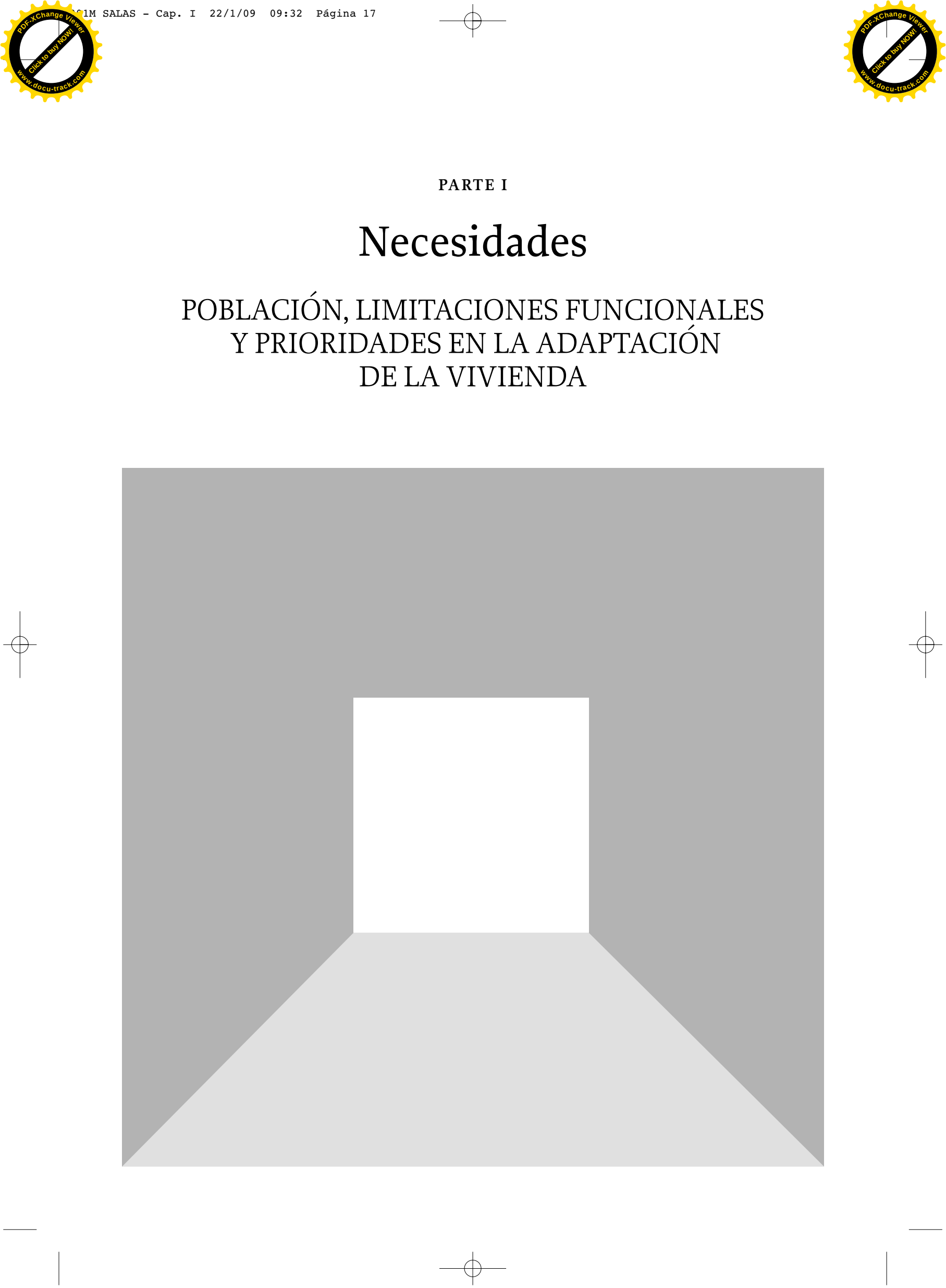




PARTE I

Necesidades

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

CAPÍTULO I

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

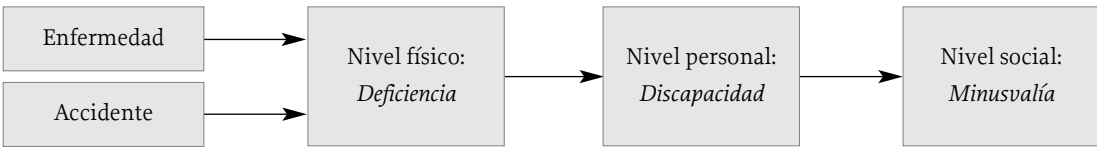
1.1. Discapacidad, dependencia y limitación funcional

El concepto de discapacidad y la condición de la persona discapacitada vienen 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 cómo repercuten o se identifican con la integración y el reconocimiento hacia estas personas. No es nuestro interés entrar a fondo en la descripción de todos esos condicionantes y su evolución; para ello existe otra bibliografía (véase por ejemplo, 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 y sus 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., pág. 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 en 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



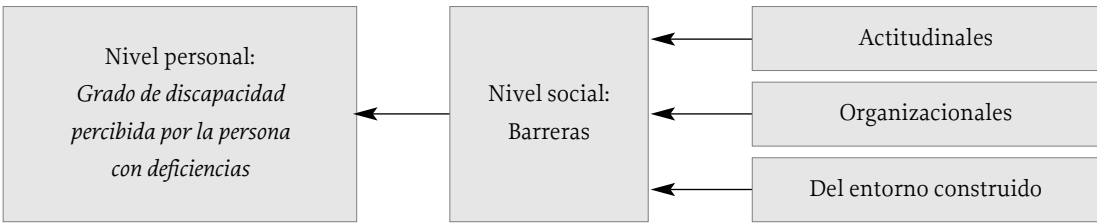
Fuente: Pengelly 2006: 46

A partir del planteamiento conceptual del sociólogo S. Nagi (citado por Puga y Abellán, 2004: op. cit., pág. 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 es 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 sus 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

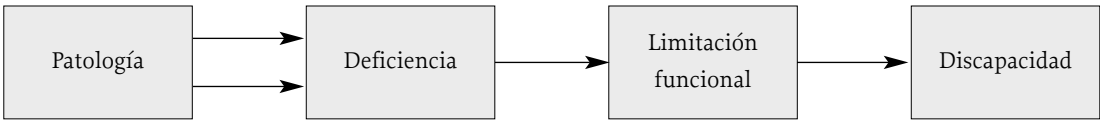
