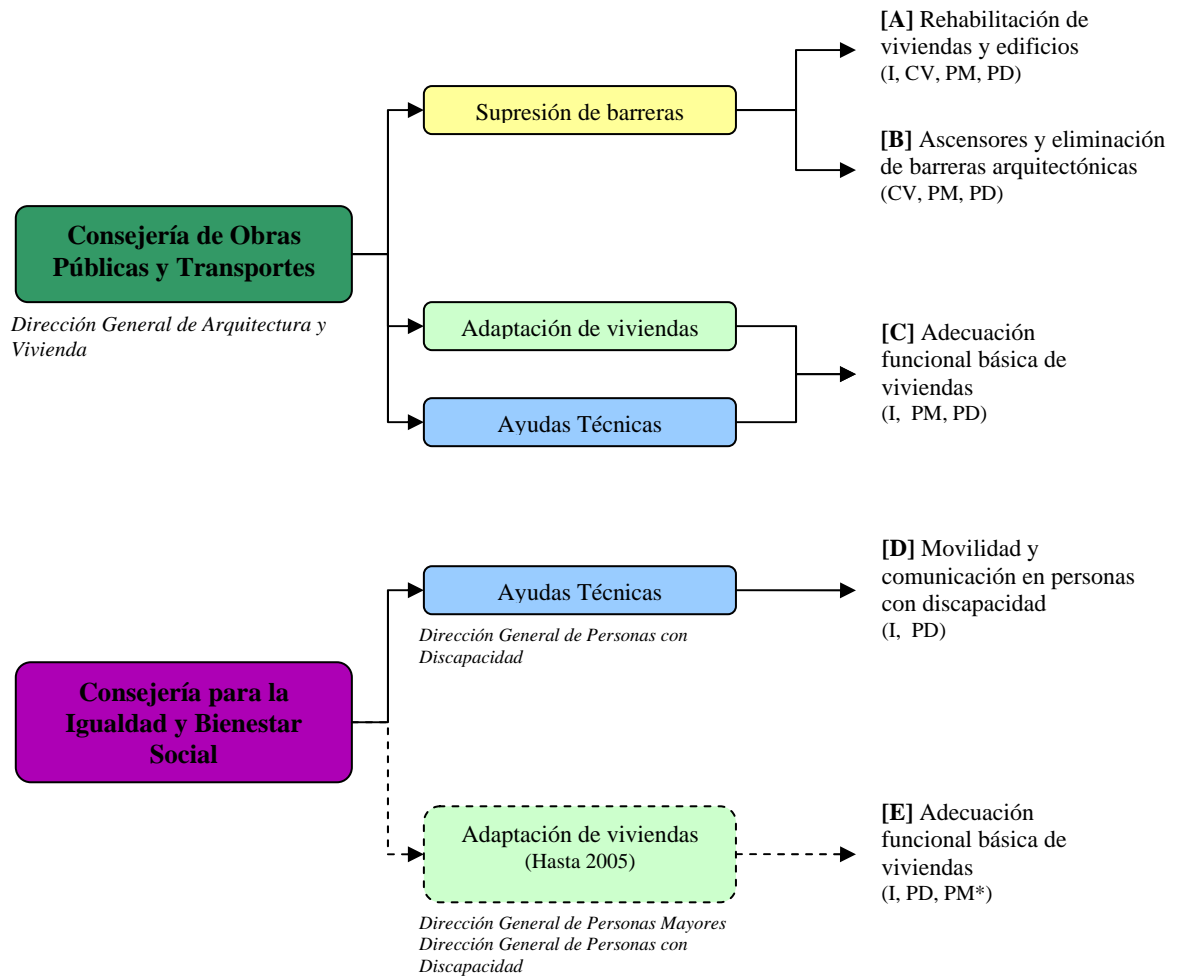
Para mayor información y análisis es preciso remitirse a los Anexos correspondientes a este capítulo, donde se presenta la ficha de cada entidad.

Estructura administrativa de las CC.AA. para la provisión de ayudas de adaptación y supresión de barreras

En términos generales, las ayudas básicas destinadas a la adaptación funcional de las viviendas son gestionadas por la Consejería de Obras Públicas y Transportes, mientras que las destinadas a ayudas funcionales se gestionan a través de la Consejería de Bienestar Social.

Este tipo de esquema organizativo es el más frecuente y se da en Andalucía, Cataluña, Madrid, Galicia o Navarra. El organigrama de ayudas vinculadas a la mejora funcional en la vivienda puede ser, como el que se muestra en el siguiente gráfico, que corresponde a Andalucía:

Ayudas disponibles en Andalucía para la adaptación de viviendas



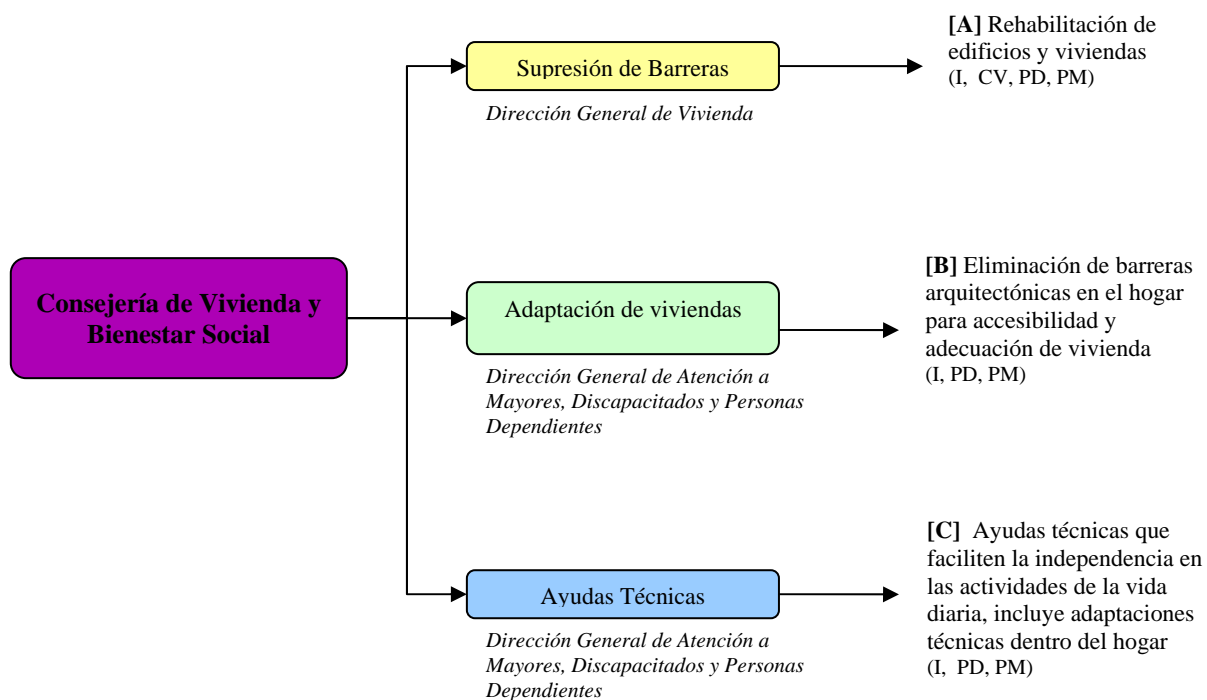
Tipos de Solicitantes: I= individuales; CV= colectivos (Comunidad de vecinos, propietarios); PM= personas mayores; PD= personas con discapacidad.

NOTA: Este cuadro muestra la relación de ayudas en la Comunidad Autónoma de Andalucía válidas para el periodo de análisis el año 2006 y su clasificación. Sin embargo, hasta 2005 la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social también era la encargada para la administración de las ayudas por adaptación de vivienda, por lo que los efectos explicativos del diagrama no se pueden considerar retroactivos.

Referencias:

En cambio, en CC.AA como Asturias o País Vasco existe una sola consejería de Vivienda y Bienestar Social, por lo que la estructura administrativa de las ayudas puede ser más sencilla, como muestra este gráfico correspondiente a Asturias.

Ayudas disponibles en la el Principado de Asturias



Tipos de Solicitantes: I= individuales; CV= colectivos (Comunidad de vecinos, propietarios); PM= personas mayores; PD= personas con discapacidad.

La coordinación de objetivos y medios en estas ayudas puede resultar más sencilla, así como la recogida de información que permita hacer un seguimiento de los objetivos.

6.2.- La ejecución de los programas AUTONÓMICOS de adaptación funcional: ESTUDIO DE CASOS

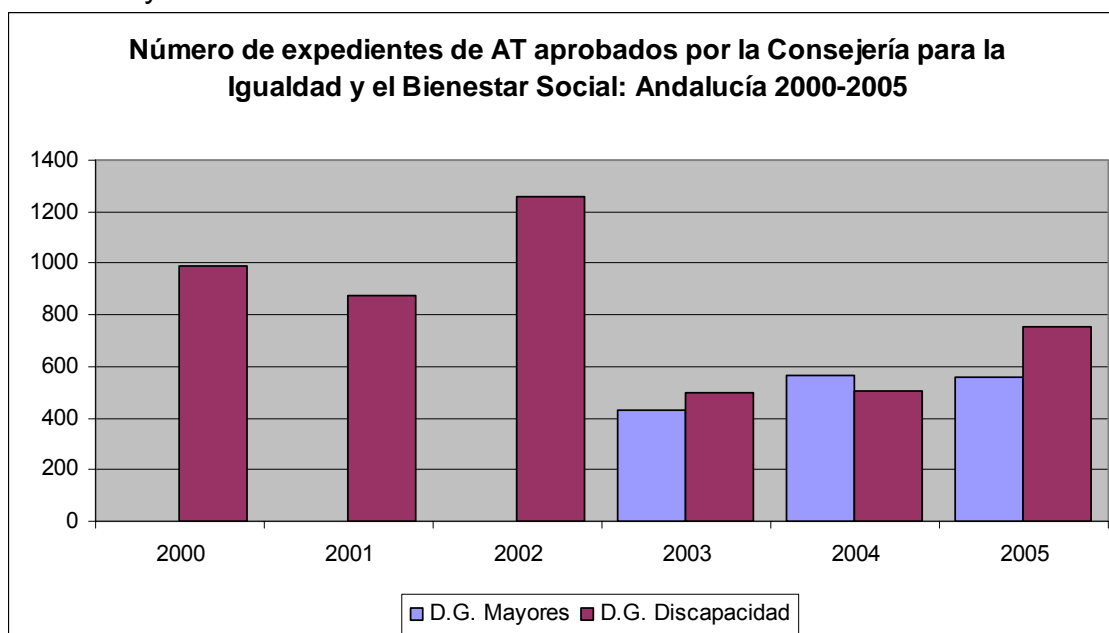
Andalucía (2003-2005)

Actualmente, la Consejería de Obras Públicas y Transportes es la encargada de la concesión y administración de las ayudas referentes a Adecuación Funcional Básica (AFB) de las viviendas, pero hasta el año 2005 esta responsabilidad se compartía con la Consejería de Bienestar Social. El objetivo del **Programa de Adecuación Funcional Básica de Viviendas** es la concesión de subvenciones destinadas a sufragar el coste de las obras y, en su caso, de la asistencia técnica necesaria, para la adaptación o adecuación funcional y/o mejora de seguridad de algunos elementos de la vivienda habitual y permanente de personas mayores o personas con discapacidad y movilidad reducida, con lo que se incluye además las ayudas técnicas como posibilidad de financiación específica tipo ayuda.

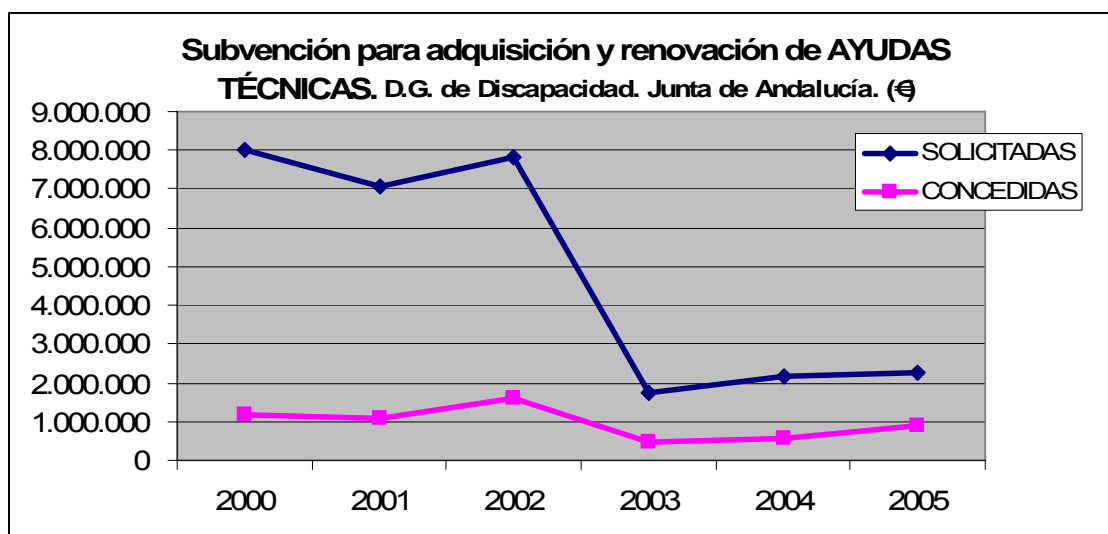
En el ámbito de las ayudas técnicas, la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social es la encargada de llevar a cabo las convocatorias y administración de ayudas destinadas a la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas para personas con algún tipo de discapacidad.

En lo que refiere a este trabajo y en el ámbito de ayudas técnicas, nos limitaremos a las ayudas de “Movilidad y comunicación en personas con discapacidad”, puesto que esta ayuda puede solicitarse también para la adquisición de vehículos de motor adaptados, así como para la renovación, reparación y adquisición de prótesis y órtesis, que al no estar relacionadas con el ámbito de esta investigación, no se consideran.

a) Subvenciones para adquisición de Ayudas Técnicas del Programa de Movilidad y Comunicación

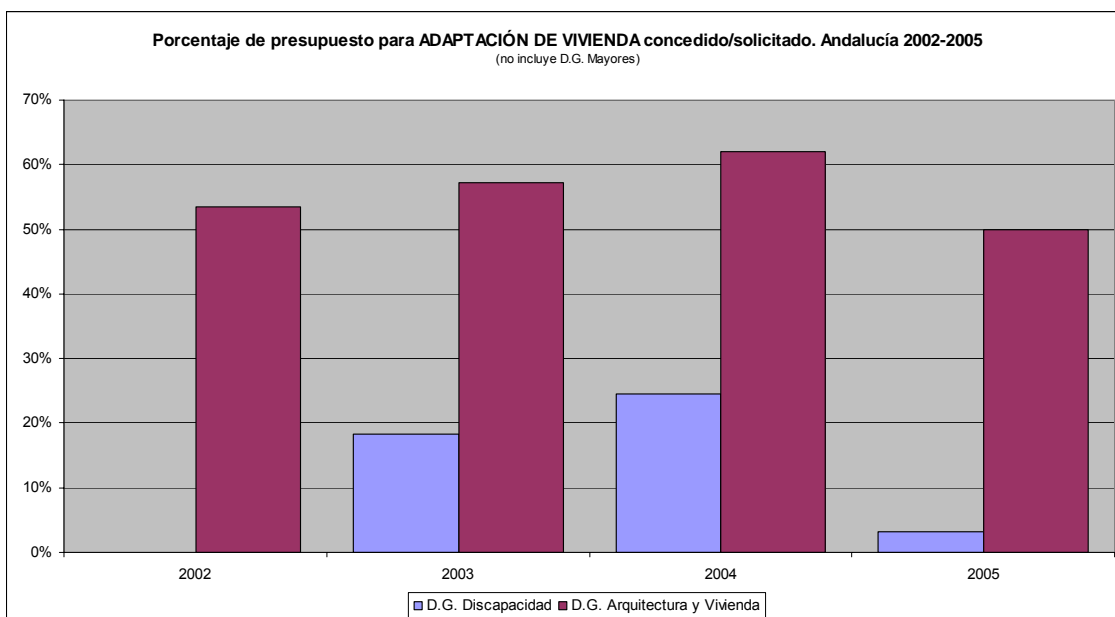


No se dispone de datos de la Dirección General de Mayores relativos a las ayudas solicitadas dentro de este periodo. Sí se disponen, en cambio, de las correspondientes a la Dirección General de Discapacidad que se presentan en el gráfico siguiente:



La caída del monto de las solicitudes de subvención para la adquisición de ayudas técnicas registradas desde 2002 en la D.G. de Discapacidad es llamativa. Estos datos no comprenden la renovación y adquisición de órtesis o prótesis.

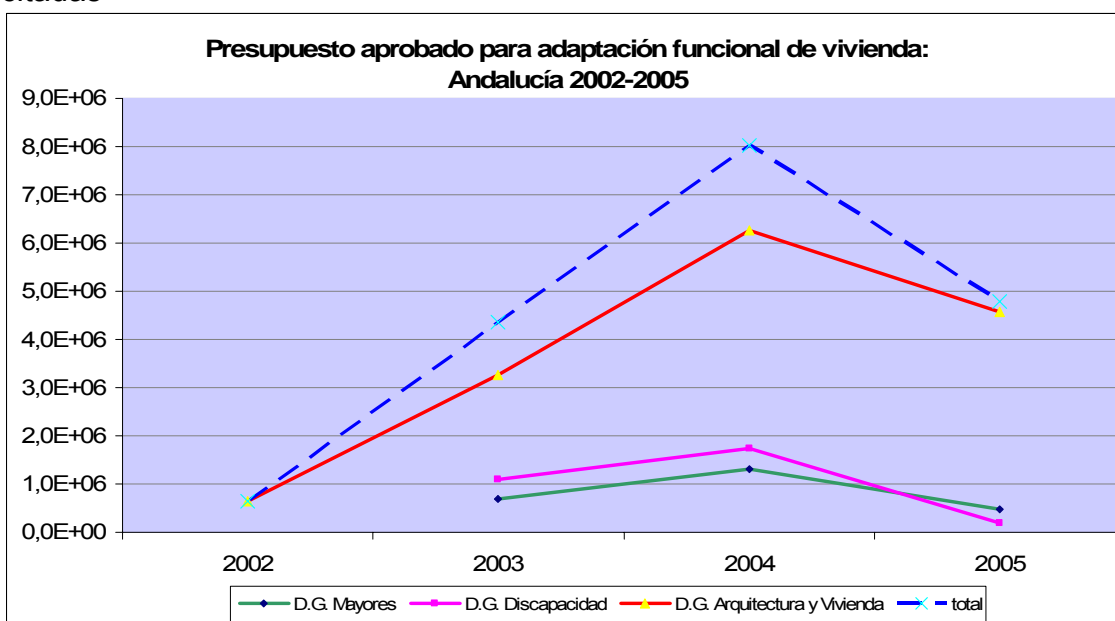
Las ayudas para adaptación funcional de vivienda aparecen en el año 2003, siendo mucho menor el número de solicitudes presentadas (aproximadamente 1.500 solicitudes anuales), aunque no su cuantía, que alcanza 7,1 millones € en 2004, concediéndose subvenciones por 1,75 millones, es decir, una cobertura de 24,6%, la máxima registrada, pues la Consejería de Obras Públicas pasa a hacerse cargo de estas ayudas de forma casi exclusiva, quedando reducida la intervención de la Consejería de Bienestar Social.



Este breve periodo de aplicación de las ayudas está, como vemos, muy sujeto a cambios, tanto en los presupuestos anuales, como en las condiciones de acceso o la estructura administrativa que programa las ayudas. Es lo que parece una constante en la mayoría de CC.AA., donde este tipo de ayudas aún no han encontrado una estabilidad que permita su mayor desarrollo y el perfeccionamiento de los procesos de control, evaluación o el establecimiento de objetivos.

b) Subvenciones para adaptación funcional de viviendas.

En el siguiente gráfico se presentan de forma simultánea los presupuestos dedicados por las diferentes direcciones generales de las consejerías ya citadas



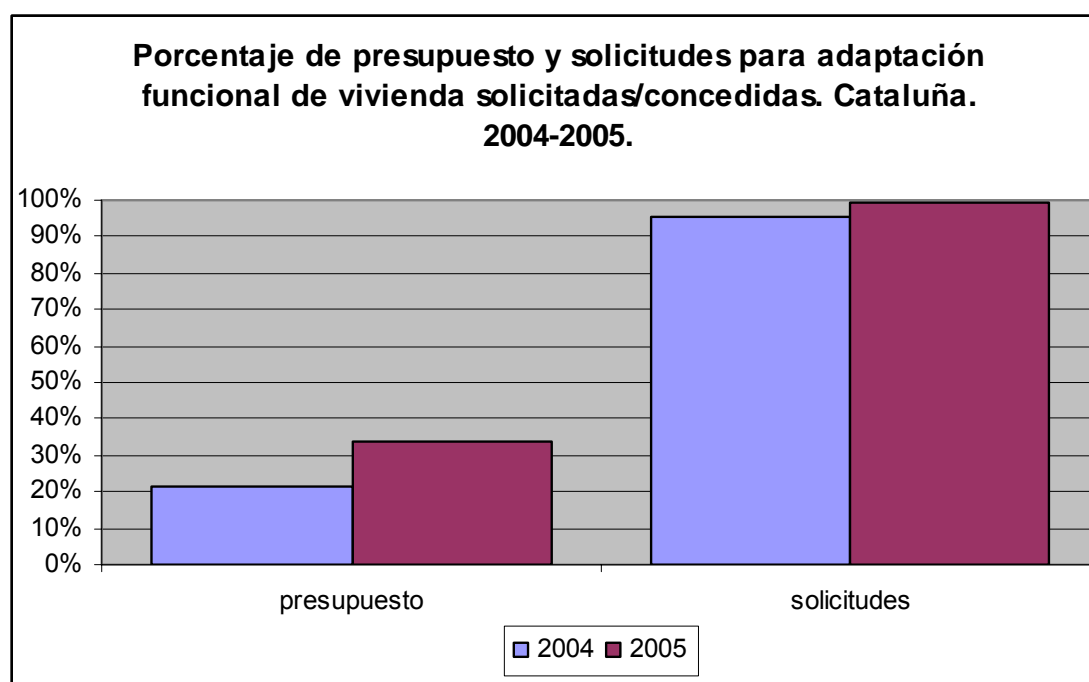
Cabe destacar que los datos de la Consejería de Obras Públicas y Transporte no pueden considerarse como definitivos, ya que estos se obtendrán al cierre del Plan Andaluz de Vivienda actual (2007). El año de solicitud de la ayuda (el referido en el gráfico anterior) no siempre es el mismo que el año de concesión de la misma, por lo que los datos listados deben considerarse como preliminares. El ajuste provocado en 2005 se puede deber al traspaso de expedientes entre años, pero también al proceso de cambio de las ayudas de AF, que pasan a depender exclusivamente de la D.G. de Arquitectura y Vivienda en ese año.

Cataluña (2004-2005)

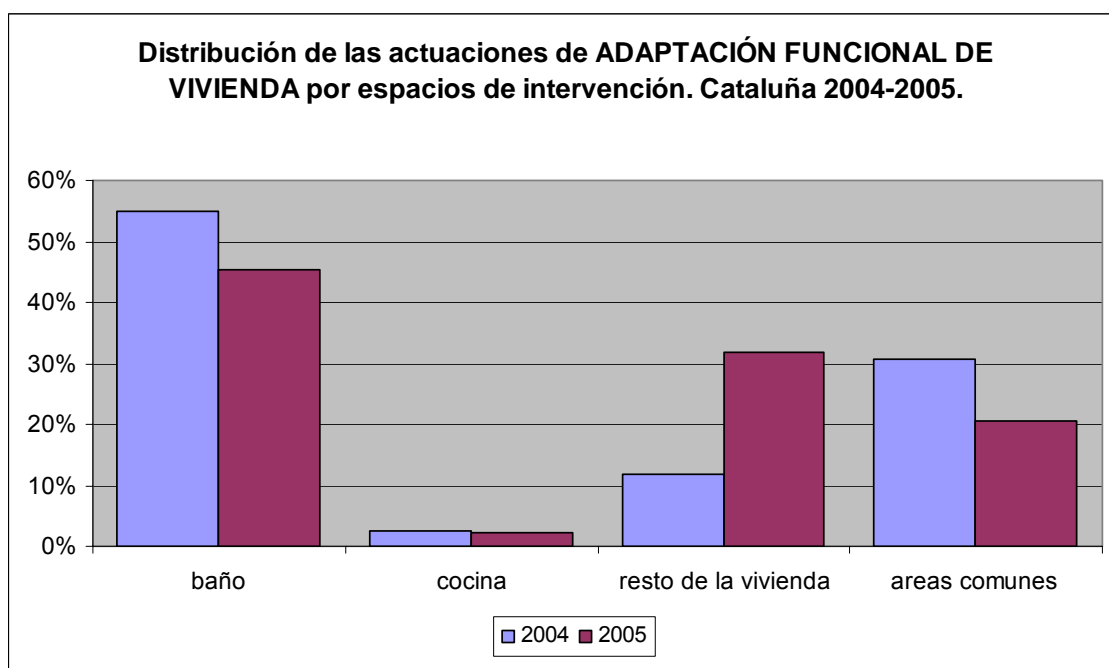
La Generalitat de Cataluña, a través del Departamento de Bienestar y Familia, coordina, administra y asigna los recursos para adaptación parcial de vivienda (no obras mayores) y ayudas técnicas para personas con discapacidad. Dentro de las “Ayudas de atención social a personas con discapacidad” se considera la subvención de ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones de la vivienda para contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas. La ejecución de programas específicos para las personas mayores se lleva a cabo por las Corporaciones Locales catalanas.

Para el análisis se dispuso de los datos referentes a la adaptación funcional de vivienda de esta Consejería para el periodo 2004-2005. Se trata de ayudas que, de acuerdo a los técnicos consultados en el ICASS, hasta el momento presente cubren casi el 100% de las ayudas solicitadas (ver gráfico),⁴³ aunque la subvención concedida media es sólo de aproximadamente un 32 % en 2005. En la interpretación de estos datos hay que tener en cuenta que esta información es relativa mayoritariamente a “obras” y no a AT, por lo que los montos son más elevados. El monto máximo que se puede conceder por ayuda anual equivale a 4.507,59€, de los que se otorgan habitualmente el 80%.

⁴³ No obstante, de acuerdo con los datos provistos, se consideraron ayudas aprobadas aquellas que tenían un monto superior a cero por concepto de “monto aprobado”. Aquellos montos aprobados iguales a cero, se consideraron como equivalente a la denegación de la ayuda.



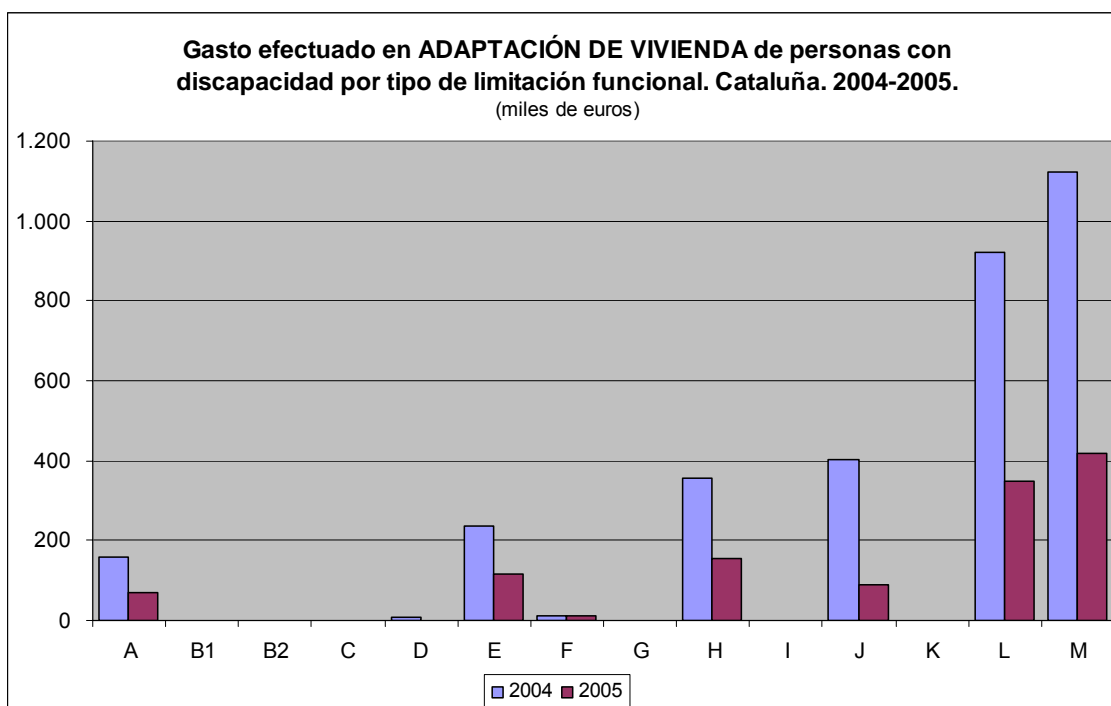
Las adaptaciones en el baño comprenden entre un 45 y un 55% de las intervenciones realizadas.



Nota: Áreas comunes incluye ascensor, plataformas, rampas, etc.

Dado que se ha podido disponer de información sobre las discapacidades de los beneficiarios, se ha analizado la relación entre las ayudas concedidas y las limitaciones funcionales de los beneficiarios. Predominan las limitaciones

funcionales de tipo L y M⁴⁴, que son los más relacionados con la movilidad y el uso de las extremidades inferiores. De hecho, este programa está dirigido prioritariamente a este tipo de personas



Análisis de cobertura de las ayudas otorgadas para adaptación de vivienda en Cataluña 2004-2005 de acuerdo con el criterio Enabler de limitaciones funcionales

Limitación Funcional	Población TODODIS* Cataluña	Adaptaciones realizadas 2004-05	Gasto efectuado	Gasto promedio por adaptación	Cobertura por L.F.
A	110.488	89	227.338,93 €	2.554,37 €	0,08%
B1	153.951	0	- €	- €	0,00%
B2	11.177	0	- €	- €	0,00%
C	158.887	0	- €	- €	0,00%
D	1.949	3	8.238,14 €	2.746,05 €	0,15%
E	21.715	132	349.086,58 €	2.644,60 €	0,61%
F*	42.749	12	24.679,84 €	2.056,65 €	0,03%
G	442	0	- €	- €	0,00%
H	106.159	197	514.620,70 €	2.612,29 €	0,19%
I	100.202	0	- €	- €	0,00%
J ⁴⁵	3.183	183	489.155,64 €	2.672,98 €	5,75%
K ⁴⁶	66.563	0	- €	- €	0,00%
L	84.162	500	1.272.664,23 €	2.545,33 €	0,59%

⁴⁴ De acuerdo con la tipología Enabler, L se refiere a aquellos individuos con “dificultad para desplazarse”, mientras que M se refiere a la “incapacidad para usar las extremidades inferiores”.

⁴⁵ De acuerdo con los datos, aquellos beneficiarios con limitación funcional J (“Incapacidad para usar las extremidades superiores”) también registraban M (“Incapacidad para usar las extremidades inferiores”), por lo que parece sobredimensionada su cobertura respecto al resto de limitaciones.

⁴⁶ La ausencia de personas con limitación funcional K (“Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.”), puede deberse a que las ayudas están dirigidas a personas con discapacidad y problemas de movilidad, y no a un grupo menos acotado como lo son las personas mayores de 65 años sin las restricciones derivadas de un porcentaje de discapacidad o de movilidad.

M	6.290	584	1.542.817,58 €	2.641,81 €	9,28%
---	-------	-----	----------------	------------	-------

La muestra TODODIS* es aquella que contiene a los individuos con un máximo de 5 deficiencias, para los que se consideraron las once primeras discapacidades para establecer las limitaciones funcionales según los criterios Enabler.

Al llevar a cabo la agrupación de las limitaciones funcionales de acuerdo a lo expuesto en el capítulo 8, el resultado es el siguiente:

Análisis de la cobertura de las ayudas otorgadas para adaptación de vivienda en Cataluña 2004-2005 de acuerdo con las limitaciones funcionales

Grupo de limitaciones funcionales	Población estimada en Cataluña	Adaptaciones realizadas 2004-05	Gasto efectuado	Gasto promedio por adaptación	Población cubierta
Personas con discapacidad: TODODIS*	564.513	1177	3.172.044,94 €	2.695,03 €	0,21%
Movilidad inferior: FKLM^{a, b}	80.891	1084	2.815.481,82 €	2.597,31 €	1,34%
Equilibrio-coordinación-fuerza^b: DEF	22.659	147	382.004,56 €	2.598,67 €	0,65%
Movilidad-equilibrio-fuerza^b: DEFLM	82.976	1218	3.172.044,94 €	2.604,31 €	1,47%
Problemas de visión o ceguera: B1B2	152.812	0	- €	- €	0,00%

^a De acuerdo con los datos proporcionados por el ICASS y dada la definición Enabler de limitaciones funcionales, en el periodo 2004-05 no se subvencionaron ayudas a individuos con limitación funcional K ("Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc."). Por otro lado, los individuos con limitación funcional F ("Pérdida de resistencia/fuerza"), tienen además la limitación funcional L ("Dificultad para desplazarse"); por lo que el conunto de individuos FKLM equivaldrá a LM ("Dificultad para desplazarse" o "Incapacidad para usar las extremidades inferiores").

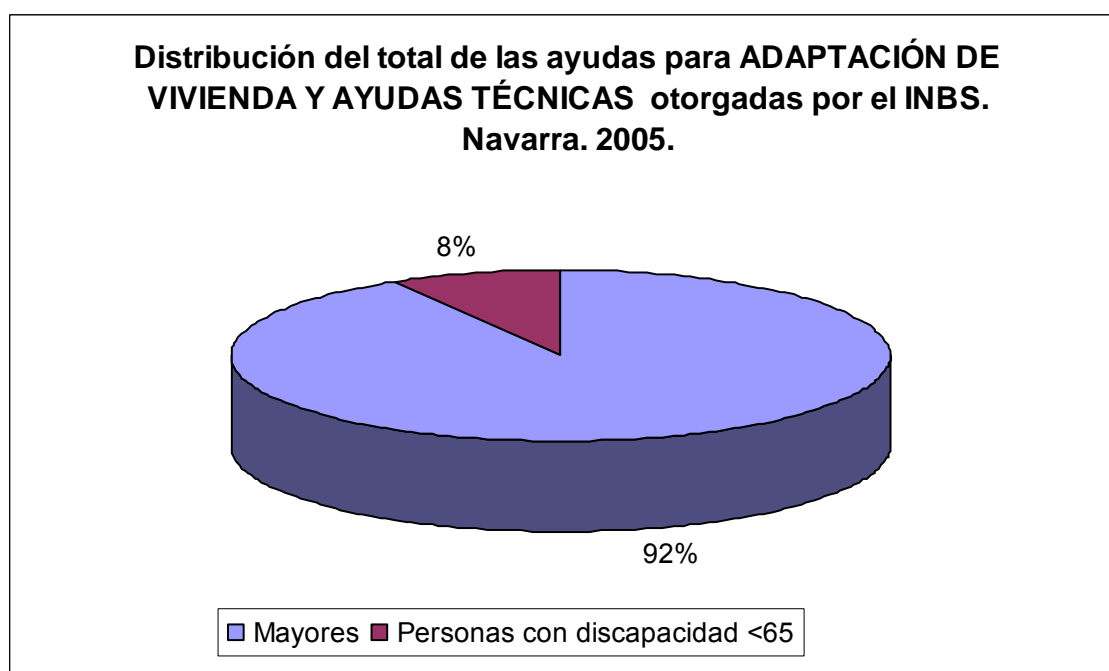
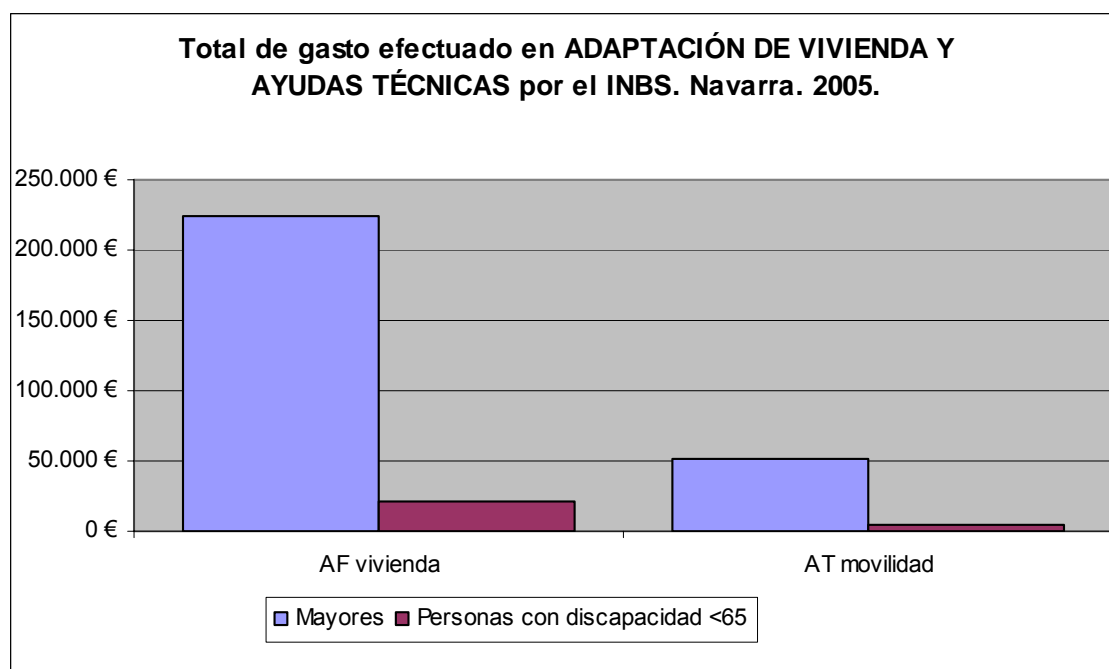
^b Todos estos casos se refieren a una afectación severa tal como se explica en el capítulo 8. La muestra TODODIS* es aquella que contiene a los individuos con un máximo de 5 deficiencias, para los que se consideraron las once primeras discapacidades para establecer las limitaciones funcionales según los criterios Enabler. La conformación de las sub-muestras FKLM(LFSMI), DEF, DEFLM, B1B2 y B2, puede consultarse en el capítulo 8 de este documento.

Los colectivos afectados por problemas de movilidad inferior son los que reciben mayor cobertura de estas ayudas, que en el periodo analizado llega a un 1,34 %. El monto total de personas con discapacidad que han recibido ayudas para obras de adaptación de vivienda en estos dos años alcanza el 0,21%.

Navarra (2005)

La gestión de las ayudas destinadas a la adaptación de vivienda y la eliminación de barreras arquitectónicas de personas mayores y con discapacidad son, en una primera instancia, competencia del Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, que la ejerce a través del Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS), un organismo autónomo adscrito a él. La cuantía máxima de las ayudas otorgadas por el INBS es de 4.000€ y la gestión de aquellas adaptaciones de vivienda cuyo presupuesto protegible exceda los 4.000€ es competencia del Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda desde la Dirección General de Ordenación del Territorio y Vivienda. En este sentido, lo único que diferirá será el organismo que concede la ayudas, pero no el motivo de concesión ni los requisitos específicos del solicitante.

Los gráficos siguientes, muestran la distribución de las subvenciones otorgadas por el INBS en el año 2005.



Galicia (2005-2006)

Actualmente la Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar es el órgano responsable de la dirección y el control de las funciones y competencias que, en materia de servicios sociales, le corresponden a la Xunta de Galicia. Dentro

del conjunto de actuaciones de esta Vicepresidencia, se encuentran la concesión de subvenciones públicas destinadas a personas mayores y personas con discapacidad. Las subvenciones destinadas a personas mayores comprenden atención especializada, adaptación funcional del hogar, y eliminación de barreras arquitectónicas dentro del hogar.

Por su parte, las subvenciones destinadas a personas con discapacidad comprenden la rehabilitación, asistencia especializada y la movilidad y comunicación (adaptación de vehículos de motor, eliminación de barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda y adquisición de ayudas técnicas).

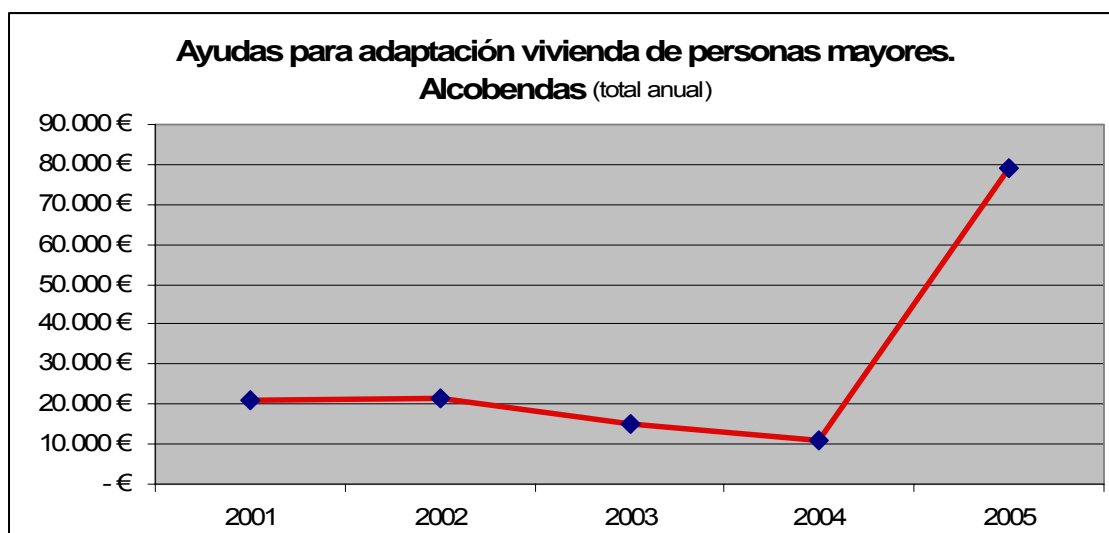
Adicionalmente, la Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar como parte de políticas que buscan la accesibilidad para todas las personas, cuenta con programas como “Galiza Sen Barreiras”, cuyo objetivo es fundamentalmente la supresión de barreras en espacios públicos. No obstante, dentro de sus líneas de actuación tiene un área que también contempla facilitar la autonomía de las personas con discapacidad en el hogar. En particular otorga un 5% (76.705,00€) de sus recursos para la vivienda y equipamientos a personas con discapacidad.

6.3.- La ejecución de los programas LOCALES de adaptación funcional: ESTUDIO DE CASOS

Alcobendas (2001-2005)

Las actuaciones de “emergencia social” y de “ayudas económicas temporales” de la Comunidad Autónoma de Madrid, corresponde –de acuerdo con el artículo 31 de la Ley 11/2003 de 17 de Marzo- ejercitarlo en el nivel de Atención Social Primaria municipal. Entre estas actuaciones se contempla la adecuación de la vivienda, que es objeto del presente análisis. La Comunidad de Madrid es la entidad que provee los recursos económicos para llevar a cabo esta serie de actuaciones, pero es el Ayuntamiento el encargado de llevar a cabo el proceso de gestión, incluida la evaluación y selección de beneficiarios en su localidad.

El trámite y la gestión de las ayudas se llevarán a cabo en los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento, siendo competencia del mismo la resolución de las convocatorias y la utilización de las subvenciones otorgadas por la Comunidad de Madrid. Dada la competencia de la Comunidad en el ámbito de subvenciones de adaptación a la vivienda para personas con discapacidad, el Ayuntamiento de Alcobendas se encarga exclusivamente de las ayudas a personas mayores de 65 años.



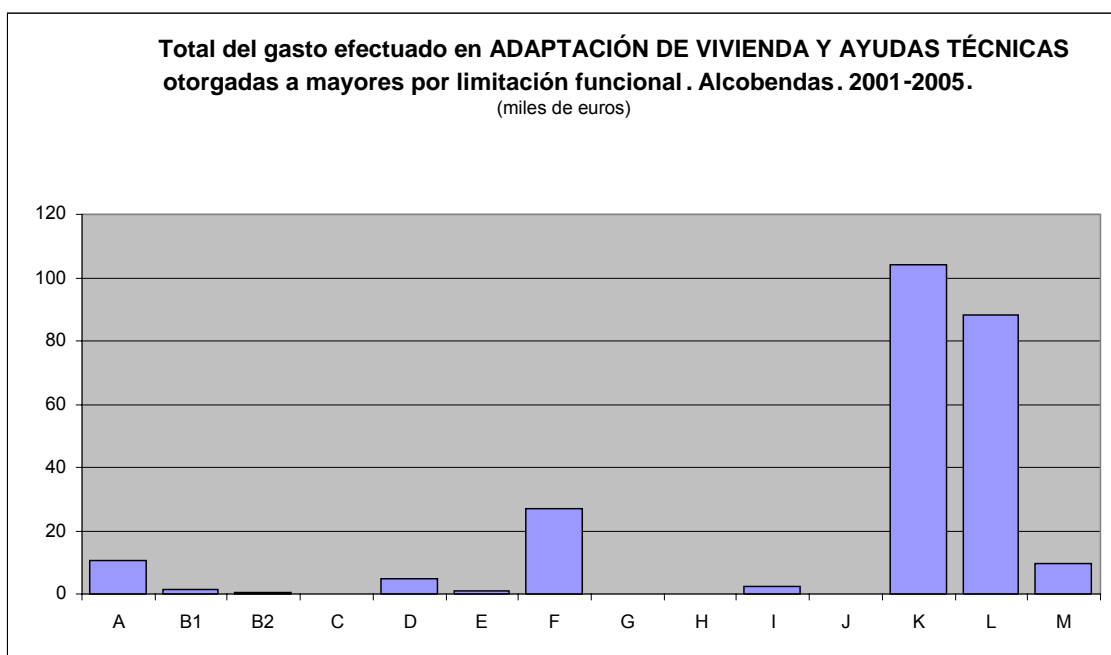
Las ayudas, son de una cuantía unitaria y global pequeña. Las ayudas extremas concedidas han importado 2.548 €, la máxima concedida en este periodo, y 68 € la más pequeña. El monto total ha subido considerablemente en el año 2005, y el promedio de la ayuda se ha duplicado, pasando de 541 a 1.140 €. Por tanto, ha habido un importante reforzamiento de las ayudas en el último año del que se dispone información. Como en otros casos, la variabilidad del presupuesto destinado a estas ayudas es muy grande, lo que abona el argumento de que se trata de ayudas de tipo residual o de menor importancia de cara al planificador.

