

# **CAPÍTULO IV**

## **RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.**

## INDICE

<b>1. Evolución de las políticas de atención a las personas con discapacidad en España .....</b>	<b>4</b>
1.1.- Aproximación al fenómeno de la discapacidad y sus causas en España. ....	4
1.2. El marco conceptual de la discapacidad.....	7
1.3. Aproximación a los modelos de actuación frente a la discapacidad y su entronque en el marco jurídico español.....	8
1.3.1. Rehabilitación .....	9
1.3.2. Igualdad de oportunidades.....	9
1.3.3. No discriminación .....	13
1.4. La gestión de la discapacidad por parte de las Administraciones Públicas Españolas.....	15
1.4.1. Los comienzos: el Servicio Social de Asistencia a Subnormales y el SEREM .....	15
1.4.2. El IMSERSO .....	15
1.4.3. Los órganos gestores de las Comunidades Autónomas.....	17
1.4.4. Estrategias de mediación y cooperación .....	18
<b>2. Prestaciones y Servicios Sociales, Sanitarios y de Seguridad Social para las personas menores de 65 años en situación de dependencia .....</b>	<b>22</b>
2.1. Principales colectivos.....	23
2.2. Descripción de los recursos existentes .....	23
2.2.1. Servicios y Centros .....	24
2.2.2. Prestaciones .....	31
2.2.3. Beneficios fiscales .....	36
2.2.4. Acción protectora del movimiento asociativo.....	38
2.3. Centros y Servicios para personas con discapacidad en el ámbito de los Servicios Sociales .....	40
2.3.1. La disponibilidad de información sobre Centros/Servicios para personas con discapacidad en el ámbito del Estado Español.....	41
2.3.2. Análisis cuantitativo de los Centros y Servicios para personas con discapacidad en los distintos ámbitos territoriales del Estado Español. ..	44
<b>3. Problemática específica de las personas con trastorno mental grave y de los menores de 6 años con limitaciones graves.....</b>	<b>55</b>
3.1. Personas con trastorno mental grave y prolongado.....	56
3.1.1. Delimitación del colectivo .....	56
3.1.2. Antecedentes históricos del tratamiento de la enfermedad mental. El concepto de salud mental de la OMS.....	58
3.1.3. El modelo de atención de la enfermedad mental en España tras la reforma legislativa de 1986. ....	59
3.1.4. Recursos destinados a la salud mental .....	60
3.1.5. Situación actual de la salud mental en España .....	64
3.1.6. Cuadros resumen de la situación y el modelo de atención comunitaria ..	75

3.1.7. El futuro Centro Estatal de Referencia para la atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave del IMSERSO.....	77
3.2. Niños con limitaciones graves. Atención temprana .....	79
3.2.1. Definición de la atención temprana.....	80
3.2.2. Objetivos de la atención temprana.....	80
3.2.3 Niveles de intervención.....	81
3.2.4. Ámbitos de actuación.....	82
3.2.5. La atención temprana desde los Servicios Sociales. ....	83
3.3. El enfoque sociosanitario de la atención a las personas con discapacidad en situación de dependencia.....	86
3.3.1. Consideraciones sobre la atención sociosanitaria .....	86
3.3.2. Síntesis del proceso seguido para la instauración de un modelo de atención sociosanitaria.....	87
<b>4.- Consideraciones finales .....</b>	<b>89</b>
4.1. Consideraciones de carácter general.....	89
4.2.- Consideraciones que garanticen los derechos de las personas con discapacidad en situación de dependencia.....	91
4.3. Consideraciones de apoyo a las familias.....	92
4.4. Consideraciones que garanticen una protección económica adecuada.....	93
4.5. Consideraciones sociosanitarias.....	94
4.6. Consideraciones que garanticen la participación efectiva de la sociedad civil ....	96
4.7. Consideraciones para Servicios y Centros .....	96
4.8. Consideraciones innovadoras .....	98
4.9. Consideraciones específicas para el colectivo de personas con trastorno mental grave .....	99
4.10. Consideraciones sobre primera infancia y dependencia.....	100
<b>5. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>102</b>
<b>6. Anexos.....</b>	<b>111</b>

# **1. Evolución de las políticas de atención a las personas con discapacidad en España**

En este apartado se pretende dar una visión general sobre los recursos sociales necesarios para la atención de las personas menores de 65 años en situación de dependencia, lo cual requiere, como paso previo:

- A referirnos al fenómeno de la discapacidad y sus causas
- A la previsión del incremento de las situaciones de dependencia, sus necesidades y demandas
- A la conceptualización del término “discapacidad”, hoy, como consecuencia de un proceso evolutivo de reformulación continua, que ha dado lugar a distintos enfoques hasta llegar a la definición actual de este término.
- A la reformalización de la forma de atender a las personas con discapacidad: enfoque de protección de los derechos humanos y de una atención sociosanitaria para ofrecer una atención integral a las personas con discapacidad.

## **1.1.- Aproximación al fenómeno de la discapacidad y sus causas en España.**

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES), en España, en torno al 9% de su población, 3.528.221 personas, presenta algún tipo de discapacidad; de todas ellas, el 41,26%, 1.455.569, tienen entre 6 y 64 años, y casi 50.000 son menores de 6 años que presentan algún tipo de limitación.

Las personas con discapacidad constituyen un colectivo heterogéneo, con distintas deficiencias y con grados diferentes de severidad en sus limitaciones, pero todos tienen en común que de manera puntual o de forma intensiva a lo largo de su vida demandan de la sociedad apoyos extraordinarios para vivir dignamente o para participar en igualdad de condiciones en la vida económica, social y cultural de su comunidad.

Las principales causas que generan discapacidad en España están bien identificadas, e igual conocimiento tenemos del volumen de nuevos casos que ocurren cada año; estos surgen principalmente en torno al embarazo/parto, a los accidentes y a las enfermedades crónicas.

En los primeros años de edad los dos grandes grupos de riesgo generadores de deficiencias infantiles son el riesgo perinatal (defectos y malformaciones congénitas, prematuridad y/o bajo peso y daño obstétrico en el momento del parto..) y el riesgo socioambiental (niños que viven en situaciones sociales o culturales muy desfavorecidas, niños con grandes carencias afectivas...).

A partir del primer año de edad, los accidentes son la principal causa de mortalidad y de incapacidad a lo largo de la infancia, de la adolescencia y de la juventud. Se estima que en torno al 10% del total de discapacidades se deben a un accidente; los accidentes más frecuentes son los domésticos en los menores de 4 años y los de ocio en los jóvenes de 15-24 años; en la juventud prevalecen los accidentes de tráfico y en etapas más adultas es la siniestralidad laboral la que más incapacidades genera.

En los años centrales de la vida, y más en concreto a partir de los 50 años de edad, las enfermedades crónicas que derivan en secuelas permanentes relevan a los accidentes como primera causa de incapacidad. Son, por este orden de prevalencia, las enfermedades osteoarticulares junto con los traumatismos, las

enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades digestivas y las enfermedades respiratorias las que, en conjunto, constituyen, con gran diferencia, la principal causa de discapacidad en España.

Esta prevalencia de las enfermedades crónicas y de accidentes, junto a los altos índices de supervivencia que se dan en España, explican no sólo el número importante de personas con discapacidad en nuestro país, sino también que ese número vaya en aumento, como por otra parte está ocurriendo en todos los países social y económicamente avanzados.

Es bien cierto que la sociedad española no considera a las personas con discapacidad como uno de sus principales problemas sociales. Su número, por ejemplo, es superior al de parados registrados y el coste de su atención es netamente superior pero, sin embargo, la percepción e impacto en la conciencia colectiva es claramente inferior. Seguramente se deba esta discrepancia a la fragmentación con que todavía se presenta el colectivo, como también al hecho de que sus demandas son muy variadas y no se concentran ni en el tiempo ni ante un único sistema proveedor de servicios.

No obstante en los últimos años están apareciendo algunos fenómenos asociados a la discapacidad, que hacen de ella un problema social emergente. Se trata de "cuestiones de Estado", como el elevado número de pensiones de incapacidad, el incremento en el número de personas en situación de dependencia o el desarrollo de la coordinación entre los servicios sociales y de salud que dé respuesta a la compleja situación de las enfermedades crónicas.

En definitiva, nos encontramos ante unas poblaciones con deficiencias en aumento, que nos plantean demandas mucho más complejas, lo que está obligando a un giro, lento todavía pero ya perceptible, en las prioridades básicas de nuestra Sociedad del Bienestar: desde una preocupación por limitar la enfermedad aguda y evitar muertes prematuras se está reorientando a una

mayor y mejor atención a la morbilidad crónica y a la discapacidad permanente, mucho más prevalentes en la actualidad.

## 1.2. El marco conceptual de la discapacidad

Conforme a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2001), **discapacidad** es el término genérico que engloba los siguientes componentes:

- **Deficiencia.** Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona; pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.
- **Limitaciones en la actividad.** Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades; estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar.
- **Restricciones en la participación.** Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable.

Además del concepto de discapacidad, la OMS contempla unos denominados **factores contextuales** que constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de una persona y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo

como miembro de la sociedad. Según la influencia que tengan sobre la capacidad se pueden clasificar en:

- **Facilitadores.** Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo...). Los factores facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.
- **Barreras/obstáculos.** Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.

### **1.3. Aproximación a los modelos de actuación frente a la discapacidad y su entronque en el marco jurídico español.**

Puede esquematizarse en tres grandes modelos las formas en las que la sociedad ha afrontado la problemática de la discapacidad:

- Rehabilitación
- Igualdad de oportunidades
- No discriminación



### **1.3.1. Rehabilitación**

El modelo que pone énfasis en la rehabilitación aparece históricamente después de la II Guerra Mundial; en sus inicios estuvo asociado a la acción protectora de los Estados respecto de los excombatientes heridos. Su objetivo es reparar o compensar mediante técnicas terapéuticas y/o aparatos las funciones dañadas, en la idea de que con esos apoyos la persona afectada se reintegrará en su Comunidad. Este modelo, predominante hasta la década de los setenta, se plasmó en nuestro país en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

### **1.3.2. Igualdad de oportunidades**

#### **1.3.2.1. Definición del modelo**

El modelo basado en la igualdad o equiparación de oportunidades, surge ante las insuficiencias que mostraba el modelo rehabilitador, incorporando elementos de la lucha por la igualdad llevada a cabo en los años sesenta en Estados Unidos.

Este modelo se centra en la demanda de apoyos complementarios, más allá de la rehabilitación, que garanticen la igualdad en el disfrute de los derechos por parte de todos los ciudadanos; estos apoyos son, en resumen, prestaciones económicas, prestaciones de servicios y, en los últimos tiempos y cada vez con más importancia, prestaciones y/o ayudas técnicas.

#### **1.3.2.2 Reflejo del modelo de igualdad de oportunidades en el ordenamiento jurídico español**

La promulgación de la Constitución Española de 1978 es el inicio de un cambio en el enfoque jurídico de la discapacidad en nuestro país centrado en el modelo de igualdad de oportunidades. En efecto, la Constitución Española reconoce en su artículo 14 que *"Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda*

*prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.*

Asimismo en su artículo 9.2, establece que *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.*

En congruencia con estos preceptos el artículo 49 de la Constitución, refiriéndose a las personas con discapacidad, ordena que *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos”* como a todos los ciudadanos.

Estos preceptos constitucionales se enmarcan con los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y de las Declaraciones subsiguientes sobre los Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971) y Derechos de las Personas Minusválidas (1975). A su vez en España la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) es coetánea del Programa de Acción Mundial para Personas con discapacidad (PAMPD) que aprobó Naciones Unidas en 1982 y en ambas iniciativas ocupa un lugar central la igualdad de oportunidades.

El ordenamiento jurídico emanado con la Constitución de 1978 en relación con las personas con discapacidad supone de hecho la consolidación del modelo de igualdad de oportunidades, alcanzando con la LISMI su punto álgido.

El desarrollo de los preceptos contenidos en la LISMI a lo largo de las últimas dos décadas coincide con un considerable incremento del gasto social, el proceso de traspaso de funciones y servicios en materia de servicios sociales a

los correspondientes Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas y la universalización de los principales derechos sociales.

Efectivamente, en estas dos décadas los derechos fundamentales para las personas con discapacidad como la Educación o la Seguridad Social han alcanzado importantes niveles de garantía; así gracias a la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 los servicios de apoyo educativo son exigibles. E igual ocurre con las pensiones y los subsidios de la Seguridad Social; no así con las ayudas individuales y las subvenciones a ONGs de personas con discapacidad y sus familias, que se consideran prestaciones de asistencia social. Y en el campo de la acción protectora de la Seguridad Social también hay que resaltar el desigual tratamiento de la protección económica de la incapacidad y de las prestaciones recuperadoras, permaneciendo este último derecho prácticamente inédito.

En Sanidad la universalización del derecho a la protección de la salud a través de la Ley General de Sanidad de 1986 garantizó el acceso de las personas con discapacidad a la rehabilitación, pero el posterior desarrollo reglamentario ha abierto grandes lagunas sobre el contenido y extensión de algunas prestaciones rehabilitadoras (salud mental, atención temprana...) y ha omitido todo lo referente a la prevención de deficiencias, uno de los derechos recogidos tanto en la LISMI como en la Ley General de Sanidad.

En Empleo, existen determinados derechos exigibles (reducciones y bonificaciones de cuotas a la Seguridad Social), otros supuestamente exigibles pero que no se cumplen (cuota de reserva del 2%) y determinadas prestaciones y servicios de formación profesional, intermediación laboral y fomento de empleo que tienen el carácter de discrecionales y que se condicionan a la disponibilidad de fondos presupuestarios, como las ayudas para la creación de Centros Especiales de Empleo.

Los Servicios Sociales, a diferencia de la Educación, la Sanidad o la Seguridad Social, carecen de una Ley General que regule las condiciones básicas de acceso a sus prestaciones. Es bien conocido que las Comunidades Autónomas han asumido, constitucional y estatutariamente, las competencias de este sistema proveedor. Todas han promulgado sendas leyes autonómicas de servicios sociales y en todas estas leyes aparecen citadas con relevancia las personas con discapacidad, a las que se les reconoce el derecho a los servicios sociales especializados.

La realidad, no obstante, es que el acceso a la mayoría de los servicios sociales no tiene el carácter de derecho subjetivo pleno. Aquellas primeras Leyes de Servicios Sociales tenían mucho de programáticas y no se cuidaron tanto de definir contenidos y destinatarios, por lo que el fundamento legal a estas prestaciones quedó muy diluido y ambiguo.

Por otra parte, en nuestra tradición administrativa corresponde a los Departamentos de Servicios Sociales, además de administrar su función propia, la promoción de políticas horizontales o transversales a favor de colectivos marginados o en riesgo de exclusión social, es decir, impulsar que en cada área funcional (Ministerio, Consejería, Concejalía...) se atiendan también las necesidades especiales del colectivo y cuidar luego que haya cierta coherencia entre las medidas de uno y otro departamento.

En resumen, y sin olvidar que la promulgación de la LIONDAU ha venido a complementar a la LISMI, hay que significar que esta última ha supuesto la promoción de grandes avances, aunque también ha habido incumplimientos e incluso claras desviaciones; en todo caso, nadie pone en duda que su impacto en la política social para las personas con discapacidad ha sido y sigue siendo un importante referente para el colectivo.

### **1.3.3. No discriminación**

#### **1.3.3.1 Definición del modelo**

Este modelo pone el énfasis no sólo en los apoyos complementarios sino, sobre todo, en las adaptaciones razonables de los factores ambientales limitantes de la plena participación de las personas con discapacidad y en la tipificación como sancionables de determinadas "conductas inapropiadas o inaceptables" por su carácter discriminatorio o excluyente.

Esta perspectiva es más "ambientalista" que las anteriores y emplea fundamentalmente dos estrategias de intervención: accesibilidad universal y lucha contra la discriminación.

La estrategia a favor de la accesibilidad se centró inicialmente en los entornos físicos (barreras arquitectónicas) para derivar progresivamente a productos y servicios no adaptados y por tanto no utilizables por todos.

La lucha contra la discriminación se fija, más que nada, en comportamientos y prácticas excluyentes, pero pronto encuentra que no sólo los comportamientos discriminan, sino que también discrimina un entorno no accesible, un producto no utilizable por todos o un servicio que no tiene en cuenta las especiales dificultades de ciertas personas. Se trata de discriminaciones indirectas pero muy efectivas. Así pues, tanto los entornos, productos y servicios como las normas, criterios y prácticas generan discriminación a la hora de disfrutar los derechos reconocidos a todos. No discriminación, accesibilidad y promoción de derechos se convierten en una misma estrategia.

#### **1.3.3.2 Reflejo del modelo de no discriminación en el ordenamiento jurídico español**

Este enfoque más compensado y que refuerza el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, se introduce en el Estado

español con la base jurídica del artículo 13 del Tratado de la Comunidad Europea, y de dos Directivas aprobadas en 2000, en particular la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación; esta directiva pretende luchar contra las discriminaciones basadas en la religión o convicciones, la discapacidad, la edad y la orientación sexual; sus directrices se incorporaron al ordenamiento jurídico español por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. La Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) es la plasmación más elaborada en nuestro país de este modelo.

La LIONDAU establece nuevas garantías para hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades y la no discriminación; estas garantías son de dos tipos: medidas de acción positiva y medidas contra la discriminación.

Las *medidas de acción positiva* tienen como objeto "prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica cultural y social". Son medidas de este tipo el trato más favorable y los apoyos complementarios, tales como prestaciones económicas, ayudas técnicas, servicios especializados y servicios de asistencia personal.

Las *medidas contra la discriminación* tienen como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorablemente que otra que no lo sea en una situación análoga o comparable. Las medidas contra la discriminación son: prohibición del acoso y demás tratos discriminatorios, exigencias de accesibilidad y no discriminación en el diseño de entornos, productos y servicios nuevos y obligación de realizar "ajustes razonables" en normas y entornos ya existentes.

En respuesta a estos planteamientos, la Administración del Estado consideró conveniente la elaboración de instrumentos de planificación que administrasen esa gradualidad en la puesta en marcha de la LIONDAU. A tal fin, y simultáneamente a su elaboración, se diseñaron dos planes, el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 y el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007. Ambos planes pretenden, en última instancia, implantar de forma progresiva las nuevas garantías del derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación que se establecen para las personas con discapacidad en el capítulo II de la LIONDAU.

## **1.4. La gestión de la discapacidad por parte de las Administraciones Públicas Españolas.**

### **1.4.1. Los comienzos: el Servicio Social de Asistencia a Subnormales y el SEREM**

La política para las personas con discapacidad surge en España en el marco de la Seguridad Social. En 1968 se crea el Servicio Social de Asistencia a Subnormales y en 1970 el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, que se fusionan en 1974 con el nombre de Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM). El SEREM fue la primera administración española especializada en el desarrollo de una política común para el conjunto de las personas con discapacidad, más allá de las acciones singularizadas por colectivos que se venían desarrollando por las asociaciones de afectados.

### **1.4.2. El IMSERSO**

El entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO) fue creado como Entidad Gestora de la Seguridad Social por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, para la gestión de los Servicios complementarios en las prestaciones de del Sistema de la Seguridad Social.

Desde su creación y hasta su transformación en 2004 como Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), uno de los colectivos a los que ha dirigido su atención ha sido el de las personas con discapacidad; así, y durante más de veinticinco años, el IMSERSO ha venido siendo el referente estatal para el desarrollo de políticas esenciales para el colectivo, entre las que destacan las siguientes:

- El seguimiento de la gestión de las prestaciones económicas derivadas de la LISMI.
- El seguimiento y control de la gestión de la PNC de Invalidez
- Los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social para personas con discapacidad.
- La propuesta de normativa básica, que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de baremos, a efectos de reconocimiento del grado de minusvalía.
- El establecimiento y gestión de centros de atención especializada para personas con discapacidad o de aquellos otros de referencia estatal a los que se les asigne objetivos especiales de investigación o experimentación.
- La propuesta, gestión y seguimiento de los Planes Acción para las personas con discapacidad, 1997-2002 y 2003-2007 y del I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012.
- Las relaciones con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional dirigidos a la población con discapacidad.



En paralelo durante estos años se realiza el proceso de traspaso de funciones y servicios encomendados al Instituto a las distintas Comunidades Autónomas; culminado a principios de 1998, en la actualidad la entidad sólo mantiene Direcciones Provinciales en las Ciudades de Ceuta y Melilla, cinco centros de recuperación de minusválidos físicos (CRMF), cinco centros de atención a minusválidos físicos (CAMF) y los centros de referencia de ámbito estatal.

Por último y en virtud del Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, se convierte en el actual referente para el desarrollo de las políticas de discapacidad en el Estado español.

### **1.4.3. Los órganos gestores de las Comunidades Autónomas**

Como se ha señalado, en 1998 culmina el proceso de traspaso de funciones y servicios encomendados al Instituto a las distintas Comunidades Autónomas. Las Comunidades Autónomas, constitucional y estatutariamente, asumen las competencias en materia de servicios sociales y, por ende, los gestionan a través de la correspondiente Consejería, Dirección General o Instituto.

Como se verá en el punto siguiente, existen Órganos de cooperación y coordinación interadministrativa, como es la Conferencia Sectorial de asuntos Sociales o las comisiones de seguimiento de los distintos Planes de Acción.

Se hace constar que la realidad política del Estado español demanda que las distintas Comunidades Autónomas participen en la elaboración de todas aquellas normas de carácter estatal en el ámbito de los servicios sociales, dado que su aplicación, desarrollo y gestión se realizará en el ámbito territorial de las mismas.

#### **1.4.4. Estrategias de mediación y cooperación**

Con el más absoluto respeto a la autonomía política de las distintas Administraciones, y con la firme convicción de que todos somos necesarios, se imprime el principio de coordinación y cooperación desde el que deben promoverse actuaciones y medidas de participación en marcos comunes y en propuestas compartidas entre las diferentes Administraciones Públicas.