Entender la discapacidad desde una perspectiva sociopolítica frente a una política biomédica tiene un impacto significativo en las relaciones administrativas, laborales, familiares, sociales, etc. (Pengelly, 2006). Las desigualdades y experiencias de marginación, previamente consideradas como consecuencias inevitables de una deficiencia se pueden considerar hoy como una discriminación inaceptable a la que se enfrentan los colectivos de personas con discapacidad, pues son las barreras institucionales y sociales lo primero a cambiar para alcanzar la pretendida igualdad de oportunidades.

La aplicación de ambos conceptos de discapacidad

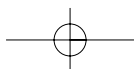
Una aplicación estricta del modelo social en las políticas sociales plantea dificultades importantes (Brunel University, 2002). Fundamentalmente, porque esas políticas deben marcar límites entre la población con o sin discapacidad, y distinguir entre las discapacidades por su tipo y severidad, para lo 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., pág. 20).

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” toda anormalidad bioquímica o psicológica que es detectada y médicamente etiquetada como enfermedad, lesión o condición congénita o de desarrollo y por “deficiencia” una disfunción o anormalidad estructural significativa en sistemas corporales específicos.

Las restricciones o consecuencias de la deficiencia para el funcionamiento físico, mental o social son las “limitaciones funcionales”. Y aunque también puede haber limitaciones de otro tipo, como cognitivas o emocionales, éstas apenas son objeto de este trabajo.