Al analizar la población beneficiaria de las ayudas de acuerdo con el criterio Enabler de limitación funcional, los resultados son los siguientes:⁴⁷

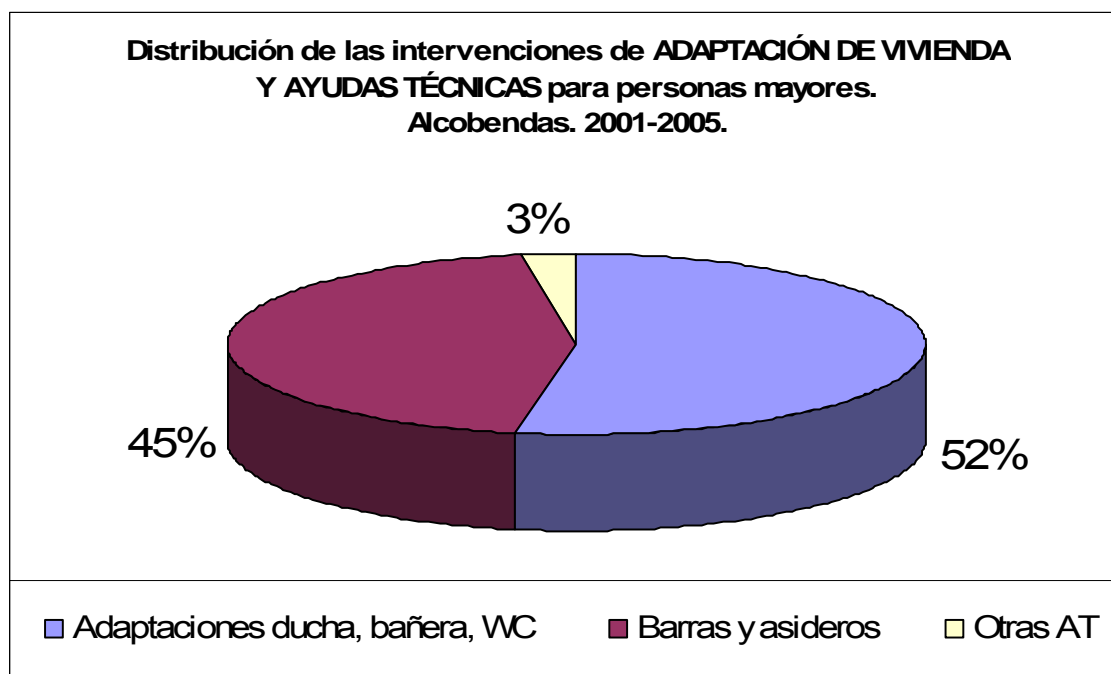
Análisis de la cobertura de las ayudas otorgadas para adaptación de vivienda en Alcobendas 2001-2005 de acuerdo con el criterio Enabler de limitaciones funcionales

Limitación Funcional	Adaptaciones realizadas 2001-05	Gasto efectuado
A	12	10.503,47 €
B1	4	1.603,64 €
B2	1	544,69 €
C	0	- €
D	4	5.017,21 €
E	4	953,68 €
F	34	27.072,50 €
G	0	- €
H	1	203,20 €
I	2	2.338,44 €
J	1	227,71 €
K	144	104.107,53 €
L	108	88.334,88 €
M	8	9.514,93 €

⁴⁷ Dado que un mismo individuo puede registrar más de una limitación funcional, la población referida en cada una de ellas no es independiente del resto. Lo anterior debe tomarse en cuenta especialmente al efectuar agrupaciones de limitaciones funcionales como las realizadas en el capítulo 8, para evitar la doble contabilización.

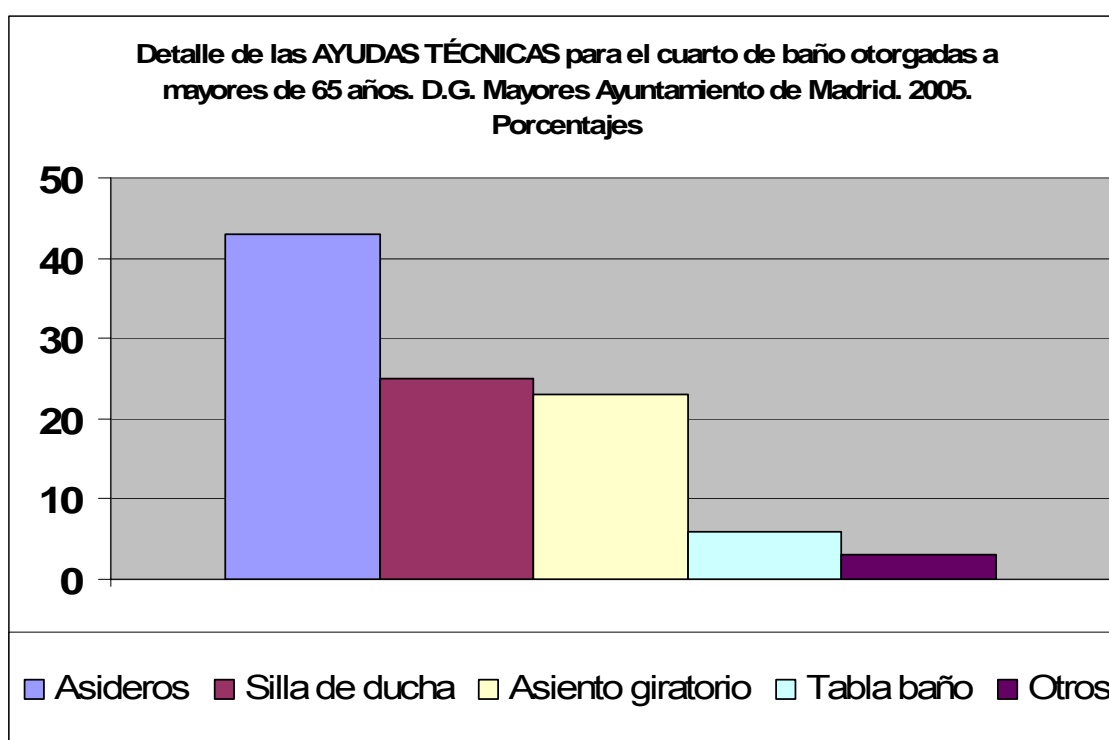


La gran cantidad de casos que corresponden a la limitación funcional tipo K (“Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.”) responde a que se trata de población mayor que no presenta discapacidad de movilidad grave en muchos casos.



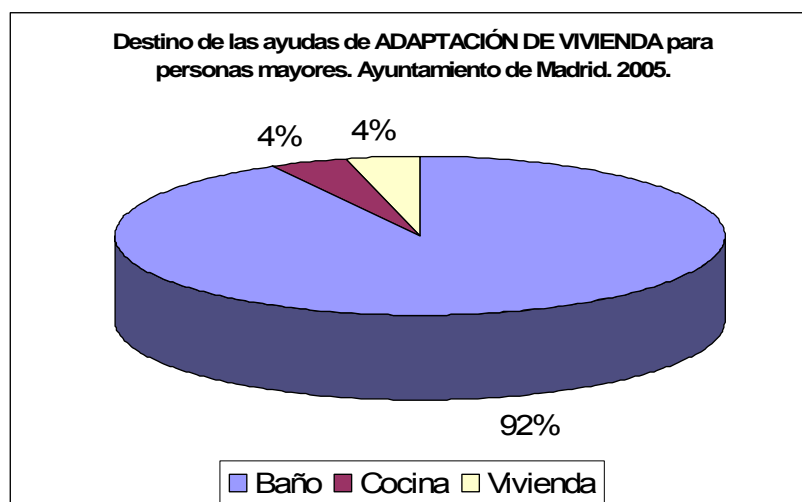
Ayuntamiento de Madrid (2005)

Al igual que Alcobendas, y conforme con la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid se encarga de gestionar las ayudas destinadas a personas mayores de 65 años residentes en el municipio, siendo los organismos autonómicos los encargados de las personas con discapacidad.



En 2004 el ayuntamiento de Madrid gastó 470.862 € en las 265 adaptaciones geriátricas realizadas. En 2005 el coste total de las adaptaciones protegidas ascendió a 1,76 millones de euros, desconociéndose qué parte de éste fue cubierta por el programa municipal y cuanto por los propios usuarios.

El 56% de las ayudas se destina a Ayudas Técnicas, mientras el 44% restante es para adaptaciones funcionales con obra.



Del total de adaptaciones prescritas por el Ayuntamiento de Madrid, 44% (598) están destinadas a adaptación de vivienda y 56%(771) a ayudas técnicas. Éstas últimas, en su mayoría están destinadas al uso del cuarto de baño (47%) y el uso del retrete (16%), en el que se incluyen la colocación de barras de sujeción (65%).

Málaga (2006)

A partir del año 2006, en el municipio de Málaga es posible acceder además de a las subvenciones para adaptación funcional de vivienda y ayudas técnicas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a las ayudas propias financiadas por el gobierno local. Éstas son de carácter municipal y tiene su origen en el Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga.

Las subvenciones que otorga el Ayuntamiento de Málaga, tienen por campo de acción la adecuación funcional de la vivienda, las ayudas técnicas y la eliminación de barreras en elementos comunes de la edificación, para de esta forma atender las necesidades funcionales específicas de adecuación del entorno de las personas mayores y las personas con discapacidad y movilidad reducida. En 2006 las ayudas se han destinado en gran medida a la adaptación mediante obras e instalación de elementos para salvar desniveles, aunque un 50% se han dedicado también o en exclusiva a la adaptación del baño. Dadas las características de la convocatoria, las ayudas pueden solicitarse por individuos o por comunidades de propietarios, en el caso de eliminación de barreras de acceso a los inmuebles, siendo en principio concedidas el 100% de las ayudas solicitadas; en el 89% de los casos la cantidad concedida asciende al máximo legal: 2.400 €

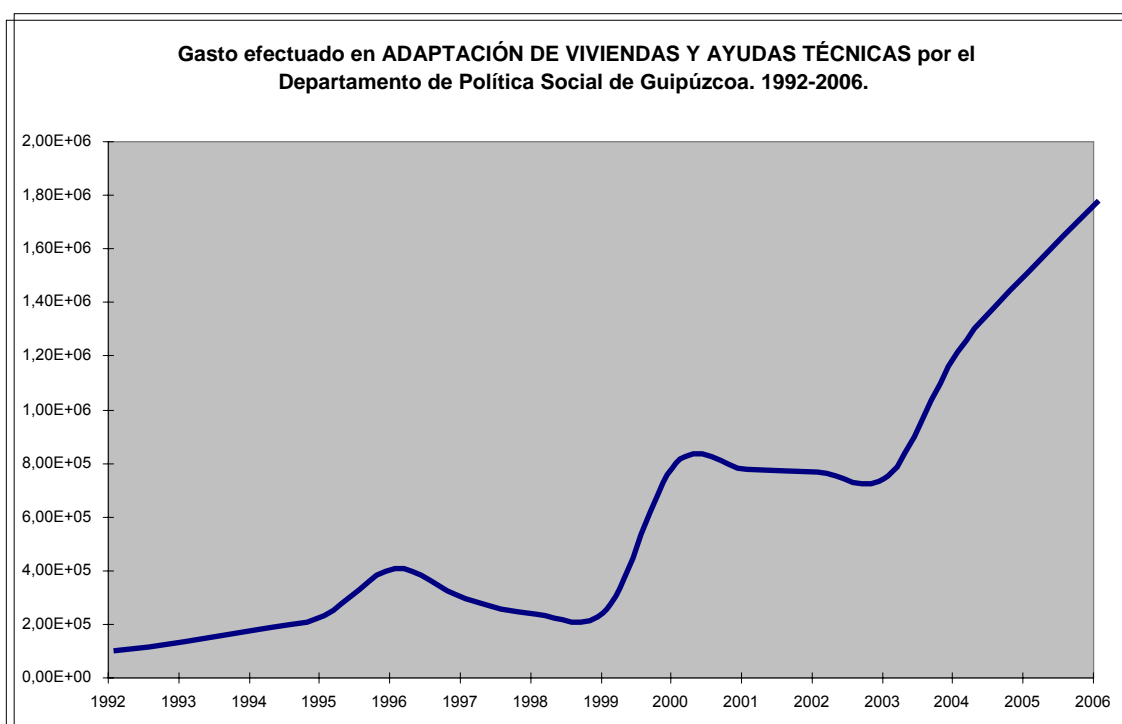
Total de expedientes individuales y colectivos para adaptación de vivienda, ayudas técnicas y eliminación de barreras presentados en el Ayuntamiento de Málaga

	Expedientes	Coste total	Cantidad subvencionada
Individuales	23	120.986 €	53.174 €
Colectivas	5	35.354 €	12.000 €
TOTAL	28	156.339 €	65.174 €

Diputación Foral de Guipúzcoa (1999-2005)

El Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa cuenta con iniciativas vinculadas a las adaptaciones de viviendas como las ayudas técnicas y/o económicas para favorecer la autonomía personal y la accesibilidad en las actividades de la vida diaria de personas con discapacidad o en situación de dependencia. Adicionalmente, cuenta con programas dirigidos a grupos específicos de la población, como Sendian, que tiene el objetivo de apoyar a familias con personas mayores dependientes a su cargo, mediante un conjunto de subvenciones para apoyar el mantenimiento de la persona mayor en su entorno habitual entre las cuales se encuentran las ayudas técnicas.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Departamento de Política Social, el gasto total efectuado en el periodo 1992-2006, así como el tipo de intervenciones realizadas tuvieron la siguiente evolución (ver gráfico):



El gasto total en el programa en ese periodo (cantidades efectivamente pagadas) asciende a 8.398.669 €. De ellos hemos considerado vinculados con la adaptación funcional del hogar un grupo de conceptos, que se resumen en el cuadro siguiente y cuya suma asciende a 5.703.175€; es decir, que consideramos que el 67,9% del programa de la Diputación Foral está relacionado directamente con la autonomía personal en la vivienda.

En efecto, las ayudas de la Diputación de Guipúzcoa no se limitan al ámbito del interior del hogar o las ayudas técnicas para las AVD en la vivienda, sino que el programa comprende ayudas para la accesibilidad del transporte, la adaptación de vehículos, la infoaccesibilidad, etc. Si limitamos las ayudas al campo de interés de nuestro estudio, la distribución de las ayudas se puede ver de la siguiente manera:

Actuaciones de adaptación de vivienda y ayudas técnicas en la Diputación Foral de Guipúzcoa. 1991-2006

Concepto	Nº Solicitudes	Nº Concesiones	Importe Pagado
Acc. Aseo, baño y ducha	440	175	46,471 €
Accesibilidad a vivienda	1223	483	996,231 €
Accesorios para vivienda	919	472	143,514 €
Acondicionamiento interno	1951	911	1,984,641 €
Grúas	1331	455	634,220 €
Mobiliario adaptado	3330	1576	742,590 €
Scalamobil	886	187	896,351 €
Eliminación de barreras	2	1	6,311 €
Sillas especiales	282	187	252.846 €
TOTAL			5.703.175 €

Como vemos las ayudas para Acondicionamiento interno son las que han tenido un mayor apoyo presupuestario, que asciende a casi 2 M € en el periodo. De las casi 2 mil ayudas solicitadas se ha atendido a un 46,6 %, con una ayuda media de 2.178 €

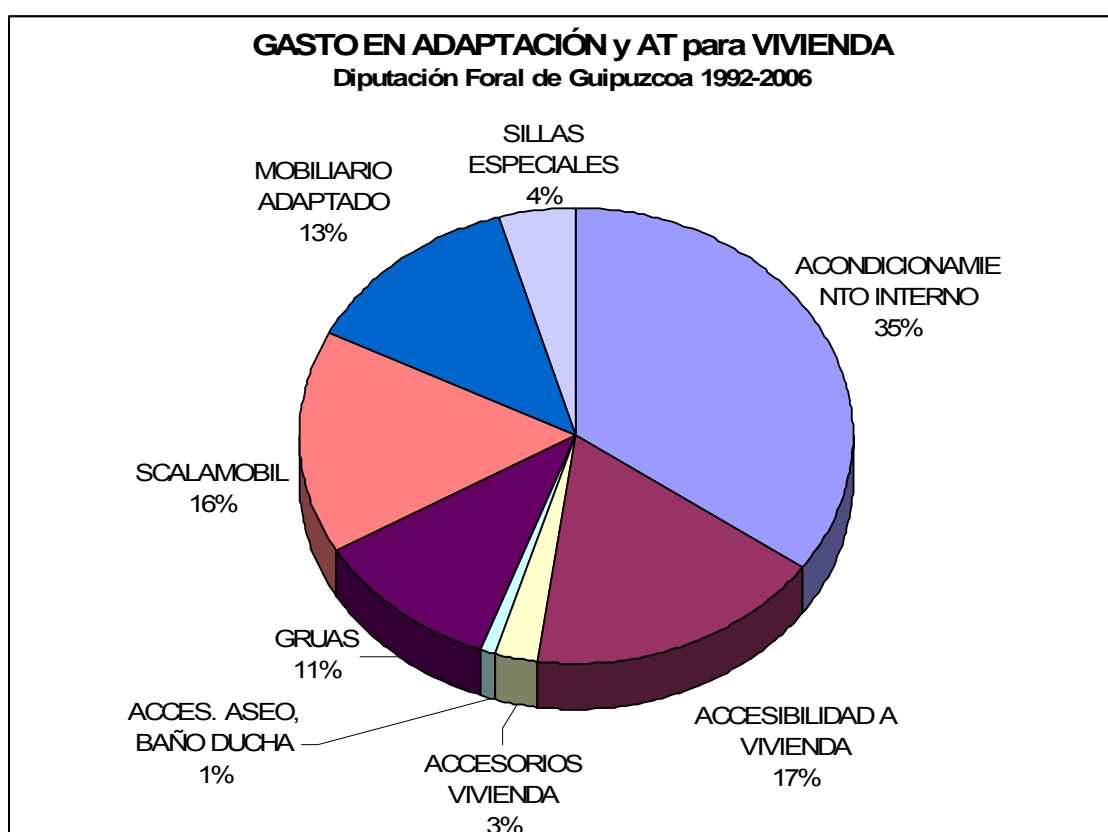
Hay que destacar que bajo el epígrafe acondicionamiento interno se encuentra la adaptación de baños como intervención casi en 100% de los casos, mientras en Accesibilidad a la Vivienda lo que se incluye es fundamentalmente elementos para salvar desniveles, fundamentalmente en los elementos comunes de la edificación: ascensores, elevadores, rampas...

En conjunto se ha atendido durante el periodo un 43,98 % de las solicitudes. Los tres tipos de ayuda con mayor ratio de cobertura (solicitados vs. concedidos) son:

Sillas especiales 66,3%
 Accesorios para vivienda 51,4%
 Mobiliario adaptado 47,3%

Hemos considerado esas sillas especiales (fundamentalmente sillas ligeras o para tareas especiales) como vinculadas al uso de la vivienda, y no así las sillas eléctricas. Se trata de una decisión arbitraria, pero que parte del criterio de que estas últimas se utilizan más para el entorno exterior, mientras aquellas son para todo uso. Esta decisión no compromete, en todo caso, los resultados del análisis.

El siguiente gráfico muestra de forma muy sintética a dónde ha ido dirigido este 68% del programa de la Diputación Foral de Guipúzcoa en estos años que consideramos vinculado con la vivienda. Podríamos decir que el 35% de acondicionamiento interno es básicamente obras en cuartos de baño, el 17% de accesibilidad a vivienda es supresión de barreras en elementos comunes de la edificación, y el resto ayudas técnicas de distintos tipos, destacando el importante gasto en gruas y sillas montaescaleras tipo scalamobil.



Otras A.T., fundamentalmente ortoprotésicas han tenido una cobertura importante, por encima de las vinculadas con la vivienda, justificando que el enfoque fundamental de este programa es hacia las tecnologías de apoyo de forma genérica, y dentro de ellas incorpora las intervenciones transformadoras de la vivienda, unas veces de forma más directamente relacionadas con la adaptación funcional, y otras con la provisión de ayudas para las actividades de la vida diaria en el hogar.

Plazo de resolución

Un aspecto importante para la efectividad de las ayudas es el plazo efectivo de resolución. A la vista de los procesos completos que se han de seguir desde la solicitud hasta la conclusión (ejecución y pago de la ayuda), tal como se ha mostrado en la gráfica al inicio de este apartado, el proceso tiene un número de pasos administrativos y técnicos que dilatan mucho su ejecución. Una de las

entidades administrativas estudiadas en un informe de evaluación del servicio presenta este esquema de tiempos:

Procesos	t (días)
Espera cita previa trabajadora social	15
Espera valoración	180
Espera resolución	30
Espera recepción expediente	15
Espera orientación T.O.	60
Espera documentación	90
Espera resolución	15
Espera comunicación	30
Espera pago	60
TOTAL	495

Este plazo de casi un año y medio –presuponiendo que se conceda la ayuda– está por debajo de lo habitual si se considera desde el momento en que el usuario da los primeros pasos en el proceso. De modo que la dilación en poder disponer de la ayuda es una importante limitación a la hora de resolver situaciones en que se requiere una adaptación funcional y no se dispone de medios propios para financiarla.

6.4.- TABLA COMPARATIVA de ayudas

Se presenta un cuadro sintético y comparativo de ayudas en parte de los territorios estudiados. No es tarea fácil porque se trata de datos muy poco homogéneos y correspondientes a periodos de tiempo distintos. El cuadro se centra sobre las solicitudes otorgadas y concedidas, así como el gasto total efectuado en adaptaciones funcionales y ayudas técnicas. Sólo se refiere a ayudas individuales para adaptación funcional del hogar, de modo que otras ayudas, tales como las destinadas a instalación de ascensores no han sido incluidas.

En aquellas entidades con un periodo de referencia superior a un año, los datos de población total corresponden a las medias del periodo, mientras que en todos los casos la población con discapacidad de referencia es aquella de la EDDDES 1999.

En el caso de Andalucía, se tomaron en cuenta los datos proporcionados por las Consejerías de Obras Públicas⁴⁸ e Igualdad y Bienestar Social para el periodo 2003-2005 sobre ayudas y el gasto efectuado en adaptación de vivienda y ayudas técnicas para personas mayores y personas con discapacidad de ambas Consejerías.

⁴⁸ NOTA: En el caso de los datos proporcionados por la Consejería de Obras Públicas y Transportes, se tomará como año de referencia aquel en el que se ha efectuado la solicitud, y no el año de concesión de la ayuda.

Para Cataluña, se tomaron en cuenta los datos referentes a la adaptación funcional de vivienda de la Consejería de Bienestar Social (proporcionados por el ICASS) para el periodo 2004-2005, pero no los del Programa de Atención Social, destinados a la adquisición de AT, por no disponer de ellos.

En Navarra, y dados los datos disponibles, se tomaron en cuenta las ayudas otorgadas por el INBS en 2005 para vivienda y movilidad destinadas a personas con discapacidad y personas de la tercera edad. De acuerdo al criterio general no se tomaron en cuenta las ayudas –mucho más cuantiosas– otorgadas por la Dirección General de Ordenación del Territorio y Vivienda, para la supresión de barreras colectivas al interior de los edificios: supresión de escalones en portales e instalación de ascensores.

Para Galicia, se tomaron en cuenta los datos proporcionados por la Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar referentes a ayudas individuales de adaptación de vivienda y ayudas técnicas concedidas a personas mayores o personas con discapacidad para el año 2005, y el presupuesto destinado para el mismo concepto para el año 2006.

En el Municipio de Alcobendas se incluyeron, además de los datos proporcionados por el Patronato de Salud e Integración Social del Ayuntamiento, la parte proporcional (según población municipal) de las ayudas para personas con discapacidad de las que se encarga la Comunidad de Madrid.

Para el Municipio de Madrid se incluirán, además de la parte proporcional del gasto efectuado en programas destinados a personas con discapacidad por la Comunidad de Madrid, los datos proporcionados por la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento referentes a adaptación de vivienda y ayudas técnicas para el año 2005.

En el caso de Málaga, se incluyen aquellas provistas por el ayuntamiento (adaptación de vivienda y ayudas técnicas), así como la parte proporcional de la inversión de ayudas concedidas por la Comunidad Autónoma. Para esto último, y dada la disposición de datos individuales, se consideraron aquellas subvenciones otorgadas por la Consejería de Obras Públicas y Transportes a los residentes del Municipio. En el caso de las ayudas de la Consejería de Bienestar Social, se tomó en cuenta la parte proporcional de las mismas de acuerdo con la distribución de la población en el territorio andaluz. En ambos casos, al tratarse de horizontes temporales diferentes, se considerará la media anual de las ayudas otorgadas en el periodo 2003-2005.

Finalmente, para la Diputación Foral de Guipúzcoa, se emplearon los datos enviados por el Departamento de Política Social referentes a adaptación de vivienda y ayudas técnicas destinadas a actividades de la vida cotidiana al interior de la vivienda. Dado que estas ayudas comprenden otros conceptos, se tomaron en cuenta para el cuadro sólo las ayudas destinadas a mobiliario adaptado, acondicionamiento interno, grúas, accesibilidad a la vivienda, accesorios para vivienda, scalamobil, y accesorios de aseo, baño y ducha. No

se incluyen datos referentes al programa Sendian, que en la actualidad son poco relevantes en el tema estudiado.

El cuadro resultante se muestra a continuación. En él se han incluido un conjunto de indicadores de cobertura que resultan útiles, aunque en su comparación se ha de tener en cuenta las precisiones y salvedades anteriores. Permite una aproximación a la importancia de las ayudas en cada territorio, contemplando no sólo el monto total de ayudas, sino el número de solicitudes recibidas y satisfechas o la cantidad pagada por ayuda. Todos estos factores se han de considerar a la hora de hablar de la cobertura de las ayudas, pues su importe medio o lo concentradas o distribuidas que estén son también aspectos de gran importancia para evaluarlas.

Tabla comparativa de ayudas. Adaptación Funcional de Vivienda y Ayudas Técnicas para la autonomía personal en el entorno del hogar*

Cantidades en Euros corrientes de cada año.

ENTIDAD	ENTIDADES LOCALES				COMUNIDADES AUTÓNOMAS			
	Alcobendas ¹	Madrid ¹	Málaga ¹	C.F.Guipuzcoa ²	ANDALUCÍA ³	CATALUÑA ⁴	NAVARRA	GALICIA
Periodo incluido	2001-2005	2005	2006	1999-2005	2003-2005	2004-2005	2005	2005-2006
Población total	97.903	3.155.359	528.079	682.761	7.655.649	6.904.263	593.472	2.764.861
Población de referencia								
Mayores de 65 años	8.023	589.765	69.686	119.980	1.129.884	1.151.609	236.277	587.137
Personas con discapacidad		115.780	114.047 ⁵	45.566	721.360	571.323	40.578	275.185
Total de solicitudes								
Presentadas	50	n/d	405	1.091	10.343	609	n/d	n/d
Aprobadas	45	1.577	270	801	5.954	589	445	1.692
Monto de las ayudas								
Total otorgado (media periodo) (€)	39.623	797.799 ⁶	374.451	622.073	7.507.294	1.586.022	301.319	1.601.141
Indicadores								
Solicitudes presentadas por mil habs.	0,51	n/d	0,77	1,60	1,35	0,09	n/d	n/d
Concesiones por mil habs.	0,46	0,50	0,51	1,17	0,78	0,09	0,75	0,61
Total otorgado/pob.total (€)	0,40	0,25	0,71	0,91	0,98	0,23	0,51	0,58
Media concedida (€)	755,9	410,0	2.311,9	776,3	1.260,9	2.692,7	677,1	946,3

VER NOTAS EN PÁG. SIGUIENTE

Notas:

(*) No se incluyen órtesis, prótesis, ayudas técnicas para la comunicación (ordenadores u otro hardware, teléfono de texto, etc.) ni otras cuya utilización supere el ámbito de la vivienda, tales como sillas de ruedas (excepto aquellas específicas de movilidad para el baño o de superación de escaleras –scalamobil-).

¹ Los municipios de Alcobendas, Madrid y Málaga incluyen, además de las ayudas otorgadas a nivel local, la parte proporcional de las ayudas otorgadas a nivel autonómico para adaptación de vivienda y ayudas técnicas.

² Sólo incluye las ayudas destinadas a mobiliario adaptado, acondicionamiento interno, grúas, accesibilidad a la vivienda, accesorios para vivienda, scalamobil, y accesorios de aseo, baño y ducha. No incluye las ayudas canalizadas a través del Programa Sendian de atención a mayores.

³ Incluye mejoras de electricidad, alumbrado y gas, además de otras adaptaciones.

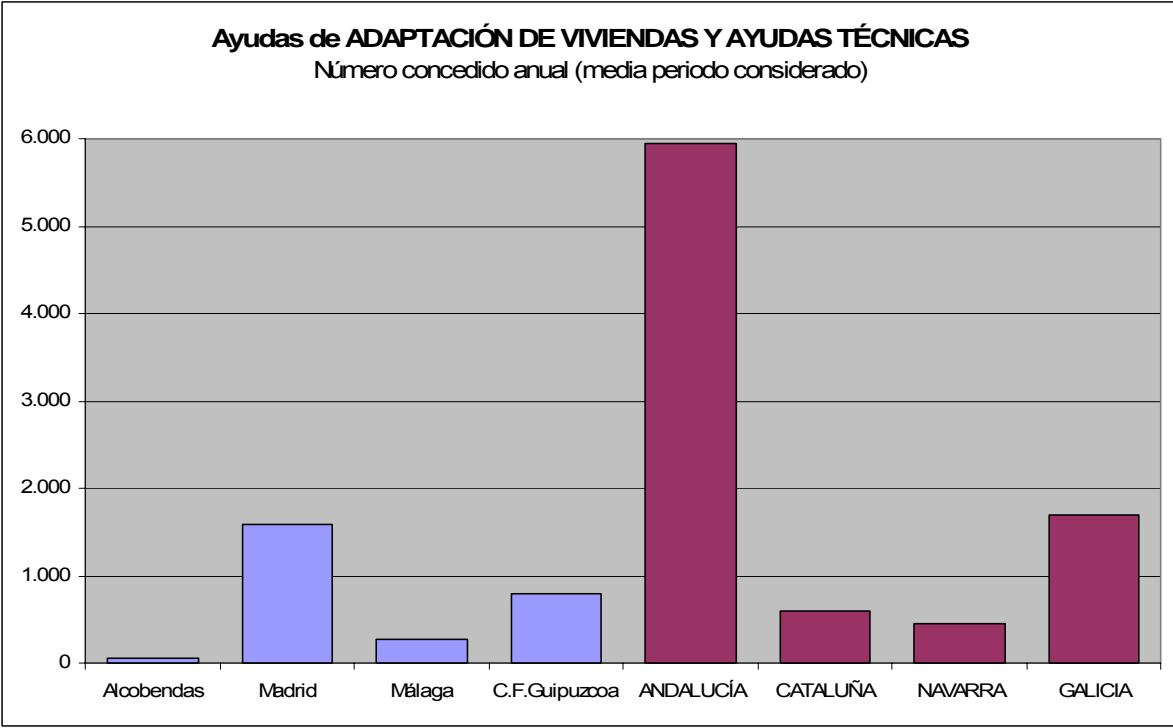
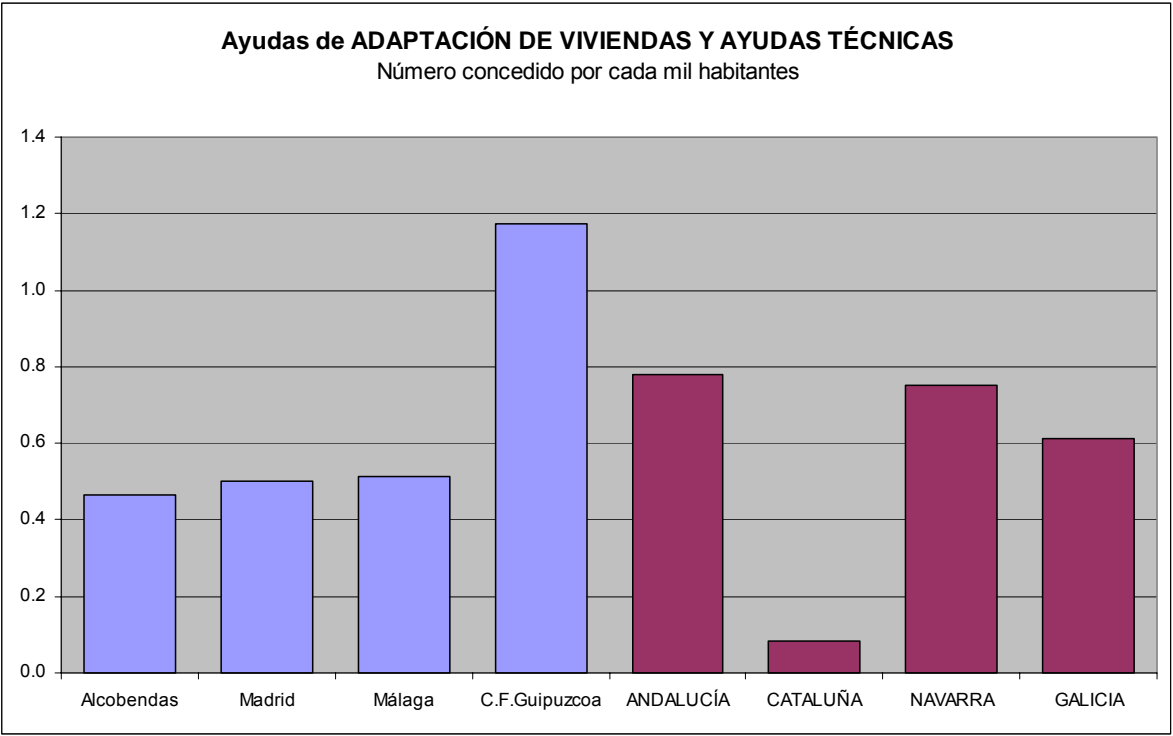
⁴ No incluye las ayudas del Programa de Atención Social para Personas con Discapacidad destinadas a la provisión de ayudas técnicas de distinto tipo.

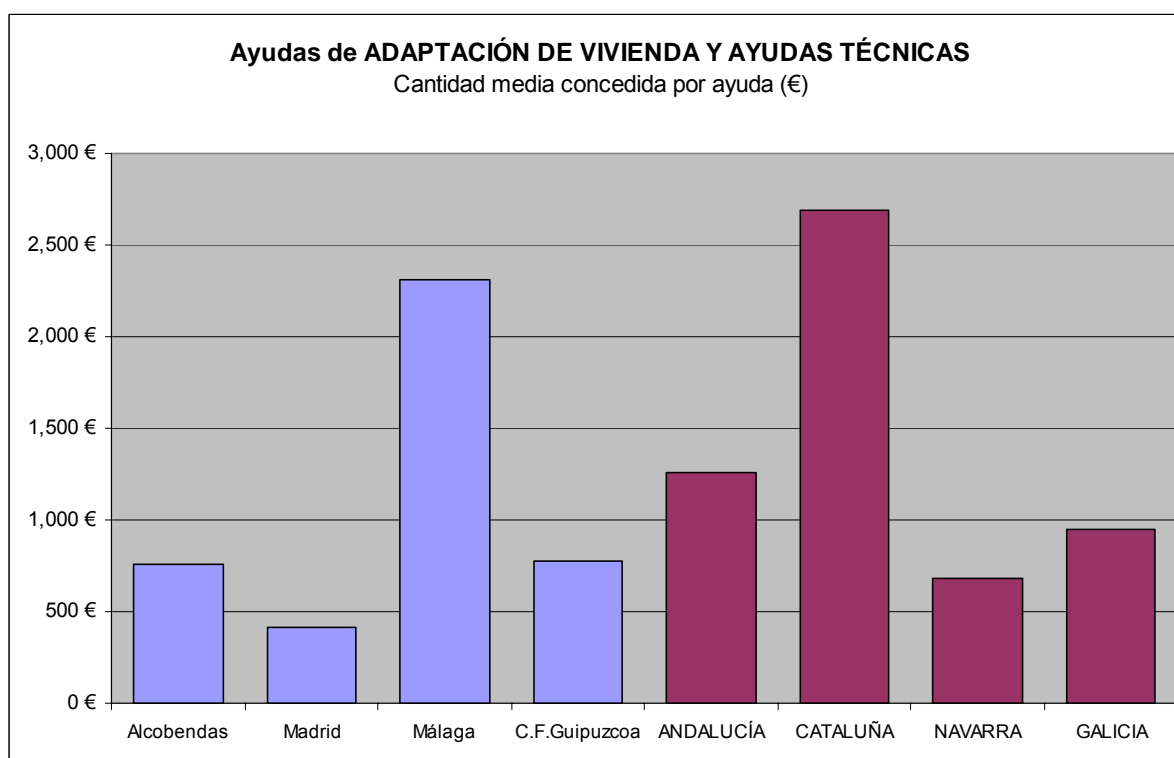
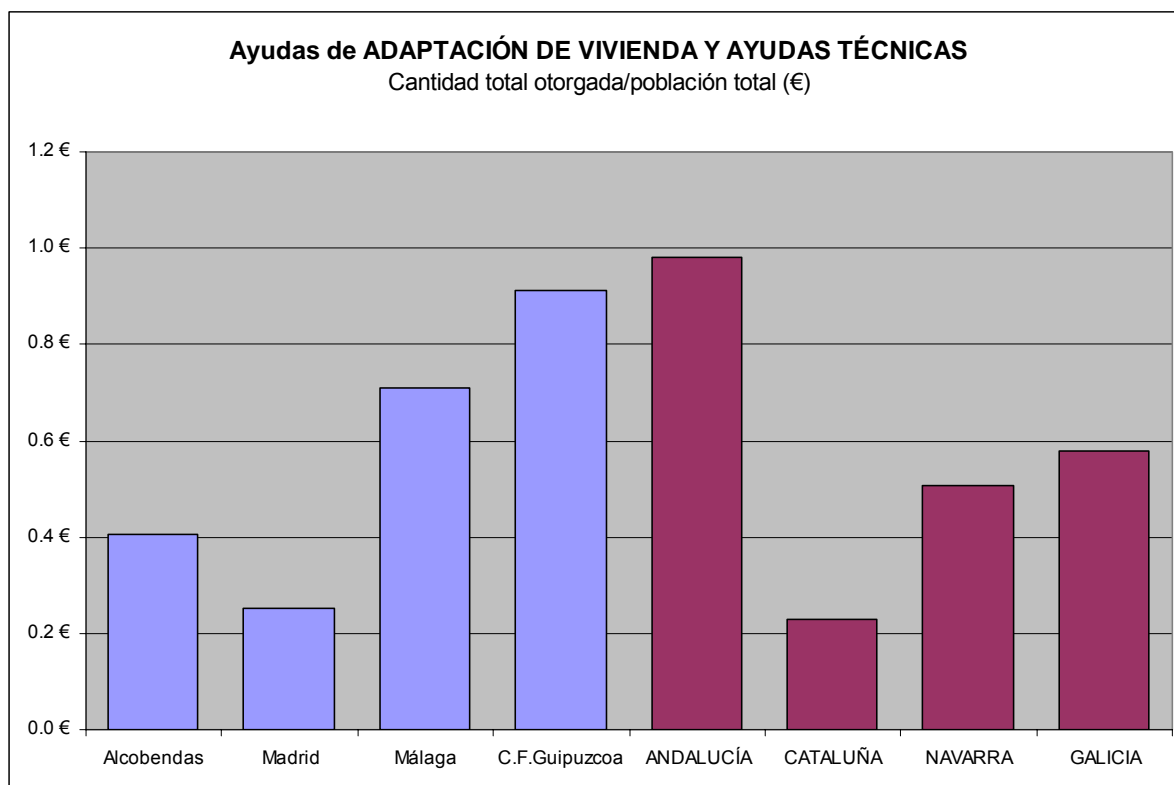
⁵ Población con discapacidad de la provincia de Málaga.

⁶ Incluye las ayudas de la D.G. de Asuntos Sociales de la CAM –media 2004-2005- aplicada proporcionalmente a la población del municipio, y ayudas de la D.G. de Mayores del Ayuntamiento de Madrid 2004.

Se ha comprobado que las ayudas para adaptación funcional de viviendas sufren importantes fluctuaciones de año a año en buena parte de los territorios analizados a causa del largo periodo de gestión y ejecución, su inclusión en convocatorias de objetivos más amplios o prioritarios o los cambios en la demanda. Por ello las cifras presentadas en un año pueden sufrir importantes variaciones al año siguiente; este efecto se refuerza por el mayor conocimiento e importancia que van adquiriendo este tipo de ayudas. En consecuencia, la fiabilidad de los datos presentados se incrementa cuanto mayor es el periodo considerado.

Gráficos comparativos:





Guipúzcoa destaca considerablemente en cuanto al número total de ayudas concedidas per cápita, pero Andalucía la supera en cantidad anual gastada por habitante. En el primer caso se ha tomado el periodo 1999-2005, aunque las ayudas se vienen prestando desde 1992 por parte de la Diputación Foral. En Andalucía, el periodo considerado es más pequeño y en él el gasto en adaptación funcional ha sido más irregular, con unos años de

fuerte crecimiento y una caída final coincidente con la reestructuración de las ayudas. Hay que destacar que el presupuesto de ayudas técnicas de Guipúzcoa duplica al que aquí se ha considerado, puesto que incluye muchas ayudas como órtesis o prótesis, otras ayudas destinadas a adaptación de automóvil, sillas de ruedas eléctricas, etc. Todas estas ayudas no se han considerado para el cálculo. En todo caso, la permanencia, cuantía y evolución del programa de ayudas de esa Comunidad Foral destaca en el contexto español.

En el caso andaluz las ayudas comprenden intervenciones de mejora de seguridad en los hogares, como mejora de la instalación de gas o eléctrica. Estas ayudas sí han sido incluidas en el cálculo.

Los datos de Cataluña, son referidos en su mayoría a obras de adaptación, y en menor medida a Ayudas Técnicas de uso en la vivienda. Son los más abultados desde el punto de vista de las obras de adaptación. En cambio no se ha tenido acceso a las ayudas técnicas del programa de atención social (las conocidas como ayudas PUA), dónde se incluyen también aquellas destinadas a la autonomía personal en el hogar.

El ratio ayudas concedidas / solicitadas no es bajo para el escaso nivel total en que se mueven las ayudas, lo que denota que o bien son pocas las personas acceden a su conocimiento, o las condiciones para su solicitud son muy limitativas en cuanto a lo que exigen o/y lo que ofrecen. Hay que considerar aquí además de las exclusiones por condiciones de renta máxima, la cantidad de trámites requeridos, el tiempo de espera o la conveniencia de participar en un programa de atención domiciliario previamente, etc. En definitiva la expectativa del esfuerzo y tiempo requerido para obtener la ayuda es también importante y puede bloquear el acceso a las ayudas de modo similar al desconocimiento sobre su existencia.

CAPÍTULO 7:

LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y SU EXPERIENCIA EN LOS PROGRAMAS DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA

7.1.- La ejecución de las adaptaciones en el hogar y el PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Entre las disciplinas socio-sanitarias vinculadas con la búsqueda de la autonomía personal del individuo destaca, para el caso de la adaptación funcional de la vivienda, el papel del terapeuta ocupacional. El paradigma profesional propio de la T.O. está centrado en la ocupación y en el entorno, en la búsqueda de la mayor autonomía de la persona. Según Noya (2006) el terapeuta ocupacional debe ser un facilitador del proyecto de vida de cada individuo, siendo este último el artífice, el protagonista.

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, APETO, define la T.O. como:

"la disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa"⁴⁹, el tipo de intervención "puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida"⁵⁰.

Por otra parte Iwarsson (1997:13) incide sobre el importante papel social que presta este profesional al señalar que *añadir la competencia de los terapeutas ocupacionales al proceso de planificación social puede, seguramente, aumentar la actividad diaria y la calidad de vida de las personas con discapacidades*

Para conseguir tales resultados la tarea del terapeuta se centra sobre tres áreas diferentes de ocupación: *de automantenimiento* (actividades de la vida diaria), *productiva* (de servicio a la comunidad), y *de ocio* (actividades, tareas o roles para divertirse o descansar), estando la primera directamente relacionada con nuestro ámbito de estudio.

Según Vicente (2005), *a través del análisis del desempeño ocupacional de la persona, el terapeuta ocupacional está capacitado para:*

-Valorar el grado de discapacidad mediante la valoración de la ejecución de actividades en las áreas de desempeño ocupacional, así como la influencia del medio habitual, vivienda, entorno, etc.

-Entrenar a la persona en la realización de las actividades de la manera más independiente posible, modificando el entorno cuando sea apropiado, y en la utilización de las ayudas técnicas necesarias para la consecución de la independencia,... evitando así los costes de una atención institucionalizada

⁴⁹ www.terapia-ocupacional.com

⁵⁰ American Occupational Therapy Association, 1986. Citado por Noya (2006)

La misma autora señala que dentro del marco del Libro Blanco de Atención a la Dependencia la profesión de terapeuta ocupacional debería jugar un papel básico en ámbitos como: la valoración de la dependencia, diseño, adaptación y entrenamiento de AT, adaptación funcional del entorno habitual, etc., y para ello esta disciplina ofrece un enfoque propio:

“Desde la óptica profesional de la terapia ocupacional, se piensa que es preciso plantear el estudio y la valoración de la dependencia no tanto en función del nivel de necesidad, sino más desde el estudio y la valoración del nivel de capacidad funcional de las personas” (APETO⁵¹, 2005).

Perspectiva que resulta coincidente con la que desarrolla este trabajo al orientar el análisis de la necesidad de adaptación de la vivienda de acuerdo a las características (limitaciones) funcionales del individuo.

El terapeuta ocupacional y la valoración de las necesidades de adaptación funcional de la vivienda

La valoración de las condiciones personales y del entorno es el punto clave que conduce a una adecuada adaptación domiciliaria. Es muy importante que la valoración se lleve a efecto en el propio domicilio y conjugue los aspectos personales-familiares con las características físicas de la vivienda.

La intervención sobre las necesidades de las personas dependientes debería de ser integral (Barahona et al. 2006) y los equipos de valoración multidisciplinares, como señalan los propios terapeutas ocupacionales. Existen muchas dimensiones en la atención domiciliaria a las personas dependientes: sanitarias, sociales, psicológicas, ocupacionales, ambientales. Todas ellas tienen su importancia, pero desde la perspectiva de la AF las dos últimas destacan para que el resultado de la intervención sea óptimo.

Llevado al ámbito concreto de la vivienda, algunos consideran (Heywood 2004) que *la T.O. es la disciplina central para el estudio de las adaptaciones de viviendas*. La intervención del terapeuta a lo largo del proceso de adaptación de la vivienda es muy necesaria ya que éste conoce sobre la progresión de las deficiencias discapacitantes, sabe que soluciones existen a las barreras en el hogar y cuáles son válidas para cuál problema (Heywood, 2006). Esta autora señala más adelante que el terapeuta aporta una *perspectiva holística*, es decir, *un grupo de habilidades que mezclan la fisiología, la psicología, el conocimiento de las condiciones discapacitantes en cada caso y el conocimiento de los remedios y terapias relacionadas con la deficiencia*.

En el ámbito de la vivienda y su adaptación a las necesidades de la persona confluyen muchos campos o disciplinas, ante los cuáles el terapeuta debe disponer de una base suficiente: desde las puramente médicas y sanitarias a otras propias de la ergonomía el diseño o la construcción. Se trata de tareas difícilmente abarcables por un solo

⁵¹ Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, 2005. Citada por Vicente Cintero: La Terapia Ocupacional, imprescindible en la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia. www.terapia-ocupacional.com

profesional, por lo que en muchos casos han de intervenir otros especialistas y, en este caso, especialmente el profesional de la edificación/construcción que puede valorar aquellos aspectos técnico-constructivos o de instalaciones para los que el TO no está preparado, como señala Grisbrooke (2006):

Los terapeutas ocupacionales no tienen un conocimiento importante de ciencias de la construcción: materiales, diseño de edificios o técnicas constructivas. Esta es la razón por la que trabajan dentro de equipos que incluyen a especialistas en edificación....

De similar modo Clutton et al.(2006: xi) señalan:

Así como algunas áreas de la terapia ocupacional basadas en aspectos médicos pueden mostrar una teoría y base prácticas bien delimitadas y centradas, el trabajo relativo a la vivienda cruza múltiples fronteras de dominios teóricos.

La evaluación de necesidades de la persona en su hogar requiere, de hecho (Pynoos et al. 2002), la intervención de distintos agentes:

- a) Consumidores/usuarios: propietarios, inquilinos, miembros de la familia y amigos.*
- b) Profesionales de la construcción: constructores, especialistas en reformas, encargados de mantenimiento, diseñadores de interiores, centros de atención de personas mayores y otras instituciones relacionadas.*
- c) Profesionales de geriatría y rehabilitación como terapeutas ocupacionales.*

Cada grupo tiene un punto de vista diferente sobre la persona y el entorno, pero todos ellos deben involucrarse en el proceso de modificación de las viviendas. Es pues importante entender sus respectivos objetivos, perspectivas y enfoques.