Hacemos referencia aquí al desarrollo de estrategias de mediación y cooperación entre los múltiples agentes públicos que trabajan en este ámbito marcadamente institucional.

##### **1.4.4.1 La Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales**

Según la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo, la Administración General del Estado y la Administración de las Comunidades Autónomas pueden crear órganos para la cooperación bilateral o multilateral, de ámbito general o de ámbito sectorial, en aquellas materias en que exista interrelación competencial, y con funciones de coordinación o cooperación según los casos.

*Según el artículo 5 de esta Ley, "Los órganos de cooperación de composición multilateral y de ámbito sectorial que reúnen a miembros del Gobierno, en representación de la Administración General del Estado y a miembros de los Consejos de Gobierno, en representación de las Administraciones de las Comunidades Autónomas, se denominan Conferencias Sectoriales. El régimen de cada Conferencia Sectorial es el establecido en el correspondiente acuerdo de institucionalización y en su reglamento interno".*

La Convocatoria de la Conferencia se realizará por el Ministro o Ministros que tenga competencias sobre la materia que vaya a ser objeto de la Conferencia

Sectorial. En este sentido en el organigrama del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales viene funcionando la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales como órgano de cooperación en el desarrollo de las políticas sociales.

La Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales ha tenido un importante papel en la aprobación de los dos Planes de Acción para las personas con discapacidad, 1997-2002 y 2003-2007; estos Planes constituyen un marco que pretende servir de punto de encuentro de la política de la Administración General del Estado y la política Autonómica en su mismo afán de diseñar una estrategia única para el colectivo de personas con discapacidad, que basa su cobertura con la capacidad de decisión de cada Administración. Es en este marco donde se vienen desarrollando estrategias compartidas de cooperación como la equidad interterritorial, la cooperación intersectorial, la mediación internacional el fomento de la participación social y la solidaridad.

#### **1.4.4.2. La participación de las entidades sociales**

Difícilmente las Administraciones Públicas pueden afrontar con garantías de calidad y equidad la atención a las necesidades sociales planteadas por las personas con discapacidad sin contar con la implicación de la sociedad civil; son las propias asociaciones de los diferentes colectivos afectados, compartiendo con las entidades no lucrativas de lucha por la inclusión social, las que han dado un paso trascendental organizándose para ofrecer las prestaciones sociales básicas.

Las entidades sociales del tercer sector han añadido a la defensa de los intereses de los colectivos que representan la corresponsabilización en la puntuación de servicios, contribuyendo a una sociedad más encaminada socialmente y más activa y corresponsable en la resolución de los problemas que les afectan.

En este sentido el **Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI)** es la plataforma de representación, defensa y acción de los ciudadanos españoles con discapacidad que, conscientes de su situación de grupo social desfavorecido, deciden unirse a través de las Organizaciones en las que se agrupan, para avanzar en el reconocimiento de sus derechos y alcanzar la plena ciudadanía en igualdad de derechos y oportunidades con el resto de componentes de la sociedad.

El gran logro del CERMI ha sido el haber conseguido reunir en una plataforma representativa al sector de la discapacidad en España, avanzando sustancialmente en su cohesión y unidad interna. Este avance ha tenido como consecuencia la consolidación del CERMI como la entidad de referencia de la discapacidad en España, y el reconocimiento unánime de los poderes públicos y de la sociedad civil como interlocutor válido de los discapacitados.

Nació, por vía de hecho, en 1993, fruto del acuerdo de las seis principales organizaciones estatales de personas con discapacidad: COCEMFE, FEAPS, CNSE, FIAPAS, ASPACE y ONCE.

Más tarde, el 9 de enero de 1997, al amparo de la Ley de Asociaciones y demás legislación aplicable, el CERMI se convierte en Asociación de ámbito estatal, inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior.

Progresivamente en el CERMI se han incorporado otras ONGs representativas de del heterogéneo mundo de la discapacidad: FEAFES, PREDIF, FEISD, Autismo España, FESPAU, FEDACE y FEDER, así como otras entidades al servicio del colectivo como es el caso del Comité Paralímpico Español, la Confederación Española de Fundaciones, la Federación Empresarial Española de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo de Minusválidos y la Asociación Empresarial para Discapacitados (AEDIS)

Por último el CERMI ha arbitrado fórmulas para ir incorporando a su seno a las plataformas representativas autonómicas existentes por medio de los denominados CERMI's Autonómicos.

Por su parte el **Consejo Nacional de la Discapacidad** es el órgano colegiado interministerial, de carácter consultivo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el que se institucionaliza la colaboración del movimiento asociativo de las personas con discapacidad y sus familias y la Administración General del Estado para la definición y coordinación de una política coherente de atención integral.

En particular, corresponde a este Consejo la promoción de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad.

Así lo define el Real Decreto 1865/2004, de 6 de septiembre, por el que se regula y actualiza el Consejo Nacional de la Discapacidad, que había sido creado como Consejo Estatal de las personas con discapacidad en 1999 por Orden Ministerial.

Para el cumplimiento de los fines señalados en la definición anterior, el Consejo desarrolla, entre otras, las siguientes funciones:

- Promover los principios y líneas básicas de política integral para las personas con discapacidad en el ámbito de la Administración General del Estado, incorporando el principio de transversalidad.
- Presentar iniciativas y formular recomendaciones en relación con planes o programas de actuación.
- Emitir dictámenes e informes, de carácter preceptivo y no vinculante sobre aquellos proyectos normativos y otras iniciativas relacionadas con el objeto del Consejo que se someten a su consideración y, en especial,

en el desarrollo de la normativa de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

- Impulsar actividades de investigación, formación, innovación, ética y calidad en el ámbito de la discapacidad

El Consejo Nacional de la Discapacidad está presidido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y entre otros vocales destacan los 15 en representación de las Asociaciones más representativas de los diferentes tipos de discapacidad.

Con la regulación del Consejo Nacional de la Discapacidad se da un impulso al principio de diálogo civil, en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan en la elaboración y ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.

## **2. Prestaciones y Servicios Sociales, Sanitarios y de Seguridad Social para las personas menores de 65 años en situación de dependencia**

El presente bloque de información pivota en torno a dos grandes apartados:

1. De una parte, y como ya se ha expuesto con anterioridad, partiendo de que la atención integral a las personas menores de 65 años en situación de dependencia precisa de apoyos sociales y sanitarios, se hará referencia aquí a todos aquellos recursos con los que cuentan los sistemas de servicios sociales, sanitarios y de seguridad social para atender adecuadamente a estas personas.

2. Por otra parte se procederá al estudio de la información recabada por el IMSERSO a los distintos Órganos Gestores de las Comunidades y Ciudades Autónomas, Diputaciones Forales vascas, así como al Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI), sobre centros y servicios para personas con discapacidad en el ámbito de los servicios sociales.

## **2.1. Principales colectivos**

La persona en situación de dependencia es aquella que a consecuencia de las graves deficiencias que padece, precisa de los cuidados permanentes de otra u otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria.

Se trata de personas de todas las edades, si bien el incremento de estas situaciones se acelera a partir de los 50 años. Entre el colectivo de menores de 65 años, destacan, entre otros, los grupos de niños con trastornos graves de desarrollo, jóvenes y adultos con secuelas graves de accidentes, personas con deficiencias intelectuales severas y profundas, sujetos afectados de graves y generalizadas lesiones neurológicas, enfermos mentales con graves deterioros y, en general, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

## **2.2. Descripción de los recursos existentes**

Actualmente los sistemas de servicios sociales, de salud y de seguridad social disponen de recursos técnicos que dan respuesta social y/o sanitaria al colectivo de personas con discapacidad menores de 65 años en situación de dependencia; además en el ámbito de los servicios sociales y de la seguridad social existen también recursos económicos destinados a cubrir determinadas necesidades y contingencias como veremos más adelante.

Con independencia de quien sea el Órgano Gestor de la Administración Pública competente y, en especial, de la Comunidad Autónoma, de la Administración Local o de la Administración de la Seguridad Social, estos recursos pueden agruparse en dos grandes categorías, la de servicios y centros y la de prestaciones, complementadas tanto por el paquete de medidas de naturaleza fiscal que tienen como finalidad coadyuvar a aminorar las cargas de la dependencia, como los servicios y programas prestados por el movimiento asociativo de personas con discapacidad.

### **2.2.1. Servicios y Centros**

Bajo este epígrafe están comprendidos, *grosso modo*, los siguientes:

- Servicios de atención primaria
- Servicios de atención domiciliaria
- Servicios y/o centros de atención diurna
- Centros residenciales
- Centros de especialidades y de referencia

#### **2.2.1.1. Servicios de atención primaria**

Estos servicios se ofrecen y prestan en:

**Centros de Salud y Consultorios:** Son centros donde se desarrolla la atención primaria de salud prestando, fundamentalmente, servicios de medicina general, pediatría y enfermería. Dependiendo de los Centros de salud existen *Unidades de Apoyo a la Atención Primaria* en los ámbitos de salud materno-infantil, salud mental y rehabilitadora.

**Centros de Servicios Sociales:** Son equipamientos de carácter comunitario que dan soporte a las prestaciones básicas, cuya función es la atención a la problemática social tanto en un nivel individual y familiar como de desarrollo comunitario.



Entre los servicios básicos que prestan se destacan los de información y orientación, los de apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio, los de prevención e inserción social o los de fomento de la solidaridad y la cooperación social.

**Centros de Atención a personas con discapacidad:** Son centros de carácter ambulatorio en los que se prestan servicios de información, valoración, evaluación, diagnóstico, orientación, tratamientos de rehabilitación y recuperación profesional a las personas afectadas por cualquier tipo de discapacidad.

#### **2.2.1.2. Servicios de atención domiciliaria**

Se distinguen los siguientes:

**Asistencia sanitaria en el domicilio:** Es un servicio dirigido a toda la población que, desde los centros sanitarios de atención primaria, presta los cuidados de salud integrales y en su domicilio a las personas con necesidades sanitarias y a sus familias, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad o la discapacidad.

En algunas Comunidades se han formado unos denominados *equipos de apoyo de atención domiciliaria*, unas veces dependiendo de Atención Primaria y otras de diferentes entidades, pero en íntima relación con la Atención Primaria de Salud; estos equipos dan soporte en casos asistenciales complejos, sirviendo con frecuencia de enlace preferente con los recursos hospitalarios.

Dentro de este apartado debe contemplarse el servicio de *Rehabilitación de mantenimiento*, servicio que comprende un conjunto de actuaciones profesionales y no profesionales tendentes, por una parte, a evitar el deterioro

funcional de la persona y, por otra, a mejorar su autonomía personal, mediante el entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

**Hospitalización a domicilio:** Es un recurso que presta atención en el domicilio, desde el hospital de referencia, a determinados usuarios que requieren un cuidado sanitario que, de no existir, precisarían de una estancia hospitalaria, durante un tiempo limitado y siempre bajo la supervisión y el apoyo de profesionales sanitarios; esta modalidad de atención produce una menor distorsión en la vida del paciente y en la de su familia o cuidadores, proporcionando una atención más cercana.

**Apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio:** Es un servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural.

La limitación en la prestación de estos servicios está condicionada tanto por las necesidades a las que da respuesta como por el marco competencial de los propios servicios sociales

**Teleasistencia:** Es un servicio para la atención telefónica ininterrumpida, con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, que permite a las personas con discapacidad, que viven solas y/o con graves problemas de movilidad, mantener una comunicación inmediata con un centro de atención que presta la respuesta adecuada. De esta manera este servicio ofrece seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo, propicia además la permanencia en el domicilio, evitando la innecesaria institucionalización.

### **2.2.1.3. Servicios y/o Centros de atención diurna**

Están constituidos por centros generales y/o específicos que ofrecen una atención integral durante el día a aquellas personas que por sus discapacidades y con la finalidad de permanecer en su entorno habitual, precisan mejorar o mantener su nivel de autonomía; estos centros proporcionan al mismo tiempo un apoyo al cuidador principal; estos centros se caracterizan además por ser una estructura funcional compensatoria del hogar y una alternativa al ingreso de la persona con discapacidad en un centro residencial.

Los centros de atención diurna más significativos son el Hospital de Día el Centro de Día, el Centro Ocupacional y los Centros y Servicios de rehabilitación.

**Hospital de Día:** Centro exclusivamente sanitario con la funcionalidad de dar un tratamiento puntual, limitado en el tiempo, a un paciente que necesita de unos cuidados y/o supervisión con frecuencia menor a la que se presta en una unidad de internamiento hospitalario, evitando de esta manera una estancia hospitalaria de 24 horas; también suelen ser empleados como recursos de evaluación y diagnóstico.

**Centro de Día:** Se define este recurso como un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual.

Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas usuarias del centro y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Significar la existencia de unidades de *estancias diurnas* en centros residenciales que ofrecen diversos servicios de atención social, de atención a la salud psicofísica y de socialización y participación.

**Centro ocupacional:** Este tipo de centro tiene como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad y enfermos mentales cuya acusada discapacidad temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo. La importancia de este tipo de centros estriba en el destacado papel que juegan en la normalización de determinadas personas con discapacidad física o intelectual así como en enfermos mentales.

**Centros y servicios de rehabilitación:** Constituyen un conjunto muy variado de recursos, tanto dentro del Sistema Nacional de Salud (rehabilitación hospitalaria, centros de salud mental, etc.), como en el ámbito de los servicios sociales (rehabilitación profesional en el sector de las Mutuas Patronales y en el sector de las entidades sin fin de lucro, atención precoz, rehabilitación logopédica, etc.)

**Centros y servicios de respiro familiar:** Destinados a prestar servicios de atención integral por un período limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar, con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempo libre y descanso.

#### **2.2.1.4. Centros Residenciales**

Existen de diversa tipología por su naturaleza y finalidad:

**Unidad de media estancia:** También denominada *Unidad de Convalecencia y/o de Rehabilitación*, forma parte de un modelo asistencial destinado a la mejora funcional, a la prevención del deterioro o de la discapacidad y a la recuperación de los procesos derivados de una enfermedad reciente.

Estas unidades pueden estar ubicadas en hospitales de agudos o fuera de ellos y pueden dar respuesta a gran parte de las demandas que se generan en los hospitales de agudos para la provisión de cuidados continuados.

**Unidad de larga estancia hospitalaria:** Son unidades específicas de internamiento con cuidados sanitarios en donde las previsiones de alta se alargan en el tiempo, aunque limitado.

**Centros residenciales:** Son centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio.

Entre los centros residenciales para personas con discapacidad gravemente afectadas cabría significar en particular los *Centros de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF)* y los *Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP)*, así como los *centros psiquiátricos*.

Los centros residenciales ofrecen con frecuencia programas de *estancia temporal*, que consisten en la permanencia de la persona en el centro durante un período de tiempo limitado en atención a circunstancias excepcionales del cuidador principal o del propio usuario.

**Otros alojamientos alternativos:** La prestación de alojamiento alternativo puede definirse como el conjunto de actuaciones que se realizan desde el ámbito de los servicios sociales para conseguir que una persona en situación de necesidad cuente con un marco estable para el desarrollo de la convivencia.

Presentados bajo la denominación de mini-residencias, viviendas tuteladas, viviendas protegidas o casas hogar, cumplen con la finalidad de contribuir a mantener las capacidades funcionales del usuario, proporcionando un apoyo

social básico; los servicios fundamentales que ofrecen son los de alojamiento, relación y convivencia.

**Centros de recuperación profesional:** Son establecimientos que disponen de un conjunto idóneo de instalaciones y de profesionales para facilitar la integración sociolaboral de las personas con discapacidad.

#### **2.2.1.5. Centros de Especialidades y de Referencia**

Son centros que cumplen una doble misión. Por un lado son centros de atención directa a personas con un tipo específico de problemática; por otro son centros de referencia estatal para la promoción y apoyo técnico a otros recursos del sector.

En tanto que centros de referencia estatal dedicados a promocionar recursos (servicios, equipamientos, métodos y técnicas de información, etc.) suelen desarrollar servicios de información y documentación, de investigación, de formación de especialistas, de consultoría y asistencia técnica.

A modo de ejemplo en la actualidad existen centros de referencia estatal como el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) en Madrid, para personas con discapacidad de edad avanzada (Pozoblanco), para lesionados medulares (Barcelona, Toledo) o para personas con trastornos múltiples (Guadalajara). Significar igualmente al Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), destinado a potenciar la investigación y aplicación de las modernas técnicas que repercuten en todos los aspectos de la rehabilitación, y a la difusión de las innovaciones tecnológicas, que pueden aplicarse para facilitar la mejora de los niveles de autonomía de las personas mayores y con discapacidad.

Asimismo desde el IMSERSO se está impulsando en la actualidad una red de centros estatales de referencia para la atención de enfermedades generadoras de discapacidad o dependencia, como el de atención sociosanitaria a personas con enfermedades raras (Burgos) o de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental grave (Valencia).

## **2.2.2. Prestaciones**

Este apartado engloba dos categorías: prestaciones económicas y prestaciones técnicas

### **2.2.2.1 Prestaciones económicas**

En los sistemas de Servicios Sociales y de Seguridad Social españoles, a diferencia del Sistema Nacional de Salud, se dispone de un conjunto de prestaciones económicas, pensiones contributivas y no contributivas y otras prestaciones económicas dirigidas a personas con discapacidad menores de 65 años gravemente afectadas y sus familias, así como de subvenciones destinadas al mantenimiento de ONGs y entidades que participan en la atención de este colectivo.

En las páginas siguientes se presentan de forma somera aquellas prestaciones y ayudas más importantes que de una forma u otra dan cobertura a las situaciones de dependencia en las que pueden incurrir personas menores de 65 años y sus familias.

Significar que no se han analizado, aunque se apuntan aquí, algunas prestaciones que por su carácter residual (Pensiones Asistenciales), por lo insignificante de su cuantía (Gran Invalidez del Seguro Escolar) o por su especificidad (ayudas individuales para rehabilitación, de asistencia especializada o para apoyo a familias convocadas por las distintas CC.AA.), ponen de manifiesto su exigua importancia protectora.

### *La Pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de Gran Invalidez*

La Seguridad Social española reconoce el grado de Gran Invalidez a aquel trabajador/a afectado/a de incapacidad permanente que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, como vestirse, desplazarse, comer y análogos.

Los requisitos para la concesión de esta prestación son los mismos que se exigen para la incapacidad permanente absoluta; como haber cubierto un período mínimo de cotización, variable según la edad del trabajador/a, y de la contingencia de la que derive, a saber, enfermedad común o profesional o accidente, sea laboral o no.

La prestación consiste en una pensión, cuya cuantía es igual al 100 por 100 de la base reguladora, incrementado en un 50 por 100 destinado a la persona que atiende al gran inválido. Este incremento puede sustituirse, a petición del gran inválido o de sus representantes legales, por su alojamiento y cuidado, en régimen de internado, en una institución asistencial pública de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos.

La percepción de esta pensión no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del beneficiario y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión. En este sentido si se realizan trabajos susceptibles de inclusión en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, existe la obligación de cursar la correspondiente alta y cotizar, debiendo comunicar el pensionista a la Entidad Gestora el inicio de la actividad, ya sea por cuenta ajena o propia.

La cuantía mínima de este tipo de pensión en 2004 asciende a 727,34 €/mes si el beneficiario tiene cónyuge a cargo y de 617,34 €/mes, en caso contrario; la



cuantía máxima de la pensión es de 2.089,10 €/mes, abonable en 14 pagas al año.

Señalar por último que el número de pensionistas de Incapacidad Permanente en su grado de Gran Invalidez de todos los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social, en vigor a 31 de diciembre de 2003, ascendía a 27.184.

#### *El Complemento por Ayuda de Tercera Persona de la Pensión no Contributiva de Invalidez*

La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva; en el supuesto de que el pensionista de PNC de invalidez cuyo grado de minusvalía/discapacidad sea igual o superior al 75% y acredite la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, percibirá además un complemento del 50% del importe genérico establecido para la PNC invalidez.

Los requisitos para la concesión de esta prestación son los mismos que se exigen para la PNC de Invalidez; así, además de carecer la unidad económica de convivencia del pensionista de rentas o ingresos suficientes conforme a los límites establecidos anualmente, ser mayor de 18 y menor de 65 años y acreditar un mínimo de residencia de cinco años en territorio español, son alguno de los requisitos básicos para tener derecho a este complemento.

Para 2004 la cuantía genérica de la PNC de Invalidez, incluyendo el complemento por ayuda de tercera persona, asciende a 5.802,30 €/año abonables en 14 pagas, 414,45 €/mes.

Por último indicar que el número de pensionistas de PNC de Invalidez con complemento por ayuda de tercera persona en de diciembre de 2003 era de 30.670.

*Asignación por Hijo a Cargo Minusválido mayor de 18 años que precisa el concurso de tercera persona*

Dentro de las Prestaciones Económicas por hijo o menor acogido a cargo se contemplan aquellas a favor de las personas que tienen a su cargo hijos con 18 o más años, que requieren el cuidado de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida.

Los causantes de las asignaciones son los hijos minusválidos que reúnan, entre otros requisitos, convivir con el beneficiario y a sus expensas, superar la edad de 18 años y acreditar un grado de minusvalía igual o superior al 75%.

Su cuantía para 2004 asciende a 4.825,68 €/año abonables en 12 pagas, 402,14 €/mes; el número total de beneficiarios del Sistema de esta prestación en diciembre de 2003 era de 53.442.

*Subsidio por Ayuda de Tercera Persona (SATP)*

Este subsidio previsto por la LISMI y suprimido por la Disposición Transitoria Undécima del Real Decreto Legislativo 1/1994, estaba destinado a aquellas personas que, careciendo de recursos económicos personales y con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento, precisaban de la ayuda de otra persona para la realización de los actos ordinarios de la vida.