Podemos entender finalmente la discapacidad como la expresión de una limitación funcional, o de otro tipo, 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:

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

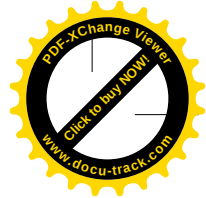
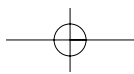
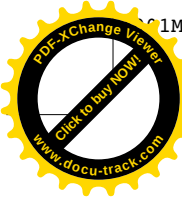
En definitiva, una persona es dependiente cuando durante un periodo prolongado de tiempo requiere la ayuda de otra para realizar ciertas actividades cotidianas (Casado y López, 2001). El grado de dependencia viene medido por distintas escalas de capacidad funcional (Barthel, Katz...) que establecen un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

Vejez y dependencia están íntimamente relacionadas, en la medida que la segunda aumenta en las cohortes de mayor edad, sobre todo a partir de los ochenta 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 y la existencia de programas de prevención hasta, muy especialmente en el caso que nos ocupa, las condiciones ambientales en que se desenvuelvan los individuos. Como señalan Casado y López (2001):

Aunque la cantidad de ancianos aumente en el futuro, que es lo único que realmente señalan las proyecciones demográficas, 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 en el conocimiento cierto de esas limi-



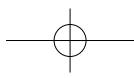
taciones: el que se puede derivar de la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999*, EDDDES (véase capítulo 2).

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. Aquélla se concreta o se 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, que insta a todos los países a incorporar a las personas con discapacidad como personas de pleno derecho y sitúa 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 (véase 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 llamado *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 el planchado de la ropa, de la limpieza y el mantenimiento de la casa, del bienestar de los demás miembros de la familia)
- La movilidad extradoméstica (deambular sin medio de transporte).

El citado *Libro Blanco* 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 situación de dependencia y en qué grado corresponde encuadrarla” (op. cit., Cap. XII, pág. 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, sin 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 presentar el siguiente cuadro:

PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
(ESPAÑA, 1999). DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS

PERSONAS DEPENDIENTES				
GRADO	EN DOMICILIOS FAMILIARES (EDDES 99)	EN RESIDENCIAS (ESTIMACIÓN)	TOTAL	PROPORCIONES
3 (Gran dependencia)	121.109	0.300	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: Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco (IMSERSO 2005)

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:

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA LAS ACTIVIDADES
DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020)

PERSONAS DEPENDIENTES				
	2005	2010	2015	2020
3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
2 (Dependencia severa)	370.60	420.336	472.461	521.065
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: Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco (IMSERSO 2005)

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 instancias 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 (Art. 15: catálogo de servicios):

- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Centros de día y de noche
- Plazas residenciales
- Atención en centros

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

En cambio, no ha quedado recogido en este catálogo de servicios la prestación de ayudas para facilitar la accesibilidad o las adaptaciones de la vivienda, y tampoco la provisión de ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento en el hogar. Aspectos que aparecen citados en la Disposición adicional tercera de la citada ley, denominada “Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal”, que 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 la movilidad 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 esta ley (conocida como LIONDAU) ha desarrollado recientemente, como se especifica más adelante, su reglamento 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 incorpora elementos importantes desde el punto de vista de la intervención en 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 dirigidas a las personas dependientes desde distintos departamentos, servicios, empresas y administraciones. Entre los servicios que se vienen prestando en el domicilio a las familias desde distintas administraciones (aunque con variaciones según localidad, provincia o comunidad autónoma¹), consideramos tres bloques relevantes para este trabajo:

SERVICIOS DOMICILIARIOS

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

ADAPTACIÓN DEL DOMICILIO

Modificación del entorno domiciliario, constructivo o equipamental, para facilitar la realización de las AVD, la movilidad, la seguridad y el confort.

ACCESIBILIDAD AL DOMICILIO

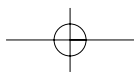
Posibilitar el acceso al domicilio desde el espacio urbano comunitario, tanto externo (entorno de la vivienda) como interno (espacios entre el umbral de acceso al portal y la puerta de la vivienda).

