

# Tendencias en la atención a la discapacidad

(Tendencias dependent care)

Rubio Pilarte, Jesús

Área de Bienestar Social. Ayto. de Irun. Urdanibia Plaza, 6.

20304 Irun

[jrubio.bsosocial@irun.org](mailto:jrubio.bsosocial@irun.org)

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 51-73]

Recep.: 07.04.05

Acep.: 13.12.05

---

*La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado, especialmente desde el siglo XX. El principal agente prestador de servicios a las personas con discapacidad es la familia. La atención desde las Instituciones está repartida según las competencias de cada administración. El movimiento de vida independiente plantea el respeto de los derechos de ciudadanía de las personas con discapacidad.*

*Palabras Clave: Política social. Tendencias. Discapacidad.*

*Ezinduei arreta emateak bilakaera izan du XX. mendetik aurrera bereziki. Ezinduei zerbitzuak eskaintzeko eragile nagusia familia izan da. Instituzioen arreta administrazio bakoitzaren eskumeneren arabera banatuta dago. Bizimodu independienterako mugimenduak ezinduen herritartasun-eskubidea errespetatzea planteatzen du.*

*Giltza-Hitzak: Gizarte-politika. Joerak. Ezintasuna.*

*L'attention aux personnes handicapées a évolué, spécialement depuis le XXème siècle. C'est la famille qui prête principalement ses services aux personnes handicapées. L'attention depuis les Institutions est répartie selon les compétences de chaque administration. Le mouvement de vie indépendante établit le respect des droits de citoyenneté des personnes handicapées.*

*Mots Clés: Politique sociale. Tendances. Incapacité.*

A largo de la historia la atención de la discapacidad y la dependencia ha cambiado muy poco. No se puede olvidar que los cambios más importantes se han producido recientemente, es decir, en el último siglo.

La atención que la sociedad ha prestado a las personas con discapacidad durante muchos siglos ha estado basada en la caridad, con una marcada exclusión social. Además, no se puede olvidar que la atención a la enfermedad y la discapacidad han estado marcadas por los sistemas de creencias<sup>1</sup>.

El camino de Santiago era un claro ejemplo de este sistema de creencias. En el “Liber Sancti Iacobi” o “Código Calixtinus” se relata como el apóstol Santiago:

devuelve la vista a los ciegos, el paso a los cojos, el oído a los sordos, el habla a los mudos, la vida a los muertos, y cura a las gentes de toda clase de enfermedades para Gloria y alabanza de Cristo<sup>2</sup>.

Por tanto, el Camino de Santiago era una ruta en la que se concentraban personas enfermas y con discapacidad que buscaban la curación y solución milagrosa de sus problemas. En esta ruta surge una red de atención, organizada por las órdenes religiosas, basada en la caridad, para la atención de todas las personas en tránsito hacia Santiago<sup>3</sup>.

Como se apuntaba anteriormente, la caridad era sistema de financiación de la atención y la supervivencia de las personas con discapacidad. Tanto en la literatura como en la pintura se pueden apreciar algunos de esos elementos. Por ejemplo “San Juan limosnero” de Tiziano, “El lisiado” de Ribera, “La curación del ciego” del Greco, “Santo Tomás de Villanueva dando limosna” y “La curación del paralítico en la piscina probatia” de Murillo, la serie de bufones de Velázquez o “La casa de locos” de Goya. En el “Lazarillo de Tormes”, en las obras de Quevedo o en las de Dickens se puede apreciar ese mundo marginal de las personas con discapacidad, cuyo sustento económico se basa en la mendicidad y la picaresca.

Tampoco se puede olvidar el carácter vergonzante y peyorativo que ha acompañado a la discapacidad, y sobre todo a algunas de sus causas, que originaba que las personas con discapacidad fueran ocultadas y escondidas por sus propios familiares. Conviene recordar que el origen de los psiquiátricos era recoger a las personas con enfermedades mentales para protegerles de la sociedad.

---

1. PIERPAOLO, D. “Manual de sociología de la salud”. Ediciones Días de Santos. Madrid. 1990.

2. NOGALES, A. “La atención a los enfermos en el Camino de Santiago: su importancia para la enfermería medieval y de principios de la Edad Moderna”. En: *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería* nº 8. Sevilla. 2001.

3. FERNANDEZ, M.L.; CALLEJO, J.L.; ARIZAGA, B.; SANTO TOMAS, M. “La red hospitalaria y asilar de Cantabria en la ruta de la costa del Camino de Santiago”. En: *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería* nº 8. Sevilla. 2001.

En ocasiones se difunden bandos, órdenes y decretos prohibiendo la mendicidad de las personas discapacitadas y sin recursos, obligándolas a acudir a los centros de beneficencia<sup>4</sup>, y se considera la exhibición de la discapacidad como un menoscabo de la “decencia pública”<sup>5</sup>.

A lo largo del siglo XX se van introduciendo paulatinos cambios en la concepción de la discapacidad, y así surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada por la OMS en 1980. En ese modelo una enfermedad o trastorno originaba una pérdida de funcionamiento (deficiencia - nivel orgánico), limitaciones de la actividad (discapacidad - nivel personal) y minusvalía (desventaja social - nivel social).

En el modelo CIDDM se define deficiencia como la “pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica del individuo”; discapacidad como la “restricción o ausencia debida a deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal” y minusvalía como la “situación de desventaja que surge en un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso”<sup>6</sup>.

El modelo CIDDM es criticado por el predominio del abordaje negativo centrado en las deficiencias, el escaso enfoque de los aspectos sociales y contextuales, así como por considerar la discapacidad como un hecho individual no universal.