Estos autores señalan que los involucrados en las modificaciones del hogar ven el problema desde distintos ángulos:

Las personas mayores ven la dificultad y asignan prioridades a lo que debe hacerse, casi siempre con el presupuesto en mente.

Los profesionales de la construcción planifican, trazan o diseñan un nuevo espacio a medida pero rara vez evalúan explícitamente a la persona o a lo que se dedica este espacio.

Los terapeutas ocupacionales tienen el mejor entendimiento del desarrollo funcional y cómo las personas interactúan con el entorno, pero aunque sean los más cualificados para evaluar de manera global, no están formados en las estructuras y la construcción de la vivienda que hay que modificar.

Por ello es necesario que la valoración “objetiva” del terapeuta se complemente con una valoración subjetiva del usuario; algo que es ampliamente reconocido en el ámbito de la terapia ocupacional: *la componente ambiental debe ser valorada tanto desde la perspectiva del cliente, como del profesional, es decir, subjetiva y objetivamente.* (Fänge & Iwarsson, 2005). El estudio de Fänge e Iwarsson demuestra que no toda reducción de barreras conduce a mejorar la accesibilidad si las adaptaciones no se han realizado a la medida de la capacidad funcional de la persona, a lo que Golant (2003) añade, que desde la perspectiva del cliente no son las barreras ambientales o la accesibilidad per se el foco

de la adaptació, sino la necesidad y deseo de poder realizar actividades en el entorno del hogar.

En definitiva la valoración no es infalible ni inmutable, no hay soluciones universales, puesto que la interacción persona-vivienda genera infinitas variantes. Un cierto grado de prudencia y prevención respecto a las soluciones adecuadas en cada caso se tiene que mantener presente en todos los casos. Según Clutton et al.(2006: xi) *las características de la práctica en este campo hoy es la de ponerse “manos a la obra”....y encontrar qué es lo que funciona mejor por la vía de ponerlo en práctica.*

Lo que estas afirmaciones manifiestan es que el proceso de información y valoración para una correcta intervención de adaptación funcional mediante ayudas técnicas u/ y obras tiene una gran importancia y su ejecución es delicada. La gran cantidad de factores que han de ser considerados en un proceso de adaptación, más allá de comprometer o poner en tela de juicio el papel y preparación del terapeuta para poder actuar en este campo, lo que hace es reforzar el argumento de la necesidad del trabajo multidisciplinar y coordinado en el proceso de adaptación funcional.

En contraste con ello hemos visto en capítulos anteriores que el proceso de valoración no siempre se lleva a efecto como condición previa a la concesión de una ayuda pública, lo que debe ser una carencia a resolver en el futuro.

En ese acercamiento práctico a la resolución de los problemas de AF la contribución del sector de las tecnologías de la rehabilitación y ayudas técnicas es una pieza clave. Soluciones impensables van haciéndose posibles gracias al desarrollo tecnológico y a la posibilidad de intervenir de forma menos drástica por medio de las ayudas técnicas adecuadas.

7.2.- Breve consideración sobre la formación del T.O

La primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional se funda en 1964 en Madrid, dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad. Desde 1967 los primeros cursos de nueve meses pasan a ampliarse a tres años. Desde 1990 es titulación universitaria de grado medio, dependiente del Ministerio de Educación. Actualmente la diplomatura de Terapia Ocupacional se imparte en 16 universidades españolas (APTONA-NALATE 2004)⁵²

Asignaturas (Diplomatura de Terapia Ocupacional. UAB 2007):

Assignatures troncal i obligatòries

Psicologia general i evolutiva

Salut pública

Sociologia

Fonaments de teràpia ocupacional I

Activitats de la vida diària i activitats ocupacionals

Anatomia i fisiologia

Cinesiologia

Fonaments de teràpia ocupacional II

⁵² APTONA-NALATE, Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (2004) Terapia Ocupacional. Manuscrito.

Geriatría
Inserció sociolaboral
Afeccions mèdiques i afeccions quirúrgiques
Desenvolupament de les capacitats funcionals
Ortesis, adaptacions i ajuts tècnics
Psicopatologia
Estades pràctiques I
Teràpia ocupacional aplicada en salut mental
Teràpia ocupacional aplicada en discapacitats físiques
Administració i gestió sanitària
Estades pràctiques II
Teràpia ocupacional aplicada en pediatria

Assignatures optatives

Bioestadística
Anglès
Informàtica aplicada
Psicomotricitat
Relacions humanes Introducció a la pedagogia
Ètica i legislació
Comunicació i documentació en teràpia ocupacional
Educació per a la salut Dinàmica de grups
Pràctica específica
Sexualitat i discapacitat

Para una intervención de asesoramiento en la Adaptación funcional de viviendas, la formación sobre modificación del entorno podría no estar contemplada de manera suficiente, si bien existe una asignatura (órtesis, adaptaciones y ayudas técnicas) donde esta temática tiene cabida directa. Un estudio más específico sobre accesibilidad y diseño de modificaciones básicas en el hogar requeriría un contenido curricular mayor, ya sea como materia básica o como especialidad a cursar en el último año de carrera. Aunque no se espera que el terapeuta pueda intervenir sólo en los casos de adaptaciones de cierta envergadura, su papel clave como intérprete de las necesidades e intermediario con las familias requiere un conocimiento suficiente. Como señala Grisbrooke (2006, op. cit.):

Al objeto de poder formular opciones realistas es apropiado que dispongan de un conocimiento de las normas de edificación, leer y hacer planos, procesos de desarrollo y ejecución y nociones básicas sobre cómo se construyen los edificios. No se trata, quizá, de un cuerpo teórico coherente, sino de una colección de habilidades y conocimientos útiles relacionados específicamente con el diseño accesible y los procesos de adaptación de viviendas

Quizá la adquisición de estos conocimientos requiera una subespecialización dentro de los estudios o un nivel de postgrado específico que dote a los terapeutas de las herramientas específicas para intervenir en este campo de la adaptación funcional de viviendas y entornos.

7.3.- Resultados de la encuesta a 56 terapeutas ocupacionales especializados en Adaptación Funcional de Viviendas

Objetivo y metodología

Con objeto de conocer de primera mano todas las circunstancias que concurren en la práctica de la adaptación funcional, así como los puntos de vista de los profesionales más cualificados para realizar la valoración de las necesidades de adaptación, se planteó la realización de encuestas o entrevistas a terapeutas ocupacionales. Se entendió que, con independencia de su mayor o menor implantación actual en el contexto de las profesiones socio-sanitarias que intervienen en el hogar de las personas dependientes éste era el perfil profesional central en el proceso de la adaptación funcional de la vivienda, del mismo modo que lo es en los países de referencia del estudio, como Suecia o Gran Bretaña.

Se decidió que el formato de encuesta podía ser más adecuado que el de entrevista dada la gran diversidad de procedimientos de financiación de adaptaciones que se presentaban en comunidades autónomas y municipios y el interés por disponer de una cierta base estadística de análisis. Por otra parte, la falta de estudios o referencias similares dificultaron la creación de un cuestionario más cerrado, por lo que se construyó un cuestionario amplio y con respuestas muy abiertas, que buscaba conjugar la recogida de información cualitativa de una entrevista en profundidad con la posibilidad de explotación estadística de datos de una encuesta.

El vehículo de distribución de encuesta debía partir de alguna plataforma de agrupamiento de los profesionales. No existiendo un colegio profesional centralizado y sí diversas asociaciones de carácter estatal y autonómico (algunas de ellas recién constituidas o en proceso de convertirse en colegios profesionales de ámbito regional), se contactó con las principales asociaciones: desde la asociación española, APETO, la catalana, APTOC, las aragonesa y navarra (ya colegios profesionales), COPTOA y COTONA, y otras, a fin de conseguir que canalizasen las encuestas hacia sus asociados. Paralelamente la encuesta se emplazó en una página web de referencia de este sector profesional: www.terapia-ocupacional.com y se incluyó en varios foros y boletines asociativos su existencia para que pudiera ser respondida de forma libre por sus asociados. Los cuestionarios señalaban explícitamente en su encabezamiento que iban dirigidos exclusivamente a profesionales socio-sanitarios que realizan asesoramiento sobre adaptaciones funcionales en la vivienda, en contacto directo con el cliente.

Una encuesta piloto fue revisada por un grupo de terapeutas ocupacionales de la asociación catalana, con mucha experiencia en la adaptación funcional. Sus criterios y correcciones fueron tenidas en cuenta para la versión definitiva.

El universo de encuesta no es muy amplio en España, pues esta profesión además de joven, está aún poco introducida en el –también joven y pequeño– ámbito técnico de la adaptación funcional de viviendas. Así como existen muchos terapeutas con conocimientos y experiencia en rehabilitación y ayudas técnicas o en asistencia personalizada en domicilios o residencias, es difícil encontrar profesionales que desarrollan su labor concretamente en la valoración de necesidades de adaptación funcional de viviendas. Por ello, otra parte de la distribución de encuestas se realizó a

través de las entidades que prestan el servicio de adaptación en domicilios: privadas en algún caso, y públicas en su mayoría.

La longitud y tiempo requerido para rellenar una encuesta tan cualitativa, y la falta de incentivos para hacerlo, eran otros factores que no hacían esperar una cumplimentación masiva, a pesar de su elevada difusión en el sector profesional buscado. El elevado tiempo necesario para codificar, informatizar y explotar la información resultante tampoco hacían recomendable un tamaño muestral elevado.

Perfil de la muestra

Fruto de la difusión señalada se recibieron 56 encuestas válidas, respondidas por terapeutas ocupacionales titulados, con experiencia en la valoración de casos de adaptación funcional de viviendas, y procedentes de distintos lugares del Estado (tabla).

CCAA_1					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alicante	1	1,8	1,8	1,8
	Andalucía	1	1,8	1,8	3,6
	Aragón	10	17,9	17,9	21,4
	Asturias	1	1,8	1,8	23,2
	C. Valenciana	1	1,8	1,8	25,0
	Cantabria	2	3,6	3,6	28,6
	Castilla la Mancha	1	1,8	1,8	30,4
	Cataluña	21	37,5	37,5	67,9
	Galicia	5	8,9	8,9	76,8
	Guipuzcoa	1	1,8	1,8	78,6
	Madrid	7	12,5	12,5	91,1
	Murcia	1	1,8	1,8	92,9
	Navarra	1	1,8	1,8	94,6
	País Vasco	3	5,4	5,4	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

La mayor implicación de las asociaciones profesionales de Cataluña y Aragón favoreció una mayor representación de estas CCAA en la investigación.

Aproximadamente la mitad de las respuestas procedieron de trabajadores fijos, una cuarta parte de personal contratado temporal y el resto como personal autónomo, de trabajo interino y otros. A lo largo del trabajo se ha comprobado que existe cierta inestabilidad laboral en el sector en relación con las tareas vinculadas a la adaptación funcional de viviendas, a la medida en que algunos de los programas sociales en que participan estos profesionales se desarrollan en “oleadas”, cuentan con escasos presupuestos y poca continuidad que no facilita actualmente su contratación fija.

Las tareas que realizan estos profesionales raramente están centradas de manera prioritaria o exclusiva en el asesoramiento de adaptaciones o uso de ayudas técnicas. La mayoría trabaja en rehabilitación funcional física o neurológica de personas con discapacidad, valoración y adiestramiento en el uso de AT's, valoración funcional de la persona o entrenamiento en AVD, además de la propia adaptación funcional de viviendas. Muchos de ellos, de hecho, destacan este factor como una causa de los problemas para el óptimo funcionamiento de los programas, como se señala más adelante.

Los TO encuestados han participado, según su propio testimonio, en un número de adaptaciones de viviendas cuya mediana ha resultado de 100 casos. Esto es: 22 de ellos tienen una experiencia de menos de 50 casos, 12 entre 50 y 200 y 16 han participado en más de 200 adaptaciones. Algunos de ellos tienen experiencia de más de 1000 casos, por lo que, en conjunto, podemos decir que se trata de un grupo experto y de procedencia variada, adecuado para los objetivos del estudio.

Las evaluaciones en que han participado se realizaron en hogares de personas mayores y discapacitadas, beneficiarias en un 24% de media, de un servicio público de ayuda a domicilio en el momento de la adaptación.

7.3.1.-Encuesta, Parte A: Tipos de adaptación más frecuentes

Los tipos de adaptación funcional que han realizado los terapeutas encuestados se especifican de mayor a menor, agrupados por espacios, en la siguiente tabla. En ella se recoge de indistinta lo que es simple valoración y asignación de ayudas técnicas, adaptaciones menores o realización de obras mayores.

Terapeutas ocupacionales que han participado en adaptaciones funcionales involucrando a los elementos señalados.

Tipo de Adaptación Funcional	Frecuencia	Porcentaje
Exterior/Entradas		
Rampas	41	74,5%
Ensanchamiento de puertas	36	65,5%
Escaleras	23	41,8%
Ascensores	21	38,2%
Pavimentación	16	29,1%
Enchufes o puntos de luz	16	29,1%
Puertas automáticas	4	7,3%
Cocina		
Cambio en la distribución	34	61,8%
Cambio de altura en superficies de trabajo	32	58,2%
Cambio de tiradores en armarios	15	27,3%
Cambio de cocina completa	4	7,3%
Baño		
Instalación de barras de apoyo	55	100%
Elevación de WC	52	94,5%
Retirada de bañera	46	83,6%
Asiento de bañera giratorio	46	83,6%
Asiento de ducha fijo	44	80,0%
Cambio en la distribución	43	78,2%
Suelo antideslizante	42	76,4%
Instalación de ducha	39	70,9%
Cambio de grifos	33	60%
Cambio de lavabo	28	50,9%
Adaptaciones en la puerta del baño	24	43,6%
Instalación de bañera	5	9,1%
Accesibilidad general/Otras medidas		

Cambio en la distribución	39	70,9%
Cambio de giro de puertas	13	23,6%
Cambio de puertas/ventanas	12	21,8%
Cambio de armarios	9	16,4%
<i>Total de casos: 55 en cada una de las posibles respuestas.</i>		

Tomando indistintamente los elementos de cada grupo podemos establecer un ranking de las adaptaciones más frecuentes en conjunto, en el que destacarían distintos elementos del baño, por este orden:

- (1) la instalación de barras de apoyo,
- (2) elevación del WC,
- (3) retirada de bañera
- (4) instalación de asiento para poder acceder a la bañera y a la ducha,
- (5) cambio de distribución del baño e
- (6) instalación de suelos antideslizantes.

Sólo entonces aparecen elementos ajenos al baño, como:

- (7) la instalación de rampas, y
- (8) cambios en la distribución general.

El baño es indudablemente el espacio principal en la actividad de valoración de los T.O respecto a la adaptación funcional de viviendas. Es aquí donde se focalizan las intervenciones principales, mientras son mucho menos frecuentes las intervenciones de tipo más complejo o estructural. De los 10 principales elementos susceptibles de adaptación (de acuerdo a la lista de la tabla anterior) los 7 primeros pertenecen al baño, el elemento 8º es relativo a la instalación de rampas, el 9º a la distribución de espacios en el hogar y el 10º es otra intervención en el baño, en relación a la ducha.

Lógicamente la frecuencia de estas intervenciones es consecuencia de la orientación de los programas y ayudas hacia la reforma fundamentalmente de instalaciones del baño. Pero esta orientación responde a la realidad de que el baño es, en efecto, el punto más negro en la accesibilidad del interior de un hogar.

Así lo señala el Libro Verde: La Accesibilidad en España (Alonso 2002: 77) a partir de un estudio sobre 199 planos de viviendas construidas en el periodo 1999-2000:

BAÑOS: Es la asignatura pendiente de la accesibilidad en las viviendas. En efecto, el 96% de los baños de viviendas analizadas sólo disponen de espacio libre para inscribir un círculo de diámetro igual o inferior a 1,20 m, lo que significa que prácticamente la totalidad de los baños son inaccesibles.

Este resultado es independiente del número de baños que posea la vivienda y de la superficie total destinada a ellos, estimándose que la superficie deficitaria media en los baños para que seann accesibles es inferior al 3% de la superficie total útil de la vivienda.

Aunque en ese Libro Verde no se analizaron específicamente las necesidades de acceso a una bañera o ducha, queda claro que la insuficiente disposición de espacio por si misma ya convierte al baño en el punto crítico de cualquier necesidad de adaptación.

Los beneficiarios de las adaptaciones en nuestro estudio han sido fundamentalmente personas de 65 o más años. Los terapeutas encuestados, de acuerdo a su experiencia, reconocen que aproximadamente el 70% de las adaptaciones tienen como destinataria a la población mayor.

Por otra parte, el conocimiento de los usuarios y su familia sobre la posibilidad de mejorar funcionalmente su vivienda fue reconocido como “bajo” en un 76% de los casos. Este porcentaje es muy similar al que los terapeutas consideran que los usuarios tienen sobre la existencia de AT que puedan mejorar sus AVD en el hogar. En este caso, el porcentaje de los terapeutas que afirman que el conocimiento es “ninguno” es aún mayor.

Conocimiento de los usuarios y sus familias respecto a la mejora funcional de su vivienda y existencia de AT para mejora de las AVD

Nivel de conocimiento de	Mejoras funcionales para el hogar		AT para mejorar las AVD en el hogar	
Alto	2	3,7%	0	0%
Medio	7	13%	4	7,5%
Bajo	41	75,9%	39	73,6%
Ninguno	4	7,4%	10	18,9%
n	54		53	
Mediana	3 (bajo)		3 (bajo)	
Media	2,87		3,11	

7.3.2.- Encuesta Parte B: Conocimiento y decisiones en la adaptación funcional

En un contexto como el descrito más arriba, de gran desconocimiento de los usuarios y sus familias respecto a las posibilidades de adaptación de sus viviendas, se plantean preguntas importantes relativas al desarrollo del proceso de información, asesoramiento y toma de decisiones, y el papel de los distintos agentes en todo ellos.

Es importante conocer qué papel juega cada agente de este proceso en la identificación de necesidades, valoración de posibilidades y toma final de decisiones respecto a la adaptación o AT adecuada en cada caso. Por ello, se ha preguntado, en primer lugar, sobre cuáles de las distintas personas o agentes identifican la necesidad de hacer adaptaciones en la vivienda. Los resultados han sido los siguientes:

Persona o entidad que identifica la necesidad de realizar una adaptación en el hogar (1=siempre; 2=mucha; 3=bastante; 4=poca; 5=nunca)	
	Media
Terapeuta ocupacional	1,8
Usuario o familiares motivados por el personal socio-sanitario	2,8
Propios usuarios o su familia sólo	3
Trabajador social	3
Servicios de Asistencia a Domicilio	3,1
Usuario o familiares motivados por el médico o personal sanitario	3,2
Médico o personal sanitario	3,3

Por tanto, los terapeutas consideran que la iniciativa de la adaptación surge fundamentalmente de su propia intervención, incluso más que del propio usuario o su familia, y de los otros agentes socio-sanitarios.

Por otra parte, los terapeutas se reconocen también como los que prioritariamente valoran y asesoran para llevar a cabo la adaptación.

¿Quién valora y asesora para llevar a cabo una adaptación? (1=siempre; 2=mucha; 3=bastante; 4=poca; 5=nunca)	
	Media
Terapeuta ocupacional	1,9
Servicios de Asistencia a Domicilio	3,2
Comerciales o distribuidores de material	3,2
Propios usuarios o su familia	3,4
Trabajador social	3,4
Médico o personal sanitario	3,7
Técnicos de la construcción (aparejadores, arquitectos)	3,8

Pero, con independencia de la situación actual ¿cuáles son los profesionales que deberían participar en la valoración y asesoramiento de las adaptaciones, de acuerdo a la opinión de los terapeutas?

Profesionales que deben participar en la valoración y asesoramiento de las adaptaciones (multirrespuesta)

Profesional	Frecuencia	Porcentaje
Terapeuta ocupacional	55	100%
Arquitecto	40	72,7%
Personal sanitario	23	41,8%
Trabajador social	19	34,5%

En *otras respuestas* se recogió una propuesta relativa a aparejador, y otra relativa a usuarios.

No cabe duda de que los terapeutas consideran su papel vital en el ámbito de la AF; en menor grado, pero también muy necesaria resulta, según ellos, la incorporación de profesionales con conocimientos sobre edificación y reformas de la construcción, señalando aquí al arquitecto (superior o técnico), muy por encima del personal sanitario o del trabajador social.

La necesidad de conformación de equipos técnicos que trabajen coordinadamente en la valoración y asesoramiento para poder ofrecer las mejores soluciones es una reivindicación frecuentemente escuchada en el sector, y que también fue recogida en la muestra, como ilustra la siguiente tabla.

Importancia del trabajo en equipo en la valoración y asesoramiento de las adaptaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Imprescindible	33	61,1%
Muy necesario	14	25,9%

Necesario	7	13,0%
Poco necesario	0	0%
Innecesario	0	0%

Total de casos: 54

Mediana: 1 (Imprescindible)

Media Ponderada: 1,5 (Imprescindible – muy necesario)

Hay que destacar, no obstante, que así como el 100% considera que los terapeutas deben participar en la valoración, no todos creen que ésta se deba desarrollar imprescindiblemente en equipo, de modo que entienden que hay asesoramientos que se pueden realizar por parte del terapeuta sin intervención de otros profesionales.

En la práctica, la adaptación cuando se desarrolla por más de un profesional no se está realizando de la forma coordinada que debiera. Preguntados al respecto, los terapeutas se reparten entre los que piensan que esa coordinación no se produce en la mayoría de casos, y los que piensan lo contrario, con ligera ventaja para aquellos. Una ligera mayoría de terapeutas considera que la coordinación no se da en más de la mitad de los casos, pero otro número significativo piensa lo contrario.

Coordinación entre el personal que valora y asesora la adaptación

Total de casos: 54 Media: 3,06 Mediana: 3,00

Nivel de coordinación	Frecuencia	Porcentaje
Siempre coordinada	2	3,7%
Coordinada en la mayoría de los casos	18	33,3%
Coordinada aproximadamente en la mitad de los casos	11	20,4%
No coordinada en la mayoría de los casos	21	38,9%
Nunca es coordinada, cada uno asesora y valora por su cuenta	2	3,7%

El resultado que podemos destacar como más representativo de la distribución de respuestas obtenidas es que cuando intervienen varios agentes en la valoración y asesoramiento se coordinan entre sí en aproximadamente la mitad de casos y no lo hacen en la otra mitad. No se han detectado pautas territoriales diferentes.

La decisión final

En cuanto a la decisión sobre la intervención a realizar, ésta es tomada fundamentalmente por la familia y, en menor medida, por el propio terapeuta; la participación en la decisión del resto de agentes es muy escasa, según los encuestados.

Frecuencia con que la decisión sobre la adaptación la toman...	
(1=siempre; 2=mucha; 3=bastante; 4=poca; 5=nunca)	
	Media
Propios usuarios o su familia	1,7
Terapeuta ocupacional	2,5
Trabajador social	3,5

Comerciales o distribuidores de material	3,6
Servicios de Asistencia a Domicilio	3,7
Médico o personal sanitario	3,9
Técnicos de la construcción (aparejadores, arquitectos)	3,9

Un cuadro de resumen final sobre todas estas preguntas relativas a qué agentes toman la iniciativa en las distintas fases del proceso muestra como los T.O. se consideran pieza clave en la mayor parte de las fases.

Resumen de la iniciativa y participación en el proceso de la ayuda para adaptación del hogar

(CLAVE: 1=siempre; 2=mucha; 3=bastante; 4=poca; 5=nunca)

AGENTE QUE TOMA LA INICIATIVA	Identifica la necesidad	n	Solicita la ayuda	n	Valora y asesora	n	Decide la adaptación	n
Propios usuarios o su familia	3	55	2,82		3,44	50	1,7	53
Usuario o familiares motivados por el personal socio-sanitario	3,2	52	x		x		x	
Usuario o familiares motivados por el médico o personal sanitario	2,8	54	x		x		x	
Terapeuta ocupacional	1,8	54	2,41		1,87	55	2,5	51
Trabajador social	3	54	2,36		3,40	53	3,5	46
Médico o personal sanitario	3,3	50	3,78		3,69	51	3,9	47
Servicios de Asistencia a Domicilio	3,1	52	3,32		3,22	51	3,7	46
Técnicos de la construcción (aparejadores, arquitectos)	x		4,46		3,78	50	3,9	50
Comerciales o distribuidores de material	x		3,85		3,26	53	3,6	49

El usuario no suele estar solo ni ser protagonista en identificar la necesidad de una adaptación funcional, aunque a menudo toma conciencia a través del personal sanitario que lo trata. Según los terapeutas encuestados la iniciativa en cuanto a percibir esa necesidad surge precisamente de ellos, que son quienes identifican las mejoras potenciales que esa persona puede experimentar gracias a la intervención sobre su entorno residencial.

En la solicitud de ayudas, en cambio, el papel del trabajador social destaca sobre los demás, aunque el propio terapeuta también tiene una intervención frecuente, casi al nivel

del anterior. En un tercer nivel, la familia o el propio usuario también toman la iniciativa de buscar las ayudas y solicitarlas.

La parte técnica de la valoración y asesoramiento sobre las soluciones más adecuadas la desarrolla fundamentalmente el terapeuta; en menor medida todos los demás agentes participan con una intensidad muy similar en la determinación del tipo de soluciones necesarias: personal que presta el servicio de asistencia a domicilio, trabajadores sociales, usuarios, personal sanitario o técnicos de la construcción.

Por último, la decisión final sobre qué adaptaciones realizar es tomada mayoritariamente por los usuarios o sus familias y con una intervención más activa del terapeuta que de otros técnicos.

Vemos, por tanto, que el papel del terapeuta es principal en la identificación de la necesidad y en la valoración y asesoramiento sobre las ayudas técnicas o reformas a realizar.

El trabajador social participa sobre todo en proponer al usuario y familia la solicitud de ayudas y realizar el proceso correspondiente. En menor medida suelen participar en la identificación de la necesidad y mucho menos en los otros dos procesos señalados.

La formación o entrenamiento en el uso de AT o adaptaciones

No es lo mismo entrenar una habilidad en un departamento de terapia ocupacional que poner en práctica dicha habilidad en el hogar (Matilla, 2003). Para aumentar la funcionalidad del paciente o usuario, es necesario que este se habitúe a la nueva situación, tras la adaptación o incorporación de AT, aprenda a utilizarla, sus límites y posibilidades de autonomía en ese nuevo contexto, etc. Esta es una de las actividades para las que están especialmente formados los terapeutas y que resulta fundamental para conseguir la efectividad de la AF.

Varias preguntas del cuestionario abordan aspectos complementarios o se vinculan con el tema del entrenamiento. Un número importante de las propuestas de las T.O. están relacionadas con este aspecto. Se aborda directamente en las preguntas que se desarrollan a continuación

¿Qué importancia concede Vd. a la **formación** en el uso de las Ayudas Técnicas o adaptaciones proporcionadas?

Importancia de la formación en el uso de AT o las adaptaciones

Importancia de la formación	Frecuencia	Porcentaje
Imprescindible	45	81,8%
Mucha	9	16,4%
Bastante	1	1,8%

Total de casos: 55

Mediana: 1 (Imprescindible)

Media Ponderada: 1,2 (Imprescindible)

¿Esta correspondida esta importancia con la formación que se ofrece a los usuarios y sus familias?

Frecuencia con la que los usuarios o sus familias reciben formación sobre el uso de AT o las adaptaciones

Importancia de la formación	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	12,7%
En la mayoría de los casos sí	25	45,5%
Aproximadamente en un 50% de los casos sí	7	12,7%
La mayoría de los casos no	15	27,3%
Nunca	1	1,8%

Total de casos: 55

Mediana: 2 (En la mayoría de los casos sí)

Media Ponderada: 2,65 (En la mayoría de los casos sí - Aproximadamente en un 50% de los casos sí)

Podemos decir que el entrenamiento y formación forma parte de los programas de adaptación pero en menor medida de lo deseable. Dada la importancia de este tema, incluimos los comentarios de las terapeutas, que justifican la valoración otorgada:

- *En la mayoría de los casos no se recibe esta formación, sino son asesorados por TO o rehabilitación domiciliaria y bajo demanda de la familia y/o usuario.*
- *Generalmente solo se las venden*
- *A veces tienen AT en casa que no saben usar, porque nadie les ha explicado su uso*
- *Cuando las compran no conocen el correcto uso y nadie se lo explica*
- *Cuando un OT decide una adaptación siempre habrá una formación y entrenamiento (7)*
- *Hay pocos TO que se dediquen a ello. Otros profesionales sin formación intentan hacerlo*
- *Solo se recibe formación cuando la ayuda es pautada desde rehabilitación o profesionales*
- *Muchas veces se entrena al afectado y no se modifican las actitudes en el familiar ante la AT*
- *Es mas complicado cuando el usuario reside lejos porque no podemos hacer un entrenamiento en domicilio y en ocasiones no pueden venir al centro para recibir la información*
- *A parte de la formación deben llevar un seguimiento por parte de la persona que le ha recomendado*
- *los auxiliares a domicilio deberían recibir formación para el uso de las AT*
- *sería necesario que la recibieran el servicio de ayuda a domicilio también*
- *la mayoría de las veces no saben sacarle partido a las ayudas adquiridas*

7.3.3.- Encuesta Parte C: La ejecución de los programas de adaptación

Los espacios de la inaccesibilidad

Los terapeutas fueron preguntados sobre los espacios o elementos que, según su experiencia, más limitan la autonomía de las personas dependientes. En primer lugar debieron ordenar de mas a menos limitante los espacios que presentamos, ya ordenados de acuerdo a sus respuestas, en la tabla siguiente:

Calificación de los espacios cuya inaccesibilidad limita la autonomía de la persona dependiente
(1=espacio más limitante; 8=menos limitante)

	Mediana
Escalera	1
Baño	1
Entrada	3
Ascensor	4
Dormitorio	5
Pasillos	5
Cocina	5

N= 54, Media: 3,80, mediana= 3

La jerarquía de espacios que se deduce de la tabla confirma lo que ya se ha percibido en otras partes del trabajo: que la escalera en las zonas comunes y el baño en las privadas son los espacios más problemáticos para alcanzar el nivel de accesibilidad y autonomía necesarios. Al respecto los T.O. manifiestan prácticamente una total unanimidad.

Además de los citados en la tabla, se citaron en “otros” los siguientes: comedor, puertas, acceso a garaje, sala de estar, terraza y patio, jardines

En segundo lugar se solicitó que se especificasen con más detalle los problemas más habituales que encuentran en las viviendas. Sus respuestas confirmaron la ordenación anterior, aportando mayor detalle sobre los elementos que crean la inaccesibilidad. Una breve síntesis de las 49 respuestas abiertas válidas sería la siguiente:

- **Accesibilidad a la vivienda:** citados 31 problemas vinculados con ella. En concreto, los más repetidos: escaleras, falta de ascensor, escaleras en zonas comunes, espacios estrechos con dificultades de maniobra, rampas muy inclinadas.
- **Cuarto de baño:** citados 30 problemas vinculados con este espacio. En concreto, los más repetidos: acceso a bañera e inodoro, falta de sitio de maniobra, puertas estrechas o problema de acceso en silla de ruedas.

También es importante analizar el tema desde el punto de vista de la **tarea que realizan los cuidadores**. Los espacios en que se ha considerado que las barreras más dificultan su actividad son:

Calificación de los espacios que dificultan la tarea de los cuidadores (1=mayor dificultad; 8=menor dificultad)	
	Mediana
Baño	1
Dormitorio	1
Escalera	2
Entrada	3
Ascensor	4
Pasillos	5
Cocina	6

El tipo de problemas que más citan tienen que ver con la movilización de la persona dependiente: dificultad de transferencia a aseo o bañeras por espacios pequeños, dificultades para mover a la persona, levantarla de la cama, asearla, falta de ascensores o pequeñez de estos, falta de barras de apoyo.

Factores que disuaden o impiden a las familias acceder a los programas de ayudas para la adaptación funcional de las viviendas

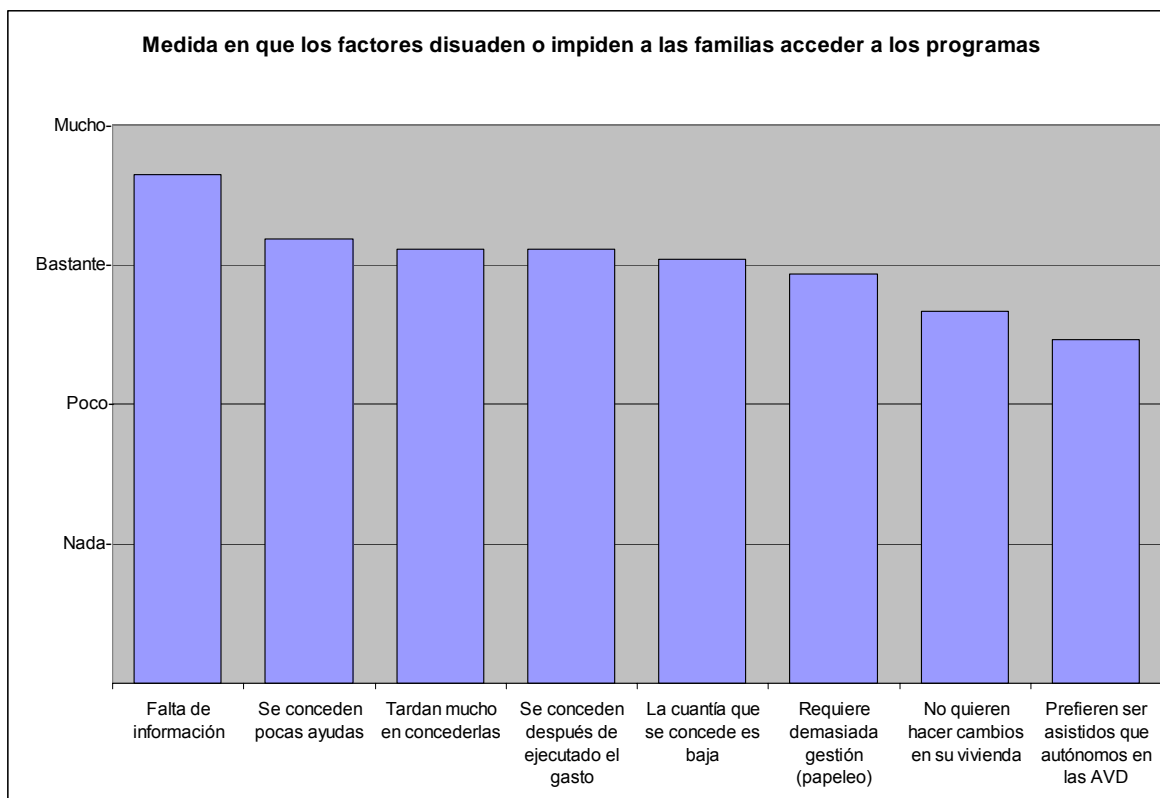
Es importante, tanto para el usuario, como para la cuidadora, determinar qué es lo que impide acceder a las ayudas existentes, pero entendiendo que ésta no es sólo una ayuda económica, sino la posibilidad de acceso a un asesoramiento técnico adecuado y riguroso, algo que no se puede obtener de la simple relación comercial establecida con un establecimiento de venta de Ayudas Técnicas, ni de la establecida a otro nivel con el personal médico o sanitario.

La pregunta trata, en definitiva, de conocer los factores sobre los que se ha de hacer mayor énfasis para facilitar a las familias e individuos con limitaciones funcionales el acceso a los programas públicos de ayudas para la adaptación de sus viviendas.

Medida en que distintos factores disuaden o impiden a las familias acceder a los programas
(1=mucho; 2=bastante; 3=poco; 4=nada)

Factores que dificultan acceder a los programas	N	Media	Mediana	Desv. tip.
Falta de información	56	1,36	1,0	0,55
Se conceden pocas ayudas	55	1,82	2,0	0,72
Tardan mucho en concederlas	56	1,89	2,0	0,59
Se conceden después de ejecutado el gasto	54	1,89	2,0	0,82
La cuantía que se concede es baja	56	1,96	2,0	0,83
Requiere demasiada gestión (papeleo)	56	2,07	2,0	0,81
No quieren hacer cambios en su vivienda	56	2,34	2,0	0,72
Prefieren ser asistidos que autónomos en las AVD	56	2,54	2,0	0,74
Poca conciencia del problema	56	2,62	3,0	0,73
Desacuerdos familiares	56	2,62	3,0	0,68
Les da miedo recibir menos atención si realizan la adaptación	55	2,84	3,0	0,76

Miedo a no desenvolverse bien	56	2,88	3,0	0,60
Malas referencias de otros vecinos/familiares	56	3,16	3,0	0,60
Quieren proteger su intimidad	56	3,18	3,0	0,64
No quieren que les impongan soluciones	56	3,23	3,0	0,54
Desconfianza hacia el personal y técnicos	55	3,24	3,0	0,58



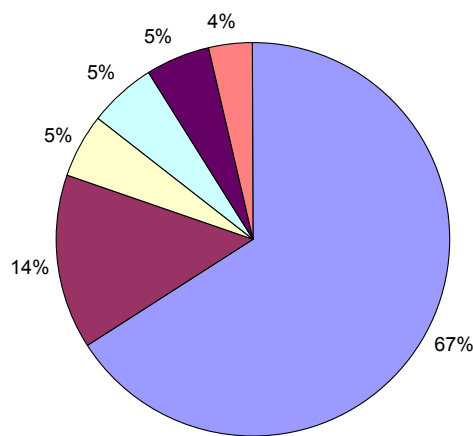
Vemos que la falta de información sobre la existencia de los propios programas es el principal escollo, reconocido como factor muy importante por una gran mayoría de los encuestados. La insuficiencia de ayudas es el segundo, aunque aquí hay más disparidad en las respuestas. A continuación, los diversos problemas de gestión existentes son las siguientes razones que dificultan su mayor disponibilidad. Destaca aquí el que tardan mucho en concederlas, lo que también es un problema reconocido de forma muy general por los terapeutas.

De manera complementaria y para precisar más cómo los distintos factores inciden dificultando el acceso de las familias y usuarios a ayudas públicas para la adaptación funcional de las viviendas se solicitó a los terapeutas encuestados que seleccionaran el factor de la lista anterior que consideraran más importantes. El 66% señaló la falta de información, lo que muestra con más rotundidad aún la carencia que existe en este sentido.

Factores con mayor importancia que dificultan el acceso a las ayudas

	Frecuencia	Porcentaje
Falta de información	36	66,1%
Se conceden pocas ayudas	8	14,3%
Requiere demasiada gestión (papeleo)	3	5,4%
Tardan mucho en concederlas	3	5,4%
Se conceden después de ejecutado el gasto	3	5,4%
No quieren hacer cambios en su vivienda	2	3,6%
Total de casos: 55		

Factores con mayor importancia que dificultan el acceso a las ayudas



Falta de información	Se conceden pocas ayudas
Requiere demasiada gestión (papeleo)	Tardan mucho en concederlas
Se conceden después de ejecutado el gasto	No quieren hacer cambios en su vivienda

Propuestas de los terapeutas ocupacionales para mejorar la ejecución de los programas

En pregunta abierta se solicitaron propuestas para mejorar la ejecución de los programas de AF. Los resultados codificados se muestran en la siguiente tabla:

N= 42

PROPUESTA (respuesta abierta codificada)	Frecuencia
Más información sobre las ayudas	17 (40%)
Más presupuesto o más ayudas	12 (29%)
Mejoras en la tramitación, más rapidez	11 (26%)
Más coordinación técnica / trabajo en equipo	10 (24%)
Más valoración y seguimiento a domicilio	8 (19%)
Mayor presencia de los T.O.	7 (17%)
Mejor formación de técnicos	2 (5%)
Más estudio de necesidades	2 (5%)
Profesionalización de las empresas	1 (2%)
Más bancos de ayudas técnicas	1 (2%)

La respuesta es coherente con las dos preguntas anteriores, lo que contribuye a establecer de forma muy fiable que:

- información
- presupuesto
- rapidez y eficiencia en la gestión

son las principales asignaturas pendientes del sistema de ayudas existente.

Bancos de ayudas técnicas

Los llamados *bancos de ayudas técnicas* son sistemas de préstamo, recuperación y almacenaje de mobiliario, aparatos o dispositivos para su uso por personas con limitaciones funcionales por un tiempo que puede estar delimitado o ser indefinido, pero con expectativa de devolución para su utilización por otros usuarios. Constituyen una buena manera de proveer de ayudas técnicas de coste considerable a población que precisa su uso durante un tiempo que se espera no sea muy elevado, de modo que puedan ser devueltas para su préstamo posterior a otros usuarios.

En aproximadamente la mitad de las localidades donde ejercen los TO encuestados existe este servicio

Existencia de un sistema de recuperación o un banco de AT en la localidad/autonomía

N=55 casos

Existencia Banco de AT	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	49,1%
No	28	50,9%



Funcionamiento	N	%
Bueno	3	5,4
Regular	15	26,8
Malo	4	7,1
No sabe	3	5,4

De los 25 terapeutas que responden evaluando el sistema de banco de AT de su localidad, sólo un 12% lo define como *bueno*, frente a un 60% que lo considera *regular* y un 16% *malo*.

Las dificultades para desarrollar y gestionar adecuadamente un banco de estas características son evidentes: coste de las ayudas, especialmente las que requieren mayor tecnología, actualización -pues se trata de un sector en constante evolución- y logística, incluyendo el sistema de transporte, gestión de almacén, mantenimiento, rapidez de recogida, información sobre unidades en desuso, etc. Además, es preciso prestar un servicio de entrenamiento o información sobre su uso.

Todo ello fácilmente puede desbordar las capacidades de los servicios sociales, por lo que es interesante la concesión a una empresa de la gestión de todo el servicio, como se realiza, por ejemplo, en Guipúzcoa.

Algunas sugerencias recogidas para la mejora de los bancos de AT:

- Aumento del catálogo de AT existentes en el banco
- Debería haber uno en cada población

- Espacio de almacenaje mayor, mejores instalaciones
- Mejorar la organización
- Más personal para su gestión
- Más cobertura y menos trámites
- Personal cualificado para gestión
- Idem para entrenamiento
- Disponer de espacios para prueba
- Disponer de la oferta existente en una base de datos en internet
- Sensibilizar sobre su uso adecuado

El papel del terapeuta ocupacional en la adaptación funcional de las viviendas

Se analiza el papel profesional que desarrollan los terapeutas, en este ámbito de trabajo, y sus circunstancias. En primer lugar, en pregunta abierta se solicitó identificar los problemas en la ejecución de los programas de adaptación funcional de viviendas, desde el punto de vista de su ejercicio profesional. Una vez codificadas las respuestas se identifican los siguientes comentarios:

Problemas para la ejecución de los programas relativos al ejercicio profesional:

Poca valoración profesional, desconocimiento o no consideración

del papel del terapeuta ocupacional (TO) 18 comentarios

Falta de medios económicos y de ayudas 9 comentarios

Poco tiempo o continuidad en la valoración..... 6 comentarios

Falta coordinación con otros profesionales..... 5 comentarios

Desconocimiento de las AT 4 comentarios

Demasiada burocracia, poca capacidad ejecutiva..... 4 comentarios

Poca conciencia social del problema 2 comentarios



En segundo lugar se pregunta por propuestas o sugerencias para mejorar el papel que desarrollan estos profesionales, obteniéndose –una vez codificadas- las siguientes respuestas:

Propuestas y sugerencias para mejorar el papel del terapeuta

<i>Mayor presencia de los TO en los equipos, atención primaria, administración, etc.</i>	10 coment.
<i>Reconocimiento profesional e inserción laboral del TO</i>	9 coment.
<i>Mayor difusión del trabajo y consideración social del TO</i>	8 coment.
<i>Más tiempo y dedicación a la valoración</i>	8 coment.
<i>Promocionar su trabajo, mayor formación</i>	5 coment.
<i>Coordinación con otros profesionales, trabajo multidisciplinar</i>	5 coment.
<i>Más información sobre las AF, posibilidades de autonomía y el papel en ello del TO</i>	4 coment.

7.3.4.- Encuesta, Parte D: COBERTURA

Elementos que deberían ser financiados por los programas de adaptación funcional

Se pidió a los encuestados que indicasen de una lista cerrada qué elementos consideraban debían ser financiados por los programas públicos de ayudas a la adaptación funcional y que actualmente no fueran financiados. El resumen de la selección es el siguiente:

Elementos que deberían ser financiados por los programas de Adaptación Funcional que actualmente no lo son

Lista cerrada ofrecida en cuestionario juntando personas mayores y con discapacidad

Tipo de Adaptación Funcional	Frecuencia	Porcentaje
Ayudas técnicas	59	53%
Obras	56	50%
Dispositivos para superar desniveles	55	49%
Mobiliario	44	39%
Otros	31	28%
Domótica	31	28%
	276	
<i>Multirrespuesta. Total de casos: 56</i>		

Las soluciones de domótica se han señalado significativamente con mayor frecuencia para personas con discapacidad (35,71%), que para personas mayores (19,64%) El mobiliario adaptado se ha señalado, por el contrario más para las personas mayores (46,4%) que para las personas con discapacidad (31,14%).

Los elementos concretos más citados se detallan a continuación.

Ayudas técnicas:

Ayudas diversas para aseo (elevadores WC, sillas, sillas bañera y ducha, tablas), comida (cubtería adaptada) y otras AVD
Ayudas dormitorio (conos elevación
Sillas de ruedas

Mobiliario

Camas articuladas, gruas, butacas, sillones geriátricos

Obras

De adaptación baños (distribución, cambio de bañera por ducha,, lavabo) vivienda (accesos, rampas, ascensores, puertas)
Adaptación cocinas

Domótica

Porteros automáticos, mandos, teléfono, teleasistencia, prevención de riesgos, timbres

Superar desniveles

Ascensores, montaescaleras, ,orugas, rampas y rampas plegables, telesillas, nivelación de suelos

Otros

Se señala que en varias CC.AA. y comunidades forales se financian todos, pero la cuantía disponible es a menudo baja y el proceso lento

7.3.5.- Encuesta, Parte E: Evaluación y Resultados de las ayudas

Efectividad de los programas de provisión de Ayudas Técnicas y obras de Adaptación para atender las necesidades funcionales de la persona

Los encuestados debían valorar el grado en que la provisión de Ayudas Técnicas realizada en su localidad se ajustaría a las verdaderas necesidades funcionales de las

personas en el hogar. Para ello se ofrecía una escala de valoración graduada de 0 a 10, donde 0 equivale a pésimo, 5 a aceptable y 10 a inmejorable.

Del mismo modo debían señalar, con igual escala, el grado de eficacia que alcanzan las obras de adaptación funcional que se realizan en la localidad en que trabaja el terapeuta

Es importante reseñar que el texto de la pregunta incluyó la siguiente nota: “para responder no tenga en cuenta si la cobertura es amplia o escasa, sino si las ayudas concedidas alcanzan el objetivo buscado”, con el fin de que la valoración no se centrara en las sabidas insuficiencias presupuestarias de los programas, sino en el diseño y efectividad de estos a la escala disponible.

El siguiente cuadro resume los valores obtenidos

Grado de ajuste de los programas locales a las necesidades funcionales de las personas dependientes

Escala: 0 equivale a pésimo, 5 a aceptable y 10 a inmejorable.

	Ayudas Técnicas	Obras
Media	5,16	4,88
Mediana	5,00	5,00
Desv. Típica	2,87	2,53
N válido	38	52

Como vemos están mejor valorados los programas de provisión de AT que los de realización de obras de adaptación, pero en ambos casos están próximos al “aceptable” como valor medio.