Y dentro de este último 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).

1.3. El papel de la vivienda en la consecución de una vida independiente para las personas mayores y discapacitadas

El hogar es más que un espacio, es un lugar donde nuestra identidad evoluciona permanentemente mediante conexiones con nuestro pasado, una identificación que se vincula tanto con el marco físico como con las posesiones personales y artefactos que en él atesoramos (Rowles, 1987). Esto es importante para cualquiera, pero en la tercera edad se manifiesta de manera más acusada en un deseo de permanencia, de dis-

1. Clasificación realizada a partir de la establecida en 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.



poner de un refugio en el que desarrollar la vida diaria, un lugar que ofrece identidad, seguridad y permanencia. La aspiración de envejecer en casa está consistentemente documentada en la bibliografía gerontológica de los últimos treinta años y se actualiza con estudios recientes (Gitlin 2003).

Según se envejece, se permanece más en el hogar: una proporción del 80% del tiempo, según el estudio de Baltes et al. (1999). Por otra parte, 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 puntuación mucho mayor entre los primeros. Esto enfatiza la importancia de la movilidad como prerrequisito 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”² 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. En consecuencia, se puede asegurar que envejecer en el hogar y evitar la reubicación están entre las necesidades más fuertes de los adultos mayores y sus familias (Gitlin, 2003).

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. La satisfacción con el propio hogar crece de manera lineal entre la mediana edad y la vejez (Pinquart y Burmendi, 2004), y su incidencia sobre la calidad de vida es mayor para los colectivos con mayores limitaciones físicas o de otro tipo. Por otra parte, 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).

Algunos 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):

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

- 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.³
- 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 a la posibilidad de envejecer en casa (Gitlin, 2006).
- 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 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 también funcionales y económicos.

En España, la situación de las viviendas del colectivo de tercera edad 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.

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.

3. No obstante, Rioux (2005), en un estudio sobre mujeres de edad avanzada que viven solas o en pareja, concluye que estas personas mayores, aun viviendo en hogares modestos, o incluso inadecuados para sus necesidades, perciben en su mayoría sus hogares como confortables, tranquilos y seguros.

Por otra parte, las limitaciones funcionales están asociadas a la necesidad de una mayor asistencia personal.⁴ 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) en los que 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, y en ella se puede observar que la demanda de permanecer en casa adaptándola a las necesidades no sólo es mayoritaria en los dos años, sino que se incrementa en 2002 en un 20%.

EXPECTATIVAS DE CUIDADOS ANTE UNA FUTURA SITUACION DE DEPENDENCIA

	JUNIO 1998	ENERO 2002
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

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas, Berjano (2005)

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, por 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., un 8,9 % de la administración central y 5,2% del ayuntamiento.

1.4. El marco técnico de la Adaptación Funcional de la Vivienda (AFV)

Debemos considerar qué ámbitos de tipo técnico están involucrados en la Adaptación Funcional. Nos encontramos con un conglomerado de términos que confluyen y en el que resulta difícil establecer unas fronteras precisas. Para delimitar nuestro área de interés debemos precisar algunos conceptos, como los de supresión de barreras, diseño universal, adaptación funcional y ayuda técnica, siempre referidos al ámbito de la vivienda.

Supresión de barreras

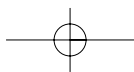
De forma amplia, consideramos que el ámbito de trabajo relevante para determinar las condiciones de autonomía personal en el hogar comprende tanto las intervenciones de adaptación y mejora del hogar como la incorporación de tecnologías (ayudas técnicas) para facilitar las actividades de la vida diaria 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 privados del hogar, sino también 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 privados, normalmente la denominación de las ayudas hace referencia a Adaptación Funcional, mientras que 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 lo son las de Vivienda.