Sin embargo, la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud<sup>7</sup>. La CIF cambia la perspectiva, evitando lo negativo, puesto que es una clasificación que resalta la variedad y no las diferencias. La discapacidad pasa a ser una mera circunstancia más de la persona, que está condicionada por la aceptación social de la limitación<sup>8</sup>. Desde esta perspectiva, el término “funcionamiento” se incluye como un término neutro y paraguas que abarca función corporal, actividad y participación; “discapacidad” abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la

---

4. ROQUERO, M.R. *La beneficencia en San Sebastián*. Fundación Kutxa. Donostia. 2000.

5. \* Circular del Gobernador de Guipúzcoa de 18 de enero de 1842 a los alcaldes guipuzcoanos: “el crecido número de mendigos que, en ésta Provincia, buscan la conmiseración y piedad públicas, molestando en las calles, plazas y caminos a todo el que pasa, con ayes lastimosos y continuados, y, enseñando, para excitar mejor la compasión, sus miembros contrahechos, ulcerados y disformes con mengua de la pública decencia”.

6. VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. “Presentación de la versión en castellano de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud de la OMS”. Gizartekintza- Diputación Foral de Gipuzkoa. Jornada de Presentación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 13 de marzo de 2003. San Sebastián.

7. CIF. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.

8. CASTILLO, T. “Aplicación de la CIF desde la perspectiva de los proveedores de servicios y de los usuarios”. Gizartekintza- Diputación Foral de Gipuzkoa. Jornada de Presentación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 13 de marzo de 2003. San Sebastián.

participación; y “condición de salud” que abarca enfermedades, trastornos y otras circunstancias como embarazo, estrés, envejecimiento,...

Por tanto, la discapacidad pasa a ser una característica de la persona, que puede, o no, perdurar en el tiempo, y el elemento que determina la necesidad de recursos de apoyo es la dependencia, es decir, la falta de autonomía para el desempeño de algunas actividades. En definitiva, la discapacidad pasa a ser entendida como un elemento variable más de la propia sociedad.

## **1. LA FAMILIA COMO AGENTE DE ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

La familia ha sido durante siglos, y es, la principal red de soporte social, proporcionando atención económica, social y sanitaria, y su papel también ha estado ligado a la concepción social de la enfermedad, la dependencia y la discapacidad.

Se puede decir, por tanto, que estamos en presencia de una construcción social de la atención sanitaria y social, entendida no como un problema individual de la persona enferma o con discapacidad, sino como un «asunto familiar». La familia se implica en todo lo relacionado con los problemas de salud de sus miembros porque, de alguna manera, se siente afectada en su integridad y «enferma» cuando algún miembro de la familia enferma.

Dos grupos de personas con discapacidad especialmente protegidos por las familias en nuestro entorno son el de los mayores y el de personas con enfermedades mentales. Sabemos que un porcentaje muy alto de las personas mayores de 65 años, y especialmente de las mayores de 75 años depende del apoyo ajeno para su vida cotidiana, porque sufre problemas físicos y psíquicos. Ese apoyo lo reciben, sobre todo, de sus familiares; y esto ocurre siempre o casi siempre en el caso de grandes discapacidades y enfermedades crónicas. Más de cuatro de cada cinco personas con enfermedades mentales, residen en hogares con sus familiares directos.

La aparición de la discapacidad en alguno de los miembros de la familia, en primera instancia provoca la respuesta de sus miembros, que tienden a poner entre paréntesis cualquier otra preocupación, para prestar atención y compañía a la persona que presenta esa discapacidad, en combinación con los recursos asistenciales disponibles, hasta que la situación se resuelve en uno u otro sentido. Es por tanto, la principal fuente de financiación y de provisión de cuidados no profesionales, o como suelen denominarse, cuidados informales.

La familia se configura como unidad de prestación de cuidados, de decisión, de gestión e intermediación entre las personas enfermas o discapacitadas y los servicios sanitarios y sociales; y además contribuye financieramente en el pago de los citados servicios directa e indirectamente<sup>9</sup>.

---

9. PÉREZ - DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; ÁLVAREZ - MIRANDA, B. *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*. Fundación Argentaria - Visor SA. Madrid. 1998. p. 91-121.

- La familia es el principal agente de salud del sistema sanitario, porque realiza tareas preventivas, asistenciales y paliativas que implican, en muchos casos, la prestación de servicios sanitarios cuasi-profesionales continuos e intensos a niños y personas con enfermedad crónica o con discapacidad.
- Es un proveedor de servicios sociales y sanitarios, que funciona en combinaciones diversas, más o menos fluidas, con proveedores públicos y privados de estos servicios.
- Actúa como unidad de gestión e intermediación hacia el exterior: Es la esfera donde se toman y ejecutan las decisiones relativas a asuntos sanitarios, la compra de ayudas técnicas, las reformas para mejorar la accesibilidad o sobre la utilización o no de recursos de la red de servicios sociales como ayuda a domicilio, centros de día, servicios residenciales,....
- También actúa como unidad de consumo de esos servicios sanitarios y sociales, y establece los patrones de consumo de los mismos.
- Contribuye al pago de los costes de los servicios consumidos, bien porque los proporciona directamente, bien porque los financia indirectamente a través de los impuestos o las cotizaciones, o bien porque contribuye solidariamente para aliviar los gastos de la persona que necesita dichos servicios.

Pero, junto a estas situaciones de apoyo mixto, es decir, situaciones en la que los cuidados proceden tanto del sistema formal como del informal, quedan otras en que la familia se hace enteramente responsable de la asistencia de las personas dependientes.

Es evidente que el cuidado de una persona dependiente no es una tarea fácil. La permanencia de esa persona en el propio núcleo familiar, junto a la necesidad de mantener una atención casi permanente, son factores que pueden repercutir en la dinámica general de la familia, haciendo que dicha dinámica se vea alterada o modificada. Ante tal situación, la familia precisa reorganizar su tiempo, sus actividades, los papeles domésticos, etc.

Pero por desgracia, ocurre al revés. En la mayoría de casos, la prestación de cuidados no se reparte de manera homogénea o equitativa entre los componentes de la familia y aunque varios miembros de la familia participen en el proceso de atención y cuidado de la persona con discapacidad, en tareas de apoyo puntuales, la responsabilidad de cuidar a la persona dependiente recae sobre un único miembro, generalmente una mujer.

A esta figura se le denomina “cuidador principal” aunque deberíamos llamarla “cuidadora principal”. La selección de la figura del “cuidador” vendría determinada por lo que algunos autores han denominado “principio de sustitución”, de manera que la distancia familiar operaría en el momento

de establecer qué miembro –y qué parentesco– es el prioritario para asumir dicho papel. Hasta ahora, el cuidado de los hijos y de los mayores ha sido un asunto de mujeres.