Su cuantía, sin actualizar desde 1991, asciende a 818,30 €/año abonables en 14 pagas, 58,45 €/mes; el número de beneficiarios de SATP que mantenían su percibo en diciembre de 2003 se situaba en 7.987.

## *Ayudas a ONGs*

En este bloque se incluyen las *Subvenciones del Régimen General* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y de las convocatorias análogas de las CC.AA., que tiene como finalidad la promoción y apoyo del movimiento asociativo y facilitar la ejecución de actividades y programas para la integración social de las personas con discapacidad.

Dentro de las Subvenciones del Régimen General se incluye el *Programa de Turismo y Termalismo para personas con discapacidad*, con el fin de que las entidades de atención a estas personas puedan desarrollar actividades de ocio y promoción de la salud, mediante la ejecución de viajes para vacaciones y tratamientos termales. El programa contempla como objetivo que las personas con discapacidad intelectual, física o sensorial puedan disfrutar de los bienes de ocio y de salud en un entorno adaptado, además de favorecer el descanso de familiares y cuidadores.

Por su parte las *Subvenciones con cargo al 0,52% del IRPF* dirigidas, entre otras, a entidades que atienden a personas con discapacidad, dan apoyo financiero a acciones relacionadas con la atención personal, apoyo a familiares, atención diurna, centros residenciales y fomento del voluntariado.

## *Cofinanciación de Planes y Programas con Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.*

Se firman anualmente por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las correspondientes Consejerías de las CC.AA. convenios de colaboración para la cofinanciación de planes y programas de servicios sociales. Entre las prioridades destacan: Red Básica de servicios sociales; municipales y de equipamientos complementarios; plazas residenciales para mayores y discapacitados dependientes; plazas de atención diurna; servicios de apoyo a familias; y unidades de convivencia.

### **2.2.2.2. Prestaciones técnicas**

Se incluyen en este apartado recursos destinados a la accesibilidad y nuevas tecnologías.

*Prestaciones ortoprotésicas y ayudas técnicas:* En este epígrafe se hace referencia a cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para apoyar la rehabilitación de una persona enferma o con discapacidad. Tienen especial importancia para las personas con discapacidad gravemente afectadas las ayudas técnicas para el cuidado personal, para la comunicación, para la movilidad, para las tareas domésticas, órtesis y prótesis y las ayudas para la rehabilitación.

*Ayudas para adaptaciones del hogar:* Se trata de un conjunto de actuaciones dirigidas a adecuar los entornos a las necesidades específicas de personas enfermas o con discapacidad; suelen consistir en actuaciones arquitectónicas, equipamientos y tecnologías especiales.

*Ayudas para la realización de proyectos de I+D+i:* Los programas de prestaciones técnicas tanto del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales como de las Comunidades Autónomas, tienen por objeto poner en práctica una serie de actuaciones que persigan la búsqueda de soluciones que favorezcan la normalización de la vida de las personas con discapacidad y que se concretan en actuaciones dirigidas a la promoción de la accesibilidad arquitectónica, urbanística y a los medios de transporte, en la comunicación y en la investigación de nuevas tecnologías.

### **2.2.3. Beneficios fiscales**

El Estado y las Comunidades Autónomas disponen de un importante bloque de medidas de naturaleza fiscal que tienen como finalidad coadyuvar a aminorar las

cargas de la dependencia, bien en favor de la propia persona en situación de dependencia, bien en el de sus cuidadores. La forma habitual en la que se presentan es a través de deducciones familiares y a las personas dependientes, ya sea por gastos de enfermedad u otros relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y otros impuestos.

Centrándonos en el IRPF, señalar que en él se detallan una serie de *rentas exentas* de imposición, entre otras, las siguientes prestaciones:

- Incapacidad permanente, absoluta o de gran invalidez, de la Seguridad Social así como las Pensiones no Contributivas.
- Las pensiones de inutilidad o de retiro de los funcionarios, cuando la incapacidad imposibilita para la realización de toda profesión u oficio.
- Las prestaciones públicas por actos de terrorismo
- Las pensiones de orfandad por incapacidad absoluta
- Las asignaciones económicas por hijo a cargo minusválido.
- Subsidios de la LISMI.
- Pensiones Asistenciales.

La legislación del IRPF prevé una serie de *reducciones del rendimiento del trabajo y de las actividades* en virtud de la cuantía de los mismos, y del grado de discapacidad del perceptor.

Del mismo modo contempla que el *mínimo personal y familiar* aplicable dependa de las características personales del declarante y de los familiares a su cargo, incrementándose conforme a la acreditación, tanto por parte del declarante como de sus ascendientes o descendientes, de un grado de minusvalía igual o superior al 33% o al 65%.

Dentro de las deducciones a la cuota íntegra del IRPF, las *deducciones por vivienda habitual* contemplan los gastos que el contribuyente realice en obras de adecuación de la vivienda a favor de sus necesidades, incluyendo las efectuadas

en aquellos elementos comunes del edificio que faciliten la accesibilidad al mismo.

Igualmente en las *aportaciones a planes y fondos de pensiones o a Mutualidades de Previsión Social*, la concurrencia de discapacidad tiene su incidencia en la cuantía de las aportaciones que puede efectuar la persona con discapacidad o las que lo hagan en su favor, siempre que acredite un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

Finalizar haciendo mención de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de *protección patrimonial de las personas con discapacidad*, Ley que ha supuesto la introducción de algunas mejoras en la tributación de las aportaciones que se efectúen a favor del patrimonio de una persona con discapacidad, tanto de personas que tengan con esta una relación de parentesco o estuvieran a su cargo, como de empresas en favor de trabajadores con discapacidad.

#### **2.2.4. Acción protectora del movimiento asociativo**

La comunidad de intereses que representan las asociaciones, federaciones y confederaciones del movimiento asociativo de personas con discapacidad, ha facilitado la prestación por las mismas de una serie de servicios, programas y acciones tendentes a mejorar las condiciones y la calidad de vida en las que se encuentran sus asociados o el colectivo al que atienden.

La importante cartera de servicios prestada y gestionada por el movimiento asociativo español de personas con discapacidad supone la complementación de la atención prestada por las distintas Administraciones Públicas.

No obstante la financiación de parte de los servicios y programas ofertados por las ONGs del ámbito de la discapacidad, cuentan con la financiación de las distintas Administraciones Públicas por medio, habitualmente, de la figura de la

subvención; igualmente la iniciativa social de carácter privada atiende la financiación de determinados programas.

Centrándonos al ámbito de la Administración del Estado, la convocatoria de Subvenciones sometidas al Régimen General del MTAS, contempla la financiación de programas promovidos por entidades de ámbito estatal para el mantenimiento, el funcionamiento y el desarrollo de actividades habituales, para la promoción personal e integración social y para la inversión en obras y equipamientos.

Asimismo el MTAS convoca anualmente la concesión de subvenciones a Entidades y ONGs para la financiación de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del IRPF; la convocatoria atiende, entre otros programas, los de atención personal y vida autónoma, los de promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de atención diurna y los de apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad.

Las mas de 2.000 asociaciones existentes en el Estado español, agrupadas la mayoría de ellas en torno a Federaciones y Confederaciones, abarcan el múltiple espectro de la discapacidad; de esta forma la cartera de servicios sociales, educativos, formativos, laborales o residenciales ofrecidos al heterogéneo colectivo de personas con discapacidad y sus familias por COCEMFE, FEAPS, CNSE, FIAPAS, ASPACE, ONCE, FEALES, PREDIF, FEISD, AUTISMO ESPAÑA, FESPAU, FEDACE , FEDER... destaca por su variedad, si bien podríamos englobarla en dos: centros y servicios y programas.

Entre los centros y servicios cabrían destacar, entre otros, los siguientes:

- Información y asesoramiento
- Atención temprana
- Rehabilitación

- Educación
- Atención domiciliaria
- Atención diurna
- Centros ocupacionales
- Atención residencial
- Empleo (Centros Especiales de Empleo, Servicios de Integración u Orientación Laboral...)
- Ocio y tiempo libre

La tipología programas igualmente es variada, entre ellos:

- Familias
- Autogestores
- Vacaciones
- Deventaja social
- Campañas de sensibilización
- Formación de profesionales y del voluntariado.

### **2.3. Centros y Servicios para personas con discapacidad en el ámbito de los Servicios Sociales**

Si en el apartado anterior se ha estructurado y detallado conceptualmente los distintos *Servicios y Centros* de carácter social y sanitario con los que cuenta el colectivo de personas menores de 65 años en situación de dependencia, en el presente se va a realizar un análisis cuantitativo de los correspondientes al área de los servicios sociales en el conjunto del Estado español.

Con la finalidad de realizar este análisis cuantitativo de los centros y servicios para personas con discapacidad en los distintos ámbitos territoriales del Estado español, el IMSERSO ha contado para la recogida de datos e informaciones al respecto, con la inestimable colaboración de los distintos Órganos Gestores de



las Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales vascas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, así como del CERMI a través de sus CERMIs Autonómicos.

### **2.3.1. La disponibilidad de información sobre Centros/Servicios para personas con discapacidad en el ámbito del Estado Español.**

#### **2.3.1.1. Marco de situación**

Tanto por los responsables de la gestión del IMSERSO, como de los Órganos Gestores de la Administración Autonómica, son conocidas las carencias existentes para la disponibilidad de información estandarizada, detallada y actualizada sobre la variada tipología de centros y/o servicios para personas con discapacidad existente en los distintos ámbitos territoriales del Estado español que permitan disponer, al menos, de una contabilización del número de centros por tipología, número de plazas y usuarios y su coste.

El IMSERSO, consciente de estas carencias, ha intentado superarlas mediante distintas iniciativas, si bien los resultados finales alcanzados hasta el momento apenas pueden calificarse de modestos.

En el momento actual los datos de los que se dispone se limitan a simples listados de centros insuficientemente estructurados, procedentes en su mayoría de espacios web de las distintas Administraciones Públicas y del movimiento asociativo de personas con discapacidad, de Guías de Recursos o de Informes Anuales de Gestión y Memorias, adoleciendo todas ellos de los mecanismos necesarios que garanticen su oportuna actualización.

Por otra parte estos meros listados ponen de manifiesto una serie de carencias, entre las que cabría reseñar las siguientes:

- La falta de un marco conceptual común.

- La falta de consenso en la terminología empleada y la metodología aplicada.
- No permiten la comparación de la provisión de servicios por áreas geográficas definidas.
- No permiten a los responsables de la gestión su planificación.
- Impiden la contabilización del coste y, en definitiva, la evaluación de los servicios prestados.

### **2.3.1.2. Iniciativas emprendidas**

Como se ha señalado, esta situación, a lo largo del período 2000-2004, ha sido afrontada por el IMSERSO por medio de dos estrategias concretas:

- La establecida en el seno del Grupo del Observatorio de la Discapacidad.
- La que presumiblemente pueda alcanzarse con la aplicación de la Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas con Discapacidad en España (Proyecto DESDE).

El *Grupo del Observatorio de la Discapacidad*, constituido como uno de los cinco grupos de trabajo de la Comisión de Seguimiento del Plan de Acción para las personas con discapacidad, afrontó en 2000 la necesidad de disponer de información sobre la variada tipología de centros y servicios de atención para personas con discapacidad en el ámbito de los servicios sociales existente en los distintos territorios del Estado español; tras un intenso debate se elaboró un *Documento de consenso* que es asumido por el Grupo a principios de 2002.

El documento se articuló en torno a cuatro fichas de recogida de datos, consignándose en ella tanto la tipología de centros y/o servicios consensuada como del colectivo al que se dirige el centro y/o servicio, señalándose su número y plazas conforme al nivel de financiación pública de los mismos; en ningún caso se recogía información nominal sobre los centros y/o servicios.

Pese al esfuerzo realizado y a las expectativas depositadas en la cumplimentación del documento, los resultados obtenidos pueden calificarse de decepcionantes, a lo que habría que añadir la imposibilidad de articular procedimientos adecuados de actualización de la información.

Como se ha apuntado anteriormente, las carencias existentes demandan el establecimiento de unos criterios de estandarización y homologación que permitan a los responsables de la gestión un mejor seguimiento, control y evaluación de los recursos disponibles que repercutan en una mejora en la planificación de los mismos.

Con dos objetivos básicos, conocer el tipo y disponibilidad territorial de los distintos servicios de discapacidad existentes en el Estado español y comparar los mismos entre los diferentes ámbitos territoriales, el IMSERSO impulsa en 2002, junto a la Fundación Universidad Empresa de la Provincia de Cádiz (FUECA) de la Universidad de Cádiz, un proyecto de Investigación denominado "Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad en España", *Proyecto DESDE*.

Someramente el DESDE es un instrumento que, respaldado en un potente soporte informático, permite la realización de estudios comparativos a nivel de áreas geográficas definidas (comunidades autónomas, provincias, comarcas...), posibilitando llevar a cabo de forma estandarizada las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de discapacidad en un área geográfica determinada con la descripción de sus características más significativas.
- Delimitar y comparar la estructura y rango de servicios de discapacidad entre diferentes áreas.
- Medir y comparar los niveles de utilización de los principales tipos de servicios de discapacidad entre diferentes áreas geográficas definidas.

A la espera de los resultados que se obtengan de la aplicación de la herramienta en el momento presente en las comunidades de Navarra y de Castilla-La Mancha, con el DESDE se pretende alcanzar tres objetivos permanentemente demandados por los responsables de las políticas destinadas al colectivo de personas con discapacidad:

- Una descripción y clasificación estandarizada de los servicios de discapacidad de los distintos ámbitos territoriales del Estado y/o sectores de discapacidad.
- Una base de datos informatizada de servicios de discapacidad.
- Un catálogo avanzado de servicios de discapacidad.

### **2.3.2. Análisis cuantitativo de los Centros y Servicios para personas con discapacidad en los distintos ámbitos territoriales del Estado Español.**

La implantación en el Estado español de un sistema de protección de las situaciones de dependencia requiere el conocimiento previo, entre otros muchos aspectos, de la cuantificación y tipología básica de los centros y servicios de atención al colectivo de personas con discapacidad existentes.

La inexistencia a nivel estatal de información básica al respecto, habida cuenta de las carencias detalladas en párrafos precedentes, obliga al IMSERSO a realizar una foto fija de situación de los centros y/o servicios para personas con discapacidad.

#### **2.3.2.1. Información Objeto de Análisis**

Para la recogida de la información objeto de análisis se elaboraron unas fichas cuya génesis se remonta al *Documento de Consenso* acordado en 2002 por el Grupo del Observatorio de la Discapacidad anteriormente citado, si bien se le incorporan algunas modificaciones en atención a la nueva redacción de la

Clasificación Nacional de Actividades Económicas (Salud y Servicios Sociales) del INE.

Los datos recogidos se estructuran en torno a cuatro grandes bloques de tipología de centro y/o servicio para las personas con discapacidad en el área de los servicios sociales:

- Servicios de Información, Orientación y/o valoración
- Servicios de atención domiciliaria
- Centros de atención diurna
- Centros residenciales

Se habilitaron unas instrucciones de cumplimentación de las fichas de recogida de datos en las que, entre otros aspectos, se definía cada uno de los distintos centros y/o servicios y que someramente hemos apuntado a la hora de detallar los *Servicios y Centros* con los que cuentan los sistemas de servicios sociales, sanitarios y de seguridad social.

La ficha recoge información cerrada a diciembre de 2003 sobre ítems para cada tipo de centro y/o servicio conforme a la titularidad de los mismos (públicos, concertados y subvencionados): nº de centros y/o servicios, plazas, usuarios atendidos, coste anual..., demandándose además información sobre el grado de dependencia y discapacidad de sus plazas y/o usuarios.

### **2.3.2.2. Premisas para la interpretación de la información recabada**

Antes de comenzar a comentar los datos disponibles por tipología de centro o servicio para personas con discapacidad, debe significarse que los comentarios e interpretaciones que se van a verter se encuentran muy condicionadas por las consideraciones que seguidamente se detallan:

- Se dispone de información de todos los Órganos Gestores con competencia en materia de servicios sociales y/o discapacidad, excepto de la comunidad de Illes Balears y la ciudad autónoma de Ceuta.
- Pese al carácter básico de los diferentes ítems que contenían las fichas de recogida de la información, la sospecha que, *a priori*, se tenía sobre las dificultades en su cumplimentación, se ha confirmado; Así el nivel de cumplimentación de los distintos ítems por parte de los Órganos Gestores competentes, puede calificarse de parco.

Esta situación ha venido a confirmar las importantes carencias de información de los distintos agentes intervinientes y que ya en apartados anteriores se han puesto de manifiesto, impidiendo, por consiguiente, efectuar un análisis riguroso tanto del coste como de la evaluación de los servicios prestados, sin obviar la repercusión que estas carencias tienen sobre la falta de información de recursos disponibles para las propias personas con discapacidad y sus familias a diferencia, por ejemplo, del colectivo de personas mayores.

- La imposibilidad subrayada de desagregar la información condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios por lo que conforme se desciende en el nivel de desagregación solicitado las interpretaciones que al efecto se realizan deberán en todo caso, relativizarse. Este condicionante obliga asimismo a que no se analicen exhaustivamente todos y cada uno de los ítems, resaltándose sólo aquellos que resultan más significativos, por lo general referidos a los "Totales".
- Para finalizar deben señalarse problemas de índole conceptual que inciden en la correcta cumplimentación de la ficha y que redundan en un empobrecimiento de la información, como por ejemplo en la equiparación entre los conceptos "plazas" y "usuarios", con el consiguiente reflejo a la hora de efectuar extrapolaciones sobre el coste plaza/año.

### **2.3.2.3. Análisis de la información por tipología de Centro/Servicio**

#### *Servicios de Información, Orientación y/o valoración para personas con discapacidad*

Son centros cuyo objetivo esencial es el diagnóstico, valoración y evaluación de las situaciones de discapacidad, como los antiguos centros base; los ítems de los que se dispone información para estos servicios y de conformidad con su titularidad, comprenden el número de servicios y/o centros, usuarios atendidos y coste en 2003.

	Nº de Servicios	Usuarios
OO.GG.	436	1.149.916

En este sentido un total de 436 servicios dependientes de las distintos Órganos Gestores de las Comunidades y Ciudades Autónomas que conforman el Estado español dispensaron información, orientación y/o valoración a cerca de 1.150.000 ciudadanos; si despreciamos la distorsión que implican los 332 servicios de este tipo que las comunidades de Castilla y León y Madrid subvencionan, así como los beneficiarios totales consignados por la primera, la prestación de este servicio es abrumadoramente pública, suponiendo el 95% total del coste asignado por las distintas Administraciones para su mantenimiento.

En el Anexo 1 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial.

#### *Servicios de atención domiciliaria para personas con discapacidad*

Son aquellos servicios que se prestan en el domicilio del usuario con discapacidad; incluyen la atención a las tareas domésticas y/o los cuidados personales. Entre los servicios de atención domiciliaria, se incluyen, entre otros,

el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los servicios de comidas a domicilio.

Los ítems de los que se dispone información para estos servicios y de conformidad con su titularidad, comprenden el tipo de discapacidad, grado de dependencia, número de servicios de atención, usuarios atendidos, nº de horas semanales por usuario y coste en 2003.

	Nº de Servicios	Usuarios
OO.GG.	485	4.511

Del total de 485 servicios de atención domiciliaria atendidos por las distintas Administraciones Públicas, el 65,36% son prestados por distintas entidades que reciben para este fin subvención pública; sin embargo los usuarios atendidos directamente por servicios de titularidad pública alcanzan el 47,42%, a los que se destinó en 2003 el 63,20% de todas las dotaciones.

EL perfil predominante entre los usuarios de este tipo de servicios que directa o indirectamente ofrecen las distintas Administraciones, es el de una persona con discapacidad física en situación de dependencia, seguido de los que padecen varias deficiencias y pluridiscapacidad, en este caso, igualmente en situación de dependencia.

En los Anexos 2 y 3 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

#### *Centros de Atención Diurna*

Estos centros ofrecen atención integral durante el día a aquellas personas que por sus discapacidad y con la finalidad de permanecer en su entorno habitual, precisan mejorar o mantener su nivel de autonomía; estos recursos proporcionan al mismo tiempo apoyo al cuidador principal.



Dentro de esta tipología se incluye información sobre Centros de Día, Ocupacionales, de Recuperación Profesional, de Rehabilitación Psicosocial y de Convivencia y Ocio.

La información abarca, de conformidad con su titularidad, ítems sobre tipo de discapacidad, grado de dependencia, número de servicios de atención, plazas, usuarios y coste en 2003.

Los *Centros de Día* son aquellos Centros/Servicios y Plazas que tienen como finalidad la atención diurna a personas con cualquier tipo de discapacidad que no pueden integrarse en un medio laboral normalizado y que precisan de atención y no pueden recibirla en su núcleo familiar durante el día.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	592	14.845

El 42,57% de los Centros de Día y el 33,34% de sus plazas se encuentran financiadas mediante la figura del concierto por los por los distintos Órganos Gestores con competencia en la gestión. Sin embargo, el número de plazas que cuentan con el 100% de financiación pública alcanza casi el 38%, suponiendo el 24,50% del gasto.

Dos colectivos de personas con discapacidad copan más del 81% de las plazas en Centros de Día: intelectual (46,76%) y enfermedad mental (24,39%), ambos mayoritariamente en situación de dependencia.

En los Anexos 4 y 5 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Los *Centros Ocupacionales* son aquellos Centros/Servicios y Plazas que tienen como finalidad la prestación de servicios especializados (terapia ocupacional,

ajuste personal y social...) a personas con cualquier tipo de discapacidad en edad laboral, que no pueden acceder a empleo ordinario o especial.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	755	32.516

Conforme a la información facilitada por los distintos Órganos Gestores, del total de 32.516 plazas, un 45%, cerca de 15.000, son concertadas, si bien el coste de las 4.217 plazas directamente gestionadas por las Administraciones (el 12,97%), han supuesto el 37,49% del gasto, frente al imputado a las plazas concertadas, el 33,69%.