Una última variable a tener en cuenta es la persona beneficiaria de las ayudas. Estamos hablando aquí de personas mayores y personas con discapacidad, y no de 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 discapacitados 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. Por ello, no pocas ayudas que ofrecen las CC.AA. 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 con esa diversidad. Sobre este concepto señalan Mace et al. (1990):

Diseño Universal significa simplemente diseñar todos los productos, edificios y espacios exteriores para que sean 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 principios:⁵

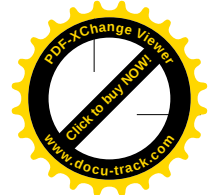
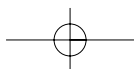
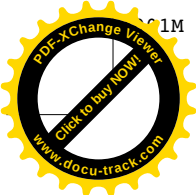
- Uso universal, para todos
- Flexibilidad de uso
- Uso simple e intuitivo
- Información perceptible
- Tolerancia para el error o mal uso
- Poco esfuerzo físico requerido
- Tamaño y espacio para acercamiento, manipulación y uso

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 (com-

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



ponente 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 a la 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 definición:⁶

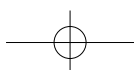
Una adaptación de vivienda es una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria.

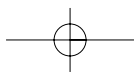
Fänge (2005) utiliza una definición similar, pero señala la capacidad para llevar una vida independiente como objetivo específico. La oficina del primer ministro británico (ODPM, 2004) identifica, además del anterior, otros objetivos más explícitos a conseguir mediante la adaptación, como privacidad, 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, sino 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

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





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 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 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 criterios generales que se relacionan a continuación (Pheasant 1996: 13):

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.

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.

Es participativo

Busca incorporar al usuario final del producto como participante activo proceso de diseño.

Es no-procrusteo⁷

Busca adaptar el producto al usuario, y no al revés.

Toma en cuenta la diversidad humana

Busca el mejor ajuste/adaptación para el máximo número de personas.

Toma en cuenta la tarea que realiza el usuario

Reconociendo que la tarea es específica para cada uno.

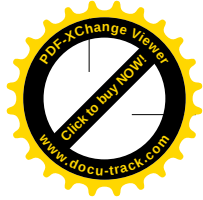
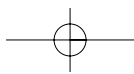
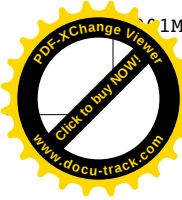
Tiene un enfoque sistémico

La relación entre el usuario y el producto tiene lugar en un contexto social, técnico, económico, político y ambiental.

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.

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>



Por otra parte, no se puede separar la adaptación del hogar de una persona del equipamiento especial necesario que la complementa. Éste constituye las Ayudas Técnicas (AT) o, en su denominación más reciente, Productos de Apoyo. 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 conjuntamente para compensar las limitaciones funcionales del individuo provenientes del envejecimiento, el accidente, la enfermedad o la discapacidad.

Las Ayudas Técnicas en la Adaptación Funcional de la Vivienda

La norma ISO 9999 define como Ayudas Técnicas (AT) 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.

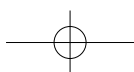
Las ayudas técnicas se denominan frecuentemente dispositivos de asistencia, tecnologías de apoyo, tecnología de la rehabilitación o tecnología asistida. Una definición más abierta es la de Laloma (2005): las ayudas técnicas son aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten a las personas 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 actividades de la vida diaria. Hay que destacar que las AT pueden ser utilizadas también por personas sin discapacidad, como personas mayores o personas que han sufrido una lesión o accidente con secuelas temporales, por lo que el concepto podría centrarse más en su carácter potenciador de capacidades que en el compensatorio de discapacidades.

Más recientemente se ha introducido el concepto de Productos de Apoyo, que se definen como “cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”.

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, Renkert 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 aquella 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 establecidos, y lo justificamos porque 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, las órtesis y prótesis, cuando estos pro-



ductos 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 con 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.