La persona que se responsabiliza del cuidado va acumulando cansancio, estrés e incluso depresión, repercutiendo negativamente su salud. En los casos más extremos puede llegar a producirse incluso el maltrato de la persona atendida como consecuencia del desbordamiento en la tarea de cuidar.

Simultáneamente, el potencial cuidador de la familia tiende a disminuir progresivamente debido a la reducción del tamaño medio de las familias, la dispersión espacial de sus integrantes, la mayor fragilidad de los matrimonios, y por la previsible extinción del perfil de mujer cuidadora actual, de escasa formación y escasa incorporación a la actividad laboral.

Manuel Castells, sociólogo y economista, considera que no hay un problema más importante en la nueva sociedad que la reconstrucción de la familia sobre bases igualitarias. En una sociedad red, basada en el individualismo como forma de vida, y en la que el Estado de bienestar entra en crisis, la reconstrucción de la familia –también en crisis– es esencial como refugio personal, como base de solidaridad, como sistema de seguridad afectiva y material. A medida que las familias se componen de mujeres no dispuestas a ser las únicas sacrificadas, la solidez de la familia como “amortiguador social” se va perdiendo. La respuesta no es volver a la tradición, cosa afortunadamente imposible, sino que los hombres nos convecamos de que, “o cambiamos o nos quedamos solos”<sup>10</sup>.

En resumen, el protagonismo de la familia y su capacidad para la atención de las personas dependientes, especialmente de las personas mayores y de las que presentan una discapacidad severa va disminuyendo progresivamente, y su función va a tener que ser asumida por otros actores sociales. La clave está en la capacidad de los hombres para asumir de forma equitativa las tareas domésticas, y especialmente las relacionadas con la atención a la dependencia.

## **2. LA PROTECCIÓN SOCIAL**

Como se mencionaba anteriormente, la atención de las personas con discapacidad estaba basada en la caridad, íntimamente ligada a las organizaciones religiosas. Especialmente en el siglo XIX, para organizar las diversas formas de beneficencia, se crean “Juntas auxiliares de Damas de Barrio”, o se fundan las “Damas de los pobres”, para ejercer auxilio domiciliario. También aparecen asociaciones entre cuyos fines estaba realizar labores de beneficencia, como “La Fraternal”, “El Pensamiento Humanitario” o la

---

10. HUELVES, E. “Visiones del Milenio. Manuel Castells. La solidaridad es más necesaria que nunca”. *El País*. 19 de julio de 1998. Supl. Domingo. p. 6-7.

“La Protectora”. Es en esa fecha cuando comienza a aparecer las primeras “Sociedades de socorros mutuos” que se situaban entre el aseguramiento privado y la filantropía. Entre las mismas se pueden citar al “Sociedad Humanitaria de Salvamento de Náufragos”, la “Sociedad de Socorros mutuos artesanos”<sup>11</sup>.

Dentro de la red pública de asistencia, el recurso por excelencia era el asilo o el asilo-hospital. Los requisitos para acceder al mismo eran rigurosos y exigían ser declarado “pobre de solemnidad”. Así, el Reglamento Orgánico para el establecimiento municipal de Beneficencia de Irun de 1915 exigía probar a la persona interesada, para acceder al mismo, los siguientes requisitos<sup>12</sup>:

1. *Ser español.*
2. *Que está atacado de una enfermedad o de una invalidez reconocida como incurable.*
3. *Que esta enfermedad le coloca en la imposibilidad de proveer a sus necesidades por medio del trabajo, debiendo para ello ser examinado por los médicos del establecimiento.*
4. *Que es indigente, y que carece de parientes pudiente obligados por el código civil de darles alimentos.*
5. *Que es indigente, y carece de parientes pudientes los últimos diez años con casa abierta.*
6. *Que no puede ser socorrido útilmente a domicilio.*

Los sistemas de protección social tienen su primer antecedente en la Alemania de Bismarck, que en 1883 pone en funcionamiento el primer sistema de protección destinado a financiar pensiones, basado en aportaciones de trabajadores y empresarios, con ciertas ayudas estatales. Este modelo, denominado “profesional” o “continental” es el que prolifera en Europa, y se caracteriza porque se establece para proteger a la clase trabajadora; la aportación al trabajo es la condición y medida de las prestaciones a recibir y se apoya en la relación entre salarios-cotizaciones-prestaciones para su subsistencia.

La segunda red de protección social, que se extiende y desarrolla hasta nuestros días, se origina en el Reino Unido en 1942 a partir la experiencia de la Social Security Act de Roosevelt, el Sistema de Seguridad Social de Nueva Zelanda de 1938, y fundamentalmente de los 2 informes de Beveridge, que inspiran la legislación británica, de forma que se faciliten, con cargo a los

---

11. ROQUERO, M.R. Ibid. 4.

12. MARTÍNEZ, J.J. “Historia médica de Irun. 1546-1936”. *Boletín de Estudios del Bidasoa* N° 8. Ed. Luis de Urantz Kultur Taldea. Irun. 1991.

presupuestos, una serie de prestaciones y servicios, para intentar eliminar cualquier situación de desamparo, puesto que, los derechos se extienden a toda la población y no deben depender de contribuciones específicas. Esta extensión a toda la población es la que origina su denominación como sistema universal. El propio Gobierno denomina este sistema de protección como “Estado de Bienestar”, que es utilizado como argumento diferenciador de sus objetivos “welfare state” frente a los propugnados por la Alemania nazi “warfare state”. Esta denominación del sistema de protección, de carácter claramente propagandístico, se ha convertido en la marca y denominación característica de las sociedades avanzadas<sup>13</sup>.

La expresión “Bienestar Social” se aplica frecuentemente para designar el objetivo y también el resultado de las actuaciones del Estado de Bienestar, que se ha caracterizado por:

- Una intervención social en la economía
- Provisión pública de una serie de servicios sociales universales
- Responsabilidad estatal para el mantenimiento de un nivel mínimo de vida

El estado de Bienestar estaba fundamentado en tres pilares fundamentales: la educación, las pensiones y la sanidad. Actualmente se introduce un cuarto pilar: la atención a la dependencia, originado por el envejecimiento de la población, correlacionado con un aumento de la esperanza de vida, de la discapacidad y de la dependencia<sup>14</sup>.