Las plazas son ocupadas abrumadoramente por personas con discapacidad intelectual, en concreto el 95,65%, mayoritariamente no dependientes.

En los Anexos 6 y 7 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Los *Centros de Recuperación Profesional* son aquellos Centros/Servicios y Plazas que tienen como finalidad proporcionar una recuperación profesional adaptada a personas con cualquier tipo de discapacidad, así como apoyo en el proceso de inserción laboral.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	98	1.046

Esta tipología de centros mayoritariamente viene desarrollándose por los Órganos Gestores mediante subvención, con el 66,38% del total del coste, cerca del 68,50% de las plazas y el 80,59% de los usuarios.

El perfil del usuario de este tipo de centros se corresponde con el de una persona con discapacidad intelectual que no se encuentra en situación de dependencia.

En los Anexos 8 y 9 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Los *Centros de Rehabilitación Psicosocial* son aquellos Centros/Servicios y Plazas que tienen como finalidad la rehabilitación personal y social de las personas con discapacidad con enfermedad mental en situación o no de dependencia.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	86	3.704

Del total de plazas consignada por los Órganos Gestores, 1.310, el 35,37% son mantenidas directamente por los mismos, comprometiendo el 45,70% del gasto total producido en 2003; los centros concertados y subvencionados, por este orden, le seguirían tanto en plazas y usuarios como en coste.

Los datos sobre el perfil de la persona con enfermedad mental que hace uso de estos servicios arrojan el dato de que mayoritariamente son usuarios que no se encuentran en situación de dependencia.

En los Anexos 10 y 11 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Para finalizar los *Centros de Convivencia y Ocio* son aquellos Centros/Servicios y Plazas que tienen como finalidad promover actividades de ocio y tiempo libre para personas con cualquier tipo de discapacidad que, por ese motivo o por falta de adaptación al medio en que viven, no tienen acceso a actividades de ocio normalizado.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	66	1.185

El 65,65% de las plazas correspondientes a los Órganos Gestores son concertadas, si bien de los datos disponibles se deduce que el grueso de los recursos destinado a esta modalidad, el 59,36%, corresponde a plazas subvencionadas. Por el contrario la información sobre usuarios reales de estos servicios demuestra que las tres cuartas partes de los usuarios lo son de plazas existentes en centros públicos, dotadas, sin embargo, con poco más de la cuarta parte de los recursos.

El perfil del usuario de este tipo de servicios, y habida cuenta de la poca concreción de la información disponible, se reparte entre personas con enfermedad mental y personas con discapacidad intelectual, preferentemente en centros subvencionados.

En los Anexos 12 y 13 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

### *Centros Residenciales*

Este bloque de información se estructura en torno a tres tipos de centros o alojamientos residenciales

- Centros residenciales para personas con discapacidad en situación de dependencia.
- Centros residenciales para personas con discapacidad que no se encuentran en situación de dependencia.
- Sistemas de alojamiento alternativo (viviendas tuteladas, casa hogar...),

Los ítems de los que se dispone información para estos centros, de conformidad con su titularidad, comprenden el tipo de discapacidad, número plazas, usuarios y coste en 2003; para los de alojamiento alternativo se facilita información sobre grado de dependencia.

Los *Centros residenciales para personas con discapacidad en situación de dependencia* tienen por finalidad la atención en régimen residencial de personas que precisan ayuda continua para el desenvolvimiento personal diario, cualquiera que sea el tipo de su discapacidad que les afecte.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	580	19.895

De las cerca de 20.000 plazas en centros residenciales para personas con discapacidad dotadas por los distintos Órganos Gestores, sólo el 33,39% son mantenidas directamente por estos; el resto lo son fundamentalmente mediante concierto, el 40,35%. Sin embargo el coste de la plazas públicas supuso el 48,02% de las dotaciones, frente a las concertadas (35,05%) y las subvencionadas (15,12%).

El 71,75% de las plazas ofertadas los son para personas con discapacidad intelectual, predominantemente concertadas o subvencionadas con el 68,20% del coste total.

En los Anexos 14 y 15 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Los *Centros residenciales para personas con discapacidad que no se encuentran en situación de dependencia* tienen como finalidad el alojamiento y manutención de aquellas personas con cualquier tipo de discapacidad que por distintas situaciones (ambientales, personales, socio-familiares...) presentan dificultades para vivir en su entorno.

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	254	7.478

Al menos 7.478 plazas se ofertan por los distintos Órganos Gestores para este tipo de centros residenciales; cerca de la mitad de estas plazas son concertadas, en concreto el 48,49%, que suponen el 44,23% del coste total. Las plazas gestionadas directamente por estos Órganos apenas alcanzan el 15% del total, si bien su mantenimiento requiere del 30,64% de los recursos destinados por aquellos a este tipo de centros.

Las personas con discapacidad intelectual copan el 81,59% de las plazas y el 60,81% de los recursos, predominantemente mediante concierto; este colectivo es seguido en importancia por personas con enfermedad mental y con discapacidad física.

En los Anexos 16 y 17 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

Por último los denominados *Sistemas de alojamiento alternativo* se definen como aquellas unidades de alojamiento ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas destinadas a personas con cualquier tipo de discapacidad con el grado suficiente de autonomía y cuyo apoyo puede ser permanente o intermitente según sean las necesidades de los usuarios

	Nº de Centros	Plazas
OO.GG.	508	3.603

Un total de 3.603 plazas para este tipo de alojamientos disponen los distintos Órganos Gestores; conforme a los datos disponibles, el 39,38% son directamente sustentados por los mismos, suponiendo su mantenimiento el 26,15% del total. Les siguen en importancia las plazas mantenidas mediante

concierto, el 33,64% con el 42,80% de coste, y las subvencionadas, el 25,28% y el 28,29% del gasto.

En relación con el perfil del usuario de este tipo de plazas, predomina el que padece discapacidad intelectual (51,26%), seguido de cerca de los de enfermedad mental con el 44,32%; ambos colectivos consumen el 93,78% de los recursos totales.

En los Anexos 18 y 19 se dispone de información detallada por Ámbito Territorial y desagregación de la información a nivel estatal.

### **3. Problemática específica de las personas con trastorno mental grave y de los menores de 6 años con limitaciones graves**

En este apartado se aborda la situación de dos colectivos, enfermos mentales graves y menores con graves problemas de desarrollo, que, si bien presentan una problemática similar a la de las personas con dependencia, por sus características especiales nos demandan soluciones en parte diferenciadas.

La justificación de tratar de manera especial la situación de estos dos colectivos es obvia. Por lo que respecta a las personas con trastornos mentales graves, conviene enfatizar que, tras la reforma legislativa de 1986 que dio lugar a la desinstitucionalización, pese a los esfuerzos que se vienen haciendo falta un modelo de atención sociosanitaria, y faltan recursos, gravitando en consecuencia sobre las familias el peso de la atención a estas personas. De ahí las grandes expectativas que este colectivo, y de modo especial sus familias cuidadoras, tiene depositadas en el establecimiento en el Estado español de un sistema de atención a la dependencia con los recursos pertinentes.

Por lo que atañe al grupo de niños con limitaciones graves que afectan a su desarrollo importa subrayar la trascendencia que tiene su atención en estas edades tempranas, que son realmente fundamentales del desarrollo posterior.

En este apartado, además, no podía dejar de incluirse el enfoque sociosanitario de la atención a las personas con discapacidad grave, ya que es un tema en debate desde hace muchos años que está pidiendo la pronta consolidación de un modelo adecuado que satisfaga la demanda de servicios de esta índole por parte de la ciudadanía.

### **3.1. Personas con trastorno mental grave y prolongado**

#### **3.1.1. Delimitación del colectivo**

Es preciso delimitar la población a la que se hace referencia. Si se toma como base el Documento de Consenso sobre “Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave” (2003), se incluyen las personas aquejadas de diversos tipos de entidades nosológicas que se caracterizan por la gravedad clínica, la tendencia al deterioro, la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales, la evolución crónica y la necesidad de ser atendidos en diversos recursos asistenciales de la red de atención psiquiátrica y social. Mas adelante, en este documento se especifica que: Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987), la cual incluye tres dimensiones a considerar:

1. **Diagnóstico:** Se incluyen los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** El tiempo ha de ser superior a dos años.



3. **Presencia de discapacidad:** Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. No obstante, a pesar de utilizar estos criterios, se pueden obtener grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o de la metodología utilizada para su identificación.

Si difícil es definir a las personas con trastorno mental grave, más complicado puede ser delimitar su epidemiología. Hoy en día se dispone de dos estudios que ofrecen datos fiables. Uno, realizado sobre la población general de Londres (Thornicroft, 1998), arroja una prevalencia anual de la psicosis de 7.84/1000 habitantes. El otro, que estudia la población atendida en Verona (Tansella, 1998), ofrece una prevalencia de los usuarios con psicosis de 3.41/1000 habitantes. De acuerdo con los criterios NIMH, la prevalencia de las personas con trastorno mental grave, esquizofrenia y psicosis paranoide, principalmente, oscilaría entre 1.34 y 2.55 por cada mil habitantes.

En el año 2002, la Fundación INTRAS realizó para el IMSERSO un estudio en el que, a partir de los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), intentaba cuantificar la población con enfermedad mental grave y prolongada. La principal dificultad del estudio era que encuesta citada no recogía ningún ítem específico sobre esta entidad, por lo que se extrapolaron los datos de ítems más inespecíficos basándose en unos criterios previamente establecidos. De acuerdo a esta explotación estadística, la población con trastorno mental grave y prolongado se estimaría en torno a las ochenta mil personas, si bien los criterios definidos no son muy específicos por lo que se incluyen personas que, en sentido estricto, no padecen trastornos mentales crónicos.

### **3.1.2 Antecedentes históricos del tratamiento de la enfermedad mental. El concepto de salud mental de la OMS.**

La respuesta que ha dado la sociedad a la enfermedad mental ha variado a lo largo de la historia, dependiendo de la concepción que se tenía de ella. Hasta la Edad Media, se concebían los trastornos mentales como una posesión demoníaca, un alma extraña ocupaba el lugar de la persona con trastorno mental, por lo que el tratamiento adecuado era el exorcismo (enfoque animista). Vestigios de esta concepción se encuentran todavía en tratamientos decimonónicos, con vocación científica pero que apelaban al fluido universal (Mesmer) o utilizaban la hipnosis (Bernheim y Charcot).

Con los avances en los conocimientos científicos, especialmente, en el campo de la medicina, va perfilándose una concepción médica de la enfermedad mental. Este modelo no sustituye al anterior, sino que coexiste con él. Su origen son las ideas de Galeno, para quien la enfermedad es una disposición del cuerpo en el que están alteradas las funciones vitales, que el médico puede curar mediante elementos artificiales. Hoy en día se hablaría de fármacos. Siguiendo este modelo, aparecieron durante el Renacimiento los primeros manicomios y se describieron cuadros clínicos, como la melancolía, la hipocondría y la histeria. Sin embargo, el enfoque médico de la enfermedad mental empezó a tener un prestigio importante en el siglo XIX, sobre todo, con las aportaciones de Freud o Kraepelin, y que sentaron las bases de buena parte de la psicología y la psiquiatría del siglo XX. Si bien la concepción del primero se encuadraría con matices en el modelo médico, pues para algunos autores tendría una entidad propia (modelo psicodinámico), en la que la enfermedad mental sería fruto de conflictos inconscientes.

El enfoque médico ha estado cuestionado prácticamente desde sus inicios. Corrientes como el conductismo, que enfatizan los factores ambientales y de aprendizaje como base de los trastornos mentales, ponen en duda los principios de este modelo. Además, niegan que se pueda hablar de enfermedad mental y prefieren utilizar la denominación conductas desviadas o inapropiadas.

Por otro lado, el modelo médico tenía en común con el antiguo enfoque animista la necesidad de apartar a la persona con enfermedad mental de la sociedad; en el primer caso, la respuesta a los trastornos mentales es la institucionalización del paciente. A partir de los años 60, diversas corrientes sociales y profesionales empiezan a cuestionar los manicomios y piden un tratamiento más humanitarios de la persona con enfermedad mental sin desarraigarla de su entorno físico y social. Entre las diversas corrientes que están en esta línea, destaca la Psicología/Psiquiatría Comunitaria que defiende el tratamiento, predominantemente, ambulatorio de las personas con enfermedad mental, aprovechando los recursos de la Comunidad. En relación con este enfoque, la Organización Mundial de la Salud define la enfermedad mental como *la forma de relacionarse con otros en la familia, el trabajo, el ocio y la comunidad en general*. Por tanto, es la capacidad de adaptarse eficazmente a su entorno y saber ser feliz.

### **3.1.3. El modelo de atención de la enfermedad mental en España tras la reforma legislativa de 1986.**

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** cambió el modelo de atención custodial/asilar de las personas con enfermedades mentales a la Psicología/Psiquiatría Comunitaria. Este modelo busca, como ya se dijo más arriba, la desinstitucionalización de la persona con trastorno mental y su re inserción en la sociedad, para lo cual defiende los siguientes principios:

- Garantizar la atención a la enfermedad mental dentro de la red general de salud (Sistema Nacional de Salud), especialmente en los servicios de atención primaria.
- Desarrollar adecuados servicios comunitarios y soportes sociales que posibiliten la rehabilitación y re inserción social de los pacientes.

- Promover cambios en la comunidad que eliminen los elementos de segregación y marginación que afectan a estos pacientes.
- Amparar los derechos civiles de las personas con trastornos mentales.
- Coordinar los servicios sociales y sanitarios de cara a la prevención, rehabilitación e inserción de las personas con enfermedad mental, coordinación que permitirá una atención integral.

Para desarrollar estos principios, la Ley establece la promoción de recursos asistenciales ambulatorios, la hospitalización parcial y la atención a domicilio. Propone la creación de Unidades de Psiquiatría que estarán integradas en los hospitales generales.

### **3.1.4. Recursos destinados a la salud mental**

#### **3.1.4.1. Recursos Sanitarios (estabilidad clínica, rehabilitación)**

La atención sanitaria de las personas con trastornos mentales está integrada en el Sistema Nacional de Salud y se dispensará, siempre que sea posible, en el Hospital General. Cuando aparece la fase aguda (por ejemplo, delirios y/o alucinaciones), el médico de atención primaria o el servicio de urgencia hospitalaria, en su caso, derivarán a la persona al hospital general desde donde, tras una evaluación multiprofesional, se le enviará al recurso más adecuado.

- *Unidades de Salud Mental Comunitarias o Centros de Salud Mental.* Ofrecen atención integral a través de equipos multiprofesionales (atención psicológica, farmacológica, atención a las necesidades del entorno sociofamiliar). Se ocupan de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- *Unidades de Hospitalización.* El período de hospitalización dependerá de la gravedad y cronicidad de la enfermedad. Según la duración de la estancia pueden ser:

- Unidades de Internamiento Breve o Unidades de Hospitalización de Corta Estancia.
- Unidades de Rehabilitación Activa. Buscan la adquisición de habilidades sociales e integración de las personas con enfermedades mentales mediante la asistencia en régimen de internado a corto o medio plazo.
- Unidades de Media y Larga Estancia.

#### **3.1.4.2. Recursos Intermedios (Rehabilitación, reinserción).**

Los recursos intermedios están indicados para las personas que no requieren hospitalización pero que precisan de apoyos sociales y sanitarios, de carácter temporal mientras desarrollan su autonomía para vivir y relacionarse con la comunidad. Se trata de dispositivos complementarios a los centros comunitarios de salud mental, con los que se relacionan. Son adecuados para favorecer el proceso de desinstitucionalización de los pacientes que están en hospitales psiquiátricos.

- *Hospitales de Día.* Para personas con enfermedad mental con necesidades de atención especializada durante un número determinado de horas al día.
- *Centros de Día.* Ofrecen atención intensiva y especializada para volver a socializar y a integrar a las personas con patologías psicosociales.
- *Unidades de Noche.* Es un recurso residencial y rehabilitación.
- *Mini-residencias asistidas.* Proporcionan alojamiento temporal o indefinido, manutención, rehabilitación y supervisión durante 24 horas.
- *Pisos/Hogares Terapéuticos.* Se trata de equipamientos integrados en la comunidad donde convive un grupo de personas con apoyo y supervisión,

permitiendo mayor autonomía que las residencias. Son estructuras intermedias entre el hospital y la comunidad.

- *Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.* Buscan la rehabilitación integral del paciente mediante la realización de actividades diversas. Son altamente valorados, pues ofrecen un trato más humano, una atención personalizada y un seguimiento de la evolución del paciente.

### **3.1.4.3. Recursos Sociales (Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Laboral).**

Los servicios sociales ofrecen una serie de recursos, ubicados en la comunidad, que buscan la integración de las personas con enfermedad mental. Su función principal es prestar apoyo a la persona con enfermedad mental y a su familia para evitar su deterioro psicosocial, potenciar la autonomía de la persona y su integración en la comunidad, enseñando las habilidades necesarias para tal fin.

- *Servicios Sociales de Base.* Entre sus funciones destacan la elaboración de programas de integración y normalización de personas con trastornos mentales, la detección de situaciones de riesgo (soledad, abandono, aislamiento), que pueden conducir a la enfermedad mental, etc.
- *Pisos/Pensiones Protegidos/as.* Están dentro de la comunidad; permiten vivir de forma autónoma con un grupo de 3 ó 4 personas con trastornos mentales de duración prolongada. Cuentan con el apoyo y supervisión de un monitor, que adapta la ayuda ofrecida a las necesidades del grupo. Existen dos modalidades: el alojamiento en familias particulares y el alojamiento en pensiones.
- *Talleres Ocupacionales.* Buscan la adquisición de hábitos y destrezas de trabajo, así como habilidades sociales, de cara a la inserción laboral

normalizada o protegida. Pueden estar vinculados a los servicios de Salud Mental, con carácter intrahospitalario o no.

- *Servicio de Ayuda a Domicilio.* Ofrecen atención integrada y ambulatoria en el domicilio del paciente, para que la persona permanezca en su entorno habitual. Facilita el acceso a los profesionales de la salud mental y la continuidad en la medicación.
- *Coordinación de casos.* Establece un plan coordinado y continuo adaptado a las necesidades de la persona con enfermedad mental. Tiene en cuenta los recursos disponibles, tanto formales como informales, buscando la continuidad y coherencia de las actuaciones. El coordinador de casos, entre otras funciones, lleva a cabo un seguimiento de los tratamientos, visitando al enfermo cuando no acude a las citas, prepara y convoca reuniones de los especialistas de salud mental para la elaboración del plan integral de atención, etc.
- *Prestaciones Económicas.* Ayudas, pensiones y bonificaciones en recursos comunitarios para determinados fines como el transporte.

#### **3.1.4.4. Recursos Comunitarios (Integración social).**

Son equipamientos comunitarios de atención primaria en salud mental integrados en la red pública de atención, que prestan asistencia mediante el diagnóstico, la orientación, el tratamiento y el seguimiento. Su objetivo es dar una asistencia integral desde una perspectiva biopsicosocial sin por ello olvidar los aspectos humanos, culturales y espirituales. Se trata de dispositivos asistenciales atendidos por un equipo multidisciplinar, dirigido a resolver las necesidades y problemas de salud mental del paciente y de su entorno socio-familiar; para el desarrollo de su labor se articula con otros recursos sanitarios y sociales.

- *Clubes Sociales.* Se ubican en centros públicos o privados, integrados en la comunidad. Ofrecen la posibilidad de realizar actividades culturales, de ocio y tiempo libre.
- *Clubes de Empleo.* Ofrecen formación sobre habilidades y destrezas para buscar y obtener empleo (hacer un curriculum, preparar una entrevista, etc.).
- *Empresas Sociales/Empleo Protegido.* Son empresas creadoras de empleo específico para personas con trastornos mentales graves que no pueden acceder a un empleo normalizado.
- *Pisos Normalizados.* Están dentro de la comunidad, permiten vivir de forma autónoma con un grupo de personas, contando con el apoyo de la comunidad.

### **3.1.5. Situación actual de la salud mental en España**

#### **3.1.5.1. Investigaciones realizadas**

La descripción de la situación de la Salud Mental en España presenta importantes lagunas debido a la escasez y dispersión de datos disponibles, muchos de los cuales ya se han quedado obsoletos. El proceso de transferencias de competencias a las comunidades autónomas, pese a haber supuesto un importante avance al acercar los recursos sociales y sanitarios a los usuarios/as, no ha facilitado la labor de recopilación y sistematización de la información para obtener una visión global a nivel estatal.

El estudio más reciente de ámbito estatal es el realizado por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica en 2002 "*La salud mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas*" (Informe SESPAS, 2002). En esta



investigación se ponen en evidencia las deficiencias de información en algunas comunidades autónomas, lo que resta validez a los resultados obtenidos. En cualquier caso, si parece constatarse la insuficiencia de recursos tanto materiales como humanos en los dispositivos sociales y sanitarios basados en la comunidad. Asimismo, se señala una importante variabilidad en la dotación de recursos entre las distintas comunidades autónomas, si bien no se consigna en el informe qué autonomías tienen mayor dotación y cuáles presentan mayores carencias. Otro aspecto que recoge el informe es la ausencia de mecanismos de coordinación, no sólo dentro de la red de servicios de salud mental, sino también de ésta con otros sistemas, como los servicios sociales. Por último, se señala la falta de sistemas de información y evaluación que sean estables válidos y fiables. Como conclusión decir que pese a que nadie niega las ventajas del modelo comunitario de la Ley del 86, sólo se han implantado unos servicios mínimos que no cubren las necesidades reales de la población con trastornos mentales.