1.5. El marco competencial y normativo de la Adaptación Funcional de la Vivienda (AFV)

El marco competencial en la AFV

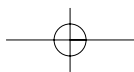
La Constitución de 1978 regula la distribución de competencias en sus artículos 147 a 150. En su articulado apenas aparecen reflejados los servicios sociales, y cuando lo hacen es de forma muy imprecisa o parcial. Una aproximación al reparto de competencias en lo relativo a este tema puede venir de la 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 el régimen económico de la Seguridad Social

Entre estas materias no se hace mención explícita a la asistencia ni a 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, pues existen términos como Bienestar Social, Servicios Sociales y 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, han podido acceder también a sus competencias en materia de asistencia social.

Así, la Generalitat de Cataluña recibió a partir de 1981 los servicios correspondientes a las competencias en materia de asistencia y servicios sociales primero del Estado y luego de la Seguridad Social (Vilà i Mancebo, 2003: 294). A Cataluña la siguieron Andalucía, en 1984, Galicia, Valencia y Canarias, en 1985, aunque la acción del Estado se mantuvo 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 fue en aquellos años la Ley 13/1982, de 7 de abril, Ley de Integración



Social de los Minusválidos, LISMI, aunque no dispone 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.:

- Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.
- Rehabilitación médico-funcional.
- Recuperación profesional.
- Medidas de integración social.
- Subsidio de garantía de ingresos mínimos.
- Subsidio por ayuda de tercera persona.
- 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 nacional y dirigida 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.

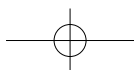
Se terminó de realizar el traspaso de competencias en 1998, por lo que en la actualidad el IMSERSO sólo mantiene direcciones provinciales en Ceuta y Melilla y centros de referencia de ámbito nacional (Piqueras, 2003).

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

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 aquéllas dirigidas a proveer de Ayudas Técnicas para la mejora de las actividades de la vida diaria en el hogar (AVDH), pero generalmente las contemplaremos 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 en 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.

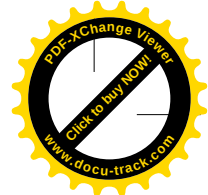
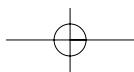
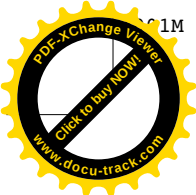
De este modo, nos encontramos con la confluencia de distintos niveles de intervención. Tanto desde los Servicios Sociales como desde el área de Vivienda, a nivel autonómico o estatal, existen diversas intervenciones, tal como ilustra el siguiente cuadro:

ORIGEN DE NORMAS Y PROGRAMAS PARA LA MEJORA DE HABITABILIDAD DE LA VIVIENDA

ÁMBITOS	ESTADO	CC.AA.	CC.LL.
Servicios Sociales	Leyes y decretos	Leyes y decretos	Ordenanzas
	Condiciones básicas	Ayudas/prestaciones	Ayudas/prestaciones
	Planes Nacionales	Planes	Planes
Vivienda	Leyes y decretos	Leyes y decretos	Ordenanzas
	Condiciones básicas	Ayudas/prestaciones	Ayudas/prestaciones
	Plan Estatal Vivienda	Planes de vivienda	Planes

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 el País Vasco.

Las ayudas que proceden 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 (Estado, comunidad autónoma, municipio), aunque a nivel municipal sólo existen en parte, y siempre a partir de un tamaño poblacional mínimo, no establecido. Cada



Comunidad autónoma o municipio establece sus propias normas y criterios de valoración, mínimos de concesión, etc.

La 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.

El marco normativo

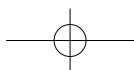
Desde el punto de vista legal, las principales normas que inciden sobre la ejecución de la AFV son las siguientes:

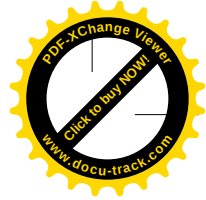
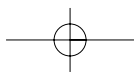
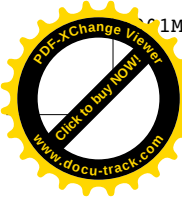
La Ley de Ordenación de la Edificación, LOE (Ley 38/1999 de 5 de Noviembre)

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 la aprobación del Código Técnico de la Edificación (CTE) para que concrete los parámetros y las exigencias que deben cumplir los edificios en relación con los requisitos básicos establecidos en la misma, aunque sin incluir entre ellos el Requisito Básico de Accesibilidad. Las principales consecuencias de esta exclusión en el desarrollo de la LOE resultarían, en principio, 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.