En la sociedad actual, el estado de bienestar tiene cinco retos que pueden condicionar su futuro:

- El envejecimiento de la población, y el aumento de la dependencia
- El techo de la financiación
- La inmigración
- La crisis de las políticas redistributivas
- La crisis del modelo familiar.

El envejecimiento de la población es sobradamente conocido, y la crisis del modelo familiar ya ha sido planteada. La inmigración, aunque en primera instancia están sufragando gastos, en lugar de generarlos, ya que son una población joven, el reagrupamiento familiar puede aumentar el gasto público.

---

13. ARRANZ, N.; CARRASCO, F.; GARCIA, J.; et. al. *Apuntes de Estructura Económica II. Estructura económica de España*. Ed. Jacaryan. Madrid 1995.

14. GIMENO, J.A. *Los vértices del futuro estado de bienestar*. VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid. 2004.



Las políticas redistributivas también comienzan a tambalearse, porque si bien están diseñadas para reducir las diferencias de renta y prestar atención a los colectivos más desfavorecidos, las clases medias deben contribuir a la financiación y sin embargo comienzan a dudar sobre los beneficios del sistema.

Y por último esta la crisis de la financiación. El crecimiento del gasto social tiene un límite presupuestario natural, que puede estimarse mediante un % del PIB. Aunque en nuestro entorno, la presión fiscal puede considerarse baja, en comparación a otros lugares de la Unión Europea, el límite presupuestario sigue existiendo. Una de las tendencias más extendidas es la denominada de los tres tramos, en la que se mantienen el copago y la progresividad y la coexistencia de servicios públicos y privados. Se establecen tres perfiles para la atención. El de los más desfavorecidos, y destinado a luchar contra la pobreza y la exclusión social; el extremo opuesto que acude al mercado libre para atender sus necesidades y un tramo intermedio financiado entre el estado y las propias personas usuarias. Esta tendencia es la que hoy conocemos en para los servicios sociales, y que podría extenderse a la educación, la sanidad o el sistema de pensiones.

Tampoco se puede perder de vista el modelo de los países centroeuropeos, en los que la articulación del nuevo “seguro de cuidados de larga duración” ha originado la aparición de nuevas cotizaciones que financien en exclusiva, o en combinación con otras fuentes financieras, la atención de la dependencia. Este modelo, además, sería compatible con la estructura en tres tramos descrita en el apartado anterior.

En todo caso, sí parece conveniente que en la financiación de la cobertura de los riesgos de la dependencia participe la mayoría de la ciudadanía, ya que se trata de un riesgo generalizado que precisa de componentes solidarios:

- La cuantía de la financiación debe vincularse a una evaluación del conjunto de las necesidades de las personas en situación de dependencia y no de una necesidad específica.
- El sistema de aseguramiento debe permitir cubrir los gastos de un conjunto de servicios de asistencia amplio, que permitan asegurar una calidad de vida mientras exista la situación de dependencia.
- Las personas receptoras de las ayudas públicas deberán cumplir unos requisitos que deben estar orientados a ampliar y potenciar sus opciones de modo de vida, y no reducirlas<sup>15</sup>.

---

15. PEREZ BUENO, L.C. *La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad*. Colección CERMI nº 12. Ed. CERMI. Madrid 2004.

Esta es una de las opciones que se plantea para el Sistema Nacional de Dependencia que se plantea crear en un futuro próximo<sup>16</sup>.

Este nuevo modelo, en la que la universalidad tiende a reducirse comienza a ser llamado de “sociedad de bienestar”, en claro contraste con el “estado de bienestar”.

### **3. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA**

Los recursos disponibles para la atención de las personas con discapacidad, pueden clasificarse de la siguiente forma:

#### **3.1. Las disposiciones legales**

Además de las disposiciones legales específicas para proteger a las personas con discapacidad<sup>17</sup>, hay otras disposiciones legales, de carácter más amplio, que también establecen medidas de protección frente a la discapacidad.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, asumida íntegramente en numerosos ordenamientos jurídicos, también se encuentra recogida en la constitución española. La inclusión de medidas de no discriminación y acción positiva para los colectivos más débiles, y entre los que se encuentran las personas con discapacidad, suponen un claro avance en ese sentido.

En esta línea, el Tratado por el que se establece una Constitución para Europa (Constitución Europea), pendiente de ratificación, establece en su articulado estos valores<sup>18</sup>.

#### ART. I-2 Valores de la Unión

La unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, estado de derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías. Estos valores son comunes a los estados miembros en una socie-

---

16. PÉREZ ZARAGOZA, P. “Un futuro mejor para las personas dependientes”; “Un seguro de dependencia para ampliar el Estado de Bienestar”. En *El Diario Vasco* Expectativas. Suplemento de Economía, ahorro y empleo. Pp. 1-2. Donostia. 20 de marzo de 2005.

17. \* Por ejemplo: Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971) Derechos de las Personas Minusválidas (1975). Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), o la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU),

18. *Tratado por el que se establece una Constitución para Europa*. Ed. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; Ministerio del Interior y Ministerio de la Presidencia. Madrid. 2004.

dad caracterizada por el pluralismo, la no discriminación, la tolerancia, la justicia, la solidaridad y la igualdad entre mujeres y hombres.

ART. II-81. 1 No discriminación

Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.

ART. II-86 Integración de las personas discapacitadas

La unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad.

ART. III-118

En la definición y ejecución de las políticas y acciones contempladas en la presente parte, la unión tratará de luchar contra toda discriminación por razón de sexo, raza u origen étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.

Los derechos de ciudadanía deben entenderse en el triple concepto de define Marshall: ciudadanía legal, ciudadanía política y ciudadanía social<sup>19</sup>. Los derechos humanos, situados en primera línea argumental de toda este repertorio jurídico deben ser entendidos como

- **Inherentes** a todo ser humano.
- **Inalienables**, es decir, no se pueden ser suprimidos a la fuerza ni puede renunciarse a los mismos.
- **Universales**: aplicables por igual a todos los seres humanos.