Es importante interpretar el resultado en la medida de lo que se valora, que es el diseño y funcionamiento de los programas y no su alcance (aunque este aspecto incida inevitablemente sobre muchas valoraciones). El sentido que adquieren las notas obtenidas es por ello mayor, ya que muestra que los programas existentes no están bien diseñados o ejecutados y son poco satisfactorios para los técnicos involucrados.

Por otra parte, además del valor medio hay que considerar la elevada dispersión de las valoraciones, tanto en un caso como en otro, pero sobre todo en relación con los programas de provisión de ayudas técnicas. Así, de 38 valoraciones obtenidas, 12 están en el rango de 0 a 3, 11 entre 4 y 6 y 15 entre 7 y 9. Llama la atención que existan tres ceros y siete nueves.

La mayor dispersión se da en Cataluña donde las 7 valoraciones obtenidas corresponden a notas diferentes, lo que indica que puede haber situaciones muy diversas dentro de la ejecución del programa correspondiente, dependiendo de la entidad que finalmente intervenga, y también puede denotar un insuficiente control de ejecución. Las notas más elevadas se dan en País Vasco. Estos resultados territoriales se deben tomar con reserva en la medida en que los tamaños submuestrales son muy pequeños, aunque a nivel global resultan sintomáticos de que existe un margen de mejora elevado en el diseño y ejecución de los programas.

Fundamento de las valoraciones otorgadas:

Estas valoraciones se han fundamentando además mediante comentarios abiertos en ambos casos. A continuación se recogen algunas respuestas que tocan aspectos críticos o negativos de las ayudas y de su sistema de provisión. No se identifica, lógicamente, a qué Comunidad Autónoma o Localidad se refieren los comentarios:

Sobre obras de adaptación funcional

- *El importe concedido es insignificante*
- *Muchas de las obras son para cubrir expediente*
- *El asesoramiento lo realiza una persona no formada*
- *Poca gente se gasta dinero para hacer obras*
- *Las empresas desconocen los problemas asociados a la discapacidad del usuario.... Se realizan adaptaciones inútiles*
- *Aunque se realice asesoramiento, pocas veces el operario hace una colocación acorde con lo indicado*
- *Muchos casos en que la adaptación no es la más funcional.*
- *No son funcionales, se realizan sin asesoramiento*
- *Lo excepcional es que te concedan una ayuda*
- *Las hacen por su cuenta, sin consultar, y luego piden la financiación.*
- *Se hacen muy pocas, y lo justo porque es mucho dinero y no hay subvenciones*
- *Muchas veces la realización de las mismas se realizan con criterios a corto plazo, situación actual del sujeto y de la ayuda del familiar o tercera persona, con criterios generalistas y no específicamente centrados en el marco socio-familiar del sujeto.*
- *Como no hay comunicación entre TO y obreros, las obras no son siempre como debieran*

Otras respuestas, muchas menos, fundamentan la valoración positiva de los programas que financian obras de adaptación funcional:

- *Se conceden las ayudas en base a una valoración profesional del TO que visita a la persona que la solicita.*
- *En la medida en que se realiza una orientación en el propio domicilio y entorno y se hace un entrenamiento en el manejo y uso de las AT, se cumple con los objetivos de mejora funcional.*
- *Las pocas que conozco solucionan barreras reales a los pacientes, pero tendrían que ser más las ayudas*
- *Generalmente cuando la gente hace obras, realiza las que le son necesarias pq es decisión que cuesta tomar, y cuando lo hacemos lo hacemos bien*

Sobre la provisión de Ayudas Técnicas. Existen muchos comentarios críticos con el sistema de ayudas y con la situación en general

- *Las ayudas son nulas o pocas*
- *Poco material para préstamo y es obsoleto*

- *Son necesarias valoraciones más rigurosas y exhaustivas y mayor implicación institucional*
- *Como las familias pagan una parte se preocupan de que sirva, confían en los distribuidores, pero estos no hacen una buena valoración.*
- *No hay ningún apoyo institucional. El particular no sabe a quién acudir.*
- *Los pacientes no tienen información sobre las AT y adaptaciones, hasta que un TO valora su domicilio, y esto se realiza en muy pocos casos y casi siempre a nivel privado.*
- *Es inexistente el banco de AT, que resolvería situaciones eventuales a bajo coste.*
- *Las únicas AT que hay en distintos centros son sillas de ruedas y andadores.*

Y también otros comentarios positivos:

- *Es cierto que las ayudas técnicas básicas sí están cubiertas*
- *Lo valoramos los terapeutas y se ajusta bastante bien.*
- *La provisión de ayudas se ajusta a las necesidades prácticamente en todos los casos*
- *Se cumplen con los objetivos de mejora funcional.*
- *Se conceden las ayudas en base a una valoración profesional del TO, que visita a la persona que la solicita*

Es difícil saber hasta qué punto ha tenido efecto la nota introducida para que la cobertura no fuese el elemento valorado, pero estos comentarios no parecen estar centrados en este aspecto y sí, en cambio, en otros, de tipo positivo o negativo, más relacionados con el sistema, la valoración y otros criterios.

A modo de conclusión, el siguiente cuadro resume el número de comentarios positivos y negativos sobre cada marco de ayudas. Entendemos como positivos también los comentarios que describen sin juicio de valor el sistema existente o alguna de sus prestaciones. Entendemos como comentarios negativos los que hacen referencia a mal uso de las ayudas o desconocimiento por parte de las familias.

Puede haber comentarios incluidos dos veces, como positivo y negativo, en la medida en que pueden abordar con distinto signo aspectos diferentes, pero los comentarios del mismo signo sólo se incluyen una vez

Valoraciones de los T.O.	Sobre provisión AT	Sobre obras AF
POSITIVA	44% n=15	33% n=15
NEGATIVA	56% n=19	67% n=31
Total	100% n=34	100 % n=46

Las valoraciones que destacan aspectos negativos son clara mayoría, especialmente en la valoración de los programas de reformas, como se corresponde con los valores obtenidos. Las carencias señaladas por las terapeutas son claramente mayores en relación con las adaptaciones del hogar que implican obras y modificaciones.

Valoración de aspectos concretos de los programas

En la parte final del proceso de encuestas se realizó un cambio de cuestionario relativo a los programas de Adaptaciones Funcionales a fin de obtener una valoración de aspectos concretos de éstos en vez de una valoración global. Sólo se pudo obtener una submuestra de 16 encuestas con ese cuestionario ligeramente diferente; los resultados son los siguientes:

Valoración de las ayudas existentes

(1=pésimo; 5=aceptable; 10=inmejorable)

	Media	Mediana
Otros criterios de concesión	4,29	5
Asesoramiento previo a la adaptación	4,14	4,5
Cuantía de las ayudas individuales	3,87	4
Criterios económicos (rentas) de concesión	3,87	4
Facilidad de gestión	2,8	4
Asesoramiento posterior a la adaptación	3,07	3
Coordinación entre administraciones (en su caso)	2,86	3
Rapidez de gestión	2,4	3

Como vemos, en estos casos la valoración media de los distintos conceptos es más baja que cuando la valoración es global. Resulta más fácil para el encuestado ofrecer valores extremos cuando se le pregunta sobre aspectos concretos del programa que cuando se le pregunta sobre el programa en su totalidad. Esto es particularmente cierto cuando el encuestado se encuentra valorando un aspecto de las ayudas inexistente en su comunidad u otro que constituye un problema específico grave del sistema. Así, hay conceptos que, por uno u otro motivo, se han valorado con zeros repetidamente, como:

- “rapidez de gestión”: cinco zeros sobre quince valoraciones
- “asesoramiento posterior a la adaptación”: cuatro zeros sobre quince valoraciones (denotando que tal asesoramiento o entrenamiento en el uso de la adaptación no existe).
- “coordinación de las administraciones”, tres zeros sobre catorce valoraciones

Pero con independencia de los valores absolutos obtenidos, que denotan que una parte importante de los terapeutas tienen una insatisfacción grande con los programas existentes, lo que más nos interesa es comprobar que los aspectos organizativos (rapidez, coordinación entre administraciones, o facilidad de gestión) pueden ser los peor valorados, incluso peor que la cuantía de las ayudas, aspecto siempre destacado negativamente.

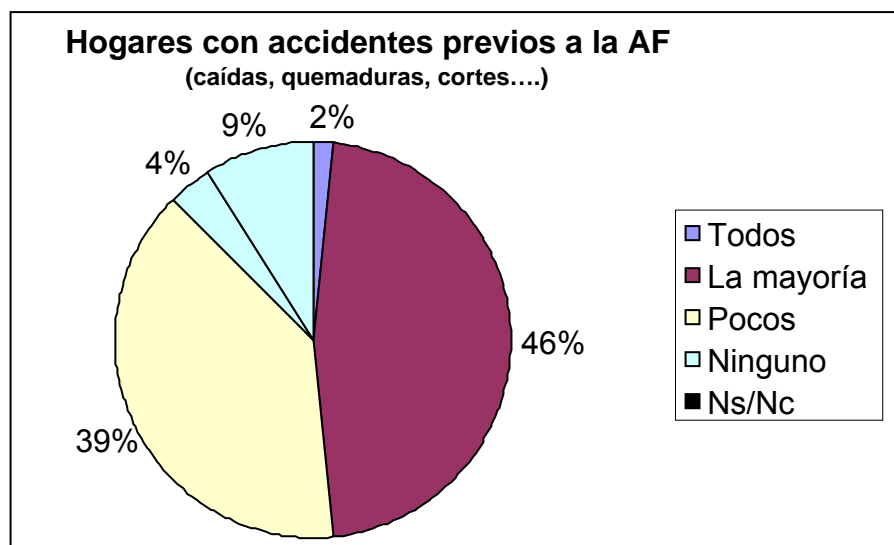
7.3.6.- Encuesta, Parte F: Efectos preventivos de la adaptación

Una de las partes del cuestionario que ha recibido respuestas más destacables por su importancia y trascendencia es la relativa a los accidentes producidos en el hogar de los pacientes y familias asistidas o asesoradas por las terapeutas. La vinculación entre accidentalidad en el hogar y diseño funcional de éste no es fácilmente precisable, pero constituye un dato importante que, de acuerdo a la experiencia de estos técnicos,

expertos en la relación problema funcional-entorno, esta vinculación sea tan clara y consistente como muestran las respuestas a las tres preguntas formuladas.

La primera pregunta realizada es ¿En cuántos casos de los que Vd. ha participado, y previo a la Adaptación Funcional, se habían producido accidentes en el hogar (caídas, quemaduras, cortes...)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos	1	1,8	2,0	2,0
	Mayoría	26	46,4	51,0	52,9
	Pocos	22	39,3	43,1	96,1
	Ninguno	2	3,6	3,9	100,0
	Total	51	91,1	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,9		
Total		56	100,0		



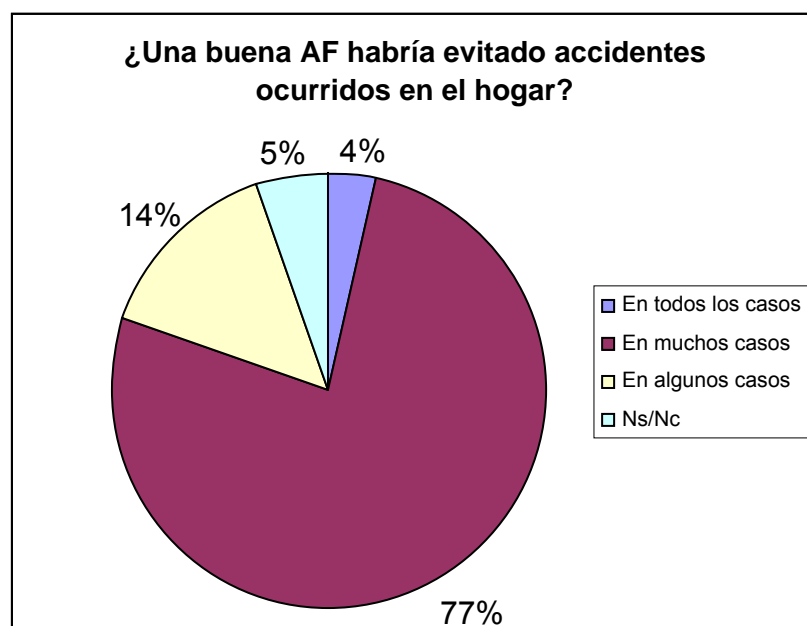
La ocurrencia de accidentes se muestra muy elevada, según los TO, como muestran los resultados de la pregunta. Y en tales casos, ¿han sido los accidentes una de las causas principales de la adaptación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucha frec	28	50,0	56,0	56,0
	Ocasiones	21	37,5	42,0	98,0
	Nunca	1	1,8	2,0	100,0
	Total	50	89,3	100,0	
Perdidos	Sistema	6	10,7		
Total		56	100,0		

La mitad señala que los accidentes han sido causa originaria de la adaptación con mucha frecuencia; tan sólo un 1,8% señala que éstos nunca han sido la causa.

Por último se preguntó, en qué grado una correcta adaptación funcional previa habría evitado estos accidentes:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos	2	3,6	3,8	3,8
	Muchos	43	76,8	81,1	84,9
	Algunos	8	14,3	15,1	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,4		
Total		56	100,0		



En resumen, más de la mitad de la muestra válida de terapeutas ha trabajado con hogares que “en su mayoría” habían sufrido accidentes, siendo en el 56% de ellos el accidente una causa principal de la adaptación y resultando que **para un 77% de estos terapeutas la adaptación hubiera podido prevenir el accidente.**

Todo ello confirma que la AF además de otras consecuencias positivas, provoca una reducción de accidentes en el hogar, constituyendo este un aspecto de los beneficios directos de la adaptación, digno de mayor estudio.

Otros efectos de la adaptación funcional: efecto sobre los cuidadores

Se trata de otro de los efectos importantes de las adaptaciones. Hasta el punto que **el 91 % de los terapeutas considera que la realización de la adaptación funcional reduce las necesidades de asistencia domiciliaria por parte del cuidador.**

Sobre el grado en que lo hace hay más disparidad, el valor más repetido y que es media y mediana de la distribución de las respuestas es el 50%. Es decir, que mediante la supresión de barreras se podría reducir hasta la mitad la necesidad de atención del cuidador, de acuerdo con los terapeutas.

Se trata de un valor muy elevado, pero existe un importante grupo de respuestas que consideran que el ahorro supera ese porcentaje. Y, en todo caso, lo que manifiesta esta pregunta es que las consecuencias de la adaptación sobre los programas de asistencia de domiciliaria puede ser considerablemente elevada, reduciendo su coste de forma apreciable si es que, como piensan los terapeutas, se pueden provocar tan elevados ahorros de asistencia.

Como consecuencia de las respuestas anteriores y de los comentarios con que las terapeutas las han acompañado, podemos destacar:

- **La adaptación tiene un elevado efecto sobre la autonomía, seguridad y autoestima del paciente**
- **La adaptación funcional provoca una importante reducción de accidentes en el hogar.**
- **La adaptación funcional tiene un elevado efecto en la reducción de tiempo de asistencia y lesiones de la persona cuidadora.**

Todo ello no debe llevar a ignorar que hay muchas personas que prefieren ser asistidas que utilizar una ayuda técnica o adaptación funcional⁵³. Es muy importante no ignorar el factor personal que lleva a que muchas personas, aún con la adecuada formación no utilicen bien, no quieran utilizarlo u olviden el uso de la solución, por lo que el proceso de enseñanza debe reforzarse con periodicidad en muchos casos.

7.3.7.- Encuesta Parte G: Balance

En balance.... ¿cuáles son las consecuencias de la aplicación de programas de Adaptación Funcional en la autonomía de las personas?

Como consecuencia de la aplicación de estos programas, podemos preguntarnos si, considerando todos los problemas y limitaciones que se han analizado para su ejecución,

⁵³ Un ejemplo característico de la preferencia de muchas personas dependientes por la atención personal por encima de la autonomía lo cita Selwin Goldsmith⁵³ (1976) en el preámbulo de su clásico libro *Designing for the Disabled*, con la anécdota de una mujer de 60 años, discapacitada por la artritis durante 25 años, que acude los domingos a la Iglesia en silla de ruedas, y ante la posibilidad de suprimir los escalones de entrada para facilitar su acceso, le confiesa que lo que le gusta precisamente de acudir a la iglesia es tener dos jóvenes fuertes para levantarla y poder superar esos escalones, y ser así el centro de atención. El autor sugiera que tal vez si no hubiera escalones esta mujer no acudiría a la iglesia.

se puede considerar que se alcanzan los objetivos pretendidos. Es decir, ¿se consigue una mejora sustancial de autonomía en la realización de las AVD por parte de los afectados?

Las respuestas de los T.O. muestran que no siempre se consigue, pero sí en la mayoría de los casos:

Frecuencia de la consecución de una mejora sustancial de autonomía dada la adaptación funcional en el hogar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	9	16,1%	16,1%
En la mayoría de los casos sí	38	67,9%	83,9%
Aproximadamente en un 50% de los casos	9	16,1%	100,0%
<i>Total de casos: 56</i>			

¿De qué factores-clave dependerá el que se alcance el éxito en la mejora de autonomía pretendida?

Las respuestas literales de las terapeutas (sólo se incluyen las respuestas al primer factor-clave de los tres que se recogieron):

Primer factor-clave para lograr la autonomía del usuario mediante la AF:

Una correcta adaptación de la vivienda
 La dificultad en su uso a pesar del entrenamiento
 Entorno: físico y humano (soporte de familia)
 Adaptación satisfactoria
 Una adecuada orientación de AT (consensuada con el usuario y cuidadores)
 Capacidad funcional
 Predisposición usuarios y familia
 Buen asesoramiento técnico
 El trabajo previo para la implicación del usuario
 Adecuación de la adaptación y AT
 Colaboración familiar
 Valoración global de la persona con su entorno
 Buena valoración funcional
 Adaptación satisfactoria
 Participación y motivación de la persona para recuperarse
 Motivación
 Indicación de la adaptación o AT idónea y todas las necesarias
 Adaptación satisfactoria
 Adaptación hogar y prescripción AT por un profesional
 Situación discapacitante del usuario
 Adaptación satisfactoria
 Concienciación del usuario y familiares de su importancia
 Mejora seguridad y menos riesgos
 Adecuación de la adaptación y AT
 Estado emocional
 Una correcta valoración de las necesidades y un correcto asesoramiento
 Implicación y deseo del paciente y cuidador en la adaptación
 Implicación familiar
 Información clara

Implicación del usuario y familia
 Entorno facilitador
 Valoración adecuada del entorno
 Que la adaptación sea aceptada por el afectado y familiar
 Ofrecer la ayuda correcta
 El grado de afectación de la persona (a veces la adaptación se hace con vistas al cuidador)
 Detección correcta del problema
 Un buen circuito desde la detección del problema
 Un buen entrenamiento a la familia y paciente
 Entrenamiento de sus capacidades funcionales con o sin AT
 Valoración realizada por un TO
 Valoración bio-psico-social del paciente. Ver sus intereses personales
 Adaptación funcional adecuada
 Aceptación del problema por parte del usuario
 Adaptación funcional adecuada
 Entrenamiento específico en las AVD
 Que la AT sea la adecuada
 Que la adaptación sea la adecuada
 Capacidades residuales del cliente
 Adecuación de la adaptación a la funcionalidad del usuario
 Concienciación de querer ser autónomo
 Facilitación de la actividad
 Enseñanza e información adecuada
 Interés de la otra persona y/o del entorno
 Correcta valoración y posterior puesta en marcha de los cambios

La codificación de las respuestas a esta pregunta abierta nos ha permitido identificar esos factores clave que determinan el éxito de la intervención en adaptación funcional de la vivienda, esto es, el logro de una mayor autonomía.

La codificación se realiza en torno al agente o persona clave a la que más referencia hacen los terapeutas, y sobre el que se centra la principal responsabilidad en el éxito de la intervención: el usuario, su familia, el técnico que asesora, forma o identifica la adaptación necesaria. Aparte de estos agentes, otro elemento fundamental es que el resultado de la intervención sea adecuado, y se adapte a las necesidades del usuario.

De acuerdo a esta clasificación los resultados, sobre 53 respuestas válidas, serían:

En el 34 % de los casos (18 respuestas) el factor clave está sobre todo relacionado con **el técnico**: que sea un buen profesional y con la formación adecuada, que realice una correcta valoración y detección del problema, que prescriba la ayuda o solución adecuada y entrene adecuadamente a la familia y el usuario.

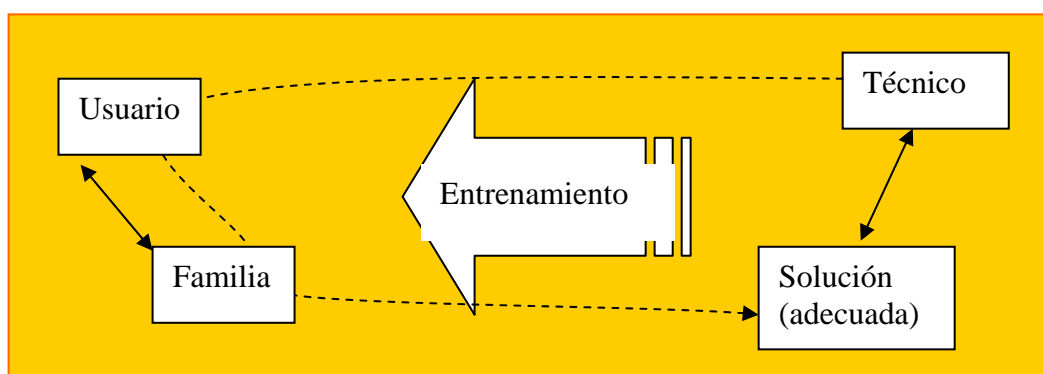
En el 26% de los casos (14 respuestas) el factor clave está relacionado fundamentalmente con **el resultado o solución**, con que la adaptación esté bien realizada, sea adecuada a la funcionalidad del usuario y facilite la actividad.

En el 23 % de los casos (12 respuestas) el factor clave principal está fundamentalmente relacionado con **el usuario**, su implicación, aceptación de la solución, estado emocional, capacidad de sobreponerse a la situación, posibilidades funcionales reales, etc.

En el 17 % de los casos (9 respuestas) el factor clave principal está fundamentalmente relacionado con **la familia**, su motivación, colaboración, estímulo al usuario:

Es evidente que todos los factores están relacionados y son, en buena medida, interdependientes, pero podemos clasificar las respuestas considerando por una parte al **usuario y su familia (40%)**, y por otra al **trabajo técnico y diseño de solución (60%)**. Vemos que los propios terapeutas reconocen que el éxito depende en primer lugar de que se haga un buen trabajo y se disponga de los medios adecuados.

Uno de los factores para que sea así, y que aparece reiteradamente citado como factor clave para el éxito es la formación y entrenamiento. Los terapeutas lo citan de forma específica como segundo factor clave en un 38% de casos, por lo que podemos considerar que es la variable más importante para que tenga éxito el trabajo técnico y diseño de las soluciones.



En otra pregunta del cuestionario precisamente se intentaba identificar los factores que podían concurrir para que el nivel de utilización de la solución de adaptación propuesta no fuera el esperado. Los resultados se señalan en la siguiente tabla:

Factores que influyen en que el nivel de utilización no sea el esperado

Factor	Frecuencia	Porcentaje
La solución no es la adecuada	26	51,0%
No se le ha enseñado a usar la solución	32	62,7%
Rechazo de la solución	27	52,9%
Precisa ayuda de una tercera persona para utilizar la solución y no dispone de ella	24	48,0%

La necesidad de formación o entrenamiento destaca entre las principales necesidades para favorecer el éxito de la adaptación, una vez que esta se produce; su incidencia sobre el éxito en la implantación y uso de la adaptación supera incluso al hecho de que la adaptación realizada sea la más idónea.

Carece de sentido, por tanto, de acuerdo a estas respuestas proveer de material o realizar modificaciones si paralelamente no se entrena o forma al usuario y sus familiares en su correcta utilización.

PARTE III

CASOS

DIAGNÓSTICO, SOLUCIONES Y COSTES

CAPÍTULO 8:

NECESIDADES DE ADAPTACIÓN: ESTUDIO DE CASOS

Para completar los análisis realizados y ofrecer una perspectiva técnica y aplicada de la adaptación de viviendas fundamentalmente de cara a proponer alternativas de diseño y estudiar costes, se ha incluido un extenso trabajo de campo realizado por el arquitecto Ernesto Bueno, de la empresa Ciudades para Todos, S.L. Se han visitado 33 hogares en 11 ciudades españolas; son viviendas que presentan barreras o elementos que dificultan la autonomía de alguno de los miembros de la familia a causa de su discapacidad y sobre las que se plantean diferentes posibilidades de intervención considerando tanto los factores personales como ambientales. De este modo se estudia el tipo de información a recoger, el diseño de ficha de campo más adecuado, el tipo de soluciones y sus costes bajo determinados supuestos.

8.1 Metodología del trabajo de campo con arquitectos

Las visitas fueron organizadas conjuntamente con empresas o entidades públicas que prestan servicios de terapia a estas personas y que, por tanto, realizaron toda la selección, preparación e intermediación necesaria. Se contó con las autorizaciones precisas, tanto de las familias como de las entidades a través de las cuáles fueron contactadas.

En las visitas siempre estuvieron presentes al menos dos personas del equipo de investigación: un arquitecto del equipo de trabajo (Ciudades para Todos) y el/la terapeuta ocupacional que conoce a la persona y los detalles de su situación. En las primeras visitas, en las que se afinó la metodología, estuvieron presentes además los directores de Ciudades para Todos y Equipo ACCEPLAN.

Por medio de una encuesta al usuario y sus familiares, con los comentarios pertinentes del terapeuta, se recabó toda la información necesaria sobre la persona afectada y sus circunstancias, se identificaron sus limitaciones funcionales de acuerdo a la metodología Enabler y se estudiaron los problemas concretos para su desenvolvimiento en la vivienda, incluidos los accesos a la misma.

En gran cantidad de los casos el baño era el lugar más problemático y poder salir de la vivienda, no ya de forma autónoma, sino con una ayuda razonable, era un logro inalcanzable para las personas afectadas. Se realizó un croquis en cada caso, que luego fue diseñado en AutoCad.

Los informes de las visitas y planos que se acompañan recogen toda la información relevante de cada caso, tanto de la persona, como de la vivienda. Por su gran volumen se han incluido en un **anexo**, a fin de no hacer más densa esta memoria.

No obstante, para hacer más comprensible el resto del análisis y diagnóstico se reproduce a continuación el informe de una cualquiera de las visitas, la Nº 10. Se han

omitido todos los datos que pudieran llevar a la identificación de las personas y domicilios.

Vivienda:

10

1- Datos de la persona afectada	
Nombre: 	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Nº miembros del hogar: 3	Edades: afectado/a principal: 32 otros miembros (edades y parentesco): hermana 29 años, madre 58 años
¿Qué A.T. utiliza actualmente en el hogar? silla de ruedas eléctricas, silla de ruedas 30cm diam., cama clínica, conos de elevación, asiento giratorio en bañera, grúa.	
Financiadas por (sólo principales): Cama eléctrica - ACELA, resto AT	
¿Requiere cuidador/a? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vinculación con el cuidador/a: <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	Parentesco: madre
<input type="checkbox"/> Profesional	Sociedad y administración que lo sufraga: _____
Tiempo de cuidados y periodicidad: 24h	
Tareas del cuidador/a: Persona totalmente dependiente, todas	
Otros servicios domiciliados que reciba e Institución: trabajadora familiar 1h 1 día por semana	

2- Otra información a recabar de las personas de la vivienda y el/la terapeuta	
Diagnóstico o deficiencia que genera los problemas funcionales del usuario de la vivienda: E.L.A.	
Grado de discapacidad: <input type="text"/> % gran invalidez	
Pronóstico de evolución del/la paciente: degenerativo	
Problemas de movilidad que presenta: totalmente dependiente	
Dificultades que tiene en las zonas comunes (portal, escalera...): no existen	
Dificultades que tiene en el interior para realizar las A.V.D.: _____	
Limitación funcional:	Notas - observaciones:
Dificultad para interpretar información	<input type="checkbox"/>
Pérdida parcial de la visión	<input type="checkbox"/>
Pérdida total de la visión	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>
Trastornos de equilibrio	<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de coordinación	<input checked="" type="checkbox"/>
Pérdida de resistencia / fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad de mover la cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad en alcanzar con los brazos	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad de manipular con manos y dedos	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacidad para usar las extremidades superiores	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad de inclinarse, arrodillarse, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad para desplazarse	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacidad para usar las extremidades inferiores	<input checked="" type="checkbox"/>
Procede de la metodología ENABLER, que evalúa la incidencia del entorno sobre las limitaciones personales (Steinfeld, 1992; Iwarsson 1999)	
De ser posible, señalar qué limitaciones condicionan más en relación al hogar (ordenar): _____	

3- Datos de la vivienda y la Adaptación Funcional	
Localidad: Mataró (Barcelona)	Vivienda: <input checked="" type="checkbox"/> En propiedad
Dirección: _____	<input type="checkbox"/> En alquiler
Teléfono (opcional, para preguntas posteriores): _____	<input type="checkbox"/> Otra: _____
Número y tipo de habitaciones que componen la vivienda: _____	
Año de construcción de la vivienda: 1960	Años que lleva en la vivienda: 4 años
Superficie aproximada (m²): 70	Estado de la vivienda: Muy bueno
Obras realizadas:	Elevar Bañera 17cm

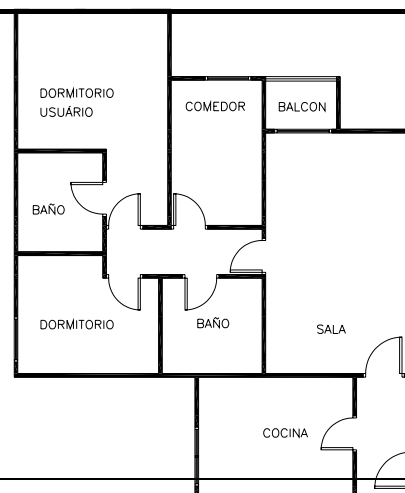
4- Análisis de la Adaptación Funcional realizada o que se propone realizar (según el usuario o su familia)	
¿Se ha realizado ya una A.F.?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Año de la A.F.: 2004	
Financiada por: propia familia	
A.F. que se han realizado:	Descripción:
Hab. 1: elevación bañera, WC	obra
Hab. 2: conos de elevación	comedor-cocina
Hab. 3: grúa	transferecias cama - silla - WC - ducha
Nivel de satisfacción con la adaptación:	Comentarios:
<input checked="" type="checkbox"/> Mucho	pero actualmente lo cambiaría por ducha
<input type="checkbox"/> Regular	_____
<input type="checkbox"/> Poco	_____
<input type="checkbox"/> Nada	_____
¿Se plantea realizar una adaptación próximamente?	
<input type="checkbox"/> Sí	
<input checked="" type="checkbox"/> No ¿Por qué?: está todo adaptado	
<input type="checkbox"/> La hará más tarde	
¿Con qué financiación?	
<input type="checkbox"/> Está a la espera de concesión de ayuda	
<input type="checkbox"/> Propia porque no entra en baremos	
<input type="checkbox"/> Propia (otros): _____	
<input type="checkbox"/> Otra: _____	
Elementos de la vivienda que prevé adaptar y barreras o necesidades que la adaptación pretende resolver:	
Elementos:	Barreras y necesidades:
Hab. 1: _____	_____
Hab. 2: _____	_____
Hab. 3: _____	_____
Comentarios o precisiones del/la terapeuta al respecto:	
Adecuación de las ayudas técnicas / adaptaciones.	
Otras adaptaciones que desearía el usuario o su familia y no ha solicitado: no necesita	
¿Por qué no las solicita? _____	
¿Cómo afectarán esos cambios a otras personas del hogar? _____	

5- Arquitecto: diagnóstico del estado actual

ANÁLISIS GENERAL:

Tipo de vivienda: en edificio residencial, 3° con ascensor.

	Acc.	Conv.	Inacc.
Entorno próximo a la vivienda:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portal, pasillo, ascensor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrada vivienda:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interior vivienda:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ACCESO

Acera: ancho de acera y pavimento correctos. Pendiente alta.

Portal: en la entrada hay un escalón de altura variable, seguido por un espacio de maniobra insuficiente ante la puerta del edificio.

Escalera: correcta.

Ascensor: correcto. Ascensor desnivelado (calibración, mantenimiento).

Puerta de la vivienda: en el pasillo a la vivienda hay una puerta doble con hojas de ancho insuficiente.

CIRCULACIÓN Y ESTANCIA

Anchura y alto de paso: el ancho del pasillo a los dormitorios no permite espacio de maniobra ante las puertas.

Pavimentos: correctos. La salida al balcón tiene un resalte de 10 cm.

Disposición de mobiliario: correcta.

ASEOS

Espacio de maniobra: insuficiente.

Lavabo: correcto.

Espejo: colocado a una altura incorrecta.

Inodoro: correcto.

Bañera: adaptada para la grúa.

DORMITORIO

Espacio de maniobra: correcto.

Cama: correcta.

VALORACIÓN DEL ARQUITECTO

Debido al buen estado de la vivienda y a que el usuario ha perdido su autonomía, se sugiere que en el interior, se use una silla de ruedas de dimensiones mínimas para tener espacio de maniobra ante las puertas.

En segundo lugar habría que nivelar el escalón del portal y eliminar el resalte del balcón.

8.2- Características de la muestra de visitas realizadas

Los casos fueron seleccionados por las terapeutas ocupacionales colaboradoras del estudio de acuerdo a una tipología de casos sugerida por el equipo investigador, de manera que hubiera variedad de situaciones, edades, limitaciones funcionales y tipologías residenciales.

Como resultado del trabajo de campo el equipo de Ciudades para Todos incluye las siguientes observaciones:

- En las viviendas con adaptaciones funcionales ya realizadas, la mayoría de los casos habían seguido las recomendaciones de los terapeutas. Eso se tradujo en una mejoría en la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- En cuanto a la diversidad geográfica, no se observó ninguna particularidad arquitectónica proveniente de su ascendencia cultural, que provocara diferencias en el enfoque del estudio de las perspectivas de adaptación funcional de las viviendas.
- En cambio, en lo que se refiere al año de construcción, se observó que mientras más antigua era la vivienda, sus espacios de circulación eran más reducidos, y a la vez más difícil era hacer alguna reforma arquitectónica de adaptación de dichos espacios.
- En todas las viviendas estudiadas, incluyendo las de adaptaciones funcionales realizadas, subsisten barreras arquitectónicas como el resalte en el acceso al balcón, que afectan a todos los usuarios, considerando todos los tipos de limitaciones funcionales estudiadas.
- El 100% de los casos requería adaptaciones funcionales en bañera o ducha y tan solo en cuatro casos se ha adaptado correctamente. En los casos estudiados en Asturias ésta adaptación sustituye la bañera por un plato de ducha mal escogido y mal colocado, dejando un resalte en su perímetro. El

terapeuta comentó que no existen recursos humanos locales con capacidad para resolver el problema correctamente.

- Para que el usuario no disminuya su calidad de vida por sus limitaciones, no sólo son necesarias las adaptaciones funcionales, sino garantizar que, en los casos que se precise, el cuidador esté en óptimas condiciones de trabajo. En algunos casos se observó que el cuidador necesitaba de una asistencia social (incluyendo asistencia psicológica) que no estaba recibiendo, perjudicando su bienestar y el de la persona que cuidaba.

Características principales de los hogares y personas visitados

Localización de los hogares por municipio:

A Coruña	5
Argentona	1
Avilés	1
Barcelona.....	6
Cerdanyola	1
Cervelló	1
Corbera Alta.....	1
Irún	6
Madrid	4
Mataró.....	1
Mieres	1
Oviedo	1
Riosa	1
Sabadell.....	2
Sant Boi	1

Edad del usuario

Máximo	97
Mínimo	10
Promedio.....	60
Desv. Estándar	25

Requiere cuidador:

Sí.....	22
No.....	11

Vivienda

Propia	29
Alquilada	4

Superficie

Máximo	200
Mínimo	40
Promedio.....	83
Desv. Estándar:	36

Estado de la Vivienda (según usuario)

Muy bueno	3
Bueno	12
Regular	3
Malo	6

Reformas (obras) realizadas

Ninguna.....	24
Baño	3
Bañera	3
Integral.....	2

Ha realizado adaptación funcional: 57,5%

En baño.....	50,0%
En habitación	33,3 %
En accesos:	16,6 %

Prevé adaptar:

Baño	76,2%
Accesos	23,8 %
Ascensor	5,0 %

Limitación funcional del usuario de la vivienda

Limitación Funcional	# de Personas que tienen la limitación
Perdida de resistencia/fuerza	29
Dif para desplazarse	29
Dif inclinarse, arrodillarse, etc	27
Difi de Alcanzar con los Brazos	19
Transtornos de Equilibrio	18
Incapacidad para usar extrem inf	18
Dif Manipular con Manos y Medos	17
Falta de Coordinación	14
Incapacidad para usar extrem sup	12
Dificultad Interpretar Info	11
Dificultad Mover Cabeza	10
Pérdida Parcial Visión	8
Pérdida Audición	4
Pérdida Total Visión	0

Factores considerados en la evaluación de la accesibilidad en las viviendas

En el estudio del estado actual de las viviendas se ha identificado cada elemento arquitectónico o de ayuda técnica relevante según si es correcto o incorrecto:

Se ha tomado como **correcto**, todo elemento apto para cumplir la función para la que fue diseñado, incluso al ser usado por la persona con limitaciones funcionales de la vivienda estudiada. Por consiguiente, se identifica como **incorrecto**, el elemento que, por su diseño o ubicación, es incapaz de cumplir la función para la que fue diseñado al ser usado por la persona con limitaciones funcionales de la vivienda estudiada.

Y se ha complementado con un diagnóstico del espacio o grupos de espacios estudiados, evaluándolos como accesibles, convertibles o inaccesibles:

Basado en las definiciones encontradas en las diferentes normativas españolas de Accesibilidad, se define para éste estudio como **accesible**, el espacio o instalación que se ajusta a los requerimientos funcionales y dimensionales necesarios para garantizar su utilización de manera autónoma por personas con limitaciones funcionales.

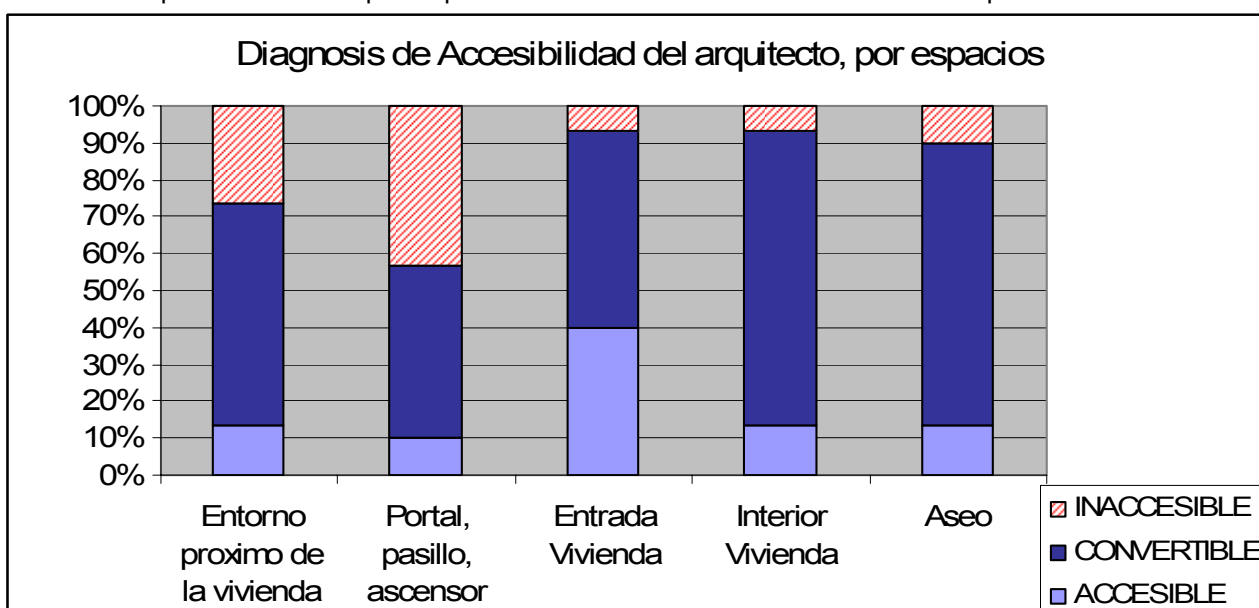
Se define como **convertible**, el espacio o instalación que, con modificaciones de escasa entidad y bajo coste, que no afecten su configuración esencial, puede ser utilizado por personas con limitaciones funcionales.

Y se define como **inaccesible**, el espacio o instalación que no puede ser utilizado por personas con limitaciones funcionales y, por su configuración esencial, no puede ser modificado, o cuyas modificaciones para poder ser utilizado por personas con limitaciones funcionales, sean de elevada entidad o signifiquen un coste inviable.

De acuerdo a estos criterios, la evaluación de la muestra de viviendas visitadas nos ofrece el balance que se muestra a continuación.

Balance de Accesibilidad de las viviendas visitadas

A partir del estudio por arquitectos de 33 casos en diversas ciudades españolas



Un análisis por espacios de la muestra evaluada nos ha permitido ver que hay muchos espacios con barreras arquitectónicas tales como: dimensiones insuficientes, o que alojan elementos incorrectos. Estos espacios son susceptibles de ser evaluados como *convertibles* o bien como *inaccesibles*.

En cambio, el origen de la mayor *inaccesibilidad* absoluta corresponde a los elementos comunes de acceso al edificio y entorno inmediato de la vivienda. Tanto el aseo como interior, aunque escasamente accesibles, se han considerado convertibles en casi todos los casos.

Además de los criterios ya expresados, la consideración de un espacio como convertible o inaccesible dependerá de los siguientes factores:

- **Configuración esencial del espacio:** Si las barreras arquitectónicas de un espacio pueden suprimirse, sin cambiar su configuración esencial, el espacio puede ser convertible. Por el contrario, si para la supresión de barreras es necesaria una reforma que cambie la configuración esencial del espacio, éste puede diagnosticarse como inaccesible.
- **Posibilidad de ampliación:** Un espacio puede considerarse inaccesible cuando para su adaptación se precisa de una ampliación que resulte imposible, por ir más allá de los límites de crecimiento de la vivienda, o al cambiar la configuración esencial de otros espacios de la vivienda.
- **Viabilidad de costes:** un espacio se considera inaccesible cuando la reforma para su adaptación tiene un coste inviable. La viabilidad de los costes puede variar en cada caso, dependiendo, entre otras cosas, de las leyes competentes en cada Comunidad Autónoma, del espacio por adaptar, de las posibilidades económicas de los usuarios y su capacidad de entrar en baremos.

Todos estos elementos se han tenido en cuenta y combinado a la hora de establecer la convertibilidad o inaccesibilidad de los espacios de la vivienda, y de su combinación con las circunstancias personales y familiares se ha derivado el que la posibilidad de adaptación finalmente decidida sea positiva o negativa (ver criterio de selección 4)

8.3- Criterios de diagnóstico y selección de casos tipo

Diagnóstico

Asignar el término “correcto” en el diagnóstico realizado sólo se refiere a que es válido para las circunstancias del usuario de la vivienda analizada. No significa, por tanto, que sea **accesible** desde el punto de vista del Diseño Universal.

Por ejemplo: en la vivienda 4, el ascensor es correcto por sus dimensiones para una persona en silla de ruedas eléctrica, pero no tiene barras asideras, por lo que no se puede llamar accesible.

Del mismo modo, las soluciones a desarrollar en cada caso serán acordes al usuario concreto, no respetando criterios de accesibilidad general.

En general, las necesidades espaciales del interior de las viviendas son mayormente determinadas por la movilidad y la autonomía de los usuarios. De acuerdo con ello se consideraron las siguientes características de diseño de soluciones, relativas al uso de la silla de ruedas:

- Si el usuario no necesita silla de ruedas, los espacios de circulación no requieren dimensiones superiores a las presentes en la mayoría de las viviendas sin adaptar (anchos de paso y espacios de maniobra mínimos de 0,80 m).
- Si el usuario necesita silla de ruedas y tiene autonomía para moverse, los espacios de circulación requieren dimensiones especialmente grandes para garantizar espacios de maniobra de 1,50 m de diámetro (pensando en el radio de giro de una silla de ruedas eléctrica, o en el espacio requerido por una persona que use sus brazos y el balanceo de la silla de ruedas, para girar sobre su propio eje).
- Si el usuario en silla de ruedas es dependiente de un cuidador para su movilidad, los espacios de circulación, requieren dimensiones específicas, como anchos de paso mínimos determinados por el ancho de la silla de ruedas, y espacios de maniobra mínimos de 1,20 m de diámetro (incluyendo el radio de giro de una silla de ruedas sin motor, y el espacio de maniobra del cuidador que conduce el movimiento).

Selección de casos-tipo de adaptación funcional en vivienda

Como complemento del Trabajo de Campo, se presentan soluciones para cinco de las viviendas visitadas, escogidas con un proceso de selección para el que se definen ciertos factores que diferencian grupos de viviendas y de usuarios. Gracias a éste proceso, las viviendas escogidas representan la casuística principal de la población estudiada.

Para cada vivienda seleccionada se plantean dos niveles de soluciones:

La **Propuesta Óptima**: una solución completa en la que se presentan las adaptaciones funcionales más apropiadas para suplir las necesidades del usuario correspondiente.

Y la **Propuesta Mínima**: una solución reducida, en la que se plantean sólo las adaptaciones más prioritarias, considerando minimizar los costes sin dejar de responder a las necesidades funcionales básicas de cada usuario.

Con éstas propuestas se espera representar las soluciones más comunes que se puedan plantear en el ámbito de las adaptaciones funcionales en España.

Criterios de selección de la muestra de viviendas

Se seleccionaron 5 de los 33 hogares y casos analizados para ser analizados con mayor profundidad. En cada uno de ellos, de acuerdo a las características de la vivienda y de la situación familiar y personal del usuario se estudiaron las propuestas de adaptación funcional más adecuadas, tal como se muestra en el capítulo 10.

La selección se hizo de la forma más representativa posible de la diversidad de casos analizados para lo que se consideraron las características siguientes

1. Características del tipo de usuario

Según las necesidades y posibilidades de desplazamiento se clasifica como A, B o C al usuario principal de la adaptación, de acuerdo a sus condiciones de movilidad: con capacidad de deambulación bipedestre (A), se puede desplazar autónomamente en silla de ruedas (B), o se desplaza en silla de ruedas con ayuda de otra persona (C).

Viv.	Usuario
1	A
2	B
3	C
4	B
5	C
6	C
7	B
8	B
9	A
10	C
11	A
12	A
13	C
14	C
15	A
16	A
17	A
18	B
19	C
20	C
21	A
22	A
23	A
24	A
25	B
26	A
27	B
28	C
29	A
30	A
31	C
32	C
33	A

Balance:

Usuario	Cant.	%	Proporción
A	15	45,5	2
B	7	21,2	1
C	11	33,3	2
Total:			5

Referencias:

A	Movilidad bipedestre. Ancho paso mín. = 0,80 m Espacio mín. maniobra = 0,80 m Lavabo: sin esp. de aprox. frontal. Inodoro: sin esp. de aprox. lateral.
B	Movilidad en silla de ruedas con autonomía. Ancho paso mín. = 0,80 m Espacio mín. maniobra = 1,50 m Lavabo: con esp. de aprox. frontal. * Inodoro: con esp. de aprox. lateral. Armario a nivel de alcance
C	Movilidad en silla de ruedas sin autonomía. Ancho paso mín. = variable según silla Espacio mín. maniobra = 1,20 m Lavabo: con esp. de aprox. frontal. Inodoro: sin esp. de aprox. lateral.