A continuación y por considerarlo de interés, se recogen los resultados de este informe acerca de la provisión de recursos y dispositivos comunitarios de carácter social y sanitario. En el mismo documento se advierte de los problemas de validez y de generalización que adolecen estos datos, aunque pueden ser indicativos de la situación de la salud mental en España.

*a. Creación de centros de salud mental. La mayor parte de la población española dispone en la actualidad de un centro de salud mental de acceso fácil a través de Atención Primaria. En 1994 estaban registrados 555 centros de salud mental, lo que suponía un incremento del 25% respecto de 1991.*

*b. Tasa de camas hospitalarias para agudos frente a camas hospitalarias de media-larga estancia. El número de camas en hospitales psiquiátricos ha disminuido a la tercera parte y las correspondientes a unidades de psiquiatría en hospitales generales casi se han doblado durante los últimos*

30 años. Aunque este número en hospitales psiquiátricos ha continuado declinando hasta 1997 (hay algunos datos que indican que se están incrementando en la actualidad de nuevo), el aumento de camas en los hospitales generales prácticamente se detuvo hace más de diez años. El sistema no dispone de suficiente número de camas en hospitales generales, ya que la tasa actual de 5,7 por cada cien mil habitantes está muy por debajo de la media europea (entre cuatro y ocho veces más) y de las 20 que recomienda la AEN.

- c. *Tasa de camas residenciales frente a hospitalarias. Las plazas en pisos tutelados son de 2,4 por cien mil habitantes, en contra de las 50 recomendadas. En residencias es 1,9 frente a 70. Estas dotaciones están muy por debajo de lo óptimo, incluso del mínimo necesario. La proporción de plazas en residencias y pisos tutelados respecto del total de plazas de larga estancia en hospitales psiquiátricos es del 20,7%.*
- d. *Plazas en dispositivos intermedios. Las plazas en hospitales de día por cien mil habitantes (5,6) están lejos de acercarse a la óptima (19) propuesta por la AEN. Otro tanto ocurre con las plazas en centros de día y ocupacionales (5,8 frente a 50), unidades de rehabilitación (5,6 frente a 10), talleres (3,1 frente a 30).*
- e. *Dotación de personal. Es también deficiente, aunque no tanto como la de dispositivos intermedios: psiquiatras (5 frente a >12), psicólogos (2,7 frente a >11), enfermeras (5,8 frente a >10) y trabajadores sociales (1,3 frente a >3). Aquí también se observa que el máximo desarrollo tuvo lugar en las dos primera décadas, mientras que en la última las cifras se han mantenido sin incrementar; más bien se ha producido una disminución del conjunto, que ha pasado de 37,4 a 34,3. Esto se debe a la disminución de la tasa de trabajadores no sanitarios (personal de mantenimiento y oficios varios) que antes empleaban los hospitales psiquiátricos y que puedan*

*haber sido trasladados a otros dispositivos fuera de la Red de Salud Mental al disminuir el número de camas en estos centros.*

- f. Porcentaje de recursos en la comunidad respecto del total de recursos. El análisis de nuestros datos indica que el porcentaje en nuestro país de camas en hospitales generales respecto del total de camas es solamente el 17% y que existe una acusada variación entre las comunidades (desde una con porcentaje próximo a cero y otra con el máximo de 100).*
  
- g. Porcentaje de profesionales que trabajan en dispositivos fuera del hospital respecto del total de profesionales. Este porcentaje es máximo para el caso de los trabajadores sociales (76%), psicólogos (73%) y psiquiatras (68%), y mínimo para enfermería (diplomadas, 46% y auxiliares de clínica, 27%) y terapeutas ocupacionales (29%). En conjunto, el 43% del personal sanitario trabaja en la comunidad, lo que debe ser valorado como una proporción claramente insuficiente para un modelo de psiquiatría comunitaria.*
  
- h. Disminución de la tasa de ingresos involuntarios por orden judicial. En España dicha tasa pasó de 14 a 18 entre 1991 y 1996, evidenciando así la ineficacia del sistema en lo que podría ser considerado su aspecto central: lograr un trato más humano del enfermo mental grave, proporcionándole unos servicios accesibles que den respuesta eficaz y rápida a sus necesidades de tratamiento.”*

En el año 2001, la empresa INMARK realizó para el IMSERSO el estudio "*Situación, necesidades y demandas de las personas con enfermedad mental*". Se trataba de una investigación cualitativa que recogía la visión de la enfermedad mental de las personas con enfermedad mental, sus familias y de los profesionales y expertos en Salud Mental. Las principales aportaciones del estudio se pueden resumir en los siguientes puntos.

- *Necesidad de un diagnóstico precoz:* Es necesario un diagnóstico certero y temprano para planificar el tratamiento más adecuado a las características de la enfermedad y evitar que el retraso en las intervenciones produzca un deterioro del enfermo. Cuando el diagnóstico se produce tardíamente, el estado de la persona puede haberse agravado hasta un punto en el que los síntomas impidan toda posibilidad de rehabilitación.
  
- *Necesidades de información/formación:* El acceso a programas de intervención se ve prácticamente imposibilitado por el desconocimiento de los recursos sanitarios y sociales existentes. Además, hay que tener en cuenta que la enfermedad mental implica cambios importantes en la conducta del paciente que hace que la familia no sepa cómo comportarse. Por todo ello, demandan mayor información y formación acerca de la enfermedad mental y sus consecuencias, pautas de comportamiento, los recursos sociales y sanitarios idóneos a sus características, aspectos legales que les conciernen, etc.
  
- *Necesidad de un tratamiento integral eficaz:* La falta de coordinación entre servicios sociales y sanitarios, la concepción medicalizada de la enfermedad mental de los psiquiatras, la insuficiencia de recursos, son factores que impiden el acceso a un tratamiento eficaz. Éste debe ser integral, es decir, debe actuar sobre los aspectos sociales, familiares, culturales, etc. del paciente y no centrarse únicamente en las condiciones médicas. Muchos psiquiatras son reacios a derivar a sus pacientes a los servicios sociales. Asimismo, sería de gran utilidad de cara a mejorar la atención social y sanitaria la estandarización de protocolos de actuación social que, además, terminaría con las diferencias entre comunidades autónomas. Por otro lado, la intervención terapéutica debe tener en cuenta las características diferenciales de cada persona.

- *Necesidad de racionalización de los recursos hospitalarios.* La carencia de unidades hospitalarias de media y larga estancia perjudica, sobre todo, a las personas más deterioradas. El acceso de éstas a los recursos hospitalarios se ve obstaculizado por el ingreso de personas con mayores posibilidades de rehabilitación.
  
- *Necesidad de un mayor desarrollo de los recursos intermedios.* La transición del hospital al hogar plantea importantes problemas a la familia y a la persona con enfermedad mental. Ésta se puede negar a continuar el tratamiento sin que el cuidador sepa cómo persuadirlo. Los recursos intermedios facilitan el tránsito a una vida normalizada. Proporcionan tratamiento social y sanitario ambulatorio, el seguimiento del caso y, cuando es necesaria, atención domiciliaria. Sin embargo, los recursos existentes son insuficientes para atender la demanda actual, aunque desde las distintas administraciones se prevé el incremento de estos recursos.
  
- *Necesidad de apoyo a la familia:* La enfermedad mental repercute en toda la familia y no sólo en la persona afectada. Toda la vida familiar empieza a girar en torno a los requerimientos de la enfermedad, produciéndose una redistribución de roles. Los problemas que acarrea la enfermedad mental son difíciles de afrontar debido al impacto emocional que sufre la familia y que se acentúa ante la carencia de información clara y completa que ayude a asumir la nueva situación. La enfermedad mental marca una brecha, un antes y un después, supone una pérdida de la vida anterior mucho más acusada en la persona encargada del cuidado del enfermo. El miedo a las recaídas, las interdependencias afectivas con el cuidador, la sobrecarga de trabajo que hace que se descuiden otros aspectos de la vida del cuidador, depresión, síndrome del cuidador quemado, etc. son aspectos que precisan ayuda psicológica. Asimismo, precisan ayudas económicas para afrontar los gastos extras que acarrea la enfermedad, como la consulta de distintos especialistas.

- *Necesidades de integración sociolaboral:* Los prejuicios derivados de la mala imagen de la enfermedad mental imperante en la sociedad son causa del rechazo de empresarios, compañeros e impiden las relaciones sociales. La integración laboral se ve dificultada, además, por la falta de una formación adecuada a las aptitudes y deficiencias de la persona con enfermedad mental, así como a las demandas del mercado laboral. Esto implica modificar las actividades de los Centros de Rehabilitación Laboral que, muchas veces, parecen ir orientadas al entretenimiento más que a la consecución de un empleo.
- *Necesidades de apoyo a las asociaciones de afectados:* Las asociaciones cumplen un papel subsidiario respecto de las administraciones públicas. Intentan subsanar las deficiencias de éstas: ofrecen información/formación, actúan como grupos de autoayuda, llevan a cabo labores reivindicativas ante la administración, etc. Sin embargo, el movimiento asociativo carece de los medios materiales y humanos para llevar a cabo su labor, por lo que precisan apoyo económico de la administración.
- *Fomento de actitudes más activas y la participación de las personas con enfermedad mental.* Las relaciones de dependencia con la familia (cuidadores) favorecen actitudes pasivas entre las personas con enfermedad mental. La evolución del paciente sería más positiva si desde la aparición de la enfermedad se establecieran los derechos y obligaciones de cada uno de los miembros de la familia, incluida la persona con enfermedad mental.
- *Mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental.* La sensibilización de la sociedad para que desaparezcan los prejuicios que impiden la integración social de este colectivo se debe afrontar desde distintos frentes. Desde la administración, a través de campañas

informativas en los medios de comunicación social; desde las asociaciones, mediante la participación en foros de opinión, la realización de charlas informativas, etc.

El "*Informe de situación de salud mental*" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001) destaca, curiosamente, la homogeneidad en la extensión de las prestaciones de salud mental en las comunidades autónomas, cuyas carencias eran subsanadas por el INSALUD. Esta similitud esconde, no obstante, diferencias importantes en el ritmo de implantación.

El eje fundamental del sistema es el Centro de Salud Mental y ello pese a que la Ley señala la integración de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. En efecto, este tipo de centros se ha constituido, en muchos casos, al margen de los Centros de Salud, con lo que se ha creado una red especial apenas integrada en la red sanitaria general. Como principales rasgos encontrados en el subsistema de Salud Mental en España, según el "*Informe de situación de salud mental*", cabe destacar:

- Cierta confusión entre las funciones de atención específica a la salud mental y la atención residencial y social de las personas con trastornos mentales graves.
- La distribución territorial de los Centros de Salud Mental es adecuada.
- Insuficiencia de recursos materiales y profesionales.
- Carencia de una cartera de servicios de Salud Mental, aunque muchas comunidades autónomas tuvieran prevista su elaboración.

- Se están extendiendo unidades especializadas destinadas a tratar trastornos mentales específicos y a determinados colectivos: infanto-juvenil, trastornos de la conducta alimentaria, unidades psicogeríatras, etc.
- Diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información, en los programas y proyectos pilotos.

El informe concluye con una serie de recomendaciones encaminadas a mejorar la atención social y sanitaria de las personas con trastornos mentales: análisis de necesidades, elaboración de estándares de calidad comunes a todas las comunidades autónomas, creación de un banco de datos común, diseño de una cartera de servicios, etc.

Como estudios parciales, cabe destacar el realizado en el País Vasco en 2000, "*Atención comunitaria de la enfermedad mental*". Consistió en la realización de 405 entrevistas a personas con trastorno mental grave y sus familias, que eran usuarias de los recursos comunitarios. En estas entrevistas, se pone de manifiesto la pervivencia de hospitales psiquiátricos junto con los recursos comunitarios. De hecho parece haber cierta tendencia a volver al enfoque médico en el que predomina la institucionalización y la medicalización frente a la utilización de recursos de carácter psicoterapéutico y dispositivos destinados a la rehabilitación y reinserción social. Así, el gasto público dedicado a la atención psiquiátrica hospitalaria es cuatro veces superior que el gasto extrahospitalario. También es superior la dotación de recurso humanos. Asimismo, se destacan las dificultades para atender a las personas con trastornos mentales graves desde el nivel de atención primaria. En él hay un predominio de médicos generales en detrimento de los especialistas en psiquiatría. Las deficiencias de recursos se manifiestan, sobre todo, en los hospitales de día y los programas de



rehabilitación. Se constata la carencia de programas de prevención y promoción de la salud mental, así como la saturación de los ambulatorios.

De todos estos estudios, y a pesar de la parcialidad y dispersión de los datos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Insuficiencia importante de recursos para la atención que es más evidente en los servicios sociales y comunitarios.
- Carencias de servicios intermedios.
- Falta de coordinación entre los distintos servicios.
- Deficiencias en la integración de la Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud.
- Predominio en atender los problemas de salud mental en los Centros de Salud Mental en detrimento o, incluso, al margen de los Centros de Atención Primaria.

A consecuencia de los puntos anteriores, se aprecia una involución hacia formas de atención propias del modelo médico, pese al acuerdo existente en cuanto a la bondad del modelo de atención comunitario. Este hecho ha retrasado y, en el peor de los casos, propiciado cierta resistencia a la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales graves. Esta vuelta al modelo médico de atención aumenta el riesgo a la estigmatización y marginación de las personas con trastorno mental grave.

### **3.1.5.2 Información cuantitativa sobre cobertura en Salud Mental.**

Según el Instituto de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo), a diciembre de 2003 había en todo el territorio español 91 hospitales psiquiátricos, que suponían un total de 15.870 camas.

### Centros Psiquiátricos y camas en 2003.

Comunidades Autónomas	Nº Centros	Camas
Andalucía	6	1.114
Aragón	6	88
Asturias	2	99
Illes Balears	1	225
Canarias	3	253
Cantabria	2	478
Castilla-La Mancha	6	573
Castilla y León	6	632
Catalunya	19	4.704
Comunidad Valenciana	6	614
Extremadura	2	881
Galicia	6	450
Madrid	9	2.486
Murcia	2	140
Navarra	4	308
País Vasco	9	1.845
La Rioja	1	180
Ceuta	0	0
Melilla	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>91</b>	<b>15.870</b>

La información sobre cobertura de servicios (camas o plazas/100.000 habitantes) es muy antigua, pues los datos disponibles se remontan a 1996 (IMSERSO/INMARK, 2002). De acuerdo con esta información, los índices más elevados de cobertura a nivel estatal eran:

- Hospitalización de estancia breve, 10,6 camas/100.000 habitantes.
- Hospitalización de media o larga estancia, 33,8 camas/100.000 habitantes.
- Hospitales de día, 2,5 plazas/100.000 habitantes.
- Centros de día, 8,9 plazas/100.000 habitantes.

### 3.1.6. Cuadros resumen de la situación y el modelo de atención comunitaria

<b>Ventajas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tendencia normalizadora de la enfermedad mental. Se busca la desinstitucionalización del enfermo y la integración sociolaboral.</li><li>▪ Se ha producido un avance en la atención prestada desde un enfoque más humanitario.</li><li>▪ Atención integral del enfermo. Se atienden las necesidades sociales y sanitarias.</li><li>▪ Diversificación de recursos, de acuerdo con el modelo de atención integral (recursos sociales, sanitarios, intermedios, comunitarios).</li><li>▪ Integración de la hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales. Desaparición de los manicomios. Unidades de Hospitalización.</li></ul>

<b>Deficiencias que hay que subsanar</b>
<p><b>Insuficiencia de recursos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La desinstitucionalización de estos pacientes, sin que haya suficientes recursos alternativos, ha conducido a que la responsabilidad de los cuidados recaiga sobre la familia.</li><li>▪ Carencia de recursos intermedios que tengan en cuenta el tipo de enfermedad mental y su gravedad.</li><li>▪ Carencia de recursos de apoyo a la familia. Ayudas psicológica, recursos residenciales de estancia breve para paliar el desgaste del cuidador o para momentos puntuales en los que no pueda hacerse cargo del enfermo mental.</li></ul>

## **Deficiencias que hay que subsanar**

- Carencia de recursos de residenciales de corta duración que hace que se ocupen plazas de larga o media duración sin cumplir el perfil adecuado.
- Escasez de medios materiales y humanos: masificación del sistema público de salud (listas de espera, poco tiempo de atención, etc.).
- Los índices de cobertura no siempre alcanzan los niveles necesarios para lograr servicios de calidad.

### **Desarrollo desigual en los diversos puntos del territorio español, en lo que se refiere:**

- En los niveles de cobertura. Existen diferencias entre comunidades más desarrolladas y menos desarrolladas.
- El modelo de atención. Cada comunidad autónoma ofrece un modelo, con sus definiciones, estructura orgánica y funcional, etc.
- Los distintos dispositivos. Peor atención social que sanitaria. Se aprecia un menor nivel de desarrollo en los recursos destinados a la rehabilitación psicosocial y laboral, así como en los residenciales (miniresidencias, pisos tutelados).

### **Deficiencias de los profesionales**

- En la formación. Se desconoce la importancia de las necesidades sociales. Los profesionales de la salud mental parten muchas veces de un enfoque psiquiátrico que da prioridad al tratamiento farmacológico, pero descuida otros aspectos de la rehabilitación sociolaboral, como la información, el apoyo a la familia.
- Carencia en los servicios de urgencias no siempre hay especialistas en salud mental.

### **3.1.7. El futuro Centro Estatal de Referencia para la atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave del IMSERSO**

Se va a crear en Valencia un Centro Estatal de Referencia para la atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave. Está concebido como un recurso especializado para la investigación, el estudio y el conocimiento de los sistemas sociales y sanitarios más adecuados para atender a las personas con trastorno mental grave; la formación de los profesionales de la salud mental; la difusión social de sus conocimientos. En definitiva, se pretende que este Centro Estatal de Referencia ofrezca, a todo el territorio español, información, asesoramiento, formación y apoyo, de manera que se logre optimizar la atención de las personas con trastornos mentales graves y prolongados, mejorar su calidad de vida y promover su plena integración social. Los objetivos específicos del centro son:

- *Crear un centro de documentación:* que sirva de referencia y apoyo técnico a las Comunidades Autónomas, recopilando la información escrita, contrastada y validada, en los ámbitos de la evaluación, la investigación o de la experiencia asistencial, tanto en el nivel nacional, como internacional.
- *Promover la investigación y la evaluación* llevando adelante proyectos e impulsando iniciativas relacionadas con la atención a personas con TMG, con el fin de contrastar y validar procesos asistenciales, mecanismos de evaluación y resultados de las intervenciones, tanto en términos asistenciales, como de coste-beneficio y coste-resultado.
- *Unificar la información disponible* de tipo asistencial, mediante la elaboración de una base de datos actualizada que describa los dispositivos y los programas, así como los datos asistenciales básicos, con el fin de poder contrastar resultados e indicadores.

- *Llevar adelante planes de formación* en diferentes líneas y dirigidos tanto a los profesionales relacionados con la atención como a otros profesionales y entidades que tengan un papel relevante en este campo.
- *Facilitar la creación y el mantenimiento de una red de intercambio de experiencias y conocimientos* a nivel nacional e internacional que recoja, potencie y aporte valor al conjunto de los sectores implicados en el diseño y ejecución de dispositivos y programas destinados al colectivo, aprovechando el caudal de conocimientos acumulado en los últimos años.
- *Prestar asesoramiento y asistencia técnica* para el diseño y la puesta en marcha de proyectos o dispositivos que aporten beneficio a la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave o a sus familias.
- *Impulsar, apoyar y difundir las iniciativas* planteadas por las diferentes Comunidades Autónomas para mejorar la atención, servicio y desarrollo en esta área.
- *Mantener una constante coordinación* con los centros de atención social y sanitaria dirigidos a personas con TMG en el ámbito nacional. Como complemento a todos los objetivos antes citados el Centro ha de estar ligado en el día a día a la práctica in situ.
- *Contribuir a eliminar el estigma social de las personas con trastornos mentales graves.* El Centro Estatal de Referencia se propone trabajar de manera prioritaria y continuada en programas de educación y concienciación de la sociedad dirigidos a que las personas con TMG puedan ser aceptadas y tratadas como ciudadanos de pleno derecho en todos los ámbitos de la sociedad, incluidos el educativo, jurídico y laboral.

- *Ofrecer a las personas con TMG un lugar de encuentro* en el que puedan organizarse como entidades o asociaciones, realizar seminarios y reuniones, y que también les dé la oportunidad de utilizar este espacio para diseño y realización de proyectos y otras actividades.
  
- *Apoyar y asesorar al movimiento asociativo* relacionado con el trastorno mental grave. Para ello, se propone ofrecer instalaciones así como medios documentales y técnicos dirigidos al beneficio de las acciones del movimiento asociativo que tenga como objetivo la plena integración de las personas con TMG.
  
- *Establecer cauces de colaboración intersectorial* entre organismos públicos a través de la promoción de iniciativas destinadas a lograr una atención coordinada al colectivo: justicia, educación...

### **3.2. Niños con limitaciones graves. Atención temprana**

En este apartado se recogen las bases de la Atención Temprana (AT), tomando como referencia el Libro Blanco publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad de 2000; este documento ha sido tenido en cuenta por la mayoría de las Comunidades Autónomas a la hora de elaborar los programas de atención temprana.

Aunque la AT va dirigida a cualquier niño/a que presenta alguna anomalía, se hace especial referencia a los que manifiestan Trastornos Generalizados del Desarrollo, por ser uno de los colectivos importantes de las personas con discapacidad en situación de dependencia. En esta categoría se incluyen los niños/as que manifiestan alteraciones cualitativas de la comunicación, así como un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de los intereses y actividades. La mayoría de las veces, aparece antes de que el niño/a cumpla los cinco años. Se incluyen en esta categoría: Los trastornos del espectro autista,

incluido el autismo atípico, el Síndrome de Rett, el Síndrome de Asperger y el trastorno desintegrativo infantil, entre otros.