Sin embargo se puede constatar, por ejemplo en los informes anuales de diferentes organizaciones, que las personas discapacidad no están incluidas en la universalidad de los derechos humanos<sup>20</sup>.

Por tanto, parte de esos derechos reconocidos para todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, no se cumplen. Por eso, bajo el auspicio de Naciones Unidas, se está articulando una “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”<sup>21</sup> cuyo

---

19. DE LORENZO, R. “Discapacidad, exclusión social y ciudadanía”. VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid. 2004.

20. LIGHT, R. “La discapacidad y los derechos humanos: activismo social, justicia social y ciencia social”. VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid. 2004.

21. TRÖMEL, S. “Hacia una Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid. 2004.

objetivo no es otorgar nuevos derechos o reescribir los ya existentes, sino establecer una convención que asegure el pleno disfrute de los mismos a las personas con discapacidad, porque esas personas tienen los mismos derechos humanos que el resto de las personas.

En este apartado también deberían incluirse todas aquellas disposiciones legales tendentes a evitar la discriminación en el empleo y las medidas positivas e incentivadoras para favorecer la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad, entre las que se encuentra el denominado “trabajo protegido”.

### **3.2. Las prestaciones económicas**

Las prestaciones económicas están destinadas a garantizar, en la medida de lo posible la subsistencia de las personas con discapacidad, es decir, en primer lugar a satisfacer las necesidades básicas y alguna parte de la atención necesaria. Las más conocidas son:

- La Pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de Gran Invalidez
- El Complemento por Ayuda de Tercera Persona de la Pensión no Contributiva de Invalidez
- Asignación por Hijo a Cargo Minusválido mayor de 18 años que precisa el concurso de tercera persona
- Subsidio por Ayuda de Tercera Persona (SATP)
- Ayudas a ONGs
- Cofinanciación de Planes y Programas con Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales
- Pensiones de jubilación, viudedad,
- PNC y Renta Básica.

En este capítulo también habría que añadir los ingresos derivados del aseguramiento privado.

### **3.3. Las medidas fiscales**

En opinión de los expertos es un campo a desarrollar, puesto que los beneficios fiscales por atender a personas dependientes son muy reducidos. Las medidas fiscales para favorecer a las personas con discapacidad más conocidas son:

- Rentas exentas
- Reducciones del rendimiento del trabajo y de las actividades
- Aportaciones a planes y fondos de pensiones o a Mutualidades de Previsión Social
- Deducciones por vivienda habitual contemplan los gastos que el contribuyente realice en obras de adecuación de la vivienda
- La Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad.

En esta línea, la aparición de beneficios fiscales importantes para las personas que atiendan a familiares con discapacidad, y las deducciones para el aseguramiento de la dependencia son algunas de las posibilidades barajadas para un futuro inmediato.

### **3.4. Prestaciones sociales**

Las prestaciones o servicios que se prestan directamente a las personas con discapacidad son muy conocidos:

- Servicios de atención primaria
  - Centros de Salud y Consultorios
  - Centros de Servicios Sociales
  - Centros de Atención a personas con discapacidad
- Servicios de atención domiciliaria
  - Asistencia sanitaria en el domicilio
  - Hospitalización a domicilio
  - Apoyo a la unidad de convivencia
  - Ayuda a domicilio
  - Telealarma o teleasistencia
- Servicios y/o centros de atención diurna
  - Hospital de Día
  - Centro de Día
  - Centro ocupacional
  - Centros y servicios de rehabilitación
  - Centros y servicios de respiro familiar

- Centros residenciales
  - Unidad de media estancia
  - Unidad de larga estancia hospitalaria
  - Centros residenciales
- Otros alojamientos alternativos: mini-residencias, viviendas tuteladas, acogimiento familiar, viviendas protegidas o casas hogar
- Centros de recuperación profesional
- Centros de especialidades y de referencia

El potencial de crecimiento de muchos de estos servicios es muy elevado, dada su reducida implantación, y debe ser una de las tendencias a corto plazo. Otro de las tendencias previsibles es la evolución de los servicios de ayuda a domicilio hacia servicios de atención personal, en los que primen las necesidades y los deseos de las personas con discapacidad sobre los criterios de los técnicos de los servicios sociales.

### **3.5. Prestaciones técnicas**

Las prestaciones técnicas tienen como objetivo facilitar la autonomía de la persona con discapacidad, o la atención por parte de las personas que ejercen el cuidado. Se pueden clasificar en:

- Prestaciones ortoprotésicas y ayudas técnicas
- Ayudas para adaptaciones del hogar
- Ayudas para la realización de proyectos de I+D+I

En este campo hay dos líneas de innovación tecnológica que sin duda facilitarán la autonomía de las personas con dependencia. Son la domótica, con el desarrollo de sistemas especialmente diseñados para posibilitar la autonomía de las personas con discapacidad en su domicilio y la robótica, no en modelos humanizados como aparecen en las películas, sino en aspectos más concretos, especialmente para la movilidad y orientación de las personas con discapacidad. De hecho ya se está experimentando con prototipos diseñados para navegar autónomamente por espacios abiertos.

### **3.6. Prestaciones a las personas cuidadoras**

También hay prestaciones para las personas que ejercen el cuidado de las personas cuidadoras

- Programas de respiro
- Programas de información, orientación y asesoramiento
- Los grupos psicoeducativos
- Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua
- Las Asociaciones de Familiares de Personas en situación de dependencia
- Las ayudas económicas a las familias cuidadoras

Puesto que, como se ha comentado anteriormente, estos programas están especialmente dirigidos para la figura de la cuidadora principal, los cambios en la estructura de la familia, y la irrupción de nuevas figuras en el cuidado, provocarán la aparición de nuevos servicios y la adecuación de los ya existentes.

#### **4. LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA CAV**

En la Comunidad Autónoma Vasca, al igual que a nivel estatal, el desarrollo de los mecanismos de protección social se desarrollan en el siglo XX con el siguiente cronograma.