Estas consecuencias se vieron afortunadamente alteradas con la aprobación del Real Decreto 505/2007 de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones, que especifican las condiciones básicas de accesibilidad que se han de aplicar en edificios nuevos y rehabilitación, estableciendo un plazo para su incorporación al citado Código Técnico.





El Código Técnico de la Edificación CTE (R. Decreto 314/2006 de 17 de marzo)

El 29 de marzo, 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 y no incluye la accesibilidad de la vivienda en su desarrollo. Tan solo de forma tangencial y parcial se establece en el CTE una referencia a las personas de movilidad reducida en el apartado “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. El Real Decreto 5005/2007 de 20 de abril viene a corregir parcialmente esa situación, pues establece en su disposición final tercera que con un año de antelación a la fecha de obligatoriedad que se establece en la disposición final quinta para los edificios nuevos⁸ (1 de enero de 2010), estas condiciones básicas se deberán incorporar al Código Técnico de la Edificación (CTE) aprobado. Así mismo, en esa fecha de 1 de enero de 2009 se deberán desarrollar las condiciones básicas aprobadas para el acceso y utilización de nuevos espacios públicos urbanizados, en un documento técnico a aprobar por el Ministerio de Vivienda. Queda por ver si esa incorporación es efectiva y en plazo, y se corrige así el considerable déficit de la accesibilidad entre los grandes referentes normativos del sector.

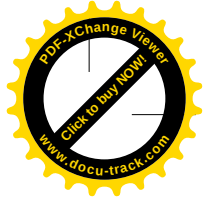
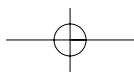
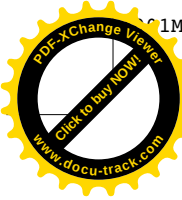
La Ley de Propiedad Horizontal (Ley 49/1960)

La posibilidad y las condiciones de adaptación de áreas comunes de las viviendas están amparadas 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 de 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, y 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,

8. Así como para las obras de ampliación, modificación, reforma o rehabilitación que se realicen en los edificios existentes.



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 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.

Todas estas modificaciones son consideradas insuficientes por los colectivos de personas con discapacidad, que abogan por una mayor libertad para decidir las adaptaciones necesarias y un mayor reparto de las cargas económicas derivadas de ello.

La Ley 51/2003 de 2 de diciembre, LIONDAU

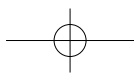
La Ley 51/2003 de 2 de diciembre de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU) modifica diversos artículos de la Ley 49/1960 de Propiedad Horizontal para ofrecer un amparo mayor a la realización de obras de adaptación necesarias para 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 la 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, aunque sigue dejando las condiciones de la supresión de barreras en manos de terceros.

Por otra parte, para la intervención en edificios ya existentes, el Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, establece los parámetros que incumben a las obras de ampliación, reforma, modificación o rehabilitación de edificios o viviendas ya existentes. Se establece que a partir del día 1 de enero de 2010 serán obligatorias las condiciones básicas de accesibilidad decretadas para las obras que se realicen en los edificios existen-



tes, y a partir del día 1 de enero de 2019, para todos aquellos espacios públicos urbanizados y edificios existentes que sean susceptibles de ajustes razonables.

Con respecto a los edificios de viviendas ya existentes, también se contempla la obligatoriedad de disponer de, al menos, un itinerario accesible, fácilmente localizable y que comunique al menos una entrada principal accesible con la vía pública y con las plazas accesibles de aparcamiento. Además, los espacios comunes de los edificios de viviendas tendrán características que permitan su utilización independiente a las personas con discapacidad y estarán comunicados por itinerarios accesibles.