No obstante, la AT es necesaria para cualquier niño/a que presente alguna deficiencia y/o limitación para subsanarla o, al menos, paliar sus efectos. Por ello, los principios y fundamentos son válidos para cualquier trastorno durante la primera infancia.

### **3.2.1. Definición de la atención temprana.**

*"Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar."* (Libro Blanco de Atención Temprana)

### **3.2.2. Objetivos de la atención temprana.**

La AT tiene como objetivo fundamental proporcionar a los niños y niñas de 0 a 6 años los estímulos necesarios para subsanar los trastornos del desarrollo que pueden presentar o disminuir los factores de riesgo, a partir de un modelo biopsicosocial.

Las intervenciones de la AT no sólo van dirigidas al niño sino también a la familia y a su entorno. Su meta es potenciar las capacidades de desarrollo y bienestar con el fin de lograr su más completa integración en el medio familiar, escolar y social.



Según el Libro Blanco de la Atención Temprana, los objetivos específicos son:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

### **3.2.3 Niveles de intervención.**

La AT actúa en los siguientes niveles de intervención:

#### *Prevención Primaria.*

Incluye todas las actuaciones destinadas a evitar las condiciones que pueden conducir a la aparición de las deficiencias o trastornos del desarrollo infantil, a la protección de la salud y a la promoción del bienestar y sus familias.

En este nivel, le corresponde a la AT identificar y señalar, ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias relevantes para la elaboración de normas y reconocimiento de derechos universales en el ámbito de la promoción y protección del desarrollo infantil.

Algunas CC.AA incluyen las campañas de prevención y sensibilización dirigidas a la población general.

#### *Prevención Secundaria.*

Tiene por objeto la detección precoz de enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo, a través de programas especiales dirigidos a colectivos específicos,

como por ejemplo, los niños prematuros. Las investigaciones epidemiológicas constituyen instrumentos de gran valía para identificar los colectivos en situación de riesgo que precisan una atención especial.

Entre las actuaciones que se pueden incluir en este nivel, destacan las siguientes:

- Sensibilización de los profesionales y de la población general para su detección precoz.
- Elaboración de protocolos de actuación para cada uno de los colectivos en situación de riesgo.
- Coordinación de los servicios implicados con el de AT.

#### *Prevención Terciaria.*

Incluye las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones identificadas como crisis biopsicosocial, por ejemplo, el nacimiento de un niño con discapacidad. Se trata de trabajar sobre el niño, la familia y el entorno con el fin de eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones del desarrollo.

#### **3.2.4. Ámbitos de actuación.**

Las intervenciones de AT se distribuyen, principalmente, a través de los servicios sociales, los de salud y de educación.

- *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).* Son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o se encuentra en una situación de alto riesgo, biológico, psicológico o social.

- *Servicios Sanitarios.* Desde los Servicios Sanitarios, se elaboran programas de información, detección de factores de riesgo antes, durante y después del embarazo, planificación familiar, atención a la familia, la madre y el niño/a en situaciones de riesgo para la salud, etc.
- *Servicios Sociales.* Los servicios sociales llevan a cabo programas de prevención, detección, diagnóstico e intervención cuando el contexto social y las condiciones del entorno están implicados en la aparición de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda producir.
- *Servicios Educativos.* La educación infantil tiene un marcado carácter preventivo y compensador, debido a la importancia que tiene la intervención temprana para evitar problemas en el desarrollo físico y psicológico, en la población en general y, especialmente, en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales.

### **3.2.5. La atención temprana desde los Servicios Sociales.**

Las intervenciones de Atención Temprana desde los Servicios Sociales van encaminadas a la prevención de las situaciones de riesgo social y mejorar el bienestar de los niños/as y su familia. Los programas de prevención e intervención sociales actúan en el entorno familiar y social.

Antes de derivar al niño/a y su familia, se deberá elaborar un plan de intervención individualizado en función de las siguientes variables:

- La edad del niño/a.
- El grado de afectación, discapacidad y dependencia.
- La situación familiar
- El entorno físico y social.
- La participación en otros programas o actividades.

Los programas de AT que se diseñan desde los servicios sociales son los siguientes:

*Programas para la promoción del bienestar social de las familias.*

El objetivo de estos programas es velar para que la gestación, adopción, crianza y socialización del niño/a tenga lugar en las mejores condiciones y se propicie el equilibrio y la adaptación cognitiva. Las actuaciones deben basarse en el respeto de la diversidad y contemplar medidas que permitan la conciliación de la vida familiar y laboral de los padres:

- Organización de espacios formativos y de intercambio de experiencias para padres.
- Creación y extensión de recursos de acogida temporal y de apoyo familiar, especialmente, para niños/as con discapacidades graves: asistentes maternas, centros de día, servicio de ayuda a domicilio, etc.
- Derivación al CDIAT.
- Prestaciones sociales, económicas y fiscales de apoyo a la crianza (por ejemplo la ampliación de los permisos retribuidos para cuidar de los hijos).

*Programas de prevención.*

Los programas de prevención implican medidas de atención selectiva a colectivos específicos, como niños con discapacidades graves, reforzando las actuaciones de protección a la familia.

- *Prevención Primaria.* Contempla intervenciones, individuales o grupales, dirigidas a contextos de riesgo social: apoyo y seguimiento a las familias de alto riesgo. También se incluyen proyectos comunitarios para la promoción del bienestar y la salud integral de la primera infancia.

- *Prevención Secundaria.* Son intervenciones para detectar las situaciones familiares y/o factores socioambientales que pueden aumentar el riesgo a sufrir trastornos del desarrollo.

#### *Programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial.*

Su objetivo es ofrecer un soporte a los niños de 0 a 6 años en situación de crisis familiar. Por ejemplo, la Atención Temprana después de la detección y diagnóstico de los trastornos del desarrollo, así como la elaboración de los procesos de duelo.

#### *Diagnóstico e intervención social.*

El diagnóstico del trabajador/a social va encaminado a las siguientes intervenciones:

- Activar y potenciar los recursos internos de la familia.
- Facilitar el acceso a las prestaciones sociales de apoyo a la familia, teniendo en cuenta las necesidades del niño y el momento del ciclo vital.
- Orientar a la familia sobre los medios legales y sociales existentes.
- Derivar a la familia a otros servicios específicos cuando no pueda resolver por sí misma determinados problemas.
- Promover la coordinación con profesionales de otros ámbitos e instituciones.

### **3.3. El enfoque sociosanitario de la atención a las personas con discapacidad en situación de dependencia**

#### **3.3.1. Consideraciones sobre la atención sociosanitaria**

En el marco del análisis que venimos realizando sobre las personas con discapacidad en situación de dependencia, no puede faltar una mención y unas consideraciones sobre la necesidad de potenciar unos servicios sociosanitarios para abordar de manera integral la atención a este colectivo.

Desde hace ya algún tiempo existe en Europa también en España-, una verdadera preocupación y polémica por diseñar e impulsar fórmulas que permitan abordar de una manera integral el bienestar de un número importante de personas que, por sus graves problemas de salud y riesgos de exclusión social, precisan de asistencia sanitaria y de asistencia social de forma continuada y simultánea:

- Niños con trastornos graves y generalizados de desarrollo.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas.
- Personas con discapacidad física o intelectual.
- Personas con enfermedad mental crónica.
- Personas con deterioro de sus capacidades funcionales o psíquicas a causa de su avanzada edad.

Se entiende por *atención sociosanitaria* el conjunto coordinado de prestaciones sociales y sanitarias de larga duración y de cuidados no profesionales, destinados a cuantas personas presentan deficiencias o enfermedades crónicas y/o graves problemas de marginación, que les están impidiendo o dificultando gravemente su autonomía personal, su bienestar y/o su integración social.

La finalidad última de la atención sociosanitaria es contribuir, junto con otros sistemas, al logro de la máxima calidad de vida de los usuarios y al mayor grado posible de autonomía personal y de participación social, respetando sus estilos de vida y sus preferencias.

Como principios fundamentales de la atención sociosanitaria, caben destacar los siguientes:

- El mantenimiento de la persona en su entorno habitual.
- La intervención conjunta de los servicios sociales y los sanitarios
- Los cuidados a domicilio, como eje vertebrador del modelo.
- La participación de la persona como usuario y, en su caso, de su familia o del cuidador principal en el proceso de toma de decisiones y en la atención.
- La promoción y articulación de los mecanismos necesarios para proporcionar apoyo a los cuidadores.
- La valoración integral y continuada del usuario y de su entorno a lo largo de todo el proceso de atención.
- La disponibilidad de instrumentos compartidos de valoración del usuario y de su entorno, que faciliten la planificación de los cuidados y la provisión de los servicios.

### **3.3.2. Síntesis del proceso seguido para la instauración de un modelo de atención sociosanitaria**

Lógicamente, el proceso seguido en el debate por la instauración de un modelo de atención sociosanitaria ha estado referido a toda persona en situación de dependencia, pero muy particularmente a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

Entre los hitos más destacados en el devenir del proceso de conceptualización de la atención sociosanitaria destacan, en el ámbito de las personas con discapacidad, el *Acuerdo Marco Interministerial* (Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad) de diciembre de 1993, por el que se impulsa y desarrolla en el ámbito de sus respectivas competencias programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad entre otros colectivos; el *Acuerdo del Congreso de los Diputados para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, de 1997*, los informes emitidos por el *Defensor del Pueblo* y los dos *Planes de Acción para las personas con discapacidad, 1997-2002 y 2003-2007*.

En los últimos años se ha venido avanzando, mediante *trabajos e investigaciones* en algunos aspectos, tales como el análisis y adopción del modelo RAI, como sistema de información y clasificación de usuarios y la investigación de posibles sistemas de protección a la dependencia, tanto desde el sector público como desde el privado.

En distintas Comunidades se han puesto en marcha experiencias y proyectos de atención sociosanitaria. A la vista de la diversidad de modelos, pero escaso desarrollo práctico, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un Modelo de Atención Sociosanitaria que tuviese unas bases comunes, sin menoscabo de las competencias que las CC. AA. tienen otorgadas en esta materia. En este sentido se constituyó un grupo de expertos con el encargo de realizar un informe sobre el tema, y avanzar en el cumplimiento del Acuerdo Parlamentario antes citado y de otras recomendaciones; este grupo abordó un estudio sobre:

- Usuarios sociosanitarios.
- Prestaciones sociosanitarias.
- Sistemas de información y clasificación de usuarios,



- Coordinación sociosanitaria
- Financiación de la atención sociosanitaria

En este contexto puede afirmarse como conclusión que la línea a seguir es la de la promoción de la coordinación de los servicios sociales y de salud para mejorar la calidad de vida de las personas que precisan ambos servicios de forma continuada.

## **4.- Consideraciones finales**

El establecimiento de un sistema de atención a la dependencia en el Estado español como cuarto pilar del Estado de Bienestar, constituye uno de los asuntos más relevantes de la política social de los próximos años; de su entronque con los sistemas de servicios sociales, salud y seguridad social. De la respuesta que se dé a este desafío, dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro sistema de protección social.

Las consideraciones que se detallan no sólo se encaminan a las que deberá contemplar el propio sistema nacional de atención a la dependencia, sino también aquellas modificaciones que deberán introducirse en el ordenamiento jurídico para garantizar el pleno establecimiento del sistema y la garantía de los derechos e intereses legítimos a todos los ciudadanos y ciudadanas.

### **4.1. Consideraciones de carácter general**

1. Para el sector de la discapacidad, representado por el CERMI, *“el sistema de atención a la dependencia que se establezca en España, deberá ser un sistema de base pública, de carácter universal, y de derechos exigibles y con unos mínimos iguales (equidad territorial) para todos los territorios del Estado. A partir de ahí, podrán arbitrarse fórmulas complementarias*

*privadas o decidirse acerca de cuál es el mejor sistema de gestión (público, mixto, papel de la iniciativa social, etc.)”.*

2. La atención a las situaciones de dependencia no debe ligarse ni enfocarse unilateral y exclusivamente con las personas mayores, pues las personas con discapacidad menores de 65 años son uno de los grupos sociales más directamente interesados por la regulación que tenga lugar en materia de atención a la dependencia.
3. La implantación de un sistema nacional de atención a la dependencia deberá estar en relación con el resto de políticas que se desarrollen en otros ámbitos, favorecedoras todas ellas de la plena participación, la autonomía y la vida independiente de todas las personas y, en especial, de las personas con discapacidad y las personas mayores.
4. El entorno, las actitudes y los procesos en los que se desenvuelve una persona con discapacidad si no están concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo más independiente posible contribuyen por sí mismos a producir personas dependientes o a hacer más severos los grados de dependencia debidos a una deficiencia.
5. Es fundamental para el establecimiento de un sistema eficaz de protección establecer un sistema de información interterritorial e intersectorial de carácter sociosanitario, basado en un marco conceptual y una metodología común, que permita el análisis sobre provisión de servicios por áreas geográficas, la planificación por parte de los responsables de la gestión, la contabilización del coste y la evaluación de los servicios prestados.

## **4.2.- Consideraciones que garanticen los derechos de las personas con discapacidad en situación de dependencia**

Se propone en este apartado, desarrollar un marco jurídico que garantice:

1. La regularización de todos los derechos de las personas en situación de dependencia, especialmente de aquéllas que están institucionalizadas en centros.
2. La protección de derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones es una materia especialmente sensible a la que habrá que prestar una atención preferente, pues dependencia no puede significar nunca indefensión o vulneración de derechos.
3. El impulso a la generalización de las instituciones tutelares, para que velen porque ninguna persona en situación de dependencia quede, en su caso, sin guarda legal.
4. El respeto por la autonomía y por el estilo de vida propio de la persona con discapacidad en situación de dependencia, que implica tanto la promoción de la competencia y la autonomía personal en la toma de decisiones, como el respeto a la opciones y preferencias de estas personas.
5. El establecimiento de medidas a favor de un trato digno, cuidados humanizados y entornos seguros y confortables así como la aplicación de los principios de la bioética, llamada a jugar un importante papel en un mundo tan cambiante y en el que los avances médicos, especialmente en el terreno de la genética, se producen cada vez con mayor rapidez.

6. El reconocimiento como derecho subjetivo a determinados servicios sociales, entre ellos, la atención domiciliaria, el acceso a centros de atención diurna y el ingreso, en su caso, en centros residenciales.

### **4.3. Consideraciones de apoyo a las familias**

Es un hecho el reconocimiento de que las familias desempeñan una función esencial en la garantía de unos mínimos de bienestar y cohesión social en nuestra sociedad; las familias, y dentro de ellas las mujeres, vienen constituyendo hasta hace muy poco el eje fundamental de la atención a la dependencia. La evolución del concepto de familia en la sociedad actual, requiere, sin embargo, el fortalecimiento de las políticas de apoyo y atención a las familias. En esta línea caben resaltar las siguientes líneas de actuación:

1. La potenciación de los servicios de información y asesoramiento, con especial atención en la organización, conocimiento y oferta de la atención domiciliaria para personas con discapacidad gravemente afectadas.
2. El impulso de Planes de Formación especializada y de actividades de entrenamiento y apoyo a las familias cuidadoras en atención temprana, cuidados básicos y en atención a necesidades especiales.
3. El fortalecimiento de la solidaridad entre las familias, el voluntariado social, los grupos de ayuda mutua, los cuidadores informales y las ONGs que compartan la misma problemática.
4. El reconocimiento del papel desarrollado por las asociaciones de familiares que colaboren en la prestación de servicios, habilitándose procedimientos de compensación por los mismos.
5. El incremento en el número de plazas en Centros de atención diurna y en Teleasistencia domiciliaria que dé respuesta al aumento en la demanda

de apoyos externos al núcleo familiar como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la conciliación de la vida familiar y laboral.

6. El impulso de las medidas encaminadas a la flexibilidad horaria y de la reducción de la jornada laboral, así como permisos y excedencias, para aquellos/as trabajadores/as que tengan a su cargo personas en situación de dependencia, con la implicación de los Agentes Sociales.
7. Estudio de bonificaciones en las cuotas de seguridad social por la contratación de cuidadores en el hogar de personas en situación de dependencia
8. La discriminación “positiva” de las mujeres con discapacidad solas y/o con cargas familiares con baja o nula cualificación y escasos recursos en el acceso a los prestaciones de los diferentes sistemas de protección social.
9. El fomento de los programas orientados a la organización de procedimientos que faciliten el descanso y el respiro familiar.
10. El incremento de los recursos destinados a las adaptaciones y equipamientos de las viviendas, como los sistemas domóticos de control de entornos, y del empleo de las tecnologías de apoyo en el cuidado de las personas con grave discapacidad.

#### **4.4. Consideraciones que garanticen una protección económica adecuada**

1. La implantación de un sistema de protección de las personas en situación de dependencia debe conllevar una revisión en profundidad de las

prestaciones económicas contributivas y no contributivas vigentes del Sistema de la Seguridad Social.

2. Asimismo deberá revisarse la política fiscal en relación con este colectivo de personas. Si se establece un sistema de protección específica para la cobertura de los servicios que la persona con dependencia necesita, debería estudiarse qué incentivos tendría sentido seguir manteniendo como política fiscal de apoyo a las familias.

#### **4.5. Consideraciones sociosanitarias**

En el desarrollo de un sistema universal de atención sociosanitaria que garantice la equidad y no discriminación en el acceso a los servicios, están implicados los sistemas de servicios sociales y de salud y, dentro de cada uno de estos sistemas, los niveles administrativos estatal, autonómico y local; a su vez, en cada nivel son diferentes los agentes intervinientes.

La multiplicidad de Administraciones y de Organismos implicados es un exponente claro de la complejidad y dificultad de cualquier intento de coordinación sociosanitaria; partiendo de esta complejidad, se detallan las siguientes consideraciones:

1. El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en el estado general de la persona.
2. Las políticas activas de carácter sociosanitario deben sustentarse en la prevención de los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia o, en su caso, atenuar sus posibles efectos. En este sentido deberán promoverse unos niveles óptimos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona de carácter multidisciplinar,

dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo y puede revestir diversos grados.

3. La convergencia entre los sistemas de servicios sociales y de salud para dar respuesta a las necesidades del ciudadano, no sería posible sin un crecimiento de los referidos sistemas protectores. Las dos vías que se proponen para el logro de este objetivo son el aumento de los recursos y el aprovechamiento eficaz de los actualmente disponibles.
  
4. La cooperación y coordinación entre los Órganos Gestores con competencia en la gestión de las políticas sociales y sanitarias de las distintas Administraciones Públicas se considera imprescindible para la generación de un modelo de atención sociosanitario en el consenso y la coordinación como principios fundamentales, y orientado, fundamentalmente a:
  - La configuración de un mapa de áreas o sectores sociosanitarios.
  - El establecimiento de un catálogo de servicios con su correspondiente cartera de servicios de prestaciones sociosanitarias.
  - La articulación de un sistema único de valoración de las situaciones de dependencia de validez intersectorial e interterritorial.
  - La regulación de los procedimientos, protocolos y normas de acceso y derivación hacia los servicios de atención sociosanitaria que garanticen, en todo caso, al usuario la continuidad de sus cuidados.
  
5. El desarrollo de la red de servicios sociosanitarios deberá abarcar a la totalidad de las discapacidades; asimismo se deberán establecer indicadores de calidad de los servicios y de los procesos que midan su eficacia, su eficiencia y el grado de satisfacción del usuario con los mismos.

6. Los servicios promovidos desde la iniciativa privada que participen en la prestación de servicios sociosanitarios de atención a las situaciones de dependencia, deberán estar sujetos al cumplimiento de los estándares de calidad que previamente se regulen, estableciéndose por los responsables públicos los mecanismos adecuados de control, seguimiento y evaluación de los servicios prestados.

#### **4.6. Consideraciones que garanticen la participación efectiva de la sociedad civil**

La sociedad civil, a través de sus organizaciones y entidades representativas, debe desempeñar un papel decisivo en el desarrollo de un proyecto de atención a la dependencia; en este sentido específicamente se propone:

1. El fomento y apoyo con medidas de asesoramiento técnico, formación y financiación a las Asociaciones, Federaciones, ONGs y movimiento de voluntariado que ofrecen programas y servicios a las personas en situación de dependencia en su diversa tipología.
2. La potenciación y mejora de los mecanismos de cooperación con las fundaciones y obras sociales que dedican financiación a programas dirigidos a la atención de personas con discapacidad, especialmente a programas entroncados con el fenómeno de la dependencia.

#### **4.7. Consideraciones para Servicios y Centros**

1. Por los responsables de la gestión en materia de servicios sociales de las Administraciones Públicas y, en especial, de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, son conocidas las carencias existentes para la disponibilidad de información estandarizada, detallada y actualizada sobre la variada tipología de centros y/o servicios para



personas con discapacidad existente en los distintos ámbitos territoriales del Estado español que impiden disponer, al menos, de una contabilización adecuada del número de centros por tipología, número de plazas y usuarios y su coste; la escasa información que al respecto se ha empleado en este Libro, evidencia estas carencias.

Esta situación deberá ser superada con la aplicación de aquellas herramientas adecuadas, como la del *DESDE "Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad en España"*, que permitan alcanzar tres objetivos permanentemente demandados por los responsables de las políticas destinadas al colectivo de personas con discapacidad:

- Una descripción y clasificación estandarizada de los servicios de discapacidad de los distintos ámbitos territoriales del Estado y/o sectores de discapacidad.
  - Una base de datos informatizada de servicios de discapacidad en la que se establezcan los pertinentes procesos de actualización.
  - Un catálogo avanzado de servicios de discapacidad que dé respuesta a la demanda de los usuarios.
2. El incremento en el número de plazas en Centros de atención diurna y en Teleasistencia domiciliaria que dé respuesta al aumento en la demanda de apoyos externos al núcleo familiar como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la conciliación de la vida familiar y laboral.
  3. Las poblaciones rurales sufren un retraso importante en cuanto a la dotación de servicios y centros para personas con discapacidad, especialmente si se encuentran en situación de dependencia. Es preciso evaluar de forma cualitativa y cuantitativa en que consisten estas carencias para, después, mejorar la oferta de recursos.