- 1902: creación del Instituto Nacional de Previsión.
- 1919: surge el Retiro Obrero Obligatorio.
- 1926: se pone en funcionamiento el Seguro de Maternidad.
- 1932: se crea el Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo.
- 1937: entra en funcionamiento el Subsidio Familiar.
- 1939: el Subsidio de Vejez e Invalidez sustituye al Retiro Obrero Obligatorio.
- 1942: aparece el Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- 1944: se consolida el mutualismo laboral, por superposición a los seguros existentes.
- 1961: entra en escena el Seguro Nacional de Desempleo.
- 1963: se promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social.
- 1978: la Constitución Española consolida formalmente los derechos sociales.

- 1982: aparecen las primeras leyes de Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas.
- 1996 se publica la Ley de Servicios Sociales de la CAV.

El sistema de protección social está fragmentado, con competencias repartidas entre los diferentes departamentos y niveles de la administración, con escasa o nula coordinación entre ellos. Las prestaciones del sistema de protección social que actualmente están disponibles, están gestionadas por organismos muy diferentes y de diferente titularidad, en muchos casos casi inconexos. Por ejemplo, las pensiones son gestionadas por la Tesorería General de la Seguridad Social, el subsidio de desempleo por el INEM, la valoración de la discapacidad por las comunidades autónomas o por las diputaciones y la información y asesoramiento por los ayuntamientos.

A diferencia del sistema sanitario o el sistema educativo, el sistema de Servicios Sociales no está articulado a nivel nacional. Las competencias transferidas a las diferentes autonomías, hacen que cada una de ellas haya desarrollado su propio modelo, y las diferencias sean sustanciales. En el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi, hay una fragmentación todavía mayor, al diferenciarse tres niveles: Comunidad Autónoma; Territorio Histórico (provincia) y municipio, con tres actores, Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos, con competencias diferentes entre ellos, que todavía hace que incluso en la misma comunidad haya importantes diferencias entre los servicios sociales que se ofertan en los municipios.

Si se realiza una comparación relacionando la red de servicios sociales con el número de habitantes, tanto por los recursos de infraestructura de centros, de recursos humanos contratados, de voluntarios por cada 100.000 habitantes, como por el gasto por habitante, en la Comunidad Autónoma Vasca Álava se sitúa en servicios sociales muy por encima de las disponibilidades de Gipuzkoa y Bizkaia, que ocupa el último lugar.

Las herramientas que se utilizan para determinar el grado de dependencia son consecuentes con la disgregación de los servicios sociales: no hay una herramienta común, y eso también genera desigualdades territoriales. Al menos en la CAV está prevista la unificación de la herramienta de valoración de la dependencia, que pasará a ser a partir del próximo año el RAI - RUG III en los tres territorios.

Tampoco hay un catálogo de prestaciones común, ni un sistema similar de acceso a las mismas, lo que junto a la organización fragmentada aumenta las desigualdades territoriales y provoca que en un lugar se provea un servicio directamente, en otro, la provisión de ese servicio la realice un proveedor privado y en otro se le conceda a la persona una prestación económica para que lo contrate por su cuenta.

Para intentar organizar la atención de las personas con discapacidad, con el fin de corregir en la medida de lo posible los problemas anteriores, se realizan planes específicos de actuación. El Plan Estratégico para atender la discapacidad en Gipuzkoa puede ser un ejemplo.



#### **4.1. GIPUZKOAKO EZGAITASUN PLAN ESTRATEGIKOA / PLAN ESTRATÉGICO DE LA DISCAPACIDAD EN GIPUZKOA**

La OMS, como resultado de un complicado conjunto de factores, diferencia tres niveles en la discapacidad:

1. Los problemas o “deficiencias” relacionados con funciones y estructuras corporales. Las intervenciones en este nivel –prevención, tratamiento y rehabilitación– corresponden al área sanitaria.
2. Las limitaciones o restricciones para las actividades de la vida diaria que producen las deficiencias. Estas limitaciones se pueden compensar, al menos parcialmente, mediante el uso de ayudas técnicas y servicios de apoyo personal.
3. Los factores ambientales del contexto en el que vive la persona –la vivienda, el lugar de trabajo o la escuela– y los servicios existentes en la comunidad, las actitudes e ideologías, la cultura, etc. Las actuaciones en este nivel corresponden a toda la sociedad. La sociedad puede dificultar la integración de las personas con discapacidad tanto por crear barreras como por no proporcionar los apoyos necesarios.

El Plan Estratégico de las Personas con Discapacidad de Gipuzkoa<sup>22</sup> se centra en medidas dirigidas al segundo y tercer nivel de la discapacidad; es decir, a compensar las limitaciones individuales a través de apoyos técnicos, personales y sociales, así como mejorar los entornos sociales, eliminando obstáculos y poniendo a disposición de las personas con discapacidad recursos y programas que faciliten su integración social.

El Plan se estructura en 8 áreas de intervención, cada una de las cuales plantea sus propias medidas.

- **Área de intervención primera: NORMALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE**
  1. Delimitar más claramente los objetivos, las funciones y la estructura de los servicios sociales de base y proceder a su regulación legal.
  2. Elaborar los instrumentos técnicos y diseñar los circuitos de comunicación precisos para desarrollar de forma homogénea y coherente las funciones asignadas a estos servicios, procurando la intervención del Gobierno Vasco con el fin de conseguir el mayor grado de homogeneidad a nivel de la Comunidad.

---

22. Gipuzkoako ezgaitasun Plan Estrategikoa - Plan Estratégico de la Discapacidad de Gipuzkoa. Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia. 2004.

- **Área de intervención segunda: APOYO A LA RED INFORMAL DE ATENCIÓN.**

1. Mejorar el conocimiento de la red de la atención informal a las personas con discapacidad en Gipuzkoa, tanto desde la perspectiva de la situación y necesidades de los cuidadores, como desde la perspectiva de las medidas adoptadas por las administraciones públicas y las entidades que trabajan con estas personas.
2. Recabar el apoyo y la colaboración de los responsables de los sistemas fiscal, laboral y sanitario, para paliar las repercusiones económicas de la dependencia y evitar que sus costes recaigan exclusivamente sobre los cuidadores, permitir que éstos puedan compatibilizar sus actividades laborales con la atención que exigen las personas a las que cuidan y proporcionarles la atención sanitaria y el apoyo psicológico que precisan.
3. Definir claramente el estatus de los cuidadores y sus relaciones con el ámbito del bienestar social y reforzar, ampliar y flexibilizar las medidas de apoyo puestas en marcha desde los servicios sociales.