*Nota: Se incluye en este tipo de usuario los que poseen silla de baño, para los cuales el inodoro no necesita esp. de aprox. lateral.

2. Definición de tipología de vivienda

Según el tipo de construcción

Viv.	Tipol.
1	P
2	P
3	P
4	P
5	P
6	U
7	P
8	P
9	P
10	P
11	P
12	P
13	P
14	P
15	P
16	P
17	M
18	U
19	M
20	P
21	P
22	P
23	P
24	P
25	P
26	P
27	P
28	P
29	P
30	P
31	M
32	U
33	P

Balance:

Tipol.	Cant.	%	Proporción
P	27	81,8	4,1
U	3	9,1	0,5
M	3	9,1	0,5
Total:			5,0

Referencias:

P	Piso en edificio residencial. Propiedad horizontal sin opciones de ampliación fuera de los límites del piso, ni en horizontal, ni en vertical.
U	Casa unifamiliar aislada. Edificación aislada en solar, con opción física de ampliación tanto en horizontal como en vertical.
M	Casa adosada o medianera. Edificación generalmente colindante con otras, con limitaciones de ampliación en horizontal.

3. Agrupación de viviendas por antigüedad

Según el año de construcción de la vivienda

Viv.	Año de const.	Factor
4	2006	0
19	1999	
6	1998	
25	1998	
2	1996	
15	1986	1
18	1984	
16	1981	
1	1980	
29	1980	
28	1976	2
11	1975	
3	1970	
8	1970	
10	1970	
20	1970	
27	1970	
13	1966	
22	1966	
26	1966	
30	1965	
21	1964	
33	1960	
32	1957	
9	1956	
23	1948	
14	1946	
24	1946	
12	1940	
7	1906	3
5	1900	
31	1890	
17	1850	

Referencias:

Tomando las fechas de construcción de las viviendas visitadas, y considerando importantes las diferencias de edificación como consecuencia de las realidades económico-culturales de la época, se plantean los siguientes factores de antigüedad:

0 1992 - 2006:
España en la Unión Europea

1 1978 - 1991:
La Apertura

2 1939 - 1977:
La Dictadura franquista

3 Hasta 1938:
La Monarquía y las Repúblicas

Resultado

Viv.	Año de const.	Antig.
1	1980	1
2	1996	0
3	1970	2
4	2006	0
5	1900	3
6	1998	0
7	1906	3
8	1970	2
9	1956	2
10	1970	2
11	1975	2
12	1940	2
13	1966	2
14	1946	2
15	1986	1
16	1981	1
17	1850	3
18	1984	1
19	1999	0
20	1970	2
21	1964	2
22	1966	2
23	1948	2
24	1946	2
25	1998	0
26	1966	2
27	1970	2
28	1976	2
29	1980	1
30	1965	2
31	1890	3
32	1957	2
33	1960	2

Balance:

Antig.	Cant.	%	Proporción
0	5	15,2	0,8
1	5	15,2	0,8
2	19	57,6	2,9
3	4	12,1	0,6
Total:			5,0

4. Por posibilidades de adaptación a la necesidad del usuario

Los informes del Trabajo de Campo arrojan que una gran cantidad de las viviendas estudiadas se han valorado como no adaptables o de adaptación inviable; en tales casos se ha recomendado la mudanza a una vivienda accesible.

Esto puede suceder por tres razones:

- Las dimensiones de los espacios de circulación o de los recintos son insuficientes para las necesidades espaciales del usuario, y por las limitaciones de crecimiento de la vivienda, no es posible ninguna reforma para ampliar dichos espacios.
- El estado de conservación de la vivienda o la cantidad o magnitud de barreras arquitectónicas prioritarias hace que los costes de adaptación sean comparables a los que pueda devengar la adquisición de una vivienda protegida.
- las barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda hacen que, por las limitaciones funcionales del usuario, dicha vivienda sea inaccesible (aún cuando el interior sea convertible), confinando al usuario dentro de la vivienda. En estos casos, se podría adaptar el interior, permitiendo unas condiciones mínimas, pero no se considera una solución satisfactoria si no se puede garantizar el libre acceso a la vivienda contemplado en las leyes pertinentes.

Por tanto, el hecho de que se señale como adaptable la vivienda sólo quiere decir que lo es o no para ese usuario en particular.

Viv.	Adap.
1	NO
2	SI
3	NO
4	SI
5	NO
6	SI
7	NO
8	NO
9	SI
10	SI
11	NO
12	SI
13	NO
14	NO
15	NO
16	SI
17	SI
18	SI
19	SI
20	NO
21	SI
22	SI
23	SI
24	NO
25	SI
26	NO
27	NO
28	SI
29	SI
30	SI
31	NO
32	NO
33	SI

Balance:

Adap.	Cant.	%	Proporción
SI	18	55	5
NO	15	45	0

Referencias:

SI	Vivienda adaptable
NO	Vivienda no adaptable

Definición de vivienda adaptable según la factibilidad de su reforma.

Es importante señalar que el criterio de “posibilidades de adaptación” parte de la consideración de que el usuario ha de permanecer en el hogar en condiciones de calidad de vida suficientes, y ha de poder entrar y salir de la vivienda.

Obviamente existen muchos factores familiares y personales que no son valorables para el arquitecto. Por ello, de cara a aplicar este factor se ha optado por distinguir y realizar propuestas sobre aquellas viviendas que mediante la adaptación permiten dotar de unos niveles básicos de accesibilidad

Selección final de las viviendas-tipo

En primer lugar, tenemos el total de las viviendas estudiadas, con todos sus factores de selección definidos:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Tipol.	Antig.	Adap.
1	110	B	A	P	1	NO
2	90	MB	B	P	0	SI
3	50	M	C	P	2	NO
4	88	MB	B	P	0	SI
5	80	R	C	P	3	NO
6	200	MB	C	U	0	SI
7	68	R	B	P	3	NO
8	70	R	B	P	2	NO
9	76	B	A	P	2	SI
10	70	MB	C	P	2	SI
11	60	R	A	P	2	NO
12	65	B	A	P	2	SI
13	50	M	C	P	2	NO
14	70	R	C	P	2	NO
15	75	B	A	P	1	NO
16	85	MB	A	P	1	SI
17	110	M	A	M	3	SI
18	190	M	B	U	1	SI
19	130	B	C	M	0	SI
20	75	B	C	P	2	NO
21	45	B	A	P	2	SI
22	62	B	A	P	2	SI
23	76	R	A	P	2	SI
24	50	M	A	P	2	NO
25	42	B	B	P	0	SI
26	78	B	A	P	2	NO
27	67	B	B	P	2	NO
28	70	R	C	P	2	SI
29	95	B	A	P	1	SI
30	40	M	A	P	2	SI
31	60	M	C	M	3	NO
32	80	R	C	U	2	NO
33	100	B	A	P	2	SI

Todas las viviendas seleccionadas deben poder ser reformadas o adaptadas para la asistencia de las limitaciones funcionales de su respectivo usuario. Se excluyen las que, no son adaptables. Las viviendas restantes son:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Tipol.	Antig.	Adap.
2	90	MB	B	P	0	SI
4	88	MB	B	P	0	SI
6	200	MB	C	U	0	SI
9	76	B	A	P	2	SI
10	70	MB	C	P	2	SI
12	65	B	A	P	2	SI
16	85	MB	A	P	1	SI
17	110	M	A	M	3	SI
18	190	M	B	U	1	SI
19	130	B	C	M	0	SI
21	45	B	A	P	2	SI
22	62	B	A	P	2	SI
23	76	R	A	P	2	SI
25	42	B	B	P	0	SI
28	70	R	C	P	2	SI
29	95	B	A	P	1	SI
30	40	M	A	P	2	SI
33	100	B	A	P	2	SI

Referencias:

- 00 Vivienda eliminada
- 00 Vivienda seleccionada

Debido a la dificultad de reforma de viviendas antiguas nombrada en las observaciones del trabajo de campo, se decide eliminar de la selección, la vivienda 17, que tiene un factor de antigüedad 3.

Con la eliminación, se elige la vivienda 19, que es la única restante de tipología M. Para representar todas las tipologías, se debería escoger también una vivienda U y tres de tipología P. Las únicas restantes de tipología U son la vivienda 6 y la vivienda 18:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Tipol.	Antig.
2	90	MB	B	P	0
4	88	MB	B	P	0
6	200	MB	C	U	0
9	76	B	A	P	2
10	70	MB	C	P	2
12	65	B	A	P	2
16	85	MB	A	P	1
18	190	M	B	U	1
21	45	B	A	P	2
22	62	B	A	P	2
23	76	R	A	P	2
25	42	B	B	P	0
28	70	R	C	P	2
29	95	B	A	P	1
30	40	M	A	P	2
33	100	B	A	P	2

Referencias:

- 00 Vivienda eliminada
- 00 Vivienda seleccionada

Se elige la vivienda 18, porque en su valoración resulta más reformable. Eliminando las viviendas que no son de tipología P, las restantes son:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Tipol.	Antig.
2	90	MB	B	P	0
4	88	MB	B	P	0
9	76	B	A	P	2
10	70	MB	C	P	2
12	65	B	A	P	2
16	85	MB	A	P	1
21	45	B	A	P	2
22	62	B	A	P	2
23	76	R	A	P	2
25	42	B	B	P	0
28	70	R	C	P	2
29	95	B	A	P	1
30	40	M	A	P	2
33	100	B	A	P	2

Referencias:

00 Vivienda eliminada

00 Vivienda seleccionada

Como la vivienda 19 tiene un factor de antigüedad 1, ya queda representada la casuística en ése sentido, pudiendo eliminarse las viviendas con factor 1 restantes.

Según la proporción de la población estudiada, en un quinto de las viviendas el usuario es del tipo B. Al ser el usuario de la vivienda 18 del tipo B, se pueden eliminar el resto de casos similares.

Eliminando también las viviendas con factor de antigüedad 1, las restantes son:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Antig.
9	76	B	A	2
10	70	MB	C	2
12	65	B	A	2
21	45	B	A	2
22	62	B	A	2
23	76	R	A	2
28	70	R	C	2
30	40	M	A	2
33	100	B	A	2

Referencias:

00 Vivienda eliminada

00 Vivienda seleccionada

Según la proporción de la población estudiada, en dos quintos de las viviendas el usuario es del tipo C. Al ser el usuario de la vivienda 19 del tipo C, se debe elegir una de las dos viviendas, la 10 o la 28, con usuario tipo C.

Se elige la vivienda 28 por necesitar más reformas según el informe. Al eliminar la 10, las restantes son:

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario
9	76	B	A
12	65	B	A
21	45	B	A
22	62	B	A
23	76	R	A
30	40	M	A
33	100	B	A

Referencias:

00 Vivienda eliminada

00 Vivienda seleccionada

Para elegir las dos restantes se comparan otros factores, como el estado de la vivienda, las diferentes superficies y la cantidad de adaptaciones necesarias. Se eligen, finalmente, la vivienda 22 y la vivienda 30.

La selección realizada

Viv.	Sup. (m²)	Estado	Usuario	Tipol.	Antig.	Adap.
18	190	M	B	U	1	SI
19	130	B	C	M	0	SI
22	62	B	A	P	2	SI
28	70	R	C	P	2	SI
30	40	M	A	P	2	SI

En ésta selección se recoge una muestra de 5 viviendas adaptables, que representan la casuística de las 33 viviendas visitadas, en factores como superficie de vivienda, tipo de usuario, tipología y antigüedad de la vivienda.

En el capítulo siguiente se estudian y desarrollan las propuestas “óptima” y “mínima” de Adaptación Funcional correspondientes a estos cinco casos seleccionados.

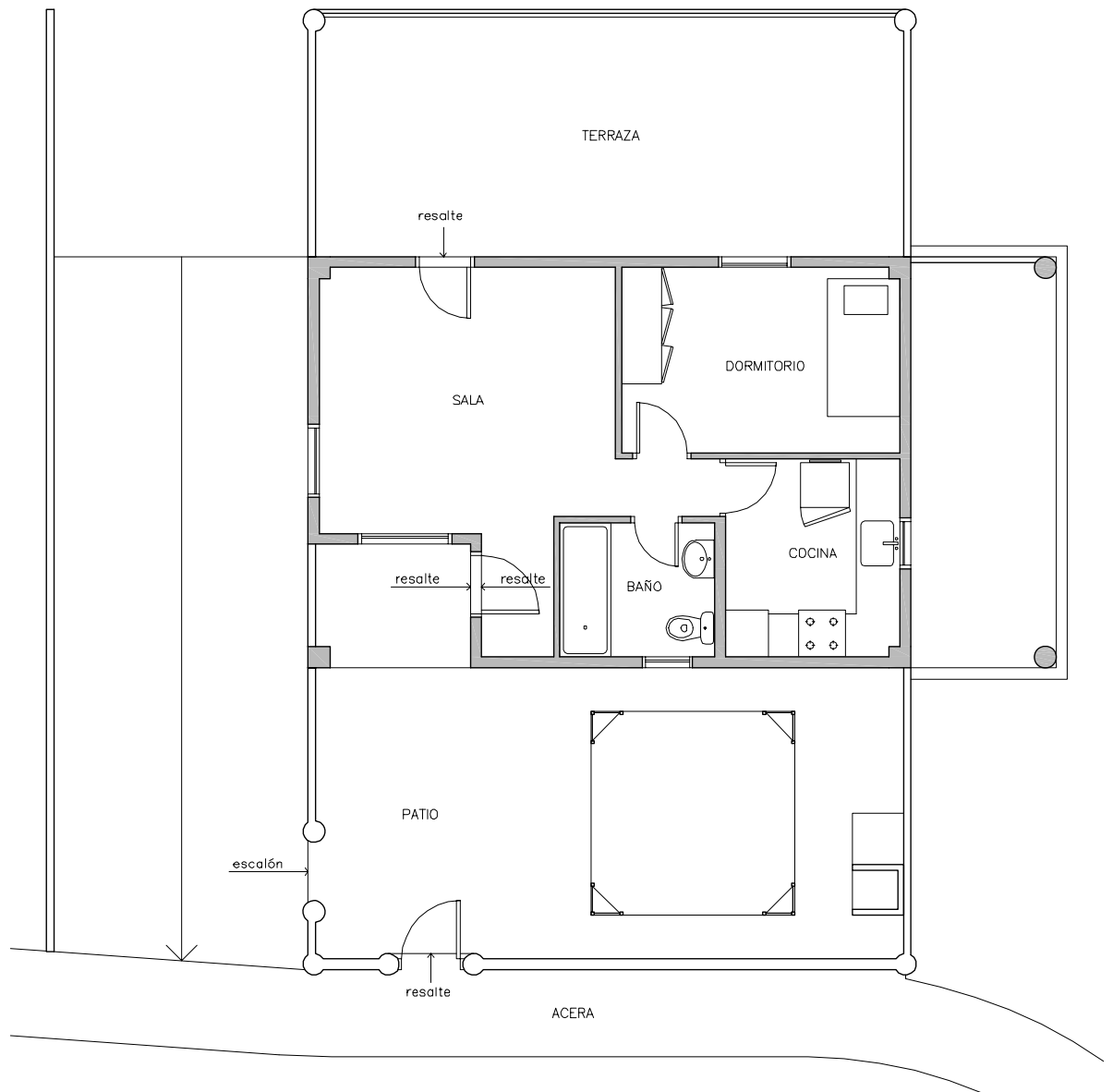
CAPÍTULO 9:

ESTUDIO DE PROPUESTAS ÓPTIMA Y MÍNIMA DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL: 5 ESTUDIOS DE CASO

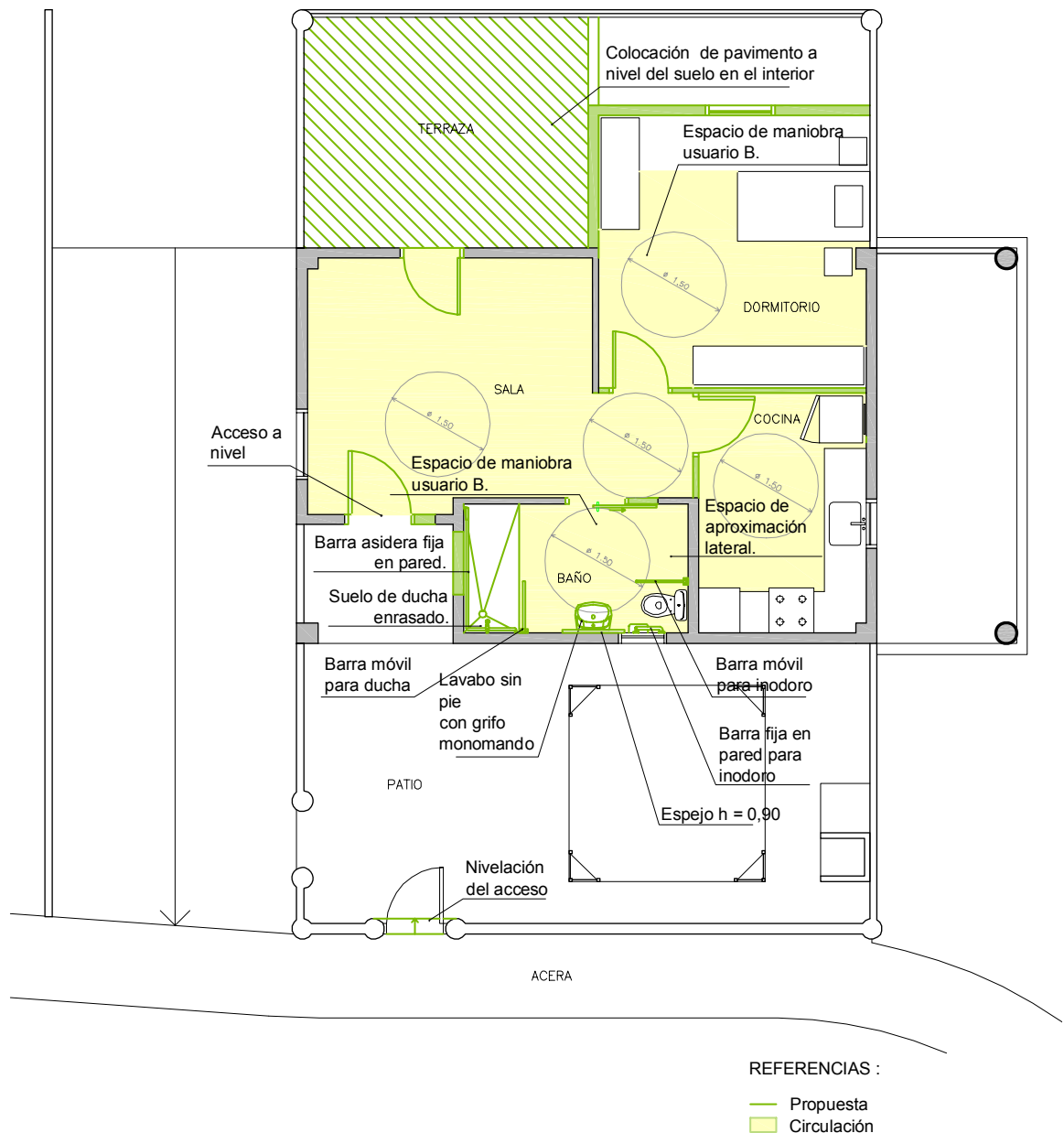
En este capítulo se presentan los planos de estado actual y propuestas óptima y mínima de las viviendas seleccionadas. Ninguna solución es perfecta ni única; para su correcto análisis debe irse más allá de la revisión de los planos y analizar las condiciones del usuario y su familia. Cada caso se acompaña de una ficha informativa sobre la persona para la que se realizan las adaptaciones e información detallada sobre los distintos espacios de la vivienda y sus barreras. Con cada propuesta se detallan los cambios a realizar y sus costes estimativos.

Informe de Propuesta		Propuesta Nº	1
1.1- Descripción del Estado Actual		Visita Nº	18
<p>ACCESO Acera: en mal estado, ancho de acera correcto Portal: hay un resalte de 2 cm después de la puerta de la propiedad. Puerta de la vivienda: hay dos resaltes de 2 cm en la puerta de la casa.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA Anchura y alto de paso: el ancho del pasillo no permite suficiente espacio de maniobra ante las puertas. La puerta del baño es de un ancho insuficiente. Pavimentos: el pavimento de la terraza es irregular. La salida a la terraza tiene un escalón de 15 cm. Disposición de mobiliario: el banco de la entrada interrumpe el espacio de maniobra ante la puerta de la casa. Rampas: la rampa al nivel inferior tiene una pendiente muy alta (es vehicular). Escalera: inexistente.</p> <p>ASEOS Espacio de maniobra: insuficiente. Lavabo: espacio de aproximación frontal insuficiente. Espejo: inexistente. Inodoro: sin barras. Sin espacio de aproximación lateral. Bañera: no adaptada.</p> <p>DORMITORIO Espacio de maniobra: correcto. Cama: no adaptada. Armario: no adaptado.</p>			
<p>VALORACIÓN DEL ARQUITECTO Las dimensiones de los espacios de circulación requieren que para la adaptación se hagan reformas considerables que la familia está dispuesta a hacer. Se adaptará la planta superior, que está a nivel de la calle. Habrá que reformar las paredes y el acceso a los recintos para garantizar espacios de maniobra antes y después de las puertas, reformar y adaptar el baño completo y nivelar pavimentos.</p>			

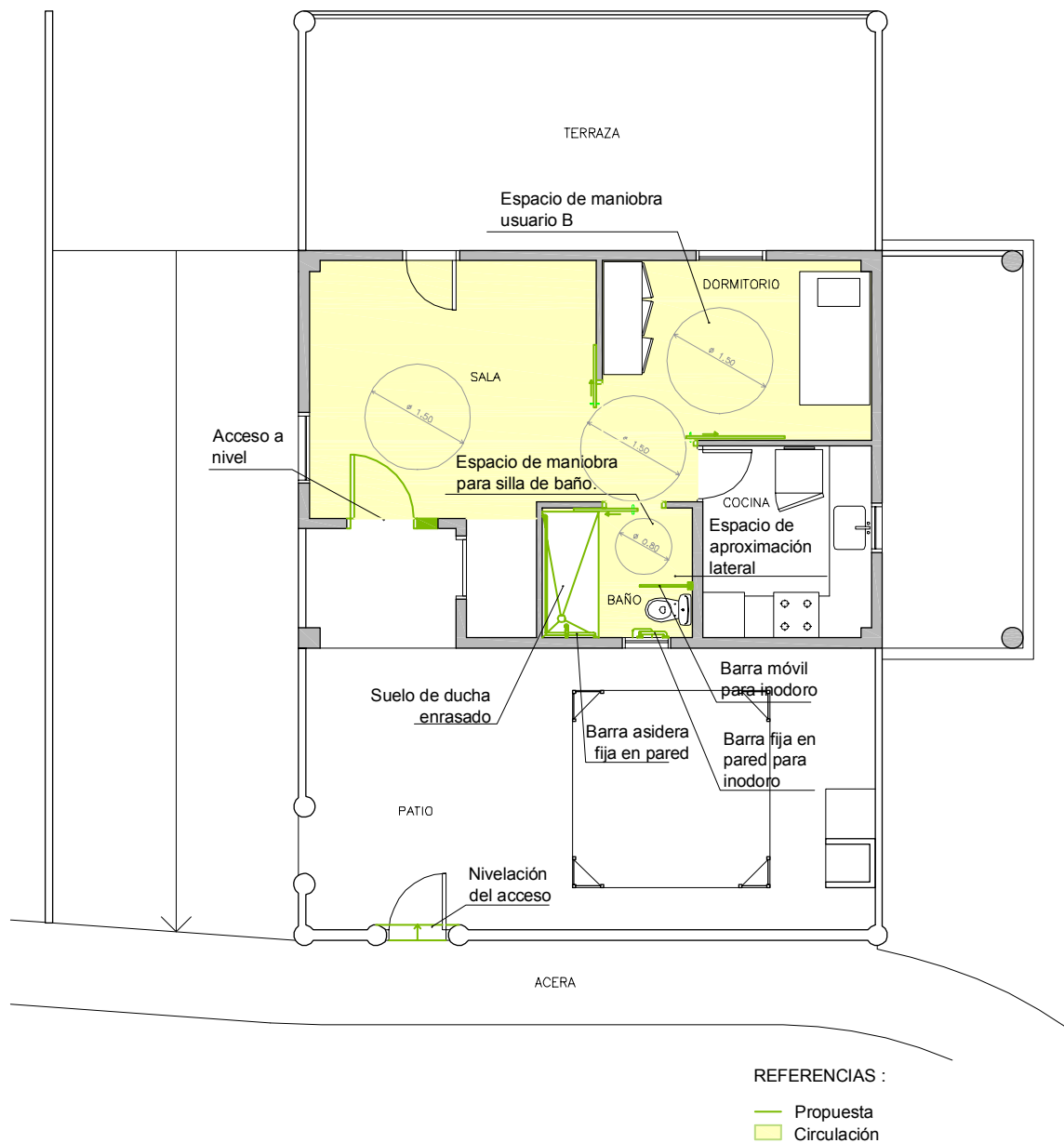
Informe de Propuesta		Propuesta Nº	1
1.2- Reportaje fotográfico		Visita Nº	18
<p>El banco de la entrada disminuye el ancho de paso de entrada a la vivienda. En la puerta hay dos resaltes de 2 cm.</p>			
<p>El ancho del pasillo no permite suficiente espacio de maniobra ante las puertas.</p>			
<p>Lavabo con espacio de aproximación frontal insuficiente. Inodoro sin barras. Sin espacio de aproximación lateral.</p>			
<p>Espacio de maniobra insuficiente. Bañera no adaptada.</p>			
<p>El pavimento de la terraza es irregular. La salida a la terraza tiene un escalón de 15 cm.</p>			



Informe de Propuesta	Propuesta Nº	1
2.1- Descripción de la Propuesta Óptima	Visita Nº	18
<p>ACCESO</p> <p>Portal: se nivela el resalte de la entrada.</p> <p>Puerta de la vivienda: debido a la falta de espacio, se propone mudar la puerta al lugar de la ventana.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Ancho de paso: se amplía el distribuidor, moviendo la pared del dormitorio hasta que haya un correcto espacio de maniobra.</p> <p>Pavimentos: se coloca pavimento en la terraza, nivelándola con el interior de la vivienda.</p> <p>Disposición de mobiliario: se reubica el banco de la entrada para liberar el acceso.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: se amplía el baño, sumándole el espacio de la antigua entrada, y garantizando espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: se coloca un lavabo, sin pie, con grifo monomando.</p> <p>Espejo: se coloca un espejo tras el lavabo, a una altura de 0,90 m.</p> <p>Inodoro: se coloca un inodoro, con una barra fija en pared y una abatible, del lado del espacio de aproximación lateral de 0,80 m de ancho mínimo.</p> <p>Ducha: se coloca un suelo de ducha enrasado, con ducha de teléfono con monomando, barra fija en pared y una abatible, del lado del espacio de aproximación lateral de 0,80 m.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: se amplía el dormitorio para tener una cama clínica con espacio a ambos lados, uno de ellos con dimensiones de espacio de maniobra entre cama y armario.</p> <p>Cama: se coloca cama clínica.</p> <p>Armario: se recomienda armario con guardarropas a una altura adaptada.</p>		
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: derribo de paredes, construcción de paredes y cerramiento, sustitución de puerta, construcción de baño adaptado, colocación de pavimento y nivelación de resalte: Coste de ejecución material: 12.100 € Coste de contrata (incluye IVA): 16.900 €</p> <p>Ayudas técnicas: barras, silla de baño o asiento en ducha y cama clínica: Suministro e instalación (incluye IVA): 1.150 €</p> <p>Total propuesta: 18.050 €</p>		

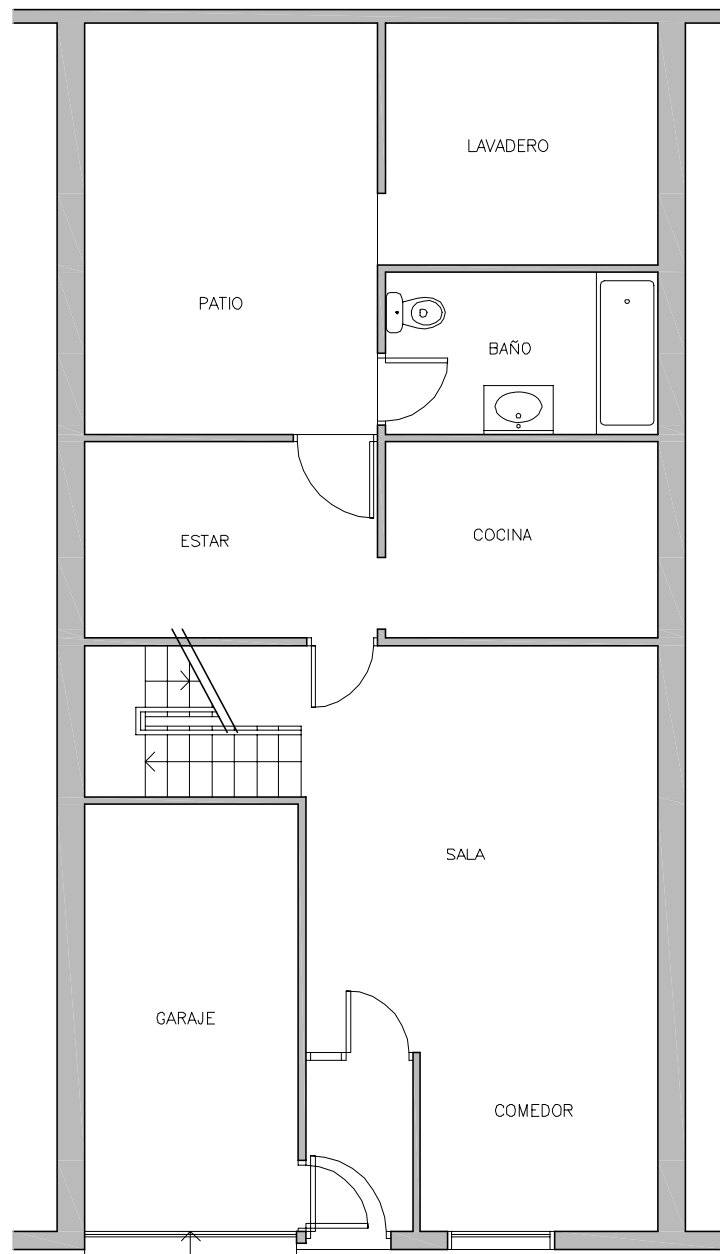


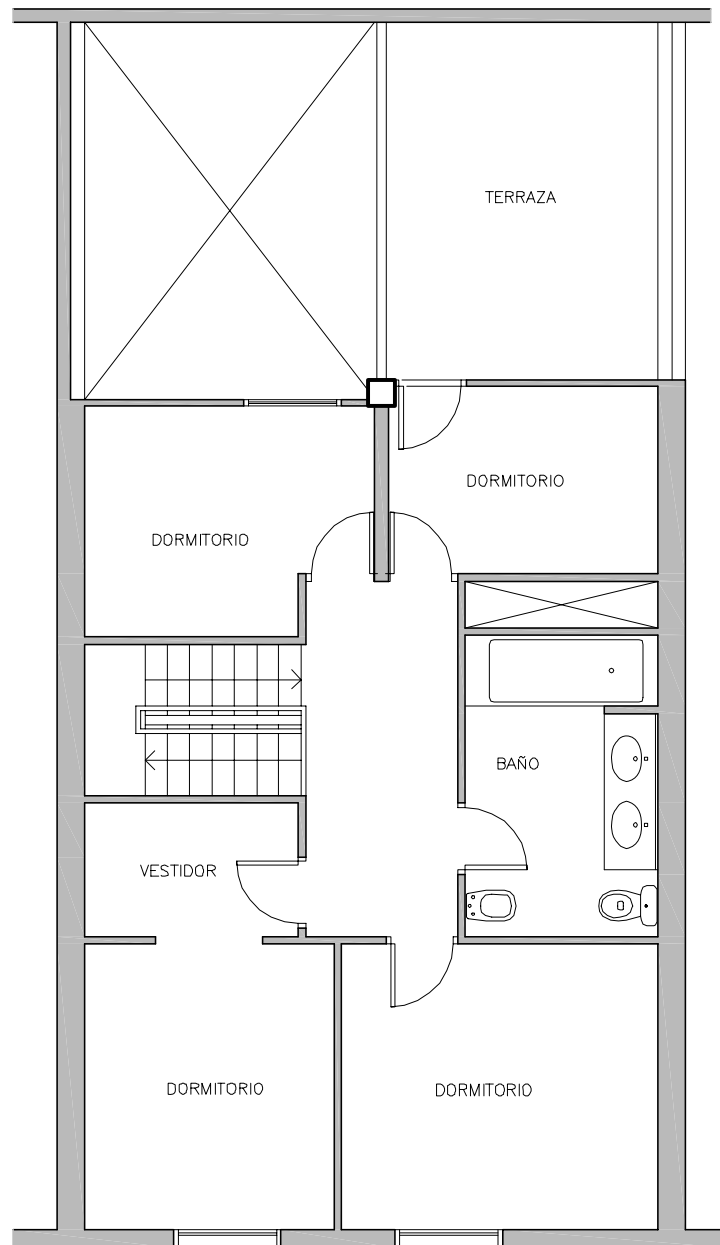
Informe de Propuesta	Propuesta Nº	1
3.1- Descripción de la Propuesta Mínima	Visita Nº	18
<p>ACCESO</p> <p>Portal: se nivela el resalte de la entrada.</p> <p>Puerta de la vivienda: debido a la falta de espacio, se propone mudar la puerta al lugar de la ventana.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Ancho de paso: para tener espacio de maniobra en el distribuidor, se sustituye la entrada al dormitorio por un par de puertas correderas.</p> <p>Disposición de mobiliario: se reubica el banco de la entrada para liberar el acceso.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: se sugiere el uso de silla de baño, garantizando espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: se recomienda eliminar el gabinete debajo del lavabo, para tener un correcto espacio de aproximación frontal.</p> <p>Espejo: se coloca un espejo tras el lavabo, a una altura de 0,90 m.</p> <p>Inodoro: se le coloca al inodoro una barra fija en pared y una abatible, del lado del espacio de aproximación lateral de 0,80 m de ancho mínimo.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado, con ducha de teléfono con monomando, barra fija en pared.</p>		
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: derribo y construcción de paredes, sustitución de puertas, adaptación de baño y nivelación de resalte: Coste de ejecución material: 6.200 € Coste de contrata (incluye IVA): 8.650 €</p> <p>Ayudas técnicas: barras y silla de baño: Suministro e instalación (incluye IVA): 520 €</p> <p>Total propuesta: 9.170 €</p>		



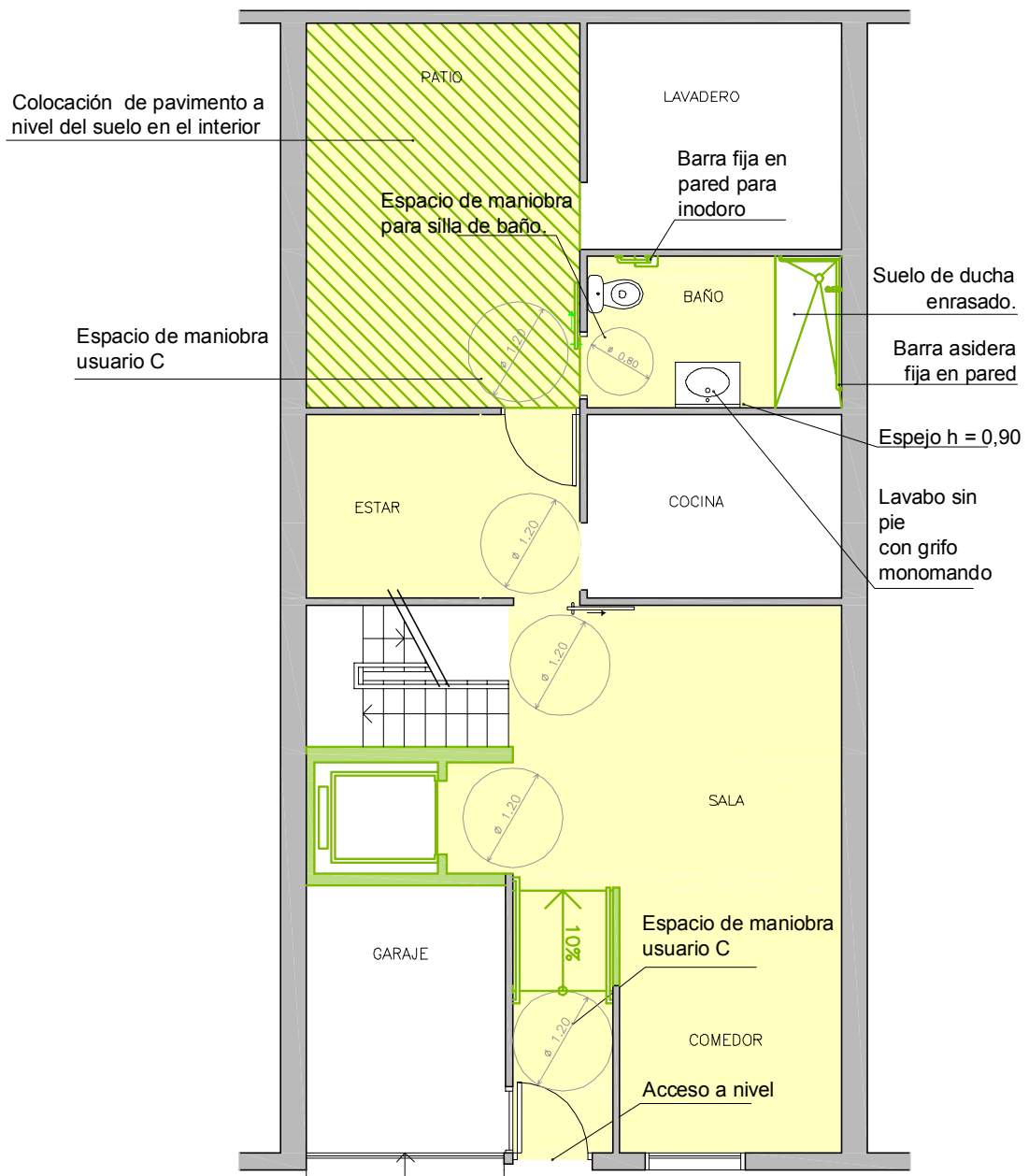
Informe de Propuesta	Propuesta Nº 2
1.1- Descripción del Estado Actual	Visita Nº 19
<p>ACCESO</p> <p>Acera: correcta.</p> <p>Portal: hay un escalón en la puerta de la casa. Itinerario de acceso por garaje.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Anchura y alto de paso: correctos.</p> <p>Pavimentos: correctos. Existen escalones en las salidas al patio y la terraza.</p> <p>Disposición de mobiliario: correcto.</p> <p>Ascensor: inexistente. La segunda planta es inaccesible.</p> <p>Escalera: con pasamanos a un solo lado. Escalones con nariz.</p> <p>BAÑOS</p> <p>Espacio de maniobra: insuficiente.</p> <p>Lavabo: sin espacio de aproximación frontal.</p> <p>Espejo: correcto.</p> <p>Inodoro: sin espacio de aproximación lateral.</p> <p>Bañera: no adaptada</p> <p>DORMITORIOS</p> <p>En Planta Baja no hay dormitorios. En la planta Alta hay dormitorios con dimensiones adaptables.</p>	
<p>VALORACIÓN DEL ARQUITECTO</p> <p>Planta Baja adaptable con reformas: conversión de comedor en dormitorio, nivelación de escalones, reforma completa de baño.</p> <p>Para acceder a la planta superior habría que colocar un ascensor, ya sea en el patio subiendo a la terraza o en el garaje subiendo al distribuidor.</p>	

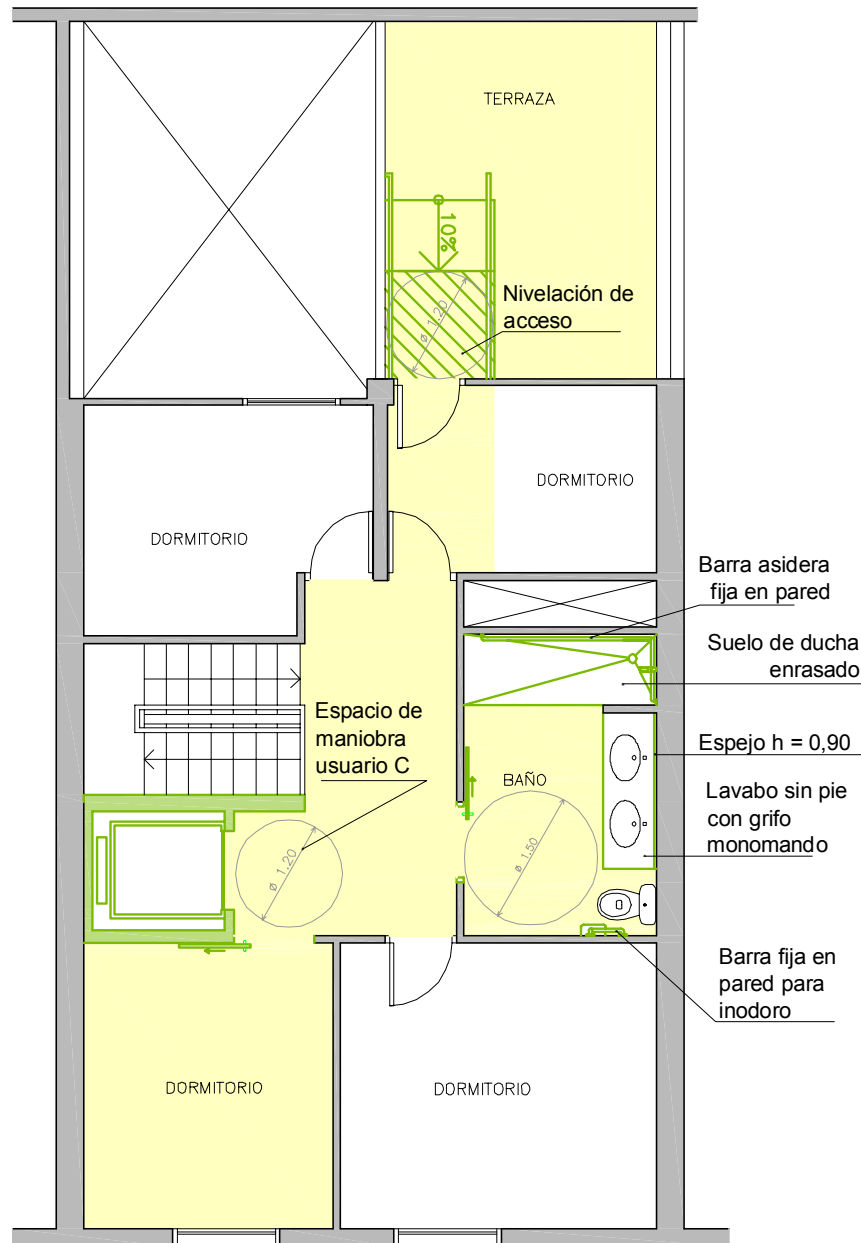
<p>Informe de Propuesta</p> <p>1.2- Reportaje fotográfico</p>	<p>Propuesta Visita Nº</p>
<p>Hay un escalón en la puerta de la casa. Itinerario de acceso por garaje.</p>	
<p>Distribuidor con espacio de maniobra correcto ante las puertas.</p>	
<p>Escalón y resalte en la puerta de salida a la terraza.</p>	
<p>La ubicación del bidet no permite el correcto espacio de maniobra ante el inodoro.</p>	
<p>Lavabo sin espacio de aproximación frontal. Bañera no adaptada.</p>	





Informe de Propuesta	Propuesta Nº 2
2.1- Descripción de la Propuesta Óptima	Visita Nº 19
<p>ACCESO</p> <p>Portal: para eliminar el escalón de entrada, se disminuye el nivel de acceso hasta el nivel de la acera, prolongándose hasta el espacio de maniobra después de la puerta, seguido de una rampa que nivela la estrada al interior de la vivienda.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: se elimina el escalón en la salida al patio elevando el pavimento del patio al nivel interior. Se nivela el escalón a la terraza con una rampa.</p> <p>Ascensor: se coloca un ascensor de dimensiones 1,00 × 1,20 m, ocupando espacio del garaje y del antiguo vestidor en la planta superior.</p> <p>BAÑO INFERIOR</p> <p>Espacio de maniobra: se recomienda el uso de silla de baño, para la cual, con la sustitución de la puerta abatible por corredera, hay suficiente espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: se recomienda eliminar el gabinete bajo el lavabo para tener espacio de aproximación frontal.</p> <p>Inodoro: se coloca una barra fija en pared.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado, con ducha de teléfono con monomando, barra fija en pared.</p> <p>BAÑO SUPERIOR</p> <p>Espacio de maniobra: se elimina el bidet y se sustituye la puerta abatible por corredera, permitiendo suficiente espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: se recomienda eliminar el gabinete bajo uno de los lavabos para tener espacio de aproximación frontal.</p> <p>Inodoro: se coloca una barra fija en pared.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado, con ducha de teléfono con monomando, barra fija en pared.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Cama: se coloca cama clínica.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: derribo de paredes y forjados, colocación de ascensor, adaptación de baños, construcción de rampas y elevación de pavimento: Coste de ejecución material: 55.000 € Coste de contrata (incluye IVA): 76.750 €</p> <p>Ayudas técnicas: barras, silla de baño y cama clínica: Suministro e instalación (incluye IVA): 1.170 €</p> <p>Total propuesta: 77.920 €</p>	

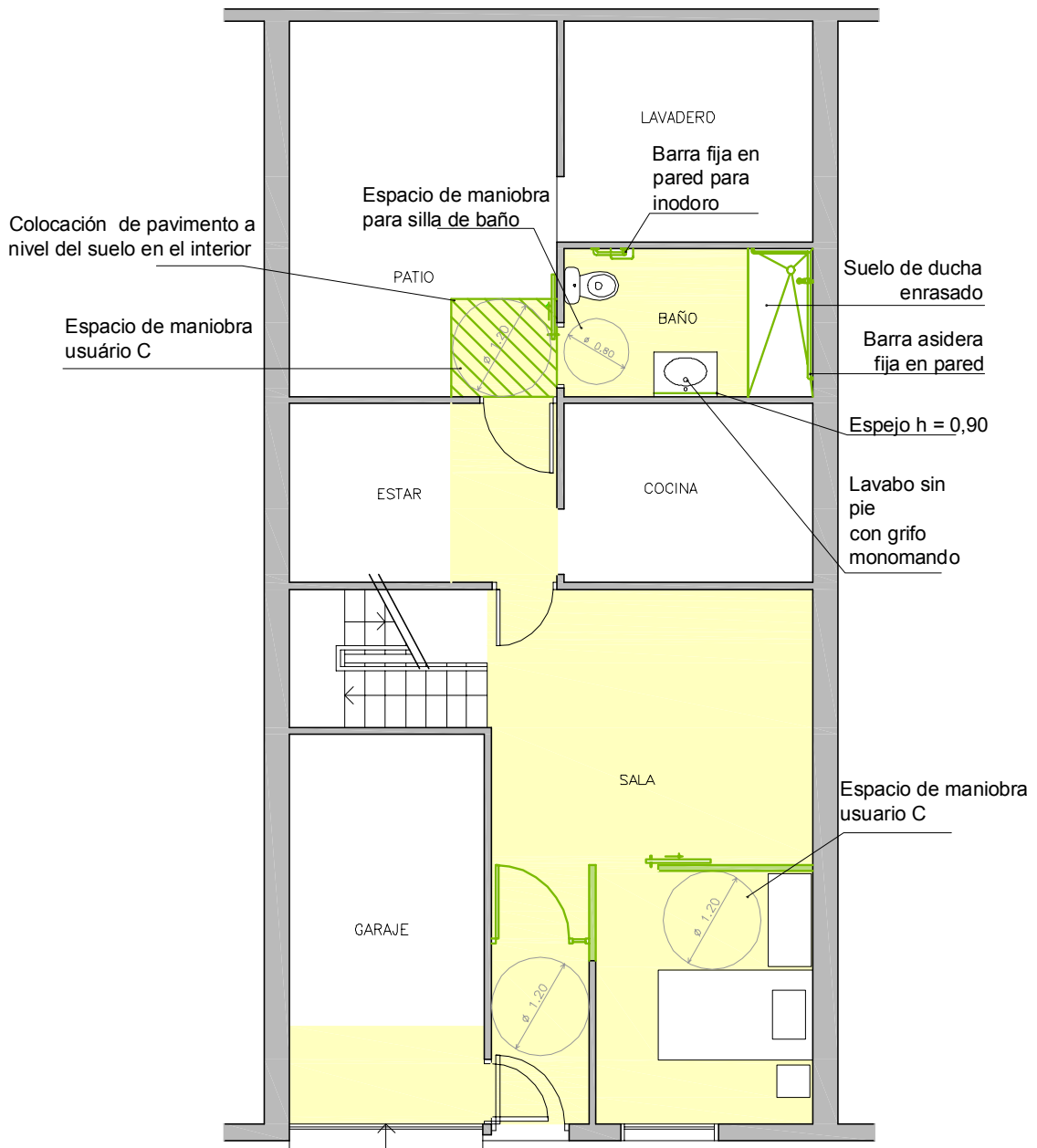




REFERENCIAS :