## **4.8.-Consideraciones innovadoras**

1. El sistema de atención a la dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo, los asistentes personales, y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia. Estas prestaciones deberán coadyuvar en favorecer la autonomía y el mayor grado de vida independiente de la persona.
2. El empleo de las Nuevas Tecnologías ofrece posibilidades hasta hace poco inimaginables para contribuir a la calidad de vida y a una mayor autonomía de las personas dependientes. Su utilización, no obstante, deberá estar sujeta a una serie de criterios, tales como:
  - Distinción entre tecnología aplicada a la persona en situación de dependencia a al personal de ayuda
  - Certificación que garantice su empleo y bajo coste.
  - Usabilidad y aceptación de la nueva tecnología por el usuario final.
3. Impulso decidido del desarrollo normativo, así como la puesta en práctica de la legislación estatal, autonómica y local, y el establecimiento de una base de criterios mínimos de obligado cumplimiento.
4. Actuaciones para difundir la normativa vigente sobre medidas de financiación en materia de rehabilitación de edificios y viviendas y de eliminación de barreras.
5. Actuaciones tendentes a incorporar las recomendaciones del Plan de Accesibilidad (2004-2012) a los programas elaborados por las distintas Administraciones Públicas.

6. Intensificar la investigación en el campo de las Nuevas Tecnologías aplicadas a favorecer la autonomía de las personas discapacitadas, incrementar su calidad de vida y facilitar sus posibilidades de comunicación e integración.
7. Difundir la información suficiente sobre utensilios, aparatos y enseres destinados a favorecer la autonomía personal, así como el empleo de Nuevas Tecnologías.

#### **4.9. Consideraciones específicas para el colectivo de personas con trastorno mental grave**

Los datos existentes sobre la situación del sistema de salud mental en España y de la atención a las personas con trastornos mentales graves son parciales y escasos y no permiten extraer conclusiones definitivas para la planificación en esta materia. Sin embargo los datos disponibles parecen apuntar en una misma dirección que es la que recogen los puntos siguientes:

1. Hacer extensiva la cultura de la promoción de la salud mental y de la prevención primaria de los trastornos mentales al conjunto de la población española.
2. Prestar especial importancia a la problemática infantil y juvenil que puede incidir en la salud mental.
3. Lograr una imagen nueva de la persona con trastornos mentales adecuada a la realidad.
4. Disponer de una red de servicios sociosanitarios suficientes, bien articulada, de calidad y distribuida equitativamente entre todas las Comunidades Autónomas y dentro de cada Comunidad entre las distintas Áreas sociosanitarias. La mencionada red de recursos deberá

comprender, además de los servicios psiquiátricos, los correspondientes recursos de atención social: rehabilitación psicosocial de la persona con trastorno mental grave; rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo; y atención residencial comunitaria.

5. Ofrecer apoyo, información y asesoramiento a las familias de personas con trastornos mentales.
6. Proteger los derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones.
7. Mejorar y perfeccionar la formación académica de los profesionales de la atención a las personas con trastornos mentales.
8. Impulsar la investigación en el campo de la salud mental de los trastornos mentales y de los tratamientos para una rehabilitación integral.

#### **4.10. Consideraciones sobre primera infancia y dependencia**

En la elaboración de los programas específicos que atiendan las necesidades de los niños/as con deficiencias y/o limitaciones graves, de 0 a 6 años, así como de sus familias, el sistema nacional de atención a dependencia deberá tener en cuenta:

1. El incremento de la oferta y la facilidad para acceder a los recursos de atención temprana.
2. La mejora de la formación de los profesionales que intervienen en la comunicación del diagnóstico de niños con trastornos generalizados del desarrollo.

3. La sensibilización a las familias y a los profesionales sobre la importancia de la atención temprana en todas sus dimensiones y no sólo en sus aspectos médico-sanitarios.
4. Mejora de la coordinación entre los servicios de atención temprana y con todas las personas y profesionales implicados en el desarrollo y la educación del niño/a.
5. Incremento del número de servicios especializados en la atención de discapacidades graves en la primera infancia.
6. Especial consideración a los niños con mayor riesgo a sufrir retrasos a la hora de recibir una orientación e intervención en atención temprana, como los niños/as con discapacidades mixtas o sensoriales.
7. Elaboración de materiales de apoyo de calidad para profesionales y padres.
8. Estandarización de los protocolos de actuación, así como los instrumentos y equipos necesarios para la atención temprana.

## 5. Referencias bibliográficas

- AIHW **The Comparability of Dependency Information across Three Aged and Community Care Programs.** Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), Canberra, 2004.
- Allen, D.:Brief report: **Changes in admissions to a hospital for people with intellectual disabilities following the development of alternative community services.** Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. (Vol.: 11;Págs.: 156-165)
- Arizcun Pineda, J.; Retortillo Franco,F.; colaboradores, López Fernández, E.M. ; Herranz Arandilla, C. **La atención temprana en la Comunidad de Madrid: situación actual y documento del Grupo PADI.** Genysi, Madrid, 1999.
- Bishop, S. J. **Parents with disabilities involved in dependency cases.** Child Abuse & Neglect (vol.27, Págs.: 233-234) 2003.
- Blanco Egido, E. **La dependencia y las personas con discapacidad.** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad, España. Seminario sobre Servicios Sociales de Atención a la Dependencia y Creación de Empleo. UIMP, 2000.
- Boeije, H. R.; Duijnstee, M. S. H.; Grypdonck, M. H. F.**Continuation of caregiving among partners who give total care to spouses with multiple sclerosis.** Health & Social Care in the Community (Vol.: 11;Págs: 242-252) 2003.
- Boyce, W.; Johnston, C.: **Collaboration in community based rehabilitation agencies:** International of Rehabilitation Research. (Vol.: 21;Págs.: 1-11) 1998.

- Br. J. Soc. Work. Morrow-Howell, N.; Proctor, E. K. **Informal caregiving to older adults hospitalized for depression.** Aging & Mental Health (Vol.: 2; Págs.: 222-231) 1998.
- Caldock, Kerry; Wenger, G. Clare. **Sociological aspects of health, dependency and disability.**: Reviews in Clinical Gerontology (Vol.: 3; Págs.: 85-96) 1993.
- Cardol, M.; De Jong, B. A.; Ward, C. D. **On autonomy and participation in rehabilitation.** Disability and Rehabilitation, (Vol.: 24, Págs: 970-974) 2002.
- Casado, D. (dir.); José María Alonso Seco ... [et al.] **Respuestas a la dependencia.** Editorial CCS, Madrid, 2004.
- Casado, D. **La dependencia funcional y sus abordajes,** en Respuestas a la dependencia, Editorial CCS, pp. 29 y 30. Madrid, 2004.
- CERMI, **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.** Documento aprobado por el Comité Ejecutivo del CERMI Estatal el 12 de mayo de 2004. Madrid, 2004.
- Comunidad de Madrid, **Plan de Atención Social a las Personas con enfermedad mental Grave y Crónica 2003- 2007.** Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003.
- Consejo Económico y Social de España (CES), **Informe 04/2003 sobre la situación de las personas con discapacidad en España.** Madrid, 2004.
- Edwards, M. J.; McNeil, J. E.; Greenwood, R. J. **Process and outcome during early inpatient rehabilitation after brain injury .** Disability and Rehabilitation (Vol.: 25 Págs: 405-410), 2003.
- FEAFFES. **El movimiento Asociativo por los derechos de las Personas con Enfermedad Mental.** IX Jornadas FEAFFES. Logroño del 22 al 25 de Abril de 1999. Confederación española de Agrupaciones de familiares y enfermos mentales (FEAFES), 2002.

- FEAPS. **La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual.** Equipo de profesionales de Asprona (Valladolid) FEAPS, 2003.
- Foro Europeo de Personas con Discapacidad, **Los marginados entre los marginados: personas con discapacidades de gran dependencia.**, Bruselas, 2000.
- García Díaz, N. (coord.) Jiménez Lara, A.; Huete García, A. **La Discapacidad en Cifras**, IMSERSO.1ª Edición, Madrid 2002.
- Generalitat de Catalunya, **Atles de la dependència.** Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2002.
- Ghorbel, M.; Segarra, M. T.; Kerdreux, J.; Keryell, R.; Thepaut, A.; Mokhtari, M. **Networking and communication in smart home for people with disabilities, Computers Helping People with Special Needs: Proceedings** (Vol.: 3118, Págs: 937-944), 2004.
- Harlem, Gudmund. **Studies on the relation between impairment, disability and dependency:** Scandinavian of Rehabilitation Medicine (Vol.: 4 Págs.: 5-119), 1976.
- Harwood, R. H.; Sayer, A. A.; Hirschfeld, M. **Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios.** Bulletin of the World Health Organization, (Vol.: 82; 251-258), 2004.
- Hirst, Michael. **Dependency and family care of young adults with disabilities:** Child Care, Health and Development. (Vol.: 11; Págs.: 241-257), 1985.
- Hung, L. C.; Liu, C. C.; Kuo, H. W. **Unmet nursing care needs of home-based disabled patients.:** of Advanced Nursing (Vol.: 40, Págs: 96-104) Oct., 2002



- IMSERSO, **Documento de consenso sobre rehabilitación e integración social de las Personas con trastorno mental grave.** Madrid, 2003.
- IMSERSO, **Informe sobre la Atención Social y Sanitaria a las personas con graves discapacidades.** Madrid, 2003.
- IMSERSO, **PNCs de la Seguridad Social. Prestaciones Sociales y Económicas de la LISMI, Informe Mensual del seguimiento y evolución de la gestión.** Subdirección General de Gestión del IMSERSO. Madrid, 2004.
- IMSERSO. **Base de datos estatal de personas con discapacidad,** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, colección documentos, serie estadísticas. Madrid, 1.ª edición 2000.
- IMSERSO. **II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.** Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid, 2003.
- INE, IMSERSO, Fundación ONCE. **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.** INE, IMSERSO, Fundación ONCE. Madrid, 2001.
- INICO. **Investigación, innovación y cambio.** Actas de las V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. INICO. Salamanca, 2003.
- INSS **Informe Estadístico 2003 del INSS.** Madrid, 2004.
- Instituto Navarro de Bienestar Social, **La Atención Temprana en Navarra. Documento Marco.** Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Instituto Navarro de Bienestar Social. Pamplona, 2004.
- Jiménez Lara, Antonio. **La Discapacidad en España: Datos Estadísticos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.** Documentos 62/2003 Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2003

- Kliebsch, U.; Sturmer, T.; Siebert, H.; Brenner, H. **Risk factors of institutionalization in an elderly disabled population.** European of Public Health (Vol.: 8;Págs.: 106-112), Jun.,1998.
- Kruse, A.; Ding-Greiner, C. **Promotion and maintenance of independence in older people with intellectual disability - results of an intervention study.** Zeitschrift Gerontologie Und Geriatrie (Vol: 36 Págs: 463-474), 2003.
- Liberman, R. P.; Glynn, S.; Blair, K. E.; Ross, D.; Marder, S. R. **In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia.** Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes (Vol.: 65, Págs: 137-155), 2002.
- Linke, Stuart; Taylor, David. **Levels of dependency of the long-term mentally disabled in community and hospital settings.** Behavioural Psychotherapy.(Vol.: 15; Págs.: 314-318), 1987.
- Lorenzo, R. de, **El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad.** Fundación ONCE-Ediciones del Umbral. Madrid 2003.
- Lovell, A. M.; Cohn, S.:**The elaboration of "choice" in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled.** Human Organization (Vol.: 57; Págs.: 8-20), 1998.
- Maraña J.J... [et al] **Vida independiente - Buenas prácticas.** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid, 1999.
- Maravall Gómez-Allende, H. **Las mujeres, sujeto y objeto del Pacto de Toledo y de la atención a la dependencia.** Comisiones Obreras, Gabinete Técnico Confederal y Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2003.
- Margalit, Malka. **Leisure activities of learning disabled children as a reflection of their passive life style and prolonged dependency.** Child Psychiatry and Human Development.(Vol.: 15;Págs.: 133-141), 1984.

- Martínez, M. F.;Villalba, C.; García, M. **Programas de respiro para cuidadores familiares.** Universidad de Sevilla.
- McKinlay, I; Ferguson, A.; Jolly, Ch.: **Ability and dependency in adolescents with severe learning disabilities.** Developmental Medicine and Child Neurology (Vol.: 38; Págs.: 48-58) 1996.
- Mitchell, J. M.; Kemp, B. J. **Special feature: Compliance with multiple treatment recommendations by older adults with disabilities.:** Topics in Geriatric Rehabilitation (Vol.: 15; Págs.: 77-88),2000.
- Muñoz M, Pérez E y Panadero S, **Buenas prácticas europeas en la intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves,** en Pedro Cabrera (dir.), Un techo y un futuro, Icaria, Barcelona, 2002, p. 178.
- Muñoz M, Vázquez C y Vázquez JJ **Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar de Madrid,** Ed. Témpora, Madrid 2003.
- Oliver, Mike: **Disability and dependency: A creation of industrial societies?** 1993 (PsycINFO Database Record (c) 2002 APA).
- OMS-IMSERSO. **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF.** Organización Mundial de la Salud, IMSERSO, Madrid, 2001.
- Orihuela Villameriel, Teresa (dir.); Gómez Conejo, Pablo (coord.); Rueda Palacio, Oscar (col.); Lorience García, Mónica (col.); Conde Díez, Raquel (col.). **Población con enfermedad mental grave y prolongada.** IMSERSO Madrid, 2003.
- Pereyra Etcheverría, M. **Para comprender la discapacidad: una visión general de la exclusión/inclusión social de las personas con discapacidad.** Fundación ONCE, España. En: Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada.

- Pérez-Díaz, V.; López Novo, J. **El tercer sector social en España.** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones, Madrid 2003.
- Ponte Mittelbrun, Jaime ... et al.; Cardama Barrientos, José (coord.); Arlazón Francés, José Luis (col.) **Guía de estándares de calidad en atención temprana.** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid, 2004.
- Priestley, M.: **Discourse and resistance in care assessment: Integrated living and community care.** British Journal of Social Work (Vol.: 28, Págs.: 659-673) Oct. 1998.
- Querejeta González, Miguel. **Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid, 2004.
- Real Patronato sobre Discapacidad. **Libro Blanco de la Atención Temprana.** Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2000.
- Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, **Necesidades de apoyo para la vida activa de las personas en situación de dependencia funcional.** Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2003.
- Rebeiro, K. L. **The labyrinth of community mental health: in search of meaningful occupation.** Psychiatric Rehabilitation (Vol.: 23; Págs.: 143-152), 1999.
- Rodríguez Cabrero, G. **La Protección Social de la Dependencia.** IMSERSO. Madrid, 1999.
- Rodríguez Cabrero, G.; Monserrat Codorniú, J. **Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia.** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid: 2002.
- Roulstone, A. **Disability, dependency and the new deal for disabled people.** Disability & Society (Vol.: 15; Págs: 427-443) 2000.

- Rovira-Beleta y Cuyás, Enrique. **Libro Blanco de la Accesibilidad**. Edicions UPC Barcelona, 2003.
- Salvador, L.; Romero, C., y Poole, M. **Escala para la descripción estandarizada de servicios para personas con discapacidad en España: origen, desarrollo y aplicaciones. Manual y mapa de servicios**. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid, 2004.
- Sánchez Fierro, Julio; Grupo de Trabajo «Dependencia» de la Fundación AstraZeneca. **Libro Verde sobre la dependencia en España**. Ergon, D.L., Majadahonda (Madrid), 2004.
- Saviola, Marilyn E. **Personal reflections on physically disabled women and dependency**. Professional Psychology: Research and Practice (Vol.: 12; Págs.: 112-117), 1981.
- Schlaff, Claire. **From dependency to self-advocacy: Redefining disability**.: American Journal of Occupational Therapy (Vol.: 47; Págs.: 943-948), 1993.
- Scott, S. N.; Gilchrist, G.; Hooke, A.; Roy, C. W.: **Eligibility criteria for NHS long stay care: the relationship between clinical need, dependency, and staff perception**. : Disability and Rehabilitation (Vol.: 20, Págs.: 179-188), 1998.
- Stewart, J.; Harris, J.; Sapey, B. **Disability and dependency: origins and futures of 'special needs' housing for disabled people**. Disability & Society (Vol.: 14; Págs.: 5-20), 1999.
- Stone, S. D. **Disability, dependence, and old age: Problematic constructions**. Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement (Vol.: 22 Págs: 59-67), 2003.
- Theodorakopoulos, Peter. **The relationship of dependency, ego strength, and attitudes toward work to vocational rehabilitation functioning of clients with psychiatric disabilities**.: Dissertation Abstracts International. (Vol.: 51), 1990.

- Tweed, Dan L.; Shern, David L.; Ciarlo, James A. **Disability, dependency, and demoralization.** *Rehabilitation Psychology* (Vol.: 33;Págs.: 143-154), 1998.
- Varios autores, **Libro Blanco I+D+I al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores.** CERMI, IMSERSO. IBV, 2003.
- Varios autores. **Libro Blanco. Estudio Socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España.** SmithklineBeechman Pharmaceuticals, 1998.
- Verdugo Alonso, M. A.; Jordán de Urríes Vega, Francisco de Borja (Coords.) **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad.** Amarú. Salamanca, 2001.
- Walden, S.; Pistrang, N.; Joyce, T. **Parents of adults with intellectual disabilities: Quality of life and experiences of caring.** *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* (Vol.: 13,Págs.: 62-76) 2000.

## 6. Anexos

### ANEXO 1

#### SERVICIOS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y/O VALORACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS			CONCERTADOS			SUBVENCIONADOS			TOTAL		
	Número	Usuarios	Coste anual	Número	Usuarios	Coste anual	Número	Usuarios	Coste anual	Número	Usuarios	Coste anual
ANDALUCÍA	9	389.486	9.963.358	0	0	0	0	0	0	9	389.486	9.963.358
ARAGÓN	4	7.026	2.917.863	0	0	0	0	0	0	4	7.026	2.917.863
ASTURIAS	3	13.800	1.799.440	1	3.300	197.520	0	0	0	4	17.100	1.996.960
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	7	37.576	2.780.500	0	0	0	0	0	0	7	37.576	2.780.500
CANTABRIA	2	3.806	264.500	0	0	0	0	0	0	2	3.806	264.500
CASTILLA Y LEÓN	32	148.853	3.520.401	0	0	0	273	148.853	80.000	305	148.853	3.600.401
CASTILLA-LA MANCHA	6	13.039	3.060.442	0	0	0	0	0	0	6	13.039	3.060.442
CATALUNYA	10	61.280	1.133.350	0	0	0	0	0	0	10	61.280	1.133.350
C. VALENCIANA	4	200.000	nd	0	0	0	0	0	0	4	200.000	nd
EXTREMADURA	2	17.497	1.194.729	0	0	0	0	0	0	2	17.497	1.194.729
GALICIA	6	23.471	2.754.353	0	0	0	0	0	0	6	23.471	2.754.353
MADRID	8	140.691	8.407.866	0	0	0	59	nd	1.810.464	67	140.691	10.218.330
MURCIA	3	33.899	599.563	0	0	0	0	0	0	3	33.899	599.563
NAVARRA	1	4.370	1.032.062	0	0	0	0	0	0	1	4.370	1.032.062
PAÍS VASCO	3	21.434	459.630	0	0	0	0	66	139.766	3	21.500	599.396
DF Álava	1	6.578	459.630	0	0	0	nd	66	139.766	1	6.644	599.396
DF Gipuzkoa	1	3.856	nd	0	0	0	0	0	0	1	3.856	nd
DF Bizkaia	1	11.000	nd	0	0	0	0	0	0	1	11.000	nd
LA RIOJA	1	18.617	457.203	0	0	0	0	0	0	1	18.617	457.203
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMRSO	2	11.705	1.528.052	0	0	0	0	0	0	2	11.705	1.528.052
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>103</b>	<b>1.146.550</b>	<b>41.873.312</b>	<b>1</b>	<b>3.300</b>	<b>197.520</b>	<b>332</b>	<b>148.919</b>	<b>2.030.230</b>	<b>436</b>	<b>1.149.916</b>	<b>44.101.062</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 2

### SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual
ANDALUCÍA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
ARAGÓN	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
ASTURIAS	nd	514	3,0	819.578	3	86	11,0	228.741	0	0	0,0	0	3	600	7,0	1.048.319
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	996	3,5	1.117.356
CANTABRIA	7	41	3,0	39.083	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	7	41	3,0	39.083
CASTILLA Y LEÓN	23	673	4,5	1.337.027	0	0	0,0	0	40	40	nd	30.968	63	713	4,5	1.367.995
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
CATALUNYA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
C. VALENCIANA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
EXTREMADURA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
GALICIA	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	752	10,0	965.179
MADRID	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	3	131	6,0	108.453	3	131	6,0	108.453
MURCIA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
NAVARRA	44	440	2,2	735.262	0	0	0,0	0	nd	96	16,0	446.835	44	536	9,1	1.182.097
PAÍS VASCO	93	443	5,7	2.380.633	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	93	443	5,7	2.380.633
DF Álava	5	234	8,0	1.005.295	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	5	234	8,0	1.005.295
DF Gipuzkoa	88	209	9,0	1.375.338	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	88	209	9,0	1.375.338
DF Bizkaia	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
LA RIOJA	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	271	271	nd	198.147	271	271	nd	198.147
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	1	28	5,0	4.602	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	1	28	5,0	4.602
IMSERO	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>168</b>	<b>2.139</b>	<b>3,9</b>	<b>5.316.185</b>	<b>3</b>	<b>86</b>	<b>11,0</b>	<b>228.741</b>	<b>314</b>	<b>538</b>	<b>11,0</b>	<b>784.403</b>	<b>485</b>	<b>4.511</b>	<b>8,6</b>	<b>8.411.864</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

El cálculo total del "Nº de horas semana por usuario", se efectúa sobre aquellos Órganos Gestores que han facilitado información al respecto.