- **Área de intervención tercera: RECURSOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE VIVEN EN SU MEDIO HABITUAL.**

1. Mejorar el engarce entre los centros de orientación y valoración y el resto del sistema de protección social, adecuando su posición a los requerimientos del modelo y mejorando su eficacia y su eficiencia.
2. Garantizar a las personas con discapacidad unos ingresos regulares que les permitan hacer frente a sus necesidades básicas.
3. Mejorar las condiciones materiales de las viviendas ocupadas por personas con discapacidad haciéndolas accesibles y más seguras y confortables.
4. Poner a disposición de las personas con discapacidad los instrumentos, recursos y sistemas técnicos precisos para aliviar, compensar o eliminar su situación de desventaja.
5. Coordinar las actuaciones de la Diputación Foral de Gipuzkoa y los Ayuntamientos con el objeto de ampliar el servicio de atención domiciliaria que se presta a las personas con discapacidad y mejorar su funcionamiento.
6. Ampliar la cobertura de atención de los servicios diurnos, incrementando sus plazas y aumentando sensiblemente el número de personas que se benefician de sus programas, procurando una distribución espacial homogénea de los recursos y potenciando el papel de los centros de día.
7. Garantizar los servicios de atención temprana pertinentes a todos los menores de tres años que los precisen, procurando la implicación de las áreas educativa y sanitaria.

8. Ampliación de los servicios de tutela.
  9. Ampliar el alcance de las actividades de ocio y tiempo libre, tomando también en consideración las necesidades de los cuidadores, procurando su incorporación a los planes individuales de atención, la flexibilización de los criterios de acceso y una utilización más intensiva de los recursos comunitarios.
  10. Establecer un programa específico de atención a las personas con discapacidades sobrevenidas durante los primeros años desde la aparición de la discapacidad.
- **Área de intervención cuarta: INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**
    1. Proceder a la valoración de los recursos puestos en marcha para lograr la integración laboral de las personas con discapacidad y establecer los mecanismos adecuados para mejorar su ajuste a las necesidades, deseos y posibilidades de cada una de estas personas.
    2. Ampliar la capacidad de los centros ocupacionales y reorientarlos en mayor medida hacia una de sus principales funciones que es la de ser un servicio puente dentro de los itinerarios de inserción laboral.
    3. Mantener la capacidad de los centros especiales de empleo, procurando que su intervención se centre en mayor medida en los sectores de personas con discapacidad con menores oportunidades de acceso al mercado ordinario.
    4. Mejorar la efectividad de las medidas adoptadas para promover la integración laboral de las personas con discapacidad en el mercado ordinario.
  - **Área de intervención quinta: INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**
    1. Adaptar los recursos del sistema de servicios sociales a la situación y las necesidades de las personas con discapacidad.
    2. Asumir un mayor protagonismo en la lucha contra la discriminación y en el refuerzo de la solidaridad y la cohesión social.
    3. Procurar el mayor grado de adaptación de los recursos comunitarios generales a las características y requerimientos de las personas con discapacidad.
    4. Conseguir una participación social mayor de las personas con discapacidad y aprovechar en mayor grado sus recursos potenciales.
    5. Conseguir una Sociedad de la Información verdaderamente inclusiva para todos, procurando que ninguna persona con discapacidad u otras necesidades especiales quede fuera de los beneficios que esta inclusión conlleva.

- **Área de intervención sexta: LOS SERVICIOS RESIDENCIALES**
  1. Ampliar la cobertura de los servicios residenciales e integrar los recursos disponibles en una red, bien vinculada a los servicios sociales de base, capaz de dar respuesta integral y coherente a las necesidades de todas las personas con discapacidad.
  
- **Área de intervención séptima: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**
  1. Mejorar los sistemas de información y comunicación en el ámbito de los servicios sociales que atienden a las personas con discapacidad.
  2. Fomentar la formación continuada y actualizada de los profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad.
  3. Fomentar la investigación y difusión de conocimientos sobre diferentes aspectos de la discapacidad.
  4. Potenciar la cultura de la inspección, de la evaluación y de la calidad de la atención de los servicios que atienden a las personas con discapacidad.
  
- **Área de intervención octava: GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.**
  1. Diseñar y poner en marcha un equipo que se responsabilice de la gestión del Plan y de la promoción de las actuaciones en él contenidas.
  2. Constituir formalmente la Comisión Interdepartamental de la Discapacidad en la Diputación Foral de Gipuzkoa.
  3. Implicar formalmente al Consejo de Discapacidad en el seguimiento y la evaluación del Plan.
  4. Presentar a las restantes administraciones públicas cuya actividad incide también en el bienestar social de las personas con discapacidad las partes del Plan que les conciernen para su estudio y debate, procurando la suscripción de compromisos concretos y el establecimiento o reforzamiento de mecanismos de coordinación y colaboración.
  5. Proceder al seguimiento y evaluación del Plan.

A estas 8 áreas de intervención, y sus correspondientes medidas, hay que sumar las 199 acciones que aparecen referidas a las medidas propuestas.

Este Plan Estratégico propone una atención personalizada, integral, continuada y de calidad, basada en la “gestión de casos” como contra-

posición a la tradicional gestión de recursos, y supone tres requisitos esenciales:

1. • Que cada caso tenga asignado un único profesional de referencia. Esta función recae en el trabajador social de base

...que es el responsable de valorar las necesidades, de determinar las prestaciones o las intervenciones que conviene articular para responder a aquéllas, de desarrollar las que le correspondan, de coordinar el conjunto de las actuaciones y de supervisar su aplicación, contando para todo ello, cuando lo precise, con el apoyo técnico y el asesoramiento de los especialistas.