- Propuesta
- Circulación

Informe de Propuesta	Propuesta Nº 2
3.1- Descripción de la Propuesta Mínima	Visita Nº 19
<p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: se garantiza el acceso al baño desde el patio elevando el pavimento de la salida al patio al nivel interior.</p> <p>BAÑO INFERIOR</p> <p>Espacio de maniobra: se recomienda el uso de silla de baño, para la cual, con la sustitución de la puerta abatible por corredera, hay suficiente espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: se recomienda eliminar el gabinete bajo el lavabo para tener espacio de aproximación frontal.</p> <p>Inodoro: se coloca una barra fija en pared.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado, con ducha de teléfono con monomando, barra fija en pared.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: se reforma el antiguo comedor como dormitorio, cuya disposición garantiza espacio mínimo de maniobra entre la puerta, la cama y el armario.</p> <p>Cama: se coloca cama clínica.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: construcción de pared, adaptación de baño y elevación de pavimento: Coste de ejecución material: 4.300 € Coste de contrata (incluye IVA): 6.000€</p> <p>Ayudas técnicas: barras, silla de baño y cama clínica: Suministro e instalación (incluye IVA): 1.120 €</p> <p>Total propuesta: 7.120 €</p>	

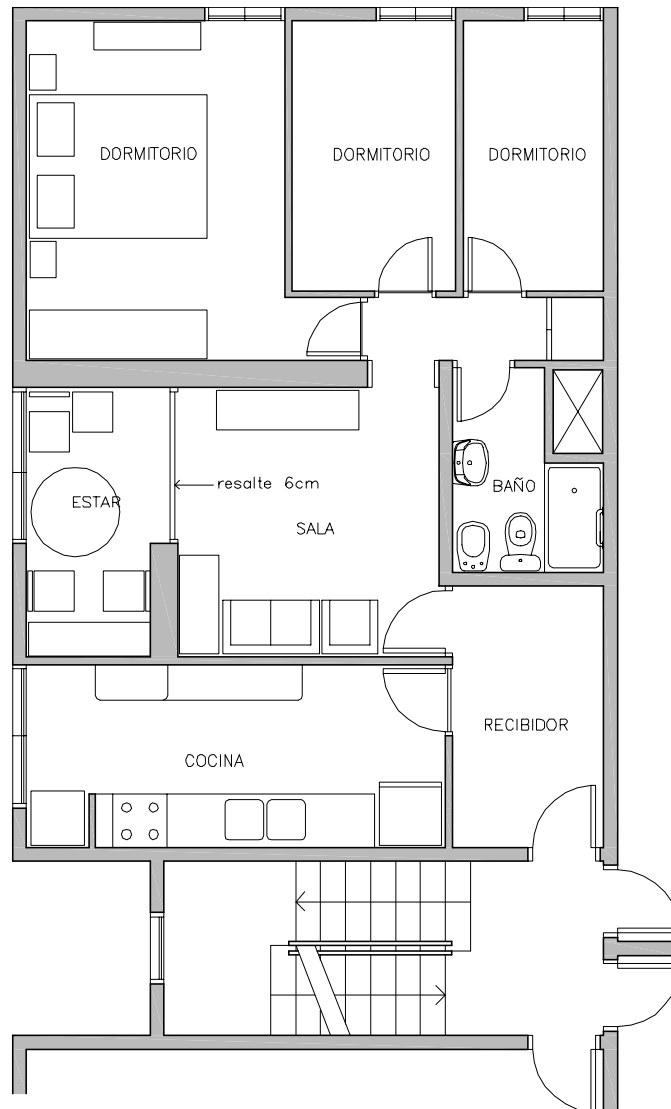


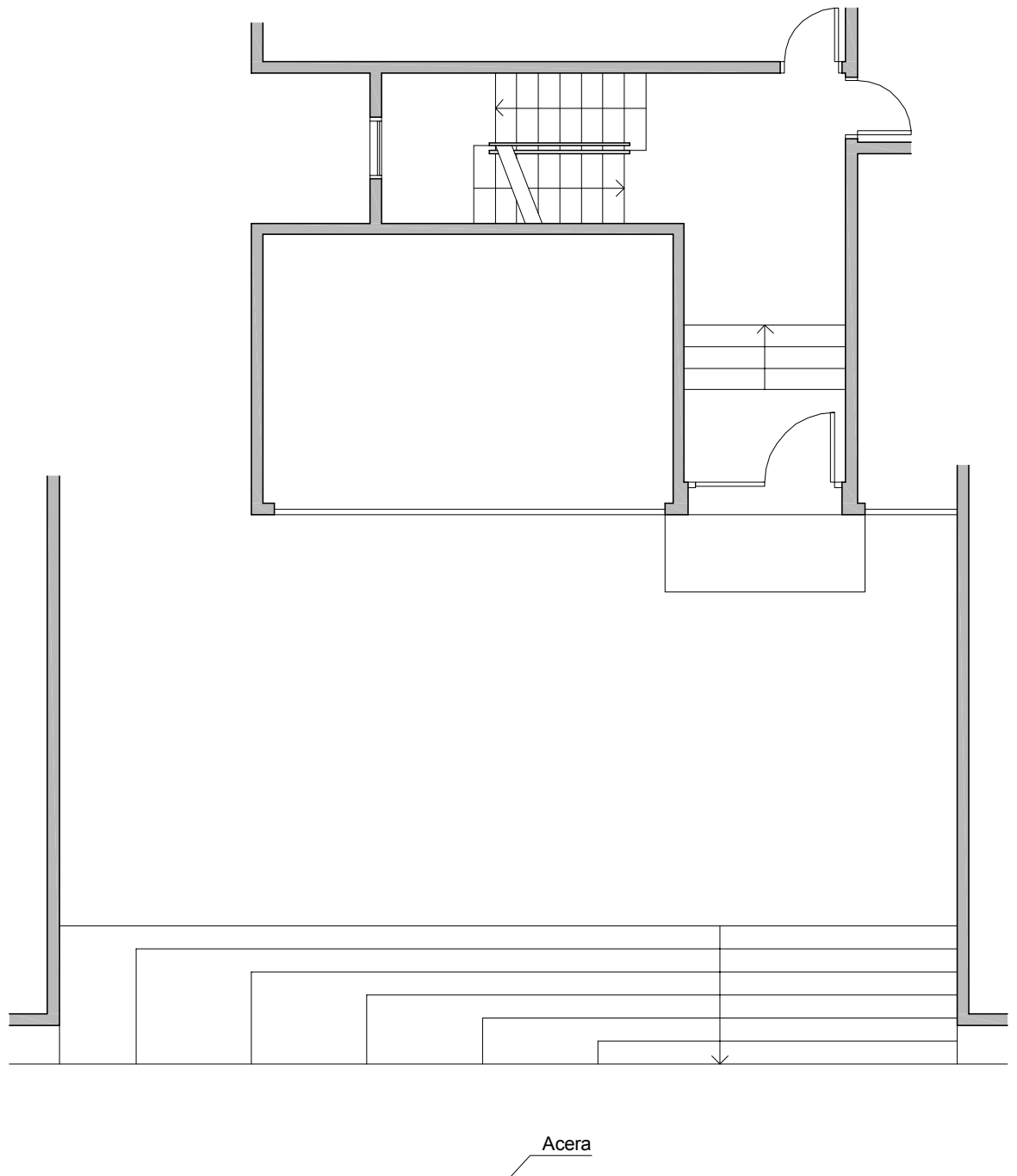
REFERENCIAS :

- Propuesta
- Circulación

Informe de Propuesta	Propuesta Nº 3
1.1- Descripción del Estado Actual	Visita Nº 22
<p>ACCESO</p> <p>Acera: con pendiente media, seguida de una escalera irregular, sin pasamanos. Con pavimento en mal estado que lleva a una plazoleta donde se encuentra el portal.</p> <p>Portal: ante la puerta hay un escalón de 10 cm con pavimento en mal estado. En la puerta hay otro escalón de 16 cm con nariz, seguido de una escalera sin pasamanos de de escalones con nariz.</p> <p>Escalera: con pasamanos a un lado. Escalones con nariz.</p> <p>Ascensor: inexistente.</p> <p>Puerta de la vivienda: correcta.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Anchura y alto de paso: correcto.</p> <p>Pavimentos: el cambio de pavimento en las puertas de todos los recintos tiene un resalto de 2 cm excepto en el Estar que tiene uno de 6 cm.</p> <p>Disposición de mobiliario: la mesa del Estar disminuye el espacio de maniobra.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: insuficiente.</p> <p>Lavabo: correcto.</p> <p>Espejo: colocado a una altura incorrecta.</p> <p>Inodoro: espacio de acceso insuficiente.</p> <p>Bañera: adaptación insuficiente.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: la disposición de la cómoda impide el espacio de maniobra.</p> <p>Cama: no adaptada.</p>	
<p>VALORACIÓN DEL ARQUITECTO</p> <p>El terapeuta propone adaptación para usuario y cónyuge. Se considera que hay que cambiar la bañera por una ducha accesible, incluyendo la reutilización de la barra existente.</p> <p>Siguen existiendo barreras arquitectónicas como los resaltes en todas las puertas y escaleras en el edificio y acceso que progresivamente limitarán a los usuarios.</p>	

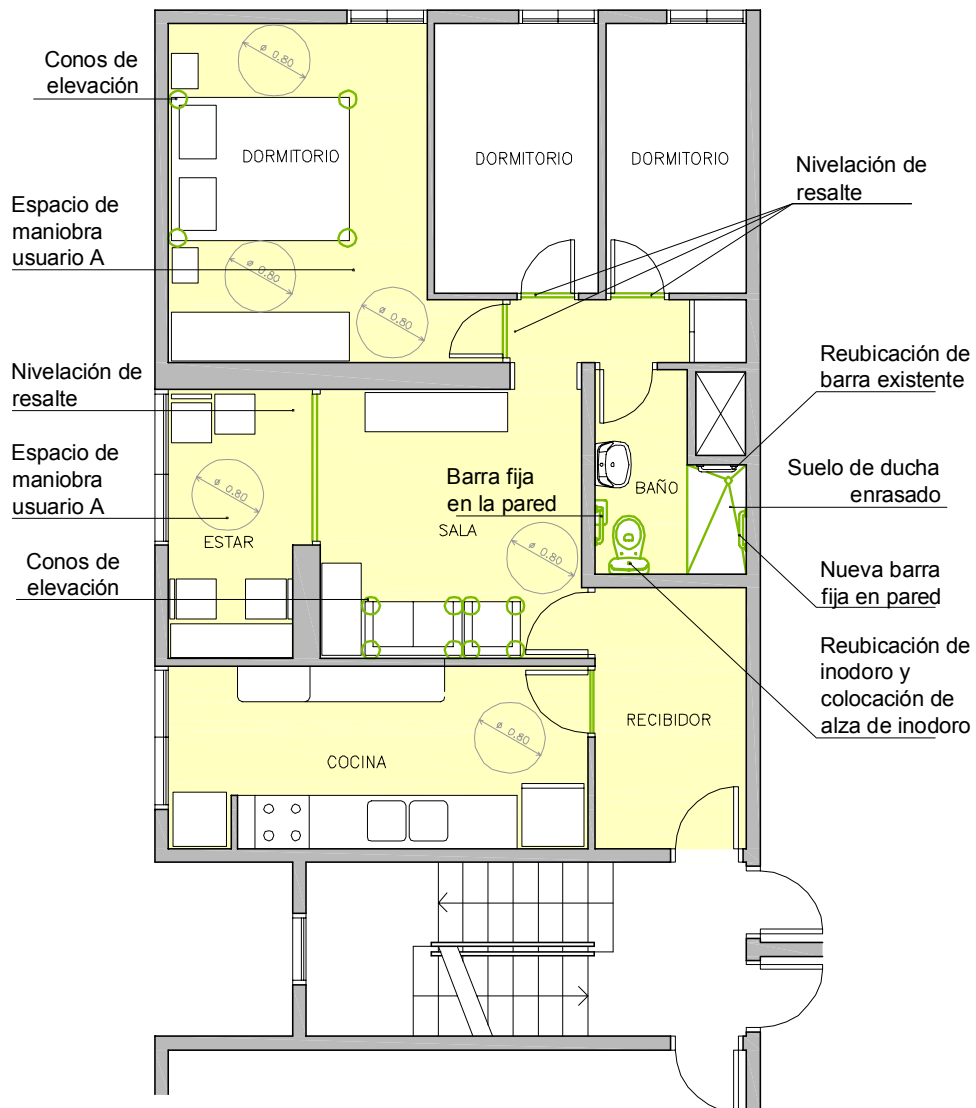
Informe de Propuesta		Propuesta Nº	3
1.2- Reportaje fotográfico		Visita Nº	22
Ante la puerta hay un escalón de 10 cm con pavimento en mal estado. En la puerta hay otro escalón de 16 cm con nariz			
El cambio de pavimento y el marco de la puerta crean un resalte de 6 cm.			
Baño con espacio de maniobra insuficiente. Lavabo correcto. Espejo colocado a una altura incorrecta. Espacio de acceso al inodoro insuficiente.			
Bañera con adaptación insuficiente.			
La disposición de la cómoda impide el espacio de maniobra a un lado de la cama. Cama no adaptada.			





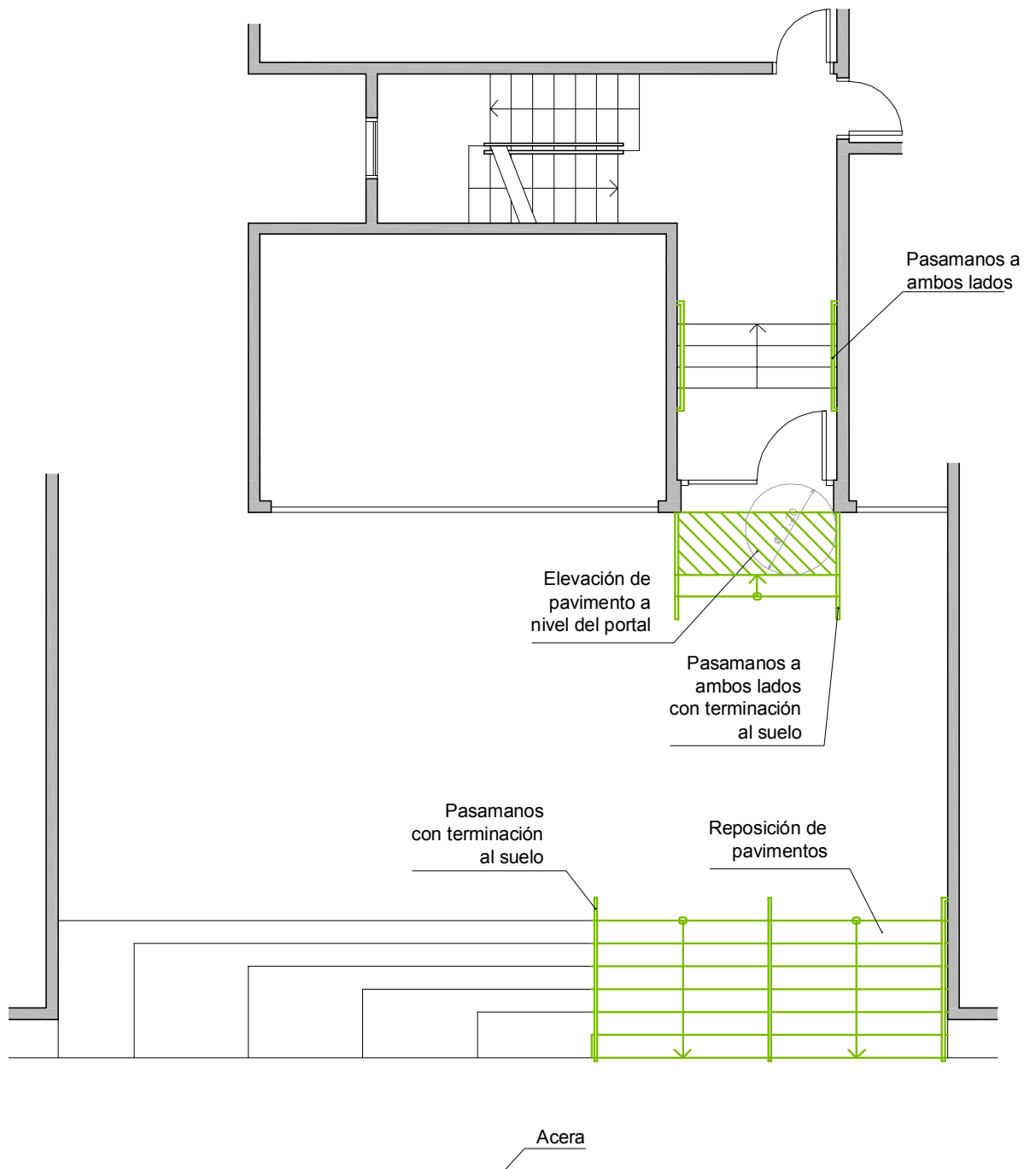
Informe de Propuesta	Propuesta Nº 3
2.1- Descripción de la Propuesta en vivienda	Visita Nº 22
<p>La presente propuesta se limita al interior de la vivienda estudiada. De ser la única, puede verse como una Propuesta Mínima.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: se eliminan los resaltes en todas las puertas.</p> <p>Disposición de mobiliario: se colocan conos de elevación en los muebles de la sala. Se recomienda mudar la mesa del estar para garantizar un correcto espacio de maniobra.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: se elimina el bidet, reubicando el inodoro para tener espacio de maniobra.</p> <p>Inodoro: se coloca un alza de inodoro.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado y se reubica la barra asidera, colocando una angular en su lugar.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: se recomienda mudar la cómoda para tener espacio de maniobra a ambos lados de la cama.</p> <p>Cama: se le coloca conos de elevación.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: eliminación de resaltes y adaptación de baño: Coste de ejecución material: 1.010 € Coste de contrata (incluye IVA): 1.410 €</p> <p>Ayudas técnicas: conos de elevación y alza de inodoro: Suministro e instalación (incluye IVA): 600 €</p> <p>Total propuesta: 2.010 €</p>	

Informe de Propuesta	Propuesta Nº	3
2.2- Descripción de la Propuesta Óptima	Visita Nº	22
<p>La presente propuesta pretende adaptar las áreas comunes del edificio, para la cual la solicitud debe venir de la comunidad de vecinos, siendo una partida diferente a la de la adaptación de la vivienda. La suma de estas dos propuestas puede verse como una Propuesta Óptima.</p> <p>ACCESO</p> <p>Acera: en la escalera irregular de la plazoleta, se define el área reformable, a la que se repone pavimentos y se coloca pasamanos.</p> <p>Portal: para garantizar espacio de maniobra, se eleva el pavimento ante la puerta hasta el nivel del portal, juntando los dos escalones ante la plataforma construida, todo protegido con barandillas y pasamanos. A la escalera después de la puerta se le coloca pasamanos atornillados a la pared a ambos lados.</p>		
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en edificio: elevación de pavimento, construcción de escalones, reposición de pavimento y colocación de pasamanos: Coste de ejecución material: 2.600 € Coste de contrata (incluye IVA): 3.630 €</p> <p>Total propuesta óptima (vivienda + edificio): 5.640 €</p>		



REFERENCIAS :



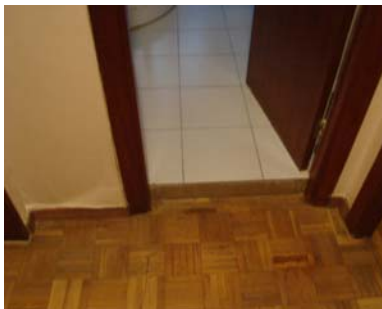


- Propuesta
- Circulación

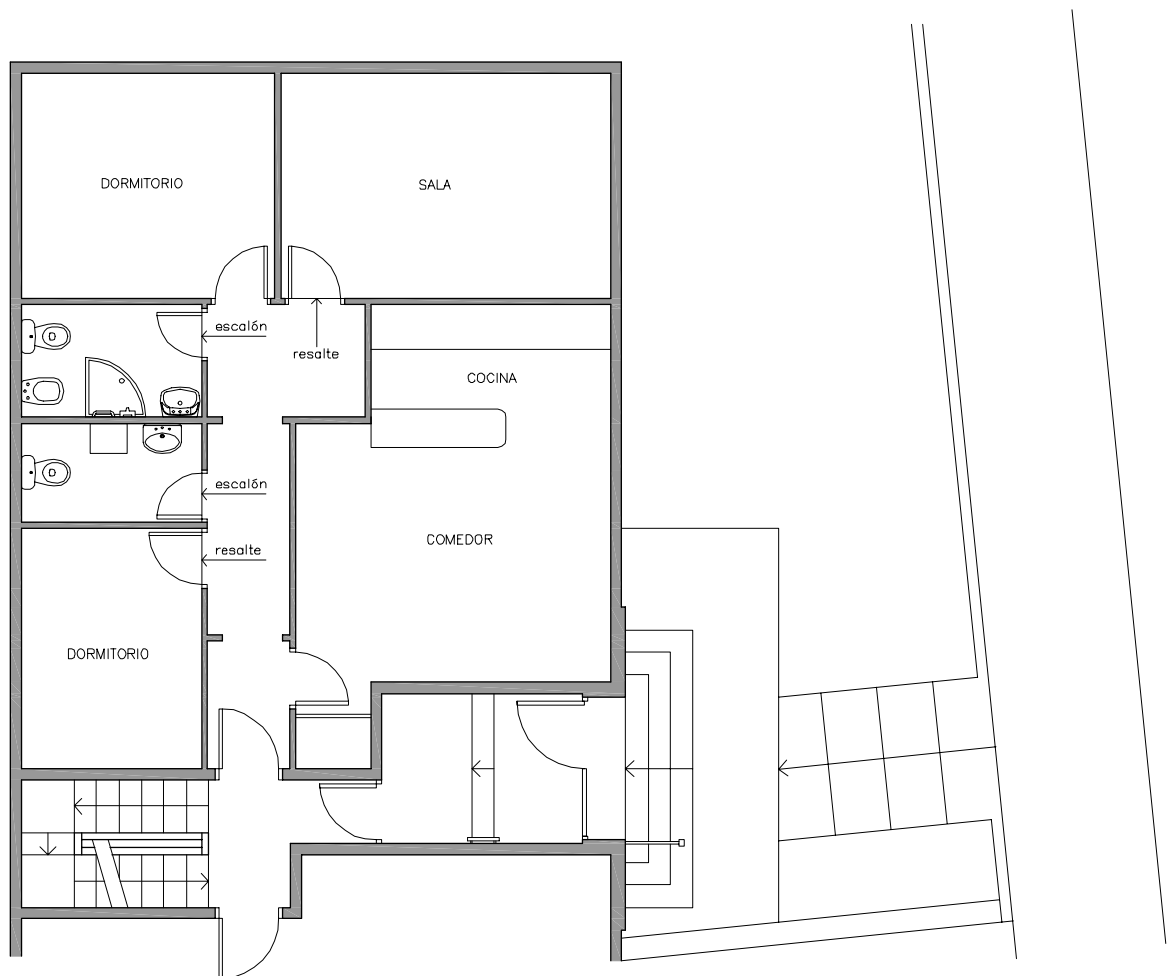


REFERENCIAS :

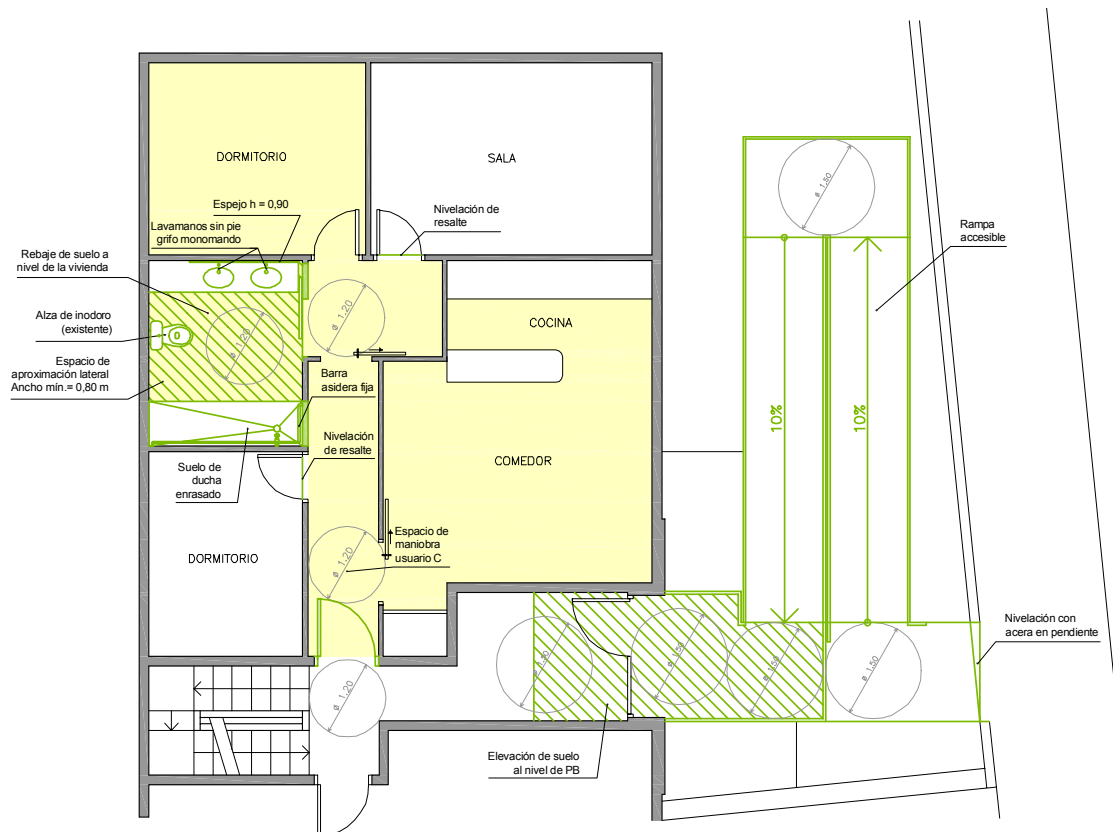
— Propuesta
— Circulación

Informe de Propuesta	Propuesta Nº 4
1.1- Descripción del Estado Actual	Visita Nº 28
<p>ACCESO</p> <p>Acera: pavimento correcto, pendiente media.</p> <p>Portal: el acceso al edificio tiene aproximadamente 1,40 m de desnivel salvado por tres escaleras, una irregular sin pasamanos y dos con pasamanos a un lado.</p> <p>Puerta de la vivienda: sin espacio de maniobra después de la puerta.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Anchura y alto de paso: el ancho del pasillo no permite suficiente espacio de maniobra ante la puerta del aseo. El acceso al comedor tiene dimensiones insuficientes para el espacio de maniobra.</p> <p>Pavimentos: la diferencia de pavimentos no está bien nivelada. En las puertas al aseo y baño hay un escalón de 14 cm.</p> <p>Disposición de mobiliario: la ubicación del sofá en el comedor y la cómoda en el pasillo, disminuyen el ancho de paso.</p> <p>ASEO</p> <p>Espacio de maniobra: insuficiente</p> <p>Lavabo: sin espacio de aproximación frontal.</p> <p>Espejo: altura incorrecta.</p> <p>Inodoro: correcto.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: insuficiente.</p> <p>Lavabo: sin espacio de aproximación frontal.</p> <p>Espejo: altura incorrecto.</p> <p>Inodoro: no adaptado.</p> <p>Ducha: plato de ducha mal ubicado, con resalte de 10 cm y mampara con resalte de 3 cm.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: insuficiente.</p> <p>Cama: con triángulo. Adaptación insuficiente.</p>	
<p>VALORACIÓN DEL ARQUITECTO</p> <p>Baño mal adaptado. Necesita una reforma completa. Hay que nivelar los pavimentos. El portal es inaccesible para la silla de ruedas. La comunidad está de acuerdo en sustituir las escaleras por rampas.</p>	

Informe de Propuesta		Propuesta Nº	4
1.2- Reportaje fotográfico		Visita Nº	28
El acceso al edificio se hace a través de una escalera irregular sin pasamanos y una escalera con pasamanos a un solo lado, que no permite espacio de maniobra ante la puerta.			
El acceso al comedor tiene dimensiones insuficientes para el espacio de maniobra.			
En las puertas al aseo y al baño hay un escalón de 14 cm.			
Baño con espacio de maniobra insuficiente. Lavabo sin espacio de aproximación frontal. Plato de ducha mal ubicado, con resalte de 10 cm y mampara con resalte de 3 cm.			
La ubicación del plato de ducha dificulta el acceso al inodoro y el bidet.			



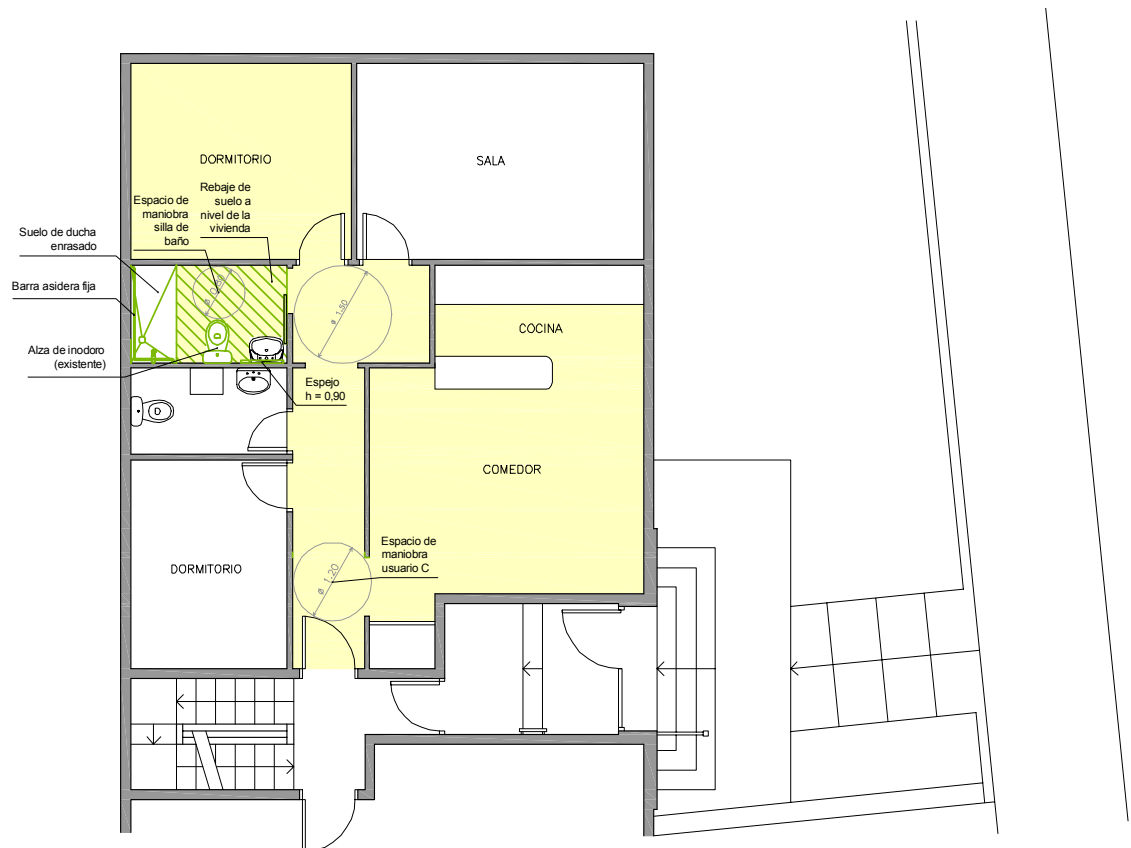
Informe de Propuesta	Propuesta Nº	4
2.1- Descripción de la Propuesta Óptima	Visita Nº	28
<p>ACCESO</p> <p>Portal: Se propone sustituir las escaleras por una rampa de diseño universal, para garantizar el correcto acceso de toda la comunidad de vecinos. La rampa se ubica en el jardín, separada del cuerpo del edificio, para guardar algo de privacidad en las ventanas de la vivienda. Se entra al edificio por un suelo elevado hasta el nivel de la Planta Baja.</p> <p>Puerta de la vivienda: Se sustituye la puerta de 0,80 m por una de 0,90, dando espacio de maniobra ante la puerta. Se elimina la puerta del comedor y se derriba una porción de las paredes del pasillo para obtener el mínimo espacio de maniobra después de la puerta de la vivienda.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: Para eliminar el escalón, se rebaja el suelo del baño a nivel de la vivienda. Se eliminan los resaltes de las habitaciones nivelando pavimentos.</p> <p>Disposición de mobiliario: Se recomienda reubicar los muebles que disminuyen el ancho de paso.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: Se juntan el baño y el aseo, creando un baño de amplias dimensiones, con puerta corredera, permitiendo el correcto espacio de maniobra antes y después de la puerta.</p> <p>Lavabo: se colocan dos lavabos empotrados, sin pie, con grifo monomando.</p> <p>Espejo: se coloca un espejo tras los lavabos, a una altura de 0,90 m.</p> <p>Inodoro: se coloca un inodoro, instalando el alza de inodoro existente, y un bidet, separados por un espacio de 0,80 m para la aproximación lateral.</p> <p>Ducha: se coloca un suelo de ducha enrasado, con barra fija y ducha de teléfono con monomando.</p>		
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en acceso: construcción de rampa con pasamanos y zócalo, elevación de suelo y reforma de puerta: Coste de ejecución material: 11.860 € Coste de contrata (incluye IVA): 16.550 €</p> <p>Albañilería en vivienda: derribo de losa, derribo de paredes, construcción de baño adaptado y nivelación de resaltes: Coste de ejecución material: 8.370 € Coste de contrata (incluye IVA): 11.680 €</p> <p>Ayudas técnicas: barra asidera y silla de baño o asiento en ducha: Suministro e instalación (incluye IVA): 410 €</p> <p>Total de adaptación vivienda (sin reforma del acceso): 12.090 € (La reforma de acceso puede ir en otra partida, por cuenta de la comunidad de vecinos).</p> <p>Total propuesta: 28.640 €</p>		



REFERENCIAS :

- Propuesta
- Circulación

Informe de Propuesta	Propuesta Nº 4
3.1- Descripción de la Propuesta Mínima	Visita Nº 28
<p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: Para eliminar el escalón, se rebaja el suelo del baño a nivel de la vivienda.</p> <p>Disposición de mobiliario: Se recomienda reubicar los muebles que disminuyen el ancho de paso.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: Se reforma todo el baño, ubicando la ducha al fondo y dejando espacio de maniobra para la silla de baño.</p> <p>Lavabo: se recomienda la eliminación del gabinete bajo el lavabo para tener espacio de aproximación frontal.</p> <p>Inodoro: se coloca un inodoro, instalando el alza de inodoro existente.</p> <p>Ducha: se coloca un suelo de ducha enrasado, con barra fija y ducha de teléfono con monomando.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería: derribo de losa y construcción de baño adaptado: Coste de ejecución material: 6.940 € Coste de contrata (incluye IVA): 9.680 €</p> <p>Ayudas técnicas: barra asidera y silla de baño: Suministro e instalación (incluye IVA): 410 €</p> <p>Total propuesta: 10.090 €</p>	

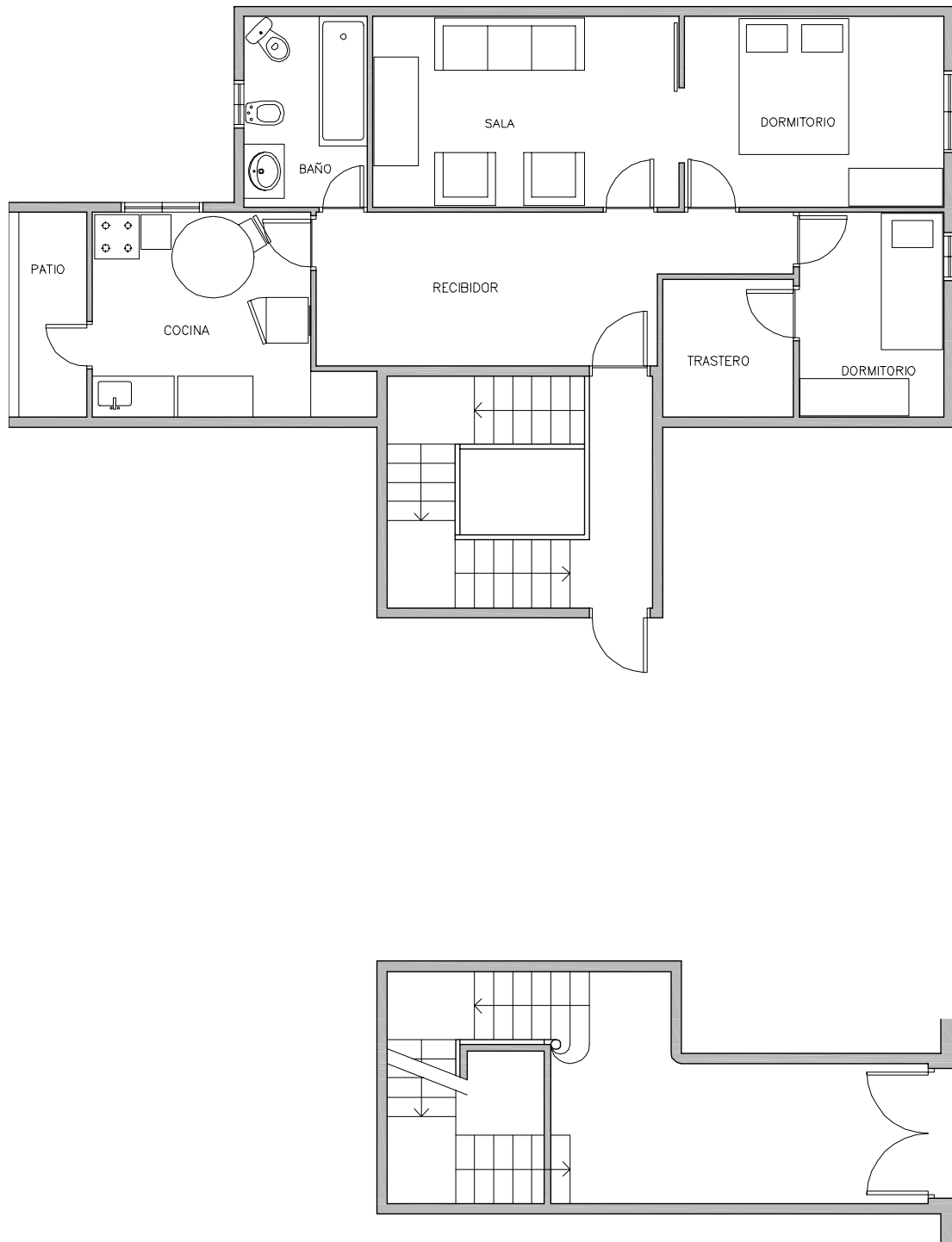


REFERENCIAS :

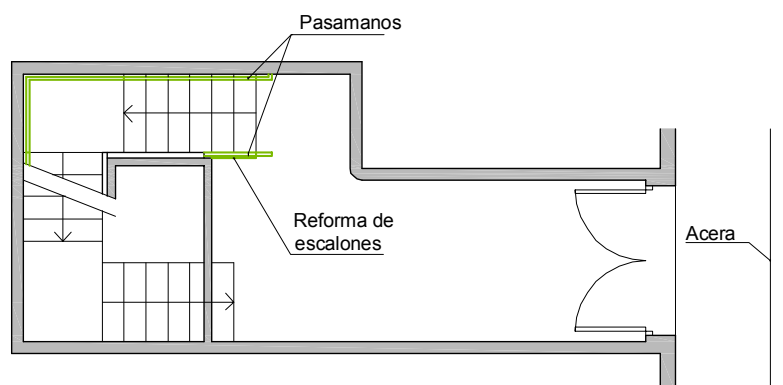
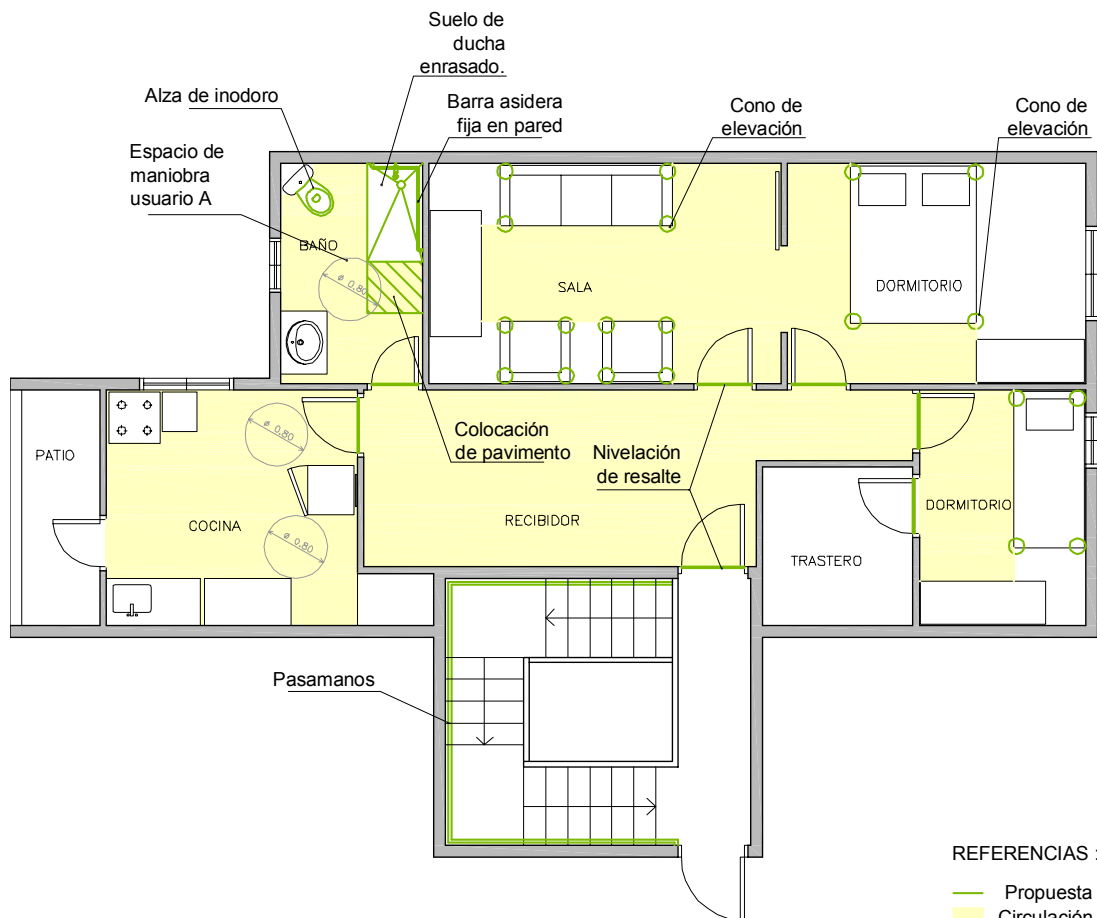
- Propuesta
- Circulación

Informe de Propuesta	Propuesta Nº	5
1.1- Descripción del Estado Actual	Visita Nº	30
<p>ACCESO</p> <p>Acera: correcta.</p> <p>Portal: hay un escalón en la puerta del edificio.</p> <p>Escalera: pasamanos a un lado sin terminación. En la Planta Baja, la terminación de los escalones tiene un diseño complejo, que puede crear conflictos de percepción.</p> <p>Ascensor: inexistente.</p> <p>Puerta de la vivienda: correcto.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Anchura y alto de paso: correcto.</p> <p>Pavimentos: las diferencias de pavimento no están bien niveladas en las puertas.</p> <p>Disposición de mobiliario: la ubicación de la mesa del comedor y de la cocina disminuye el ancho de paso.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: la ubicación del bidet disminuye el espacio de maniobra.</p> <p>Lavabo: correcto.</p> <p>Espejo: correcto.</p> <p>Inodoro: no adaptado.</p> <p>Bañera: no adaptada.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Espacio de maniobra: correcto.</p> <p>Cama: no adaptada.</p>		
<p>VALORACIÓN DEL ARQUITECTO</p> <p>El usuario necesita más atención: otro cuidador más e informarse de los servicios de A. F.</p> <p>La vivienda necesita reformas de mantenimiento. En el baño se necesita sustituir la bañera por una ducha y adaptar el inodoro. También se tiene que elevar la cama.</p>		

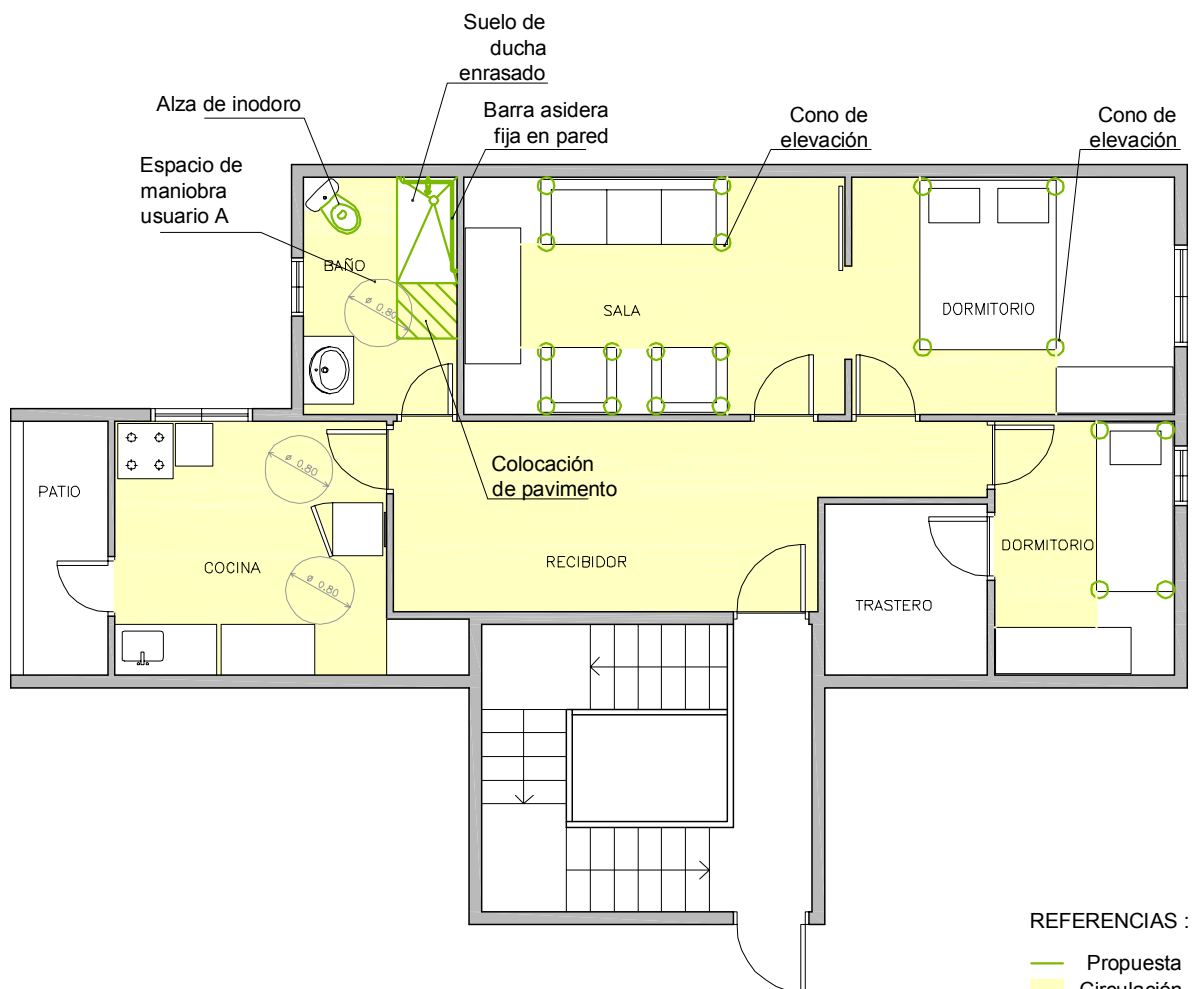
Informe de Propuesta		Propuesta Nº	5
1.2- Reportaje fotográfico		Visita Nº	30
Escalera con pasamanos a un lado sin terminación. En la Planta Baja, la terminación de los escalones tiene un diseño complejo, que puede crear conflictos de percepción.			
Las diferencias de pavimento no están bien niveladas en las puertas.			
La ubicación del bidet disminuye el espacio de maniobra en el baño.			
Inodoro no adaptado. Bañera no adaptada.			
Cama no adaptada.			