1.6 Experiencias internacionales de adaptación funcional de la vivienda

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.

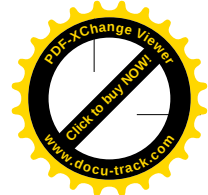
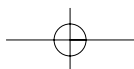
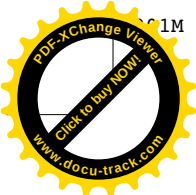
Por otro lado, a través del proyecto europeo Enable-Age, se dispone de información relativa a las adaptaciones en países como Alemania o Lituania. En el marco de este proyecto se desarrolló en 2003 una encuesta sobre 1918 personas de edad muy avanzada (80 a 89 años)⁹ que habitaba sola en sus viviendas urbanas de los cinco países europeos participantes (Gran Bretaña, Suecia, Alemania, Letonia y Hungría). Entre los resultados comparados, destacamos el número de intervenciones de adaptación realizadas en cada país, que muestra el siguiente cuadro:

ADAPTACIONES REALIZADAS A POBLACIÓN ANCIANA (80 A 89 AÑOS) EN VARIOS PAÍSES	
PAÍS	% DE LA MUESTRA QUE HIZO ADAPTACIONES EN SU HOGAR
Gran Bretaña	36%
Suecia	26%
Alemania	9%
Letonia	5%
Hungría	3%

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

Como vemos, la realización 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. En cambio, la financiación de las adaptaciones es ple-

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



namente 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 un punto de referencia en el estudio que posteriormente se desarrolla sobre la realidad de la adaptación funcional en España.

Suecia¹⁰

La legislación sueca establece que una persona con discapacidad puede obtener una ayuda que cubra el coste completo de la adaptación si él 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.

Las inversiones en programas de adaptación de vivienda en Suecia fueron de 78 y 83 millones de euros para los años 2001 y 2002 respectivamente.

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 euros, y sólo unas pocas se encuentran en el otro extremo y superan los 55.000 euros. De los 4,2 millones de hogares existentes en Suecia, un 57% son viviendas unifamiliares. El 20% de las viviendas no es accesible para silla de ruedas, porcentaje que es mayor (27%) en el caso de los hogares donde viven personas mayores de 75 años, pues un 54% de los que viven en apartamentos no tienen ascensor.

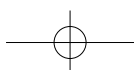
Alemania¹¹

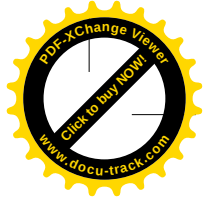
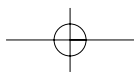
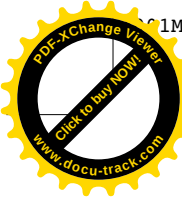
La población mayor de 80 años (la cuarta edad) constituye el 4% de la población; esto es, más de 3,2 millones de personas que, al ritmo de envejecimiento actual, se convertirán en 9,1 millones en 2050. El 70% de esta población son mujeres, 65,7% de las cuales viven solas. La situación económica de esta población es satisfactoria. La política de vivienda en relación con la población mayor consiste en promover el envejecimiento en casa y asegurar estándares de calidad mediante 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 en 1995 de un sistema de seguro obligatorio para el cuidado a largo plazo 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 euros a fondo perdido.

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

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

11. A partir de Naumann et al. (2001).





algunos estados federales. El potencial y los límites de adaptación necesarios en Alemania no están estudiados y existe evidencia de que se deberían 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 Gran Bretaña prefiere vivir independiente en su propio hogar (Sixsmith et al., 2001). Por ello, 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 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 se concedían 650 libras; 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 préstamos blandos para reparaciones en el hogar, el beneficiario sólo paga el interés, 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 de 25.000 £, como límite genral, y de 30.000 libras, en Gales.

El gasto destinado a las adaptaciones funcionales está creciendo rápidamente. El presupuesto total del DFG (Disabled Facilities Grant) se elevó desde 56 millones de libras a 101,5 entre 1997 y 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