2. • La valoración individual e integral de las necesidades de la persona afectada, responsabilidad que también recae en el trabajador social de base.

...en el ejercicio de esta función, debe ajustarse a las siguientes directrices:

- Tener en cuenta, e interpretar adecuadamente, la descripción que las personas afectadas y sus cuidadores hacen de sus necesidades sociales y de sus recursos y habilidades personales.
- Valorar la capacidad de los recursos comunitarios de todo tipo disponibles para ayudar en la resolución de los problemas que se presentan.
- Solicitar, cuando proceda, un diagnóstico especializado, que debe incorporarse al diagnóstico global de situación y servir de base, junto a los demás elementos de la valoración, para la elaboración del plan individual de atención.

3. • El plan individual de atención la atención personalizada e integral. También corresponde esta responsabilidad, como las anteriores, al trabajador social de base.

...que debe promover la participación en el plan, desde su diseño, de la persona afectada y de sus cuidadores, y solicitar, si fuera preciso, el asesoramiento especializado pertinente.

Sin embargo, frente a este tipo de actuaciones se plantean otros diametralmente opuestos, en los que el papel de las administraciones públicas sería muy diferente. El “Movimiento de Vida independiente”<sup>23</sup>. Surge como alternativa al tratamiento tradicional de la discapacidad, observada y atendida desde el paradigma de la “rehabilitación”, que define el problema de la

---

23. GARCÍA ALONSO, J.V. *El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives. Madrid: 2003.

“Nothing About US Without US” - “Nada para nosotros sin nosotros” Con este grito nace El “Movimiento de Vida independiente” en Berkeley en 1962 cuando Ed Roberts consiguió entrar en la Universidad de California.

discapacidad sobre la existencia de deficiencias que limitan la posibilidad de actuar y de participar, limitando desempeñar un rol activo en la sociedad.

Entre otras cosas, defiende que sean las propias personas con discapacidad quienes asuman la responsabilidad de los servicios que les afectan, incluso en las investigaciones sobre cuestiones relevantes que influyen sobre la concepción de la discapacidad o sobre los sistemas de provisión de servicios sociales. Este “principio de autodeterminación” que plantea supone un claro cambio en el enfoque tradicional sobre la discapacidad. La autodeterminación supone la asimilación del poder de control y de decisión por la propia persona.

Vida Independiente para las personas con discapacidad significa ser capaz de vivir de la forma que tú elijas, con la gente que tú elijas. Significa tener posibilidad de elegir quien te ayuda y las formas en que te ayudan. No se trata necesariamente de hacer cosas por ti mismo, se trata de tener control sobre tu día en el día a día<sup>24</sup>

Bajo este prisma el papel de las instituciones debería ser el de garantizar la universalidad de los derechos y velar por la calidad y la innovación de los recursos y servicios.

## BIBLIOGRAFÍA

- PIERPAOLO, D. *Manual de sociología de la salud*. Ediciones Días de Santos. Madrid: 1990.
- NOGALES, A. “La atención a los enfermos en el Camino de Santiago: su importancia para la enfermería medieval y de principios de la Edad Moderna”. En: *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, nº 8. Sevilla: 2001.
- FERNÁNDEZ, M.L.; CALLEJO, J.L.; ARIZAGA, B.; SANTO TOMÁS, M. “La red hospitalaria y asilar de Cantabria en la ruta de la costa del Camino de Santiago”. En: *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, nº 8. Sevilla: 2001.
- ROQUERO, M.R. *La beneficencia en San Sebastián*. Fundación Kutxa. Donostia: 2000.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. *Presentación de la versión en castellano de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud de la OMS*. Gizartekintza-Diputación Foral de Gipuzkoa. Jornada de Presentación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 13 de marzo de 2003. San Sebastián.
- CIF. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
- CASTILLO, T. *Aplicación de la CIF desde la perspectiva de los proveedores de servicios y de los usuarios*. Gizartekintza-Diputación Foral de Gipuzkoa. Jornada de Presentación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 13 de marzo de 2003. San Sebastián.

---

24. National Centre for Independent living. Centro Nacional de Vida Independiente del Reino Unido.

- PÉREZ - DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; ÁLVAREZ - MIRANDA, B.- *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*. Fundación Argentaria - Visor SA. Madrid: 1998; p. 91-121.
- HUELVES, E. "Visiones del Milenio. Manuel Castells. La solidaridad es más necesaria que nunca". *El País*. 19 de julio de 1998. Supl. Domingo. p: 6-7.
- ROQUERO, M.R. Ibid. 4.
- MARTÍNEZ, J.J.- "Historia médica de Irun. 1546-1936". *Boletín de Estudios del Bidasoa* Nº 8. Ed. Luis de Urantz Kultur Taldea. Irun: 1991.
- ARRANZ, N.; CARRASCO, F.; GARCIA, J.; et. al. *Apuntes de Estructura Económica II. Estructura económica de España*. Ed. Jacaryan. Madrid: 1995.
- GIMENO, J.A. *Los vértices del futuro estado de bienestar* VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid: 2004.
- PÉREZ BUENO, L.C. *La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad*. Colección CERMI nº 12. Ed. CERMI. Madrid: 2004.
- PÉREZ ZARAGOZA, P. "Un futuro mejor para las personas dependientes"; "Un seguro de dependencia para ampliar el Estado de Bienestar". En *El Diario Vasco* Expectativas. Suplemento de Economía, ahorro y empleo; pp. 1-2. Donostia: 20 de marzo de 2005.
- Tratado por el que se establece una Constitución para Europa*. Ed. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; Ministerio del Interior y Ministerio de la Presidencia. Madrid: 2004.
- DE LORENZO, R. "Discapacidad, exclusión social y ciudadanía". VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid: 2004.
- LIGHT, R. "La discapacidad y los derechos humanos: activismo social, justicia social y ciencia social". VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid: 2004.
- TRÖMEL, S. "Hacia una Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid: 2004.
- Gipuzkoako ezgaitasun Plan Estrategikoa - Plan Estratégico de la Discapacidad de Gipuzkoa*. Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia: 2004.
- GARCÍA ALONSO, J.V. *El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives. Madrid: 2003.