Informe de Propuesta	Propuesta Nº 5
2.1- Descripción de la Propuesta Óptima	Visita Nº 30
<p>ACCESO</p> <p>Escalera: se coloca pasamanos en el lado faltante. En la Planta Baja se corrige la terminación de los escalones y pasamanos existente, para marcar claramente el sentido de circulación y evitar conflictos de percepción.</p> <p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Pavimentos: se eliminan los resaltes en todas las puertas.</p> <p>Disposición de mobiliario: se colocan conos de elevación en los muebles de la sala. Se recomienda mudar la mesa del estar y la de la cocina para garantizar un correcto espacio de maniobra.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: se elimina el bidet, reubicando el inodoro para tener espacio de maniobra.</p> <p>Inodoro: se coloca un alza de inodoro.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado con barra asidera fija en pared.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Cama: se le coloca conos de elevación.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: eliminación de resaltes y adaptación de baño: Coste de ejecución material: 825 € Coste de contrata (incluye IVA): 1.150 €</p> <p>Ayudas técnicas: conos de elevación y alza de inodoro: Suministro e instalación (incluye IVA): 940 €</p> <p>Total propuesta vivienda: 2.090 €</p> <p>Albañilería en edificio: reforma de escalones y colocación de pasamanos: Coste de ejecución material: 2.480 € Coste de contrata (incluye IVA): 3.460 €</p> <p>Total propuesta edificio: 3.460 €</p> <p>Total propuesta (vivienda + edificio): 5.550 €</p>	



Informe de Propuesta	Propuesta Nº 5
3.1- Descripción de la Propuesta Mínima	Visita Nº 30
<p>CIRCULACIÓN Y ESTANCIA</p> <p>Disposición de mobiliario: se colocan conos de elevación en los muebles de la sala. Se recomienda mudar la mesa del estar y la de la cocina para garantizar un correcto espacio de maniobra.</p> <p>BAÑO</p> <p>Espacio de maniobra: se elimina el bidet, reubicando el inodoro para tener espacio de maniobra.</p> <p>Inodoro: se coloca un alza de inodoro.</p> <p>Ducha: se sustituye la bañera por un suelo de ducha enrasado con barra asidera fija en pared.</p> <p>DORMITORIO</p> <p>Cama: se le coloca conos de elevación.</p>	
<p>COSTE ESTIMATIVO</p> <p>Albañilería en vivienda: adaptación de baño: Coste de ejecución material: 815 € Coste de contrata (incluye IVA): 1.140 €</p> <p>Ayudas técnicas: conos de elevación y alza de inodoro: Suministro e instalación (incluye IVA): 940 €</p> <p>Total propuesta: 2.080 €</p>	



CAPÍTULO 10:

APROXIMACIÓN A LOS COSTES DE LAS ADAPTACIONES FUNCIONALES

En el capítulo anterior se ha presentado el estudio de soluciones de adaptación en cinco hogares. Para cada caso se ha analizado el coste de las propuestas óptima y mínima de adaptación funcional de acuerdo a las características de la vivienda y las necesidades a resolver. Se ha comprobado el carácter singular de cada tipo de adaptación, siempre realizada de acuerdo a necesidades específicas de la persona y no a requisitos de accesibilidad universal, y estimado el coste de las obras necesarias. Esa es la primera aproximación empírica a una categorización de costes de la adaptación, pero reducida a una muestra de sólo cinco casos. Una segunda aproximación proviene de la información sobre ayudas concedidas por la Generalitat de Catalunya y la Diputación Foral de Guipúzcoa, así como las tablas de costes estimados de las principales adaptaciones utilizadas por la primera. Como resultado de estos análisis se obtendrán unos costes medios de las adaptaciones más frecuentes realizadas: las que afectan al cuarto de baño. Esta cantidad sirve de base para una estimación tentativa de los costes de solución global de los problemas de accesibilidad en el baño para la población con mayor fragilidad ante las barreras en este espacio.

10.1.- Coste de las adaptaciones en la muestra estudiada

Los cinco casos analizados en detalle aportan, fundamentalmente, la posibilidad de contrastar teoría y práctica. En las propuestas de adaptación que se plantean se ha tenido en cuenta las necesidades y los deseos (valoración subjetiva) de las personas del hogar, usuario y familia, y se ha ido más allá planteando -en la propuesta óptima- las transformaciones que de acuerdo a ese caso optimicen la autonomía, calidad de vida y coste.

Estos casos seleccionados pueden ser representativos de tipologías de intervención, pero no generan medias útiles para su extrapolación. El cálculo de costes de albañilería y reforma por contrata calculado por el arquitecto figura en la siguiente tabla para cada vivienda seleccionada. Se trata de costes meramente estimativos. Se han calculado usando la base de precios del ITEC de Cataluña, aumentados con un porcentaje de imprevistos, pero las cifras pueden variar dependiendo de los industriales, contratistas, y de la Comunidad Autónoma. Se muestran sólo como referencia de la magnitud de las intervenciones. No incluyen el coste de las ayudas técnicas que precisa la persona.

Al presupuesto de ejecución material (PEM) se suman los costes por concepto de beneficio industrial, gastos generales y seguridad e higiene que ascienden a un 20,3 % más. Finalmente, el IVA incrementa un 16% más el resultado.

Propuesta	TipoProp	PEM	Contrata (20,3%)	IVA (16%)
1	Óptima	12.100	14.556,30	16.885,31
	Mínima	6.200	7.458,60	8.651,98
2	Óptima	55.000	66.165,00	76.751,40
	Mínima	4.300	5.172,90	6.000,56
3	Edif.	2.600	3.127,80	3.628,25
	Vivienda	1.010	1.215,03	1.409,43
4	Óptima edif	11.860	14.267,58	16.550,39
	Óptima viv	8.370	10.069,11	11.680,17
	Mínima	6.940	8.348,82	9.684,63
5	Óptima viv	825	992,48	1.151,27
	Óptima edif	2.480	2.983,44	3.460,79
	Mínima	815	980,45	1.137,32

Contrata:	%
Beneficio industrial:	6
Gastos generales:	13
Seguridad y salud:	1,3
total:	20,3

Los costes de la propuesta óptima (sin considerar coste de la reforma de elementos comunes de la edificación) son los que pueden variar de forma mas acusada, como se ve en la tabla siguiente. No obstante, este tipo de intervención de mayor alcance no se demanda mucho por parte de los usuarios y sus familias, al menos en relación con la adaptación por limitaciones funcionales; con este objeto las familias o los usuarios suelen tender a buscar intervenciones de menor importancia complementadas con las ayudas técnicas necesarias.

Resumen de costes

Gastos de contrata e IVA incluidos

PROPUESTA ÓPTIMA	
Máxima	76.751,40
Mínima	1.151,27
PROPUESTA MÍNIMA	
Máxima	9.684,63
Mínima	1.137,32

Los costes de las adaptaciones tienden a elevarse, en buena medida porque adaptaciones funcionales que antes eran impensables comienzan a considerarse ahora realizables. Los avances y la popularización de la tecnología permiten incorporar ascensores donde antes no se podía, incluidas las propias casas unifamiliares, o nuevas ayudas técnicas muy sofisticadas en la vivienda, tales como plataformas elevadoras, grúas, sillas sube-escaleras, armarios motorizados, etc. Estos elementos pasan a ser objetivo de algunas personas o sus familiares, y adquieren sentido económico gracias a:

- El elevado coste de la asistencia personal
- El elevado coste de las alternativas: mudanza o institucionalización.

El coste de la atención personalizada y la mejora de condiciones de trabajo del/a cuidador/a contribuyen a justificar la adaptación, tal como señala Kutty (1999). Este autor demuestra que la demanda de adaptaciones no está relacionado con los ingresos, pero sí, positivamente, con el coste de la asistencia personal.

Por otra parte, en nuestra muestra de 33 hogares la satisfacción obtenida por las familias que habían realizado ya alguna adaptación es bastante elevada. De 14 casos disponibles, 9 señalaron estar muy satisfechos con la adaptación, 2 señalaron “regular” y 3 “poco”; ninguno señaló la opción “nada”. Esta satisfacción ya ha sido analizada en estudios como el de Gitlin et al. (1998) que comprobó que las mejoras en el baño de personas mayores de 70 años provocaron más facilidad en la realización de tareas (85%) y menor necesidad de asistencia personal (63%).

No obstante, el coste de las adaptaciones puede llegar a extremos en los que la consideración del cambio de vivienda sea una opción más racional que la adaptación del entorno; especialmente en los casos en que es precisa la intervención sobre elementos comunes de la edificación. Aunque estamos ante una variable –la permanencia en el hogar “de toda la vida”– muy difícilmente valorable, el conflicto entre la permanencia en el propio hogar y la posibilidad de mudarse a otro está condicionado por factores que no son modificables por parte de las entidades que promueven las adaptaciones. Hay límites en cuanto a la adaptabilidad de las viviendas, y unas lo son más que otras (Lansley et al., 2005), por ello el arquitecto ha considerado a un 45% de las viviendas visitadas como no adaptables, considerando las limitaciones específicas de la persona, una proporcionalidad en las transformaciones a realizar y sus costes.

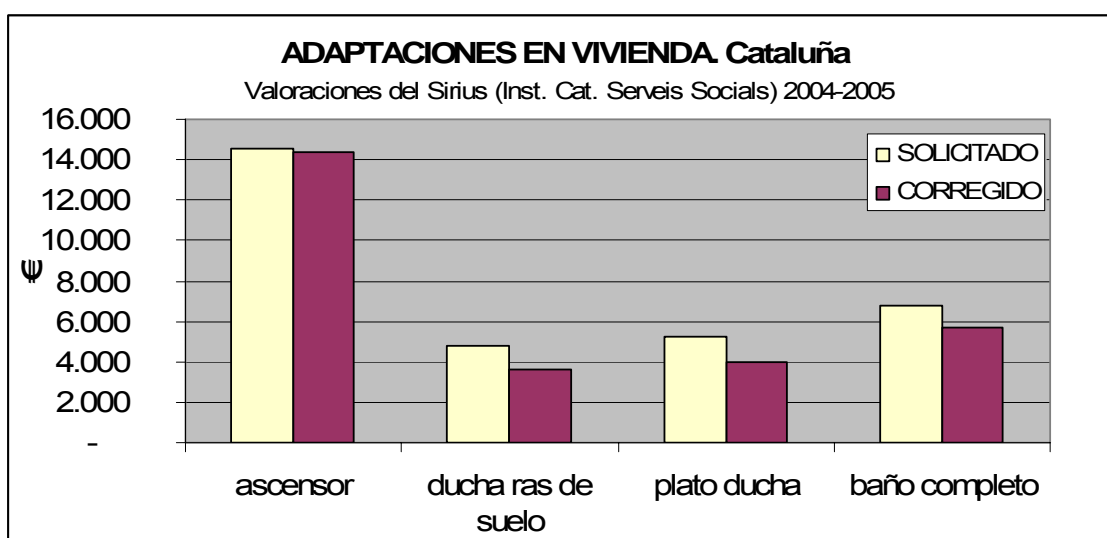
No se puede exigir al usuario una racionalidad similar en su decisión de permanencia, ni pretender que escoja la posibilidad de salir de su vivienda en lugar de vivir confinado en ella, pero es indudable que ese tipo de situación se da con cierta frecuencia. Más allá de las soluciones eficientes y la limitación de recursos, desde el punto de vista de los servicios sociales se han de aceptar estas situaciones y aportar soluciones “paliativas” acordes con el alcance y objetivos del programa en que se insertan las ayudas.

En cuanto a la inserción de las adaptaciones en los programas de ayudas públicas, a la vista de los cinco casos estudiados y acogiéndose a las propuestas mínimas, no resulta ninguna quimera la realización de adaptaciones aceptables dentro de unos márgenes en los que quepa esa financiación. Si bien las diferencias de coste son notables, también lo es la “estrategia” con que se ha de plantear las obras, pues en muchos casos es posible presentar las adaptaciones por etapas, en varias anualidades, de modo que se pueda acceder a la financiación máxima anual a lo largo de varios ejercicios. No es una situación óptima desde el punto de vista de la realización de obras, pero puede servir para dotarse de los equipamientos complementarios necesarios.

10.2.- Aproximación al coste de las adaptaciones realizadas en programas públicos

En esta apartado presentamos una visión de los costes de las adaptaciones funcionales basada en la experiencia de las administraciones públicas de Cataluña, Guipúzcoa y Málaga, por disponer de datos desagregados en todos estos casos sobre cada adaptación realizada con cargo a sus programas de ayudas específicos.

Analizando los principales conceptos relativos a la adaptación del baño y los accesos (ascensor) se obtiene el gráfico siguiente, que compara los valores medios solicitados y corregidos en Cataluña durante los últimos dos años disponibles.



Podemos decir que los costes medios de los presupuestos de las adaptaciones (“solicitado”) no están demasiado alejados del valor que admite el propio Institut Català de Serveis Socials, ICASS, (“corregido”), considerando que éstos responden a una tipología de materiales e intervenciones básicas.

La tabla de precios que utiliza el Sirius (ICASS) para corregir las cantidades solicitadas por los demandantes de ayudas se ofrece parcialmente a continuación a título indicativo. De ella se han incluido sólo datos de coste medio de distintas adaptaciones en el cuarto de baño.

Valoración a precio alzado medio de mercado y calidades estándar.

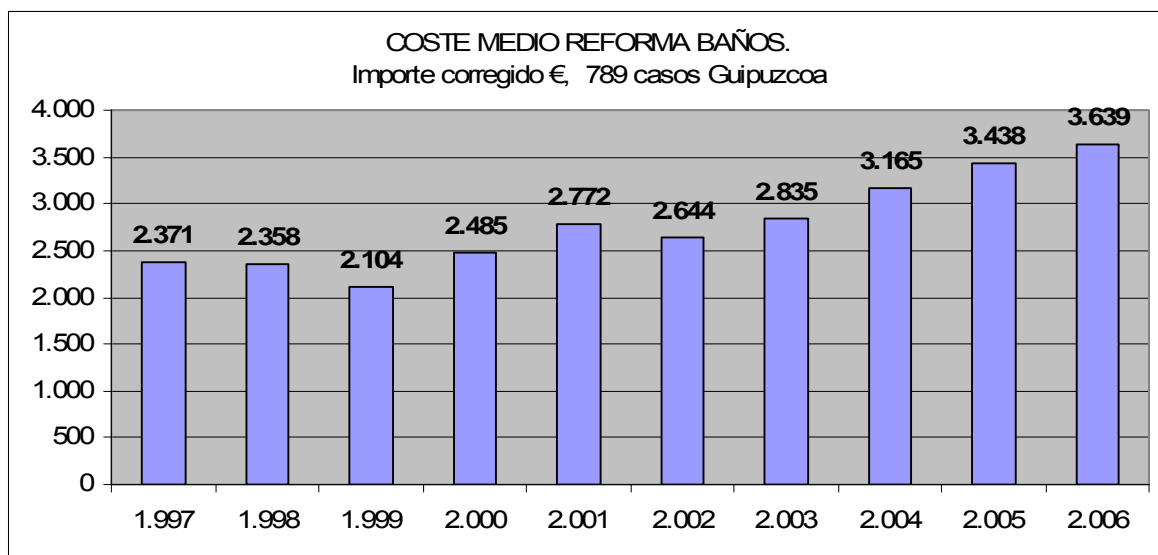
Son precios máximos admitidos en la valoración de ayudas en Cataluña.
(estimaciones de Marisa Hernández, arquitecta, Sirius, Barcelona 2004)

Reforma total superficie =<3m2	4.567,69
Reforma total sup. >3m2, =<6m2	5.829,82
Reforma total sup. >6m2, =<10m2	7.813,16
Reforma total sup. >10m2	9.015,18
Sustitución de la bañera (diferentes medidas) por ducha estándar de 90x90cm, con la parte proporcional de lampista y obras de paleta (calidad estándar de plato de ducha, mosaico (rajoles) y grifería)	1.622,73
Sustitución de la bañera (diferentes medidas) por ducha estándar de 90x120cm, con la parte proporcional de lampista y obras de paleta	2.704,55

(calidad estándar de plato de ducha, mosaico (rajoles) y grifería)	
Sustitución de la bañera (diferentes medidas) con formación de ducha a ras de suelo con impermeabilización y la parte proporcional de lampista y obras de paleta. Acabado del suelo de goma tipo pirelli o cerámica tipo gres antideslizante (calidad estándar de plato de ducha, mosaico (rajoles) y grifería)	1.953,29
Levantamiento con cambio de bañera (de fundición) para hacer el zócalo de acercamiento de la grua (sin cambios de grifería ni mosaicos, sólo la colocación en el frente de la bañera)	781,32
Sustitución por cambio de altura de bañera para hacer un zócalo inferior refundido para el acercamiento de la grua, con cambios de grifos y de mosaicos. Incluye la parte proporcional de paleta, lampista y material.	1.953,29
Sustitución por cambio de alzada de WC con formación de zócalo inferior de obra	510,86
Sustitución por cambio de altura de WC fijándolo a la pared (puede requerir refuerzo del tabique y cambios en el desagüe)	781,32
Cambio de lavamanos para quitar el pie y fijarlo a la pared (con mármol o sin)	510,86
Sustitución del pavimento existente por uno antideslizante	39,07
Otros: desplazar y/o reforzar algún elemento, quitar el bidet. Bajar el espejo, reforzar algún elemento, quitar algún desnivel, cambio de grifería existente por monomando	n.d.

Mediante las series de datos obtenidos podemos también calcular algunos costes medios de las intervenciones, y si éstas tienen cierta homogeneidad, podemos buscar cifras aplicables a efectos estadísticos.

Tal es el caso de las adaptaciones en baños, donde los tipos de intervención necesarias están muy estandarizados. Así queda de manifiesto si analizamos las intervenciones realizadas en Guipúzcoa durante los últimos 10 años para la adaptación de baños. El coste medio anual de las 789 adaptaciones realizadas en ese periodo se representa en el gráfico siguiente (la serie no está deflactada).



Como vemos, el coste de una adaptación media oscila entre 2.104 € y 3.639 €, con una tendencia de suave ascenso a lo largo de la década representada.

En la siguiente tabla presentamos un estudio comparado de costes de las adaptaciones más habituales en cuartos de baño. La tabla utiliza la experiencia de 238 casos valorados en periodos recientes en Guipúzcoa, Cataluña y Málaga, y responde a los conceptos que se indican. Como vemos, a pesar de que ese concepto de la ayuda es diferente y muy inconcreto, los resultados de coste medio obtenidos en cada territorio no difieren mucho, de modo que podemos considerar que la media ponderada de estos casos es muy representativa de la adaptación-tipo que puede demandar un hogar medio en España donde reside una persona –fundamentalmente de edad avanzada- con limitaciones funcionales que afectan a su movilidad (puesto que estos son los casos que se financian en la gran mayoría de casos estudiados) en el acceso y actividades de higiene en el baño..

En el caso de Málaga sólo se dispone de datos de 2006, primer año en que se han puesto en marcha las ayudas municipales, destinadas en su mayor parte a reformas en los baños.

Costes medios corregidos de principales reformas en cuartos de baño

<i>Territorio</i>	<i>Concepto</i>	<i>Muestra, n</i>	<i>Periodo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Tip.</i>
Cataluña	Ducha a ras	33	2004-2005	3.528,7	2.216
Cataluña	Plato ducha*	124	2004-2005	3.101	2.341
Guipuzcoa	Reforma baños	70	2005-2006	3.639	534,8
Málaga	Acceso cuarto baño	11	2006	3.654	1.336,9
total		238		3.344,09	

*Filtrados 5% de valores extremos de la muestra

El resultado, media ponderada, de los casos citados nos indica que **3.344,09 € se puede considerar es el coste medio de una adaptación en cuarto de baño en el periodo reciente..**

Los datos presentados en la tabla utilizados sólo han sido depurados de casos extremos en Cataluña (un 5% de casos en Plato ducha) y por errores detectados en Guipúzcoa. En esta comunidad foral se ha preferido trabajar con datos recientes, a efectos de favorecer su comparación, a pesar de que se dispone de datos de adaptaciones desde 1992 (gráfico previo).

La aplicación del coste medio calculado a las poblaciones definidas como prioritarias en el capítulo 3 nos permite una aproximación a los costes globales de la reforma básica de los cuartos de baño al nivel de todo el Estado.

A partir de los datos y cálculos utilizados en el capítulo 3 para identificar a la población con necesidades prioritarias de intervención en sus viviendas realizamos la siguiente tabla:

Costes globales de adaptación del cuarto de baño en la población prioritaria.

Cálculos de población con limitaciones funcionales a partir de EDDes y Método Enabler; coste medio (3.344,09€ de la adaptación) calculado a partir de 238 casos en Cataluña, Guipúzcoa y Málaga.

Colectivo	Comentario	Número	Factor corrección	Coste total adaptación €
Población con discapacidad >65 años	Población con cualquier discapacidad que declara tener dificultades en el baño ¹ .	3.478.645	0,142	1.651.872.078
Mayores de 65 que viven solos	Población en condiciones sociales de mayor fragilidad frente a potenciales barreras	1.352.778	n.d.	--
LFSMI >65 Población con limitaciones funcionales severas en miembros inferiores y >65	Población con grandes limitaciones de movilidad y edad avanzada que señala problemas en el baño ¹ . <i>Población de intervención prioritaria</i>	429.349	0,6394	918.038.817
DEFLM Población con limitaciones funcionales de movilidad y equilibrio en grado severo	Población con problemas de movilidad que requiere adaptaciones de distinto tipo para uso del baño (a partir de Enabler)	643.572	n.d.	--
DEFLM>65 Idem de edad avanzada		465.482	n.d.	--
LM Población con incapacidad para uso miembros inferiores o dificultad desplazamiento severa	Población con máximos problemas de movilidad con gran afectación o imposibilidad de uso del baño (a partir de Enabler)	412.928	1	1.380.868.396

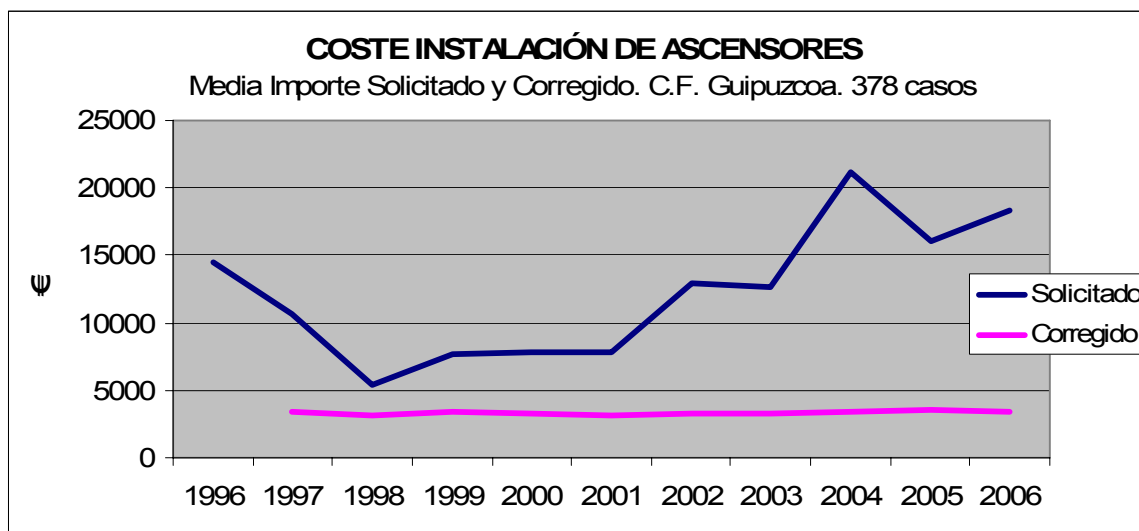
¹EDDES 1999. Factor derivado de respuestas a cuestionarios de Discapacidad y Salud

Comprobamos que las necesidades de adaptación para atender las demandas declaradas o identificadas por el método Enabler, a partir de la valoración práctica realizada por terapeutas, suponen un coste conjunto en toda España que oscila entre 918 y 1.651 millones de euros. En el primer caso se trata de la estimación sólo de población de edad con grandes limitaciones de movilidad que indica expresamente tener dificultades en el baño, mientras las otras estimaciones comprenden personas de todas las edades. Hemos considerado que la población declarada LFSMI sería el colectivo mayor de 65 años que requiere actuación urgente para poder permanecer en su propia vivienda y como tal lo denominamos “de intervención prioritaria”, pero la ampliación de prioridad a otros colectivos elevaría el coste de las intervenciones de casi mil millones a casi mil cuatrocientos o mil setecientos millones de euros.

A partir de estos cálculos se podrían hacer estimaciones de costes anuales y tiempos para alcanzar estos objetivos a partir de programas de subvención, pero requieren muchas más consideraciones (de renta, de evolución de la población, de localización de estos colectivos, etc.). El cálculo presentado pretende ser sólo una aproximación a la relevancia económica de la adaptación funcional exclusivamente referida al baño y con intervenciones de tipo básico,

tal como se están realizando actualmente en varias CC.AA., presupuestadas en 3.344,09 € por intervención.

Por último, un análisis de la mayor serie de datos de adaptaciones de que hemos dispuesto (Guipuzcoa), permite ver como los costes de supresión de barreras en los elementos comunes de acceso a la vivienda (sintetizados en este caso en la introducción de ascensores) presentan una mayor variabilidad, así como mayores diferencias con las ayudas públicas disponibles desde el área de servicios sociales.



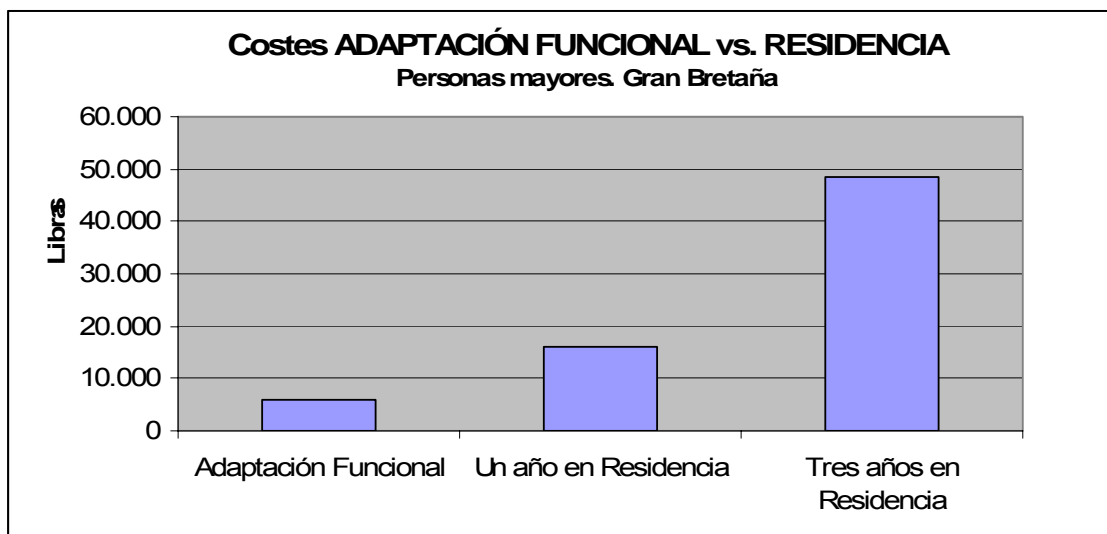
Todo ello, junto con la gran cantidad de variables indeterminadas que inciden sobre este tipo de reformas, comenzando por las características propias de la edificación, siempre mucho más complejas que las relativas a un baño, nos impide realizar una aproximación al coste global de la mejora de accesos, como la que hemos hecho más arriba. La adaptación de los elementos comunes de la edificación es por otra parte, una tarea a desarrollar con muy distintos tipos de ayudas y administraciones y en el marco de diferentes programas de rehabilitación, revitalización urbana, etc.

10.3. Los costes de la no-adaptación

Desde un punto de vista social el dinero empleado para la adaptación de las viviendas privadas de la población se puede considerar un gasto. Sin embargo, un análisis de las consecuencias de no realizar este gasto nos puede llevar a plantearnos si no se trata realmente de una inversión. Algunos trabajos han demostrado que el coste de no intervenir sobre la calidad y accesibilidad del stock de viviendas puede ser considerablemente superior en la medida que no mejorar la vivienda de las personas mayores y con discapacidad adelanta su institucionalización, aumenta el coste de asistencia y la probabilidad de caídas

(Lansley et al, 2004; Gerson et al., 2005), lo que repercute en un coste social mayor posteriormente.

Según Heywood et al (2005) el coste de la adaptación se amortiza en Gran Bretaña en menos de un año frente al coste de una residencia para los casos en que no haga falta una atención domiciliaria (no tenida en cuenta en esta comparación), como muestra el gráfico siguiente donde se recogen los costes comparativos de la adaptación media, una permanencia de un año en una residencia y otra de tres años.



Otro estudio académico justifica que la no adaptación genera mayores costes de atención domiciliaria. Mann et al. (1999) hicieron un seguimiento durante un periodo de 18 meses de dos grupos de 52 personas mayores con condiciones de salud similares viviendo en su propio hogar. A uno se le realizaron adaptaciones domiciliarias y al otro no; ambos recibieron la atención domiciliaria necesaria. El segundo grupo (de control) mostró un mayor declive funcional, mayor incidencia en tests de dolor y generó un mayor coste sanitario que excedió el gasto en AT y adaptaciones del otro grupo.

Gitlin et al. (2001) analizó los efectos a corto plazo (3 meses) sobre 171 pacientes con demencia y sus cuidadores de una intervención formativa y modificaciones ambientales en el hogar, demostrando que al comparar con el grupo de control, aquellos que realizaron la intervención sufrieron menor pérdida de capacidad de realización de AVD's, menor pérdida de autocontrol y de problemas de comportamiento, mientras las cuidadoras mostraron mayor eficacia en su tarea relacionadas con la dependencia y conducta de los enfermos.

No conocemos ningún estudio específico sobre el caso español, pero los anteriores son suficientemente expresivos de como la adaptación funcional puede contribuir a reducir el gasto sanitario y de atención domiciliaria.

PARTE IV

CONCLUSIONES GENERALES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido obtener una perspectiva amplia pero profunda y rigurosa sobre la adaptación funcional de viviendas, comenzando por la determinación de la población que las requiere, siguiendo por los programas que la financian y acabando por su aplicación práctica. Cada uno de estos aspectos ha partido de datos e informaciones diferentes y, de compleja obtención. Por ello, las conclusiones obtenidas abarcan muchos temas y destacan tanto aspectos generales de tipo conceptual como detalles importantes fruto de los datos explotados.

Algunas conclusiones aquí planteadas, especialmente las relativas al funcionamiento y mejora de los programas de ayudas deben ser objeto de discusión y contraste con el entorno de profesionales y administraciones que desarrollan la adaptación funcional. La variedad de fórmulas de intervención, tanto en el ámbito autonómico, como local es grande, de modo que los aspectos a resaltar raramente son aplicables en todos los casos. No obstante, también se encuentran problemas recurrentes, que dificultan la aplicación de los distintos programas. Los cambios en los últimos años en el ámbito de la protección social de las personas mayores y con discapacidad están siendo muy rápidos, y las necesidades y desafíos de futuro hacen necesario poner en marcha programas y equipos –no sólo relativos a la adaptación del domicilio– que requieren un periodo de organización y rodaje. Buena parte de los problemas encontrados vienen de la rapidez, falta de tradición y experiencia en este tipo de servicios, de su complejidad objetiva y de la aún escasa presencia de la AFV en la agenda de la protección social en nuestro país.

Las conclusiones se han agrupado de forma orientativa en conjuntos temáticos, muy vinculados entre sí. Ante su diversidad se ha preferido presentarlas en forma de puntos concretos. Algunos de ellos pueden versar sobre distintos aspectos de una misma idea.

La Adaptación Funcional de la Vivienda y sus elementos

1. En los últimos años se está produciendo un considerable avance en el reconocimiento de derechos de la población con discapacidades y en completar un sistema de servicios sociales hasta ahora escasamente desarrollado en nuestro país. El envejecimiento demográfico, aumento de la esperanza de vida y desarrollo económico y social impulsan una mayor demanda y expectativa de servicios destinados a la población mayor y con discapacidades.
2. Como una necesidad, derivada en buena parte de la práctica de la atención domiciliaria, desde los años 90 se han ido desarrollando programas de adaptación funcional en la vivienda complementados por

otros de supresión de barreras en elementos comunes. Los programas hasta ahora mayoritariamente gestionados desde la administración autonómica, tienen un desarrollo creciente en el ámbito local, especialmente en municipios de tamaño medio y grande, con áreas urbanas donde se concentra población de escasos recursos y envejecida.

3. Otros factores están motivando que la sociedad conceda mayor importancia a la accesibilidad y adaptación de las viviendas de acuerdo a las necesidades de la población mayor y discapacitada:
 - a. Los cambios legislativos que se están produciendo fundamentalmente derivados de la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad y Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia)
 - b. La mayor sensibilidad hacia la integración y participación de estas personas (que, en parte, se debe a los factores anteriores)
 - c. El coste económico y social, que se deriva del crecimiento necesario del gasto social destinado a estos objetivos y la incidencia de elementos como la gran accidentalidad en el hogar de las personas mayores.
4. Las personas mayores, aún viviendo en hogares modestos, o incluso inadecuados para sus necesidades, perciben en su mayoría a sus hogares como confortables, tranquilos y seguros, existiendo múltiples datos y evidencias que confirman el deseo mayoritario de permanencia en el propio hogar (Rioux, 2005). Esta permanencia implica la necesidad de incrementar un conjunto de prestaciones y servicios para aquellos que no disponen de autonomía para realizar sus actividades de la vida diaria. Buena parte de esos servicios se desarrollan en el seno de la Ley 39/2006 de Autonomía Personal con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD, pero hay otros escasamente reconocidos y desarrollados hasta el momento, como los que financian la Adaptación Funcional de la Vivienda (AFV) y provisión de Ayudas Técnicas para la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD) en el hogar.
5. Entre las posibles acepciones del concepto de AFV hemos tomado la que la define como *una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria (pag. 35)*. A ella habríamos de añadir la condición de favorecer la seguridad y permanencia.
6. La AFV se enmarca en una perspectiva de “diseño centrado en el usuario” más que en el “diseño universal”. Conceptualmente se parece más a la ergonomía que a la accesibilidad universal; su enfoque es fundamentalmente pragmático, empírico y participativo.

Las limitaciones funcionales de la población y la accesibilidad de los edificios

7. El resultado de aplicación de la metodología de análisis⁵⁴ aplicada a los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999 (EDDES) nos permite estimar en 5,37 millones las limitaciones funcionales vinculadas a la interacción en el entorno, que tienen a las 3,48 millones de personas con discapacidad mayores de 6 años recogidas en la encuesta. El siguiente cuadro resume los grandes agregados de limitaciones funcionales considerados, de acuerdo a las discapacidades que originan:

Discapacidad	Agrupación Limitaciones Funcionales	Nº Limitac. Funcional. de la población	% Pobl. con limit. funcional
Visión	B1+B2	972.183	2,62
Audición	C	932.250	2,52
Func. Mentales	A	649.744	1,75
Movilidad miem. inferior	L+F*+K+M	1.264.459	3,41
Movilidad miem. superior	H+J+I*	920.906	2,49

Podemos considerar justificado que las personas con limitaciones funcionales relacionadas con el desplazamiento, la coordinación y pérdida de visión son las que han de afrontar mayores dificultades para desenvolverse con normalidad en sus viviendas. Estas dificultades son producto de la existencia de escaleras, de ascensores que no resuelven adecuadamente el problema de acceso y seguridad y, ya en el interior de las viviendas, de los baños.

8. Una vez corregida la muestra según disposición o no de ascensor y de escaleras, podemos observar que el orden de barreras (o lugares que plantean dificultad para desenvolverse con normalidad) reconocidas por la población con limitaciones funcionales sería el siguiente:

- 1º Las escaleras
- 2º El ascensor
- 3º "otros", sin determinar (pueden ser ajenos a la vivienda)
- 4º El cuarto de baño
- 5º El portal
- 6º La terraza o patios
- 7º Otras habitaciones

9. Hemos analizado de manera particularizada a los colectivos con mayor fragilidad o afectación frente a las barreras; incluso respecto a barreras específicas. Una primera agrupación sería la que reúne a los grupos con limitaciones funcionales de movilidad y equilibrio, por ser más propensos

⁵⁴ Método Enabler (Steinfeld 1979, Iwarsson, 1999)

a sufrir dificultades en el acceso a la vivienda y el baño. Este colectivo asciende a 1.122.804 personas, o el 32,3% de la población con discapacidades.

10. Si sólo consideramos aquellas personas que tienen discapacidades *severas* relacionadas con el uso de los miembros inferiores, el colectivo se reduciría a 643.572 personas, el 18,5% de la población discapacitada recogida en la EDDDES. Si aún somos más restrictivos sobre las condiciones de movilidad, y dejamos fuera los problemas de equilibrio y falta de fuerza, centrándonos sólo sobre las limitaciones funcionales graves de movilidad inferior (grupo que hemos denominado LFSMI, *limitaciones funcionales severas de movilidad inferior*) la cifra anterior baja al 17,02 % o 592.164 individuos.
11. Este colectivo está formado mayoritariamente por personas mayores (en un 72%) y por mujeres (en un 65%) y constituye la población de mayor fragilidad frente a las barreras más características en la edificación; esto es, la entrada y salida de su vivienda como consecuencia de la existencia de escaleras y escalones, y la utilización autónoma del cuarto de baño.
12. El 85,39% de la población mayor de 65 años comprendida en el grupo anterior declara tener problemas en las escaleras de sus viviendas; el 63,94% declara problemas para utilizar sus cuartos de baño. Estas cifras son comparativamente elevadas frente a la población con discapacidad (> 6 años) en su conjunto, con una afectación media de estos problemas del 37,7 y 14,2 %, respectivamente.
13. Sucesivas agrupaciones nos permiten aproximarnos aún más a los colectivos con máxima fragilidad en el uso del baño y las escaleras, que deben contar con adaptaciones o/y ayudas personales específicas para su uso autónomo. Si contemplamos sólo las categorías L y M de Limitación Funcional (relativas al desplazamiento y uso de extremidades inferiores) estaremos comprendiendo a aquella población que con toda seguridad que no puede hacer un uso autónomo de cualquier tipo de escaleras. Son 412.928, o el 11,89% de la población con discapacidad. No son los únicos, pero de acuerdo a sus limitaciones funcionales son los más frágiles respecto a esas barreras.
14. Se ha comprobado que la limitación funcional E, relativa a falta de coordinación, es la que produce una mayor accidentalidad en el hogar, hasta el punto de que más de un 42% de los que la sufren ya ha tenido este tipo de percance en sus viviendas. Las personas que tienen dificultades para desplazarse, ocuparían el segundo lugar en accidentalidad, y en tercer lugar las que tiene incapacidad para usar las extremidades inferiores.
15. Además se ha comprobado que existe dependencia entre las variables cambio de vivienda y limitación funcional, es decir, que el tipo de

limitación que se tenga es causa de que se produzca un cambio residencial.

16. En cuanto al grado de accesibilidad de los edificios, a partir de los datos oficiales del Censo de Población y Vivienda 2001, sabemos que llegar a la propia vivienda plantea grandes problemas a la población con limitaciones funcionales de movilidad. Así, sólo un 55% de las viviendas en altura disponen de ascensor, y de ellas sólo un 41% aparecen en el Censo como “accesibles”.
17. Un mayor análisis de las características de los hogares o familias en España a través del Censo nos muestra que de los 3,1 millones de hogares que cuentan con una persona mayor el 78,76% reside en vivienda no accesible. Este porcentaje es aún mayor cuando se trata de hogares constituidos sólo por personas mayores de 65 años: en el caso de las mujeres mayores que viven solas la inaccesibilidad supera el 80%, y en el de los hombres supera el 79,6%.
18. Esta última circunstancia que agrava el problema precisamente para aquellos colectivos que tienen mayores limitaciones funcionales, es consecuencia lógica de la mayor concentración de personas de edad en las zonas antiguas de los cascos urbanos. A esto se ha de sumar su menor capacidad adquisitiva para determinar que sólo programas de adaptación funcional y una atención domiciliaria adecuada pueden limitar la necesidad de institucionalización de esta población y paliar su pérdida de calidad de vida en su propio hogar.
19. Las preguntas que surgen de este tipo de análisis son: ¿Cómo identificar a estas personas? ¿Cómo dirigir los recursos públicos de la forma más eficiente hacia estas personas que más lo necesitan? La respuesta puede estar en el buen funcionamiento de los servicios sociales locales, de su trabajo en unidades distritales o de proximidad, de una adecuada difusión de las ayudas, facilidad y rapidez de tramitación. Todo ello, siempre precedido por la existencia de unas ayudas con una asignación económica suficiente, lo que no se puede decir que exista actualmente excepto en algunas entidades locales o autonómicas muy concretas.

Los Programas

20. La normativa que regula los programas de AFV suele circunscribir las ayudas al ámbito del hogar, o “dentro” de la vivienda, pero en muchos casos los límites no quedan claramente especificados, sobre todo cuando forman parte de convocatorias de ayudas individuales o de protección social de un tipo más amplio. La mayor parte de los programas de ayudas cubren también mejoras en los elementos de acceso a la edificación, aunque no están diseñadas para ello. Podemos decir que se impone el pragmatismo de tener que resolver un problema grave frente a la precisión en los límites terminológicos.

21. Las ayudas para Adaptación Funcional de la vivienda, son concedidas a título individual y comprenden la realización de obras y adquisición de Ayudas Técnicas. Las proveen generalmente las consejerías de servicios sociales, bienestar social, o similar, aunque en algunos casos la consejería correspondiente abarca las dos áreas –vivienda y servicios sociales- tal es el caso de País Vasco y Asturias, o se encarga de la concesión de ambos tipos de ayudas, como ocurre actualmente en Andalucía, donde DG de Vivienda de la Consejería de Obras Públicas y Transporte gestiona tanto las ayudas de supresión de barreras, como de adaptación funcional. En el caso de las corporaciones locales que prestan ayudas de AF, estas son provistas por las concejalías o departamentos correspondientes.
22. Estos programas de AFV, que se dirigen al ámbito privado del hogar, se complementan con otros de accesibilidad destinados a la Supresión o Eliminación de Barreras en elementos comunes de la edificación. Las entidades encargadas de la gestión de los dos tipos de ayudas dependen de áreas administrativas diferentes (bienestar social, en un caso, y vivienda, en el otro) y se articulan en torno a programas y objetivos diferentes (ayudas individuales de protección social, en un caso, y planes de vivienda en el otro).
23. Conceptualmente hay otras diferencias entre programas; por ejemplo los hay dirigidos a la “adecuación funcional básica”, que incluyen ámbitos objeto de las ayudas menos habituales, tales como: mejoras en instalación eléctrica, alumbrado o seguridad en la instalación de gas. En este trabajo se ha considerado que tales mejoras se debían incluir entre las AFV en la medida en que son igualmente importantes para favorecer la permanencia en el hogar, que las vinculadas a la supresión de barreras.
24. No hay una terminología común en la denominación de las obras de supresión de barreras en zonas comunes de la edificación. La variedad de criterios de intervención y términos que se manejan en las normativas (adecuación estructural, adecuación funcional, habitabilidad, seguridad constructiva, adecuación integral, rehabilitación integral, etc.) no favorece el que se generalice su conocimiento e incorporación como una parte importante en los procesos de rehabilitación.
25. Los planes de vivienda estatales y autonómicos constituyen el marco principal en que se sitúan las ayudas a la Supresión de Barreras en los elementos comunes de la edificación. Las normativas que regulan estas ayudas comparten, en buena medida, objetivos con las de AFV, pero presentan características diferentes en cuanto a cobertura, presupuesto y tramitación. En muchos casos, la intervención está supeditada a la condición de que el objetivo se sitúe en áreas prioritarias. La supresión de barreras suele ser un objetivo condicionado a otros, propios de los planes sectoriales de vivienda (promoción de vivienda social, rehabilitación estructural, etc.) por lo que resulta difícil obtener información desagregada sobre las inversiones específicas destinadas a ese propósito.

26. Los programas de instalación de ascensores son una de las políticas de supresión de barreras con más éxito e implantación. Diversas CC.AA. y municipios desarrollan sus propios programas, en el marco de las políticas de rehabilitación de vivienda o de renovación de centros urbanos.
27. Las corporaciones locales a menudo desarrollan a través de sus propios servicios sociales las políticas autonómicas, cuando no sirven de “ventanilla” para muchas de las prestaciones de la comunidad. Dada su proximidad al ciudadano desarrollan en muchos casos sus propias políticas dirigidas a los colectivos más necesitados, a la mejora del parque de viviendas o a favorecer la integración social; en todo ello la supresión de barreras, provisión de AT o AF puede tener, y tiene cada vez más, un papel importante.
28. Aunque estos programas son aún muy recientes (Málaga y Valladolid,, por ejemplo han comenzado en 2006, San Sebastián ha desarrollado su programa Egokituz, que está aún implementando, etc.) se corresponden con la realidad de que es a escala local donde se debe gestionar, proveer y decidir este tipo de ayudas, de forma muy ligada a la actividad de los trabajadores socio-sanitarios de distrito y con la colaboración de técnicos conocedores de edificación e instalaciones.
29. Promover la adaptación de la vivienda de la población dependiente requiere programas caros y de aplicación compleja. En ellos confluye la acción de distintas administraciones y ámbitos sectoriales, lo que en muchos casos complica su gestión y seguimiento. Si bien es la Comunidad Autónoma la administración fundamentalmente competente en la prestación de servicios sociales y determinación de las condiciones de vivienda, el Estado mantiene sus competencias de legislación básica en la materia y la prestación de ciertos servicios, aunque residuales ya, a través de entidades como el IMSERSO.
30. En general se puede decir que las ayudas están bien enfocadas, en cuanto a los problemas principales que pretenden combatir: en la práctica las ayudas se dirigen a mejoras en ascensor y portales, y a baños, que son los ámbitos donde más se concentran las dificultades. No obstante, la diversidad conceptual, de denominaciones y contenidos, para uso en contextos diferentes no facilita el que estas ayudas adquieran una relevancia propia y separada de otras ayudas de tipo individual o colectivo. Esto incide sobre el control y seguimiento de ejecución de estas ayudas, que no se realiza separadamente, dificulta la transparencia y evaluación, y también la aplicación de la normativa por parte de los técnicos.

Prestaciones de los programas

31. Uno de los trabajos realizados ha sido investigar la normativa y práctica de la ejecución de programas de ayudas para la AFV y supresión de barreras en siete comunidades autónomas (CC.AA.) y cinco corporaciones locales (CC.LL.). Las diferencias detectadas entre estas entidades territoriales son importantes en relación a la organización, recursos económicos y profesionales puestos a disposición de los programas. En la gran mayoría de casos se trata de servicios insuficientemente dotados y que están desbordados por la cantidad de casos a atender; se trata de prestaciones nuevas en muchos casos, o que están en proceso de cambios.
32. Las ayudas se dirigen en su mayor parte a mejoras en los cuartos de baño, cubriendo uno de los grandes problemas con que se enfrentan las personas con limitaciones funcionales en el hogar: las AVD en el baño, es decir, lavarse, ducharse, hacer sus necesidades. En buena parte de los casos estudiados se destinan fundamentalmente a dotar de barras, sillas de ducha y otras ayudas técnicas menores. En otros casos hay una buena proporción de las ayudas que va a financiar obras de remodelación. En estos casos, la sustitución de bañera por ducha o los cambios en la distribución de los elementos son las más frecuentes. Sólo algunos programas incluyen específicamente ayudas destinadas a mejora de instalaciones no vinculadas directamente con barreras de acceso o movilidad; las mejoras de seguridad, o confort son tan necesarias para la permanencia en el hogar como las anteriores.
33. Respecto al proceso, requisitos y cuantías máximas de las ayudas, encontramos que no hay criterios homogéneos en los ámbitos administrativos estudiados. No es posible agregar horizontalmente el gasto de las CC.AA. pues la estructura de las ayudas sobre adaptación funcional y ayudas técnicas es muy distinta, se registran muchos cambios en los programas e incluso en las instituciones que las gestionan y no están segregadas, en numerosas ocasiones, de otras ayudas para personas con discapacidad, mayores o mejora de edificios.
34. Cuantía máxima de las ayudas: cuando se trata de AT, buena parte de las C.A. tienen unos límites muy bajos, que no permiten acceder a ayudas muy especializadas o con criterios de funcionalidad mínimos. Otras en cambio carecen de límite y adaptan la ayuda a la necesidad de la persona, lo que permite una mayor cobertura de las situaciones donde la necesidad es mayor o los problemas tienen una solución más compleja. En este sentido destaca Guipúzcoa que lleva varios años financiando AT de alto coste, como el Scalamobil que permite subir escaleras en edificios sin ascensor.
35. Los límites establecidos para las personas mayores son más bajos en este caso. Aquí, de cara a conseguir una eficiencia en el servicio sin caer en una atención insuficiente o inadecuada a las personas mayores, se hace necesaria la puesta en marcha de bancos de AT. Se trata de

servicios complejos de gestionar, pero que pueden suponer un gran ahorro y una mejora considerable de la cobertura y calidad de las AT puestas a disposición de los mayores.

36. Plazos de atención a la demanda presentada. Se trata de uno de los grandes problemas con que topan las familias que desean acceder a una AT o adaptación funcional. La insuficiente dotación de personal de los servicios, la falta de protocolos bien establecidos de diagnóstico, asesoramiento, visita, recopilación de información, valoración, etc. determina que los plazos de todo el proceso se alarguen de manera inadecuada y a veces desesperante para el usuario.
37. Las ayudas a la AF se centran mucho sobre la modificación del cuarto de baño. Ponen mucho énfasis sobre la dotación de AT y en menor medida sobre las obras de adaptación. En pocos casos las ayudas individuales existentes permiten abordar la modificación de los accesos, aunque existen ayudas vinculadas a los departamentos de vivienda que son específicas para las barreras de acceso.
38. Es preciso potenciar el carácter recuperable de las ayudas de elevado coste. Así se hace, por ejemplo, en Guipúzcoa, facilitando la financiación de determinadas ayudas si son recuperables, y en Madrid en el caso de las camas articuladas.
39. En las ayudas para la supresión de barreras en elementos comunes, la combinación de exigencias como el acuerdo mayoritario y el cumplimiento por parte de la mayoría de vecinos de unas condiciones de renta determinada puede conllevar su inaccesibilidad para parte de la población con necesidades. Hay que resaltar que normalmente el nivel de renta de las familias con persona discapacitada, especialmente cuando coinciden edad avanzada y discapacidad, suele ser más bajo, por lo que en los casos que se requiere unos niveles medios de toda la comunidad estas persona se pueden ver perjudicadas por una mejor situación económica de la media de sus vecinos.

Presupuesto y cobertura de las ayudas

40. La cobertura de las ayudas presenta importantes variaciones entre CC.AA.. Las ayudas de tipo individual y dirigidas a la AF pueden resultar muy restrictivas: una buena parte de la población queda fuera de las ayudas por no entrar en baremos de renta, o no cumplir alguno de los requisitos especificados, con ingresos máximos individuales o per capita familiar que en buena parte de los casos han de ser inferiores a la renta disponible bruta per cápita. En algunos casos el tope máximo de renta para acceder a las ayudas dirigidas a la población mayor apenas superan los 6.000 €/año, lo que supone menos de la mitad de la renta disponible bruta per cápita. Se trata, por tanto, de ayudas enfocadas en muchos casos a capas muy desfavorecidas de la sociedad. Existen, en cambio, otras CC.AA. que no plantean límites máximos de ingresos,

aunque los tengan en cuenta a la hora de conceder una u otra cuantía de subvención.

41. El número de ayudas destinadas a adaptaciones funcionales en el baño es muy superior al de otras adaptaciones, lo que se explica no sólo por su mayor necesidad, sino también por el diferencial de costes, los topes máximos de ayudas establecidos y la complejidad de otras reformas. No obstante, en buena parte de las CC.AA., un porcentaje elevado de su población queda fuera de cobertura por motivos de renta, dado lo bajos que son los límites máximos para acceder a estas ayudas.
42. En cambio, en espacios comunes de la edificación, las ayudas destinadas a la supresión de barreras plantean límites considerablemente más elevados, y siempre por encima de la renta bruta disponible media, lo que hace a estas ayudas más accesibles para vecinos y comunidades con diversidad de rentas.
43. Aunque es dificultoso conocer con precisión la cantidad y uso de los fondos públicos destinados a la AFV, los estudios realizados permiten afirmar que los presupuestos destinados tanto a obras de adaptación, como a ayudas técnicas para uso en el hogar son muy reducidos en nuestro país. Los resultados del análisis realizado en las comunidades autónomas y corporaciones locales indican que el gasto medio por habitante oscila entre 0,25 y 0,98 € por habitante año, cifras que se quedan muy lejos de los 2,49 € de Gran Bretaña (2005) o los 9,3 € de Suecia (2002).
44. De entre las entidades territoriales analizadas, y en el periodo de que se han dispuesto datos, Andalucía y Guipúzcoa son las que presentan mejores resultados, tanto en número concedido como en cantidad respecto a su población (0,98 y 0,91€, respectivamente). El programa de ayudas en Guipúzcoa, por su nivel, organización y mantenimiento desde 1992 destaca sobre los demás, aunque Andalucía en los últimos años ha desarrollado también programas ambiciosos de adaptación funcional y ayudas técnicas. En sentido contrario destacan los datos de Cataluña y Madrid, donde el gasto por habitante sólo alcanza 0,23 y 0,25 €, respectivamente (aunque en el caso de Cataluña no se ha podido disponer de datos sobre el gasto en AT para el hogar). Ésta comunidad ofrece, en cambio, ayudas de una cuantía unitaria media más elevada y orientada a la realización de obras.
45. En cinco años, en el marco del III Plan de Vivienda y Suelo de Andalucía se han instalado ascensores en un 1,2% del parque de edificios de viviendas sin ascensor de 4 o más plantas, que está constituido por 49.429 edificios del total de 1.762.318 edificios destinados a vivienda.
46. Hay también CC.AA. que no establecen límites a priori, aunque sí realizan baremación de los ingresos de la unidad familiar, lo que puede ser una fórmula de selección de beneficiarios más acorde con el análisis de las circunstancias del solicitante que los propios servicios sociales

pueden realizar. De este modo se puede evitar dejar sin cobertura casos de elevada necesidad que por distintas circunstancias pudieran incumplir requisitos formales excesivamente rígidos.

47. En conjunto se puede decir que el diseño de ayudas para AFV está pensado o sólo alcanza, en la mayoría de casos, a población de rentas muy bajas o en situación de aislamiento. Por otro lado, existe un proceso técnico y burocrático largo y complejo para el usuario, su familia o cuidadora, que normalmente recurre a la solución de la financiación pública urgido por una situación personal difícil.
48. Pero con anterioridad a la solicitud de una ayuda es preciso que exista conocimiento de su existencia, y es aquí donde se sitúa un eslabón aún más débil de la cadena, a juzgar por la experiencia de los T.O. Estos señalan mayoritariamente en las encuestas realizadas que la falta de información sobre estas ayudas es el principal problema para conseguir el objetivo de la permanencia de las personas con discapacidad en sus hogares. La insuficiencia presupuestaria de las ayudas y la falta de eficacia en la gestión son los otros principales problemas citados por estos profesionales.
49. Esa escasa información sobre las ayudas y su proceso puede responder en algunos casos a un comportamiento estratégico por parte de las propias administraciones ante el miedo a verse desbordadas por demandas que no podrían cubrir con los presupuestos disponibles. Pero una mayor información y transparencia podría mejorar la eficiencia y profesionalidad de las intervenciones y reducir el gasto unitario a ellas destinado.
50. Los programas de ayudas existentes, sobre todo los específicos de Adaptación Funcional tienen en muchos casos un carácter residual en relación con otras ayudas y servicios sociales a colectivos de personas mayores y discapacitadas, generando notables vaivenes presupuestarios que dificultan su gestión, seguimiento e información.
51. Sin una voluntad expresa de aumentar el presupuesto y los medios disponibles para desarrollar estas ayudas difícilmente habrá posibilidad de resolver buena parte de los problemas detectados. Hemos dicho ya que hay buen número de servicios sociales que prestan estas ayudas con dificultades por la escasez de medios, por lo que una mayor oferta de estas ayudas sólo puede ir acompañada de una mejora organizativa en los departamentos o servicios que las prestan, si se quiere que la calidad de la prestación sea la adecuada.
52. La intervención de administraciones de distinto nivel provoca la posibilidad de duplicar servicios generando áreas con sobre-cobertura y otras a donde no llegan las subvenciones públicas. Coordinar los esfuerzos y la información de las administraciones es difícil, y el interés puede partir de la instancia más pequeña y próxima al ciudadano, que es la que quizá tiene menos capacidad de desarrollar esa coordinación. Tal

parece ser el caso del Proyecto Egokituz de San Sebastián que propone coordinar administraciones y sectores sobre cuatro ejes:

- d. Servicios domiciliarios
- e. Servicios comunitarios
- f. Adaptación del domicilio
- g. Accesibilidad al domicilio

Esto implica a entidades responsables de –al menos– rehabilitación, política social (autonómica y local), atención primaria domiciliaria.

La gestión de las ayudas

53. Los programas de ayudas, su terminología, requisitos y criterios son complejos y poco claros, dificultando el acceso al usuario y la tarea al profesional. La coordinación de ayudas y terminología en las normativas ayudaría en su conocimiento y resultados, especialmente en los procesos de rehabilitación donde la intervención de profesionales no especializados es mayor y la necesidad de introducir mejoras de accesibilidad y adaptación es mayor y más técnica. .
54. Se puede decir que las administraciones están en general poco preparadas para gestionar las ayudas y su actual y futuro crecimiento. En muchos casos no están ni bien informatizada la recogida de información de las ayudas; en otras ocasiones lo están gracias a esfuerzos personales más que por un interés institucional. Los sistemas informáticos para tramitar las ayudas deben estar bien diseñados, integrados y recoger toda la información relevante que ha de ser explotada estadísticamente de forma adecuada y ser transparente para su estudio y referencia.
55. También se ha detectado falta de consolidación de las entidades y equipos técnicos que han de diseñar, prestar o supervisar estos servicios. En el caso de la AFV, una prestación hasta ahora marginal en el conjunto de los servicios socio-sanitarios, esta provisionalidad es aún mayor.
56. La descoordinación de objetivos en este tema incide en buena medida sobre la disponibilidad de información, la complementariedad de los programas, la profesionalización del personal y la adecuación de los instrumentos encargados de abordar la mejora de accesibilidad en las viviendas.
57. Se debe buscar la colaboración técnica para la evaluación de las condiciones de accesibilidad en elementos comunes de la edificación, tal como hace la Comunidad Valenciana donde su Consejería de Bienestar Social ha realizado un convenio con el Colegio de Arquitectos para proveer este servicio a un coste mínimo para los usuarios y con elevadas garantías de calidad en la valoración.

58. Del mismo modo, las Inspecciones Técnicas de Edificios, ITE, que desarrollan los ayuntamientos para asegurar el mantenimiento y seguridad de todo tipo de edificios, debería contemplar la recogida de información sobre las condiciones de accesibilidad de los accesos, lo que permitiría disponer de una gran base de datos de para planificar y programar la supresión de barreras en los edificios.
59. De acuerdo a las encuestas realizadas a 56 terapeutas ocupacionales (T.O.) especializados en adaptación funcional de vivienda, existen varios factores que limitan el alcance de los programas de AF existentes: la falta de información sobre la existencia de los propios programas es el principal escollo, la insuficiencia de ayudas el segundo y diversos problemas de gestión las siguientes razones que dificultan su mayor disponibilidad.
60. Deben mejorar los protocolos de valoración e intervención de los terapeutas. Los informes que realizan deben estar estandarizados, bien estructurados y ser concisos y fácilmente informatizables e integrables en una base de datos u otro medio de tratamiento de información. Se deberían desarrollar formularios de valoración específicamente diseñados para incorporar e integrar las valoraciones de los distintos técnicos que puedan intervenir: TO, trabajador social, arquitecto técnico (formación de los TO en este sentido), haciendo más transparente y accesible la información entre ellos.
61. El 66% de los TO señaló la falta de información como el principal problema que dificulta el acceso a las ayudas públicas.
62. Cuando se refiere a ayudas individuales para adaptación funcional o adecuación, aunque las diferencias son también importantes el objeto concreto de las ayudas suele tener una definición más precisa. En ocasiones se prima la cobertura de necesidades de movilidad o de comunicación sobre otras necesidades
63. La mayor concreción en las ayudas se produce en aquellas relativas a la provisión de AT, donde abundan los listados específicos, los espacios a que hacen referencia o las AVD que pretenden potenciar.
64. Los terapeutas también son críticos con el funcionamiento actual de los sistemas de provisión de AT y, aún más con la realización de obras de adaptación. Su valoración media no supera el “aceptable”. Las críticas abarcan todo tipo de aspectos y personas: desde la falta de valoración previa a las ayudas, la asignación inadecuada de AT, la falta de profesionalización, la carencia de ayudas y la organización del sistema.
65. Todo ello denota la dificultad de la tarea en la medida en que se cuenta con servicios escasamente dotados, de personal y medios económicos, demasiado centralizados y con escasa formación.

66. En la valoración más específica de los programas lo que más se critica es la lentitud de la gestión, la falta de asesoramiento posterior a la concesión de la ayuda y la falta de coordinación entre las distintas administraciones que tienen que ver con la asistencia domiciliaria y adaptaciones funcionales.

Los profesionales

67. La falta de especialización profesional de muchos operarios o empresas que intervienen en el proceso, ya sea de obra, ya de provisión de una AT adecuada a la persona dificulta la correcta ejecución y demanda de los gestores del servicio una mayor implicación en seguimiento y evaluación.
68. La adaptación de la vivienda es una tarea que requiere la intervención desde más de una disciplina. La necesidad de conformación de equipos técnicos multidisciplinares que trabajen coordinadamente en la valoración y asesoramiento para poder ofrecer las mejores soluciones es una necesidad prioritaria para la buena ejecución de las adaptaciones funcionales.
69. El terapeuta ocupacional es el profesional con los conocimientos para valorar las necesidades funcionales de la persona dependiente y para prescribir las ayudas técnicas o pequeñas adaptaciones necesarias. Pero no tienen una formación específica en aspectos de la construcción que los habilite para tomar decisiones respecto a las posibilidades de intervención estructural en las viviendas. Aún precisando el asesoramiento de arquitectos, sería conveniente mejorar los estudios de accesibilidad y reformas para los T.O. o generar una especialización.
70. Su labor es imprescindible, no sólo en relación con las soluciones que pueden dar autonomía al usuario, sino también las que pueden facilitar la tarea de la cuidadora. No obstante, las tareas y posibilidades de intervención de los TO son desconocidas incluso en el propio sector sanitario, de acuerdo a estos profesionales.
71. A lo largo del estudio se ha comprobado la falta de medios, personal y, en ocasiones, formación en estos servicios. Con frecuencia la información sólo está disponible a nivel individual del técnico, recogida con escaso criterio de análisis posterior y a menudo sin informatizar. Cuando se introduce en un ordenador se hace de forma escasamente útil a efectos de realizar un seguimiento posterior y mejora del programa. Eliminar esta precariedad y dependencia del loable voluntarismo de los técnicos debe ser uno de los objetivos prioritarios a cubrir, ya sea en el ámbito de los servicios autonómicos como en los municipales.
72. El proceso de la Adaptación Funcional debe contemplar los aspectos *objetivos*, tales como los que reclama un asesoramiento técnico adecuado, pero también requiere considerar componentes *subjetivos* como única forma de garantizar el éxito de la intervención. La valoración

de las necesidades específicas de la persona, gustos o interés por las soluciones propuestas debe asegurar que la introducción de cambios en su entorno no se produzca sin su acuerdo y predisposición hacia su aprovechamiento. Este componente subjetivo requiere así mismo un proceso de entrenamiento y formación que resulta vital para el éxito de la intervención. A menudo se descuida este aspecto en el proceso y no se alcanza la efectividad buscada en la intervención.

73. La insuficiente dotación de personal en estos servicios y la insuficiente organización del servicio conlleva que el proceso de asesoramiento y valoración por parte de los T.O. sea un factor de retraso importante en el proceso de concesión de las ayudas. Con ello no se pone en duda su necesidad, sino al contrario, se recalca la necesidad de mayor contratación de Ot's para agilizar la tarea y mejorar su formación específica y protocolos.
74. Otra de las características del sistema actual es que no se hace entrenamiento de la persona para un uso adecuado de las ayudas técnicas y adaptaciones. No se tiene suficientemente en cuenta las necesidades de aprendizaje de las personas
75. En muchos casos la gestión de los programas no parece estar en manos de los profesionales más adecuados por su formación y experiencia. En muchos casos son profesionales sanitarios o trabajadores sociales quienes realizan las valoraciones sobre las necesidades de adaptación o AT de las personas, aspectos para los que no cuentan con la formación adecuada.
76. Los centros de orientación y asesoramiento en obras de adaptación y AT (CEAPAT, SIRIUS, etc.) están absolutamente saturados. Cada CC.AA. debería tener su propio centro, que debería disponer de servicio de exposición y prueba de AT y servicio de formación y asesoramiento de técnicos.

Aplicación y costes de la adaptación funcional

77. Hay estimaciones que demuestran que las adaptaciones pueden ahorrar importantes costes al sistema sociosanitario. Sus efectos preventivos son muy importantes para la accidentalidad en el hogar, sobre todo de los mayores, lo que constituye un problema de salud de primer orden en la tercera edad.
 - a. Para un 77% de los terapeutas encuestados la adaptación hubiera podido prevenir el accidente.
 - b. El 91 % de los terapeutas considera que la realización de la adaptación funcional reduce las necesidades de asistencia domiciliaria por parte del cuidador.

- c. Entre las consecuencias positivas de la adaptación destaca especialmente que la adaptación tiene un elevado efecto sobre la autonomía, seguridad y autoestima del paciente.

78. Si podemos sintetizar en dos partes la solución a los problemas de adaptación: por un lado el factor de los receptores (usuario y familia) y por otro el de los proveedores (técnicos y sistema de ayudas), podemos decir que de estos últimos depende en mayor medida el hacer posible la solución a las necesidades de autonomía que la adaptación funcional puede aportar, pero no mucho menor es el papel de la familia y usuario para conseguirlo, lo que requiere proximidad, entrenamiento en el uso de las soluciones aportadas y estímulo.
79. Las necesidades de habitabilidad y funcionalidad de la vivienda no se acaban con la provisión de AT ni con la realización de adaptaciones de cuartos de baño. Existen muchas necesidades básicas relacionadas con calefacción, saneamiento, iluminación, que son necesarias para la permanencia de la persona con limitaciones funcionales en el hogar.
80. El trabajo de campo de los arquitectos en 33 viviendas con requerimientos de adaptación muestra que el entorno próximo a la vivienda y su acceso a través de elementos comunes del edificio es donde se concentra mayor cantidad de barreras de difícil resolución. Los aseos requieren adaptaciones casi en todos los casos, pero sólo en un 10% de los casos se consideró que la inaccesibilidad era tal que no permitiera una adaptación satisfactoria.
81. Se han establecido dos niveles de AF: óptima y mínima. Excepto en un caso⁵⁵ los costes de adaptación óptima estimados no superaron los 17.000€ y menos de 10.000 los costes de adaptación mínima. Estas soluciones para las que no se han utilizado ayudas técnicas de alto coste, se pueden realizar con presupuestos moderados, pero permiten adaptaciones suficientes para garantizar un mínimo de calidad de vida del usuario.
82. Un 45% de las viviendas visitadas se han considerado no adaptables, desde la perspectiva de asegurar que la persona puede entrar y salir de la vivienda con un nivel de ayuda razonable y disponer de buena calidad de vida. No se ha tenido en cuenta la posibilidad de realización de obras complejas de estructura por parte de la comunidad de vecinos. La disposición de medios mecánicos y humanos para salvar escaleras (servicio de “oruga”), pueden permitir la permanencia en la vivienda, pero sólo parece recomendable para casos de personas de edad avanzada o enfermedad degenerativa.
83. Un estudio de 238 casos de adaptación funcional realizada en cuartos de baño de Cataluña, Guipúzcoa y Málaga entre 2004 y 2006 nos

⁵⁵ Que corresponde a una familia que ya se planteaba previamente a la discapacidad una reforma integral presupuestada en 76.000€

permite llegar a un coste medio de la intervención en ese espacio, que se sitúa en 3.344,09 €. Es importante reseñar que las diferencias entre las intervenciones medias en esos territorios son mínimas lo que da una mayor robustez a ese indicador.

84. Aplicado a colectivos de población con necesidades de adaptación prioritaria, podemos considerar el coste global de las adaptaciones a realizar en cuartos de baño. Para la que hemos considerado como población de mayor prioridad (población LFSMI, con limitaciones funcionales severas en miembros inferiores y mayor de 65 años), y que señala tener problemas en el baño resulta un coste total de 918 millones de euros.
85. La anterior cantidad asciende a 1.651 millones de € si consideramos a toda la población con discapacidad que manifiesta problemas en los baños. Por otra parte, contabilizando a la población con limitaciones severas en el uso de miembros inferiores y sin restricción de edad, la cantidad total ascendería a 1.380 millones € .
86. Estas aproximaciones, que tienen un grado de fiabilidad aceptable no son trasladables al otro gran, y principal, problema de accesibilidad en las viviendas, el que supone la eliminación de desniveles, fundamentalmente mediante ascensores u otros elevadores.
87. Conseguir unos niveles aceptables de adaptación interior de la vivienda es factible en un elevado porcentaje de casos. En cambio, conseguir la posibilidad de entrar y salir de las viviendas con una ayuda razonable (una persona sin aplicación de gran fuerza física) es muy problemático. La instalación de ascensor facilita esta tarea de manera notable; pero esa instalación no es factible en una elevada proporción de viviendas habitadas por mayores o personas con discapacidad con bajos niveles de renta.

PROPUESTAS

A lo largo del estudio, especialmente en algunos apartados se han ido introduciendo resultados y comentarios que se pueden interpretar como sugerencias o propuestas. Por ejemplo, buena parte de las conclusiones y de la presentación de resultados de la encuesta a terapeutas ocupacionales plantean elementos a mejorar y algunas propuestas para ello. En este último apartado, y sin ánimo de ser exhaustivo, se introducen algunas ideas para mejorar el sistema de provisión de ayudas para la AFV, aún entendiendo que proponer cambios a ese sistema no es uno de los objetivos específicos de este trabajo.

Criterios y protocolos de intervención

Vincular las ayudas de AFV con las de supresión de barreras en elementos comunes en torno a propuestas y objetivos de accesibilidad coordinados, de aplicación en casos donde la necesidad y conveniencia lo justifiquen. Esta acción puede repercutir en una asignación de los medios más adecuada a unas necesidades que son percibidas de manera conjunta: para facilitar la permanencia en el hogar es necesario poder suprimir tanto las barreras interiores como las de acceso.

Vincular rehabilitación de edificios y accesibilidad. De cara a mejorar la vinculación entre las obras protegidas de rehabilitación en edificios y sus condiciones de accesibilidad sería necesario estandarizar una serie de criterios de mejora de accesibilidad con distintos grados o niveles que pudieran ser exigibles o asociables a niveles de rehabilitación estructural determinados..

Vincular instalación de ascensor con mejora de accesibilidad. Se ha de tener muy en cuenta que la accesibilidad requiere, para ser plena y útil en muchos casos, que se aborden integralmente los aspectos complementarios. Por ejemplo, no se debería financiar ninguna instalación de ascensor que no vaya acompañada de un estudio de otras barreras presentes en el portal de la vivienda, de modo que se consiga la continuidad en la cadena de accesibilidad del edificio.

Aumentar el tope máximo de las ayudas para casos donde las necesidades de adaptación son muy elevadas y no hay posibilidades o conveniencia de realojamiento, si las circunstancias socioeconómicas del usuario impiden su financiación propia. Evitar tener que conceder ayudas a obras parciales en años sucesivos.

Las soluciones han de ser individualizadas, pero los T.O. y otros técnicos de valoración deberían disponer de protocolos y criterios de intervención y

recogida de información. A continuación, se desarrollan algunas propuestas al respecto:

- a. Se ha justificado la necesidad de mejorar los sistemas de recogida de información y control de beneficiarios y ayudas. Sería necesario, además, que los T.O. especializados en valoración y asesoramiento de adaptación funcional dispusieran de sistemas informáticos muy básicos de representación y dibujo a los efectos de mejorar la efectividad de su trabajo. Su sistemática de valoración bien podría incluir elementos como una agenda PDA en la que recoger directamente información gráfica básica sobre el entorno en sus visitas de valoración. El objetivo sería dotar a estos profesionales de medios de valoración más avanzados y eficientes ante la carga de trabajo que el crecimiento de estos programas pudiera comportar. Por otra parte, una buena recogida de información en domicilio sobre los condicionantes del entorno podría servir para compartir con otros técnicos del servicio las mejores soluciones aplicables evitando visitas reiteradas o de más de un profesional. La información podría ser descargada en ordenador y gestionada con el software adecuado a fin de componer una base de datos utilizable para seguimiento, evolución y estudio.
- b. El sistema de adaptación funcional debería considerar tanto los aspectos objetivos (derivados del estudio del entorno y de la persona por parte del equipo técnico correspondiente: T.O, aparejador, trabajador social....) como los subjetivos (derivados de las opiniones, necesidades personales y gustos del usuario y su familia). Para que esto sea efectivo, el usuario y su familia deben disponer de información clara y comprensible. Hay que hacer guías de “consejos para adaptar su vivienda” que se hagan llegar a las personas con discapacidad y mayores a través de los canales adecuados (centros de día, clubs de mayores, etc.) y en el proceso de resolución de su solicitud de ayuda.
- c. Mejorar la detección de necesidades y la información sobre los programas existentes. Introducir charlas y actividades de difusión y recogida de información sobre las condiciones residenciales de los mayores.

El carácter subjetivo y singular de las intervenciones de AFV hace muy necesario el seguimiento del uso de las adaptaciones realizadas y satisfacción con las soluciones⁵⁶. Es sabido que el entrenamiento en el uso de las AT y adaptaciones es una necesidad siempre reclamada por los terapeutas. El establecimiento de una red coordinada de servicios de asesoramiento sobre adaptación de vivienda y otros temas vinculados con la instalación y uso de AT sería un gran paso para favorecer el envejecimiento en el propio hogar. Así mismo, la realización de una Guía de Recursos sería de gran utilidad para los profesionales y las administraciones.

⁵⁶ Algunos estudios desarrollados en otros países señalan que el no-uso de las ayudas técnicas disponibles en los hogares se sitúa entre el 30 y el 50% (ver Wessels et al, 2003)

También sería preciso mejorar las opciones de recuperación de Ayudas Técnicas de elevado coste para que estas puedan ser incluidas progresivamente en los programas de financiación pública sin agotar los presupuestos.

Organización

De acuerdo con la anterior propuesta, cada CC.AA. debería tener su propio centro de accesibilidad, adaptación y ayudas técnicas, que debería disponer de servicio de exposición y prueba de AT y servicio de formación y asesoramiento de técnicos. Debería coordinar centros territoriales para acercar al usuario la atención e información necesarias.

Toda adaptación funcional debe ir precedida de una valoración realizada por técnicos adecuados. No basta un programa con elevado presupuesto, es precisa una proximidad al usuario (centros distritales).

El Terapeuta Ocupacional es el técnico adecuado para realizar el asesoramiento cuando se trata de ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones; pero éste debe estar asistido por los informes o consejos de otros profesionales del ámbito de la construcción o por los condicionantes sanitarios y sociales que correspondan, cuando lo que se proponga sean adaptaciones mayores.

Las necesidades y creciente expectativa de adaptación funcional y mejora de accesibilidad en la vivienda va a requerir unos niveles de inversión que están comenzando a ser importantes y que se repartirán entre las áreas de vivienda, política social, e incluso sanidad (ayudas técnicas), de las distintas administraciones; la coordinación de esfuerzos e información será cada vez más necesaria. Paralelamente, la no atención a estas necesidades, en el marco de un sistema de atención a la dependencia, como el SAAD recién creado, puede conllevar una pérdida de calidad de vida de los usuarios, mayor gasto en atención domiciliaria y una mayor carga –y lesiones- para los cuidadores. Por otro lado, como muestran los datos de accidentalidad en domicilio, la adaptación funcional es una necesidad preventiva.

Buena parte de las políticas de promoción de la vivienda deberán centrarse en los próximos años en la rehabilitación. El parque actual de viviendas se caracteriza por sus numerosas barreras, deficiencias de funcionalidad y falta de equipamientos, por lo que es esperable que parte de la actividad constructiva de viviendas de nueva planta se reconvierta a rehabilitación y mejora de las ya existentes en un futuro.

Estudios

De cara a mejorar la cobertura e igualdad de oportunidades cada Comunidad Autónoma debería evaluar sus programas (efectividad de las ayudas y del asesoramiento recibido por parte de los usuarios) y analizar las “zonas de

sombra” que no cubren sus ayudas como consecuencia del diseño y definición de las mismas y de los estratos de renta y circunstancias familiares a que son accesibles. Se debe evitar el efecto frontera “65 años” que en ocasiones determina la posibilidad de acceder o no a ayudas según circunstancias ajenas a la necesidad.

Aunque en el sector de la salud pública existe una creciente conciencia de la importancia que tiene la detección temprana de distintas enfermedades y deficiencias, no hay un reconocimiento similar del papel preventivo y recuperador del hogar, de la propia vivienda, de modo que las personas mayores, los profesionales de la salud y los responsables de las políticas de vivienda estudien de forma proactiva fórmulas para mejorar su mantenimiento y el rol de apoyo que tiene en el desarrollo y tratamiento de las enfermedades (Gitlin, 2006)

Estudiar el contenido específico de la formación necesaria a prestar a terapeutas, arquitectos o trabajadores de grado medio en la construcción. Desarrollo de protocolos para las obras de rehabilitación de edificios de viviendas.

Algunos casos deberían ser tratados de forma más coordinada con otros servicios y un proceso de intervención más específico con módulos de ayuda diferentes:

- Niños con discapacidad

- Personas con discapacidades múltiples.

- Personas con enfermedades degenerativas

- Personas enviadas a tratamiento domiciliario desde el hospital

En tales casos se deberían de desarrollar protocolos de valoración y soluciones diferentes en los que se contemple la posibilidad de presupuestos mayores y una coordinación mejor con otros servicios. A estudiar: la posibilidad de incluir grandes adaptaciones en los programas de ayudas, destinadas a colectivos como los citados arriba.

En este contexto, no es extraña la afirmación: “uno de los mayores cambios que este informe espera alcanzar es el de variar las actitudes a todos los niveles, desde una manera de ver las adaptaciones como “bienestar” a otra que los vea como “inversión” (Heywood et al., 2005: 39).

Estudiar a fondo todas las fuentes de financiación de ayudas, desde las distintas administraciones, entidades del tercer sector, etc. Esta tarea se ha hecho parcialmente en este estudio, pero completarla requiere más tiempo y apoyo.

En esta línea de conocimiento y recopilación de información, sería necesario organizar jornadas técnicas de debate e intercambio de experiencias entre los técnicos y responsables de las distintas administraciones que cuentan con ayudas propias.

También sería interesante estudiar los factores que pueden permitir a las personas mayores más frágiles permanecer en su hogar y el papel de la adaptación funcional puede jugar en ello. Es un hecho constatado que las personas mayores con menores ingresos, socialmente aislados y frágiles tienen mayor probabilidad de ser trasladadas a residencias geriátricas.

Por último, señalar que este trabajo deja abiertas numerosas vías de investigación, en la medida en que muchos de los temas abordados lo han sido con afán de ofrecer una perspectiva lo más completa posible de un tema sobre el que existe poca investigación y literatura. El margen de estudio e investigación para determinar bajo qué condiciones son más efectivas, justificadas y racionales los distintos tipos de adaptaciones es elevado. Esperamos que este trabajo anime a otros investigadores a interesarse por las distintas facetas y consecuencias de este tema.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, F. (1999) *Los Beneficios de Renunciar a las Barreras. Análisis Económico de la Demanda de Accesibilidad Arquitectónica en las Viviendas*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, Madrid

Alonso, F. (dir. y coord.) (2003) *Libro Blanco por un nuevo paradigma, el diseño para todos, hacia la plena igualdad de oportunidades (borrador)*. Institut Universitari d'Estudis Europeus y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Manuscrito. Madrid

Alonso, F. (dir. y coord.) (2002) Libro verde: La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO; Madrid.

American Heritage Dictionary of the English Language: Fourth Edition (2000). En <http://www2.bartleby.com/61/85/P0578500.html>

Amerigo, Maria (1995) Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno. Alianza Universidad. Madrid. 169 p.

APTONA-NALATE, Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (2004) Terapia Ocupacional. Manuscrito.

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, 2005. Citada por Vicente Cintero: La Terapia Ocupacional, imprescindible en la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia. www.terapia-ocupacional.com

Barahona, R., Fernández, M., Sala, E., Subirats, J., dir. (2006) ¿Quién cuida a las personas mayores? La atención domiciliaria, propuestas para su gestión y mejora a escala local. IGOP; manuscrito.

Benedict, C., Pooley, S. y Grisbrooke, J. (2006) Ergonomics and housing. Occupational. En Clutton, S., Grisbrooke, J. y Pengelly, S., eds. Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr, London

Berjano, E. (2005) Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. Rev Mult Gerontología 15 (3): 144-154

Binstock, R.H. y Cluff, L.E. (2000) Home care advances: essential research and policy issues. New York: Springer Publishing Co.

Brunel University (2002): Definitions of disability in Europe: a comparative analysis. Social security and social integration. European Comisión. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Unit E . 4. Manuscript

Boverket 2000 Housing Adaptation Grants 2003 (In Swedish) Karlskrona, Sweden: Boverket. Citado por Fänge e Iwarsson (2005: 44)

Carp, F.M. (1966). A future for the aged. Austin: University of Texas Press.

Casado Marín, D. y Lopez i Casanovas, G. (2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales. Fundación La Caixa

Clutton, S., Grisbrooke, J. y Pengelly, S., eds. (2006) Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr, London

Cruz y Cobo (1990) Situación social de los viejos en España. CIS

Dahlin-Ivanoff, S., Nygren, C., Iwarsson, S. (2001) Enable-Age Update Review. National Report Sweden. The Enable-Age Project, sponsored by the European Commission. The ENABLE-AGE Consortium. Manuscrito.

De Lorenzo, R. y Cayo, L., coord. (2007) Tratado sobre Discapacidad. Thomson-Aranzadi. En prensa.

DE&S –Department of Education and Skills, y DH, Department of Health, 2004. Delivering housing adaptations for disabled people. A good practice guide. Office of the Deputy Prime Minister. West Yorkshire, GB.

Dunn, P.A. (1990) The impact of housing upon the independent living outcome of individuals with disabilities. *Disability, Handicaps and Society*, 9 (1), 137-150.

Dwyer, P. (2004) *Understanding Social Citizenship: Themes and Perspectives for Social Policy*, Policy Press, Bristol.

Elvira, D., Rodríguez, P. y Tomás Z. (2005) *Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España*. Edad y Vida, Madrid.

Eurostat (2001) *Disability and social participation in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxemburg.

Fänge, Agneta (2004) *Strategies for Evaluation of Housing Adaptations- Accessibility, Usability and ADL Dependence*. Faculty of Medicine. Lund University.

Fänge, Agneta & Iwarsson, Susanne (2005) Changes in accessibility and usability in housing: an exploration of the housing adaptation process. *Occupational Therapy International*, 12 (1), 44-59.

Fukukawa, U., Nakashima, C., çtsuboi, S., Naoakira, N., Ando, F., Kosugi, S. y Shimokata, H. (2004) The impact of health problems on depression and activities in middle-aged and older adults: Age and social interactions as moderators. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59 B, pp 19-26.

García Alonso, J.V. (2007) *Perspectivas Emergentes en material de discapacidad: la Vida Independiente. El Movimiento de Vida Independiente en De Lorenzo y Cayo Pérez, coordinadores: Tratado sobre la Discapacidad*. Fundación Luis Vives. Thomson-Aranzadi, Madrid.

Gerson, L.W., Camargo, C. A. Wilber, S.T. (2005) Home modifications to prevent falls by older ED patients. *American Journal of Emergency Medicine* 23, 295-298.

Gitlin, L.N., Swenson, K. y Boyce, A. (1999) Bathroom modifications for frail elderly renters: outcomes of a community –based program. *Technology and Disability* 10, 141-149.

Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A. y Hauck, W. (2001) A Randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist* Vol 41,1, 4-14.

Gitlin, L.N., Dennis, M., Hauck,W., Winter, L., y Schinfeld, S. (2003) Relationship of functional difficulty levels to adaptive strategy use and psychological well-being among frail elders. Paper presented to the Gerontological Society of America Annual Meeting, San Diego, CA.

Gitlin, Laura N. (2006) The Impact of Housing on Quality of Life: Does the Home Environment Matter Now and into the Future. En H.W. Wahl, C. Tesch-Römer y A. Hoff (Eds.) *emergente of New Person-Environment Dynamics in Old Age: A*

Multidisciplinary Exploration. Baywood Publishing Company, Inc, Amityville, NY (en prensa)

Heywood, F. (2001) Money well spent. The effectiveness and value of housing adaptations. Policy press and Joseph Rowntree Foundation. Gran Bretaña.

Heywood, F. (2004) The health outcomes of housing adaptations. *Disability & Society*, 19 nº 2, March, pp. 129-143.

Heywood, F, Gangoli, G., Langan, J., Marsh, S.M., Smith, R., Sutton, E., Hodges, M. y Hamilton, J. (2005) *Reviewing the disabled facilities grant programme*. Office of the Deputy Prime Minister, London.

Heywood, F. (2006) The Assessment Process, en S. Clutton, J. Grisbrooke y S. Pengelly, eds.: *Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations*. Whurr, London

INE, Instituto Nacional de Estadística (2000) Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999, Metodología. Madrid.

INE, Instituto Nacional de Estadística (2005) Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, Informe General. Madrid.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993), Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid

Iwarsson, S y Stahl, A. (2003) Accessibility, usability and Universal Design –positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*, 2003; vol 25, nº 2, pp 57-66

Iwarsson, S. (1997) Functional Capacity and Physical Environmental Demand. Exploration of Factors Influencing Everyday Activity and Health in the Elderly Population. Department of Community Health Sciences, Lund University. Sweden.

Iwarsson, S. y Isacson, A. (1999), "The Enabler" Applied to Occupational Therapy, en Edward Steinfeld y G. Scott Danford, *Enabling Environments: Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. Kluwer Academic.

Iwarsson, S. y Isacson, A. (1999), Basic Accessibility in Modern Housing – A key to the problems of care in the domestic setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7,(3) 155-159.

Kutty, N.K. (1999) Demand for home modifications: a household production function approach. *Applied Economics*, 31, 1273-1281.

Laloma, Miguel coord. (2005) *Ayudas Técnicas y Discapacidad*. Elaborado por AUPA. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI.

Lansley, P., Mc Cready, C, Tinker, A. (2004) Can adapting the homes of older people and providing assisitive technology pay its way?. *Age and Ageing*, 33, 6, 571-576.

Lansley, Peter, Flanagan, Susan, Goodacre, Turner-Smith, Alan, Cowan, Donna (2005) Assessing the adaptability of the existing homes of older people. *Buiding and Environment* 40, 949-963.

Lawton, M.P. y Simon, B.B. (1968) The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108-115

Lawton, M.P. y Simon, B.B. (1968) The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108-115

Mace, Ron (1990) Accessible, Adaptable and Universal Design, Fact Sheet N° 6. NC State University, Center for Universal Design. North Carolina State University

Mace, R.L., Hardie, G.J., & Place, J.P. (1990): "Accessible environments: Toward universal design". In Preiser, W., Visser, J., and White, E. (Eds.), Design interventions: Toward a more human architecture. New York, NY: Van Nostrand Reinhold: 155-176

Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M. y Granger, C.V. (1999) Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly. Arch. Fam. Med.. Vol 8 May/June 210-217.

Newman, S.J. (2003) *The living conditions of Elderly Americans*. The Gerontologist, 43, 99-109.

Noya, R. (2006) Terapia Ocupacional y el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Manuscrito.

O'Brien, Paraig (2006) Access standards: evolution of inclusive housing; en S. Clutton, J. Grisbrooke y S. Pengelly: Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr Publishers, England

ODPM, The Office of the Deputy Prime Minister (2004) Delivering Housing Adaptations for Disabled People : A Good Practice Guide. Department for Education and Skills, Department of Health. Crown copyright.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), Madrid.

Pengelly, Sue (2006) The social model and clinical reasoning en Clutton, Sylvia, Grisbrooke, Jani: Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr Publishers.

Pheasant S. (1996) Bodyspace: anthropometry, ergonomics and the design of work (2nd edition) London: Taylor and Francis.

Piqueras Arenas Jose A. (2003) Programas sociales básicos del IMSERSO en IMSERSO (2003) Veinticinco años: el IMSERSO y las Políticas Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid

Puga, D. (2004), Estrategias residenciales de las personas de edad. Movilidad y curso de vida. Fundación la Caixa, Barcelona.

Puga, D. y Abellán A. (2004) El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud. Fundación Pfizer. Alcobendas (Madrid).

Pynoos, J., Sanford, J. y Rosenfelt, T. (2002) A Team Approach for home modifications. O.T. Practice 2002; 7 (7)

Querejeta, M. (2004) Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO, Madrid.

Rioux, L. (2005) The well-being of aging people living in their own homes. Journal of Environment Psychology 25, 231-243.

Rodriguez Galadí, Jose I. (2005) Adecuación Funcional Básica de Viviendas. Curso de formación sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas para trabajadores sociales de los centros de Valoración y Orientación de Andalucía. Manuscrito.

Romero Rey, Carlos (1998) Minusválidos y Propiedad Horizontal en http://imagina.org/leyes/prop_hor.htm

Rousseau, J y Dubé, M. (1993) Déterminants personnels, relationnels es environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées. *Revue québécoise de psychologie*, 14(3), 3-29

Sala, E. (2004) Retos y oportunidades de la ley 51/2003 de igualdad de oportunidades no discriminación y accesibilidad universal. *Revista MinusVal*, abril.

Sala, E. y Alonso F. (2006) La ACCESIBILIDAD UNIVERSAL en los municipios: guía para una política integral de promoción y gestión. Colección Manuales y Guías. Serie Servicios Sociales Nº 33003. IMSERSO, Madrid.

Shakespeare, T. y Watson, N. (2002) The social model of disability: an outdated ideology?. *Research in Social Science and Disability*. Volume 2

Sixsmith, A., Pimor, A, Kennedy, V., Ball, M. e Ingram, R. (2001) Enable-Age Update Review. National Report United Kingdom. The Enable-Age Project, sponsored by the European Commission. The ENABLE-AGE Consortium. Manuscrito.

Steinfeld, E. Schroeder, S., Duncan, J., Faste, R., Chollet, D., Bishop, M., Wirth, P, & Cardell, P. (1979). Access to the built environments: A review of the literature. Washington DC: Government Printing Office.

The Office of the Deputy Prime Minister (2004) Delivering Housing Adaptations for Disabled People : A Good Practice Guide. Department for Education and Skills, Department of Health. Crown copyright.

UPIAS (1975). Fundamental principles of disability. Version electrónica disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/fundamental%20principles.pdf>

Verbrugge, L.M., Rennert, C. y Madans, J.H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health*, 87, 384-392

Version 2.0 - 4/1/97 Copyright 1997 NC State University, The Center for Universal Design. http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciplestext.htm

Vicente Cintero, A. (2005) La terapia ocupacional, imprescindible en la autonomía personal y la atención a la dependencia. Manuscrito. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos.shtml>

Vilà i Mancebo (2003) Els serveis socials a Catalunya. Una visió històrica. Tesis doctoral. Manuscrito. Girona.

Wahl, H. W. y Gitlin, L.N. (2003) Future developments in living environments for older people in the U.S. and Germany: potential and constraints. En K.W. Schaie, H.W.Wahl, H. Mollenkopf y F. Oswald (Eds.) *Aging in the Community: living arrangements and mobility*. New York: Springer Publications (pp. 281-301).

Walker, Alan (2005) A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing* 2: pp 2-12

Wessels, R., Dijks, B., Soede, M., Gelderblom, G.J. y De Witte, L. (2003) *Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview*. Technology and Disability 15, 231-238, IOS Press

<http://www.ceapat.org/glosario.do#a> consultada 28.02.07