### ANEXO 3

## SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual	Número	Usuarios	Nº horas semana usuario	Coste anual
<b>Servicios de Atención Domiciliaria</b>	<b>168</b>	<b>2.139</b>	<b>3,9</b>	<b>5.316.185</b>	<b>3</b>	<b>86</b>	<b>11,0</b>	<b>228.741</b>	<b>314</b>	<b>538</b>	<b>11,0</b>	<b>784.403</b>	<b>485</b>	<b>4.511</b>	<b>8,6</b>	<b>8.411.864</b>
<i>Discapacidad Física</i>	nd	130	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	1.126	3,5	1.117.356
Dependientes	nd	130	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	1.126	3,5	1.117.356
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
<i>Discapacidad Intelectual</i>	nd	61	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	61	nd	nd
Dependientes	nd	61	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	61	nd	nd
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
<i>Discapacidad Sensorial</i>	nd	19	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	19	nd	nd
Dependientes	nd	19	nd	nd	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	19	nd	nd
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	nd	13	nd	nd	1	36	3,0	54.092	3	131	6,0	108.453	4	180	9,0	162.545
Dependientes	nd	13	nd	nd	1	36	3,0	54.092	0	0	0,0	0	1	49	nd	54.092
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	3	131	6,0	108.453	3	131	nd	108.453
<i>Pluridiscapacidad</i>	nd	525	3,0	819.578	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	525	3,0	819.578
Dependientes	nd	525	3,0	819.578	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	nd	525	3,0	819.578
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0
<i>Varias Deficiencias</i>	23	673	4,5	1.337.027	0	0	0,0	0	311	311	nd	229.115	334	984	4,5	1.566.142
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0,0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0,0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<i>Otras discapacidades</i>	0	0	0,0	0	2	50	8,0	174.649	0	0	0,0	0	2	50	8,0	174.649
Dependientes	0	0	0,0	0	2	50	8,0	174.649	0	0	0,0	0	2	50	8,0	174.649
No dependientes	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

El cálculo total del "Nº de horas semana por usuario", se efectúa sobre aquellos Órganos Gestores que han facilitado información al respecto.

**ANEXO 4**  
**CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	122	2.963	2.963	5.116.945	84	1.742	1.902	10.510.818	0	0	0	0	206	4.705	4.865	15.627.763
ARAGÓN	0	0	0	0	26	287	287	714.420	0	0	0	0	26	287	287	714.420
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	3	32	32	12.556
CANTABRIA	0	0	0	0	7	208	208	1.398.100	0	0	0	0	7	208	208	1.398.100
CASTILLA Y LEÓN	8	757	757	4.433.370	22	208	208	2.525.858	55	2.064	4.064	12.467.531	85	3.029	5.029	19.426.759
CASTILLA-LA MANCHA	3	80	80	nd	22	243	243	1.747.428	0	0	0	0	25	323	323	1.747.428
CATALUNYA	11	197	nd	1.012.826	0	0	0	0	17	216	nd	6.012.860	28	413	nd	7.025.686
C. VALENCIANA	12	296	198	1.202.317	0	0	0	0	37	1.265	1.265	6.480.878	49	1.561	1.463	7.683.195
EXTREMADURA	2	36	36	36.892	1	9	9	42.500	21	454	454	2.324.000	24	499	499	2.403.392
GALICIA	2	40	40	nd	22	463	463	3.485.610	0	0	0	0	24	503	503	3.485.610
MADRID	7	560	556	1.556.100	28	955	955	9.264.073	5	108	299	153.531	40	1.623	1.810	10.973.704
MURCIA	6	171	171	214.756	0	0	0	0	0	0	0	0	6	171	171	214.756
NAVARRA	3	50	nd	nd	8	189	189	2.999.031	0	0	0	0	11	239	189	2.999.031
PAÍS VASCO	8	180	149	3.666.182	28	590	567	6.918.306	4	98	98	198.328	40	868	814	10.782.816
DF Álava	3	80	99	2.173.505	0	0	0	0	0	0	0	0	3	80	99	2.173.505
DF Gipuzkoa	4	60	nd	1.492.677	4	77	nd	691.792	0	0	0	0	8	137	nd	2.184.469
DF Bizkaia	1	40	50	nd	24	513	567	6.226.514	4	98	98	198.328	29	651	715	6.424.842
LA RIOJA	1	20	20	239.000	3	36	36	219.720	0	0	0	0	4	56	56	458.720
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	1	40	40	264.800	0	0	0	0	1	25	14	52.890	2	65	54	317.690
IMERSO	11	243	nd	4.302.917	1	20	nd	422.400	0	0	0	0	12	263	nd	4.725.317
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>197</b>	<b>5.633</b>	<b>5.010</b>	<b>22.046.105</b>	<b>252</b>	<b>4.950</b>	<b>5.067</b>	<b>40.248.264</b>	<b>140</b>	<b>4.230</b>	<b>6.194</b>	<b>27.690.018</b>	<b>592</b>	<b>14.845</b>	<b>16.303</b>	<b>89.996.943</b>

**NOTA ACLARATORIA**

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 5 SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CENTROS DE DÍA

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros de Día</b>	<b>197</b>	<b>5.633</b>	<b>5.010</b>	<b>22.046.105</b>	<b>252</b>	<b>4.950</b>	<b>5.067</b>	<b>40.248.264</b>	<b>140</b>	<b>4.230</b>	<b>6.194</b>	<b>27.690.018</b>	<b>592</b>	<b>14.845</b>	<b>16.303</b>	<b>89.996.943</b>
<i>Discapacidad Física</i>	19	389	165	4.214.869	48	1.384	1.397	13.851.590	32	711	711	4.465.725	<b>102</b>	<b>2.516</b>	<b>2.305</b>	<b>22.544.740</b>
Dependientes	14	243	165	2.135.420	42	1.267	1.280	12.917.570	29	633	633	4.110.790	88	2.175	2.110	19.176.336
No dependientes	5	146	nd	2.079.449	0	0	0	0	0	0	0	0	5	146	nd	2.079.449
<i>Discapacidad Intelectual</i>	33	1.782	1.611	9.677.036	170	2.837	2.836	21.298.575	64	1.786	1.570	16.440.769	<b>288</b>	<b>6.941</b>	<b>6.553</b>	<b>47.626.686</b>
Dependientes	22	945	774	5.243.666	101	2.216	2.215	17.244.889	32	556	340	8.720.947	176	4.253	3.865	31.419.808
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	3	28	28	63.337	3	28	28	63.337
<i>Discapacidad Sensorial</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	128	3.063	3.013	5.116.945	17	222	321	1.215.699	15	335	2.335	216.223	<b>160</b>	<b>3.620</b>	<b>5.669</b>	<b>6.548.867</b>
Dependientes	3	50	50	nd	0	0	0	0	2	40	40	nd	5	90	90	nd
No dependientes	0	0	0	0	17	222	321	1.215.699	2	75	75	86.223	19	297	396	1.301.922
<i>Pluridiscapacidad</i>	4	60	nd	1.492.677	12	236	236	1.857.524	2	80	271	90.194	<b>18</b>	<b>376</b>	<b>507</b>	<b>3.440.395</b>
Dependientes	4	60	nd	1.492.677	8	186	186	1.820.294	0	0	0	0	12	246	186	3.312.971
No dependientes	0	0	0	0	2	50	50	37.230	2	80	271	90.194	4	130	321	127.424
<i>Varias deficiencias</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	12	564	564	4.326.111	<b>12</b>	<b>564</b>	<b>564</b>	<b>4.326.111</b>
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<i>Otras discapacidades</i>	7	168	50	1.329.822	5	63	69	626.776	15	754	743	2.150.996	<b>27</b>	<b>985</b>	<b>862</b>	<b>4.107.594</b>
Dependientes	2	70	50	1.329.822	5	63	69	626.776	1	25	14	52.890	8	158	133	2.009.488
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 6

### CENTROS OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	1	65	65	634.749	146	4.992	5.238	18.030.130	16	nd	nd	280.149	163	5.057	5.303	18.945.028
ARAGÓN	0	0	0	0	2	688	688	2.689.035	0	0	0	0	2	688	688	2.689.035
ASTURIAS	10	619	619	2.769.190	0	0	0	0	16	757	757	886.390	26	1.376	1.376	3.655.580
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	56	1.830	1.830	718.022
CANTABRIA	0	0	0	0	4	132	132	576.278	0	0	0	0	4	132	132	576.278
CASTILLA Y LEÓN	10	542	542	1.820.239	nd	228	228	979.499	30	1.963	1.963	3.248.861	40	2.733	2.733	6.048.599
CASTILLA-LA MANCHA	4	289	289	1.133.499	57	1.943	1.943	8.042.398	0	0	0	0	61	2.232	2.232	9.175.897
CATALUNYA	4	228	nd	1.387.571	0	0	0	0	127	6.835	267	34.144.736	131	7.063	267	35.532.307
C. VALENCIANA	13	437	320	1.533.817	3	nd	238	1.477.705	60	nd	2.944	14.491.899	76	437	3.502	17.503.421
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	2	161	161	nd	33	1.213	1.213	5.498.951	0	0	0	0	35	1.374	1.374	5.498.951
MADRID	8	1.000	1.000	4.568.100	63	4.362	4.362	30.520.677	8	176	176	539.739	79	5.538	5.538	35.628.516
MURCIA	6	479	479	64.549.997	2	76	76	684.015	0	0	0	0	8	555	555	65.234.012
NAVARRA	1	6	6	nd	1	16	16	94.169	16	654	654	3.407.916	18	676	676	3.502.085
PAÍS VASCO	10	391	348	3.620.288	20	980	186	5.116.561	19	1.102	1.117	4.311.916	49	2.473	1.651	13.048.765
DF Álava	10	391	348	3.620.288	0	0	0	0	2	49	64	64.746	12	440	412	3.685.034
DF Gipuzkoa	0	0	0	0	16	794	nd	4.126.243	0	0	0	0	16	794	nd	4.126.243
DF Bizkaia	0	0	0	0	4	186	186	990.318	17	1.053	1.053	4.247.170	21	1.239	1.239	5.237.488
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	6	328	328	909.728	6	328	328	909.728
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24	17	115.680	1	24	17	115.680
IMSERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>69</b>	<b>4.217</b>	<b>3.829</b>	<b>82.017.450</b>	<b>331</b>	<b>14.630</b>	<b>14.320</b>	<b>73.709.418</b>	<b>299</b>	<b>11.839</b>	<b>8.223</b>	<b>62.337.014</b>	<b>755</b>	<b>32.516</b>	<b>28.202</b>	<b>218.781.904</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 7

# SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: CENTROS OCUPACIONALES ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros Ocupacionales</b>	<b>69</b>	<b>4.217</b>	<b>3.829</b>	<b>82.017.450</b>	<b>331</b>	<b>14.630</b>	<b>14.320</b>	<b>73.709.418</b>	<b>299</b>	<b>11.839</b>	<b>8.223</b>	<b>62.337.014</b>	<b>755</b>	<b>32.516</b>	<b>28.202</b>	<b>218.781.904</b>
<i>Discapacidad Física</i>	0	0	0	0	6	131	137	519.727	2	44	44	61.652	8	175	181	581.379
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	34	34	31.976	1	34	34	31.976
No dependientes	0	0	0	0	5	115	121	425.558	0	0	0	0	5	115	121	425.558
<i>Discapacidad Intelectual</i>	55	3.301	3.350	17.467.453	320	14.349	14.033	72.099.359	281	11.620	7.722	60.803.510	712	31.100	26.935	151.088.344
Dependientes	12	552	509	3.620.288	47	1.963	1.169	9.427.320	5	267	260	803.233	64	2.782	1.938	13.850.841
No dependientes	22	1.582	1.674	9.257.736	269	12.026	12.504	61.116.262	217	8.064	4.173	53.034.743	564	23.502	20.181	124.126.763
<i>Discapacidad Sensorial</i>	0	0	0	0	1	30	30	208.443	0	0	0	0	1	30	30	208.443
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No dependientes	0	0	0	0	1	30	30	208.443	0	0	0	0	1	30	30	208.443
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	15	145	427	1.407.441	15	145	427	1.407.441
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	30	32.770	1	15	30	32.770
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	12	55	322	826.714	12	55	322	826.714
<i>Pluridiscapacidad</i>	0	0	0	0	2	44	44	197.874	1	30	30	64.411	3	74	74	262.285
Dependientes	0	0	0	0	2	44	44	197.874	1	30	30	64.411	3	74	74	262.285
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Varias deficiencias</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Otras discapacidades</i>	8	437	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	8	437	nd	nd
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	8	437	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	8	437	nd	nd

### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 8

### CENTROS DE RECUPERACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANTABRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	23	nd	268	405.465	0	0	0	0	47	nd	1.510	3.310.116	70	nd	1.778	3.715.581
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CATALUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MADRID	2	100	121	377.000	5	230	147	1.015.746	0	0	0	0	7	330	268	1.392.746
MURCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NAVARRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAÍS VASCO	0	0	0	0	0	0	0	0	21	716	716	240.859	21	716	716	240.859
DF Álava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DF Gipuzkoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DF Bizkaia	0	0	0	0	0	0	0	0	21	716	716	240.859	21	716	716	240.859
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMSERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>389</b>	<b>782.465</b>	<b>5</b>	<b>230</b>	<b>147</b>	<b>1.015.746</b>	<b>68</b>	<b>716</b>	<b>2.226</b>	<b>3.550.975</b>	<b>98</b>	<b>1.046</b>	<b>2.762</b>	<b>5.349.186</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 9

# SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: RECUPERACIÓN PROFESIONAL ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros de Recuperación Profesional</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>389</b>	<b>782.465</b>	<b>5</b>	<b>230</b>	<b>147</b>	<b>1.015.746</b>	<b>68</b>	<b>716</b>	<b>2.226</b>	<b>3.550.975</b>	<b>98</b>	<b>1.046</b>	<b>2.762</b>	<b>5.349.186</b>
<i>Discapacidad Física</i>	2	nd	20	28.414	0	0	0	0	4	nd	63	104.189	6	nd	83	132.603
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<i>Discapacidad Intelectual</i>	7	nd	87	172.288	0	0	0	0	48	716	1.939	3.139.417	55	716	2.026	3.311.705
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	21	716	716	240.859	21	716	716	240.859
<i>Discapacidad Sensorial</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	nd	10	5.000	1	nd	10	5.000
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	3	100	143	400.600	5	230	147	1.015.746	11	0	157	234.099	19	330	447	1.650.445
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	2	100	121	377.000	5	230	147	1.015.746	nd	nd	nd	nd	7	330	268	1.392.746
<i>Pluridiscapacidad</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Varias deficiencias</i>	13	0	139	181.163	0	0	0	0	4	0	57	68.270	17	0	196	249.433
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<i>Otras discapacidades</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 10

### CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	26	777	777	304.865
CANTABRIA	0	0	0	0	6	194	194	950.998	0	0	0	0	6	194	194	950.998
CASTILLA Y LEÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	8	400	328	1.406.675	9	515	800	1.865.365	0	0	0	0	17	915	1.128	3.272.040
CATALUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. VALENCIANA	3	210	210	1.623.644	0	0	0	0	16	525	525	2.062.784	19	735	735	3.686.428
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MADRID	8	700	895	2.486.455	3	240	132	782.123	0	0	0	0	11	940	1.027	3.268.578
MURCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NAVARRA	1	nd	50	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	1	nd	50	nd
PAÍS VASCO	0	0	0	0	6	143	nd	589.728	0	0	0	0	6	143	nd	589.728
DF Álava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DF Gipuzkoa	0	0	0	0	6	143	nd	589.728	0	0	0	0	6	143	nd	589.728
DF Bizkaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMSERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>20</b>	<b>1.310</b>	<b>1.483</b>	<b>5.516.774</b>	<b>24</b>	<b>1.092</b>	<b>1.126</b>	<b>4.188.214</b>	<b>16</b>	<b>525</b>	<b>525</b>	<b>2.062.784</b>	<b>86</b>	<b>3.704</b>	<b>3.911</b>	<b>12.072.637</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total".

Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.





## ANEXO 11

### SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial</b>	<b>20</b>	<b>1.310</b>	<b>1.483</b>	<b>5.516.774</b>	<b>24</b>	<b>1.092</b>	<b>1.126</b>	<b>4.188.214</b>	<b>16</b>	<b>525</b>	<b>525</b>	<b>2.062.784</b>	<b>86</b>	<b>3.704</b>	<b>3.911</b>	<b>12.072.637</b>
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	20	1.310	1.483	5.516.774	24	1.092	1.126	4.188.214	16	525	525	2.062.784	<b>86</b>	<b>3.704</b>	<b>3.911</b>	<b>12.072.637</b>
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
No dependientes	16	1.100	1.223	3.893.130	12	755	932	2.647.488	nd	nd	nd	nd	54	2.632	2.932	6.845.483

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 12

### CENTROS DE CONVIVENCIA/OCIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANTABRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	250	250	56.198	4	250	250	56.198
CASTILLA Y LEÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CATALUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	22	nd	640	455.750	22	nd	640	455.750
C. VALENCIANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MADRID	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA	2	157	5.373	775.427	0	0	0	0	0	0	0	0	2	157	5.373	775.427
NAVARRA	0	0	0	0	0	0	0	0	11	nd	nd	973.721	11	nd	nd	973.721
PAÍS VASCO	0	0	0	0	20	778	nd	430.477	6	nd	843	272.640	26	778	843	703.117
DF Álava	0	0	0	0	0	0	0	0	6	nd	843	272.640	6	nd	843	272.640
DF Gipuzkoa	0	0	0	0	20	778	nd	430.477	0	0	0	0	20	778	nd	430.477
DF Bizkaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	nd	24	3.000	1	nd	24	3.000
IMSERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>2</b>	<b>157</b>	<b>5.373</b>	<b>775.427</b>	<b>20</b>	<b>778</b>	<b>nd</b>	<b>430.477</b>	<b>44</b>	<b>250</b>	<b>1.757</b>	<b>1.761.309</b>	<b>66</b>	<b>1.185</b>	<b>7.130</b>	<b>2.967.213</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 13

### SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: CENTROS DE CONVIVENCIA/OCIO ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros de Convivencia/Ocio</b>	<b>2</b>	<b>157</b>	<b>5.373</b>	<b>775.427</b>	<b>20</b>	<b>778</b>	<b>nd</b>	<b>430.477</b>	<b>44</b>	<b>250</b>	<b>1.757</b>	<b>1.761.309</b>	<b>66</b>	<b>1.185</b>	<b>7.130</b>	<b>2.967.213</b>
<i>Discapacidad Física</i>	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	4	nd	232	112.123	4	nd	232	112.123
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	2	nd	232	61.871	2	nd	232	61.871
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad Intelectual</i>	nd	nd	nd	nd	12	598	nd	309.318	15	250	703	698.926	27	848	703	1.008.244
Dependientes	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	4	nd	453	142.074	4	nd	453	142.074
No dependientes	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad Sensorial</i>	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	nd	nd	nd	nd	4	60	nd	50.566	25	nd	822	950.260	29	60	822	1.000.826
Dependientes	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1	0	182	71.695	1	0	182	71.695
No dependientes	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	22	nd	640	455.750	22	nd	640	455.750
<i>Pluridiscapacidad</i>	nd	nd	nd	nd	4	120	nd	70.593	0	0	0	0	4	120	nd	70.593
Dependientes	nd	nd	nd	nd	4	120	nd	70.593	0	0	0	0	4	120	nd	70.593
No dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Varias deficiencias</i>	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Otras discapacidades</i>	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 14

### CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	40	281	281	15.262.488	55	1.426	1.680	19.306.109	4	nd	nd	38.405	99	1.707	1.961	34.607.002
ARAGÓN	2	238	238	9.037.736	13	315	315	4.956.991	0	0	0	0	15	553	553	13.994.727
ASTURIAS	3	187	187	6.285.318	3	181	181	1.661.668	0	0	0	0	6	368	368	7.946.986
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	19	643	643	6.304.347
CANTABRIA	1	110	110	3.166.020	8	165	165	1.829.219	0	0	0	0	9	275	275	4.995.239
CASTILLA Y LEÓN	13	1.116	777	13.398.453	22	384	384	2.900.485	37	1.733	1.733	15.252.883	72	3.233	2.894	31.551.821
CASTILLA-LA MANCHA	4	433	433	18.581.395	7	206	206	2.918.214	0	0	0	0	11	639	639	21.499.609
CATALUNYA	20	751	nd	17.726.681	43	1.294	nd	7.809.064	61	1.766	nd	26.016.813	124	3.811	nd	51.552.558
C. VALENCIANA	14	679	322	1.920.770	6	185	185	2.544.175	22	593	593	7.977.066	42	1.457	1.100	12.442.011
EXTREMADURA	2	257	257	6.668.335	1	50	50	551.776	15	440	440	3.100.000	18	747	747	10.320.111
GALICIA	2	240	240	10.346.281	16	592	592	6.649.282	0	0	0	0	18	832	832	16.995.563
MADRID	5	379	379	nd	38	1.965	1.965	43.139.678	1	7	7	24.569	44	2.351	2.351	43.164.247
MURCIA	7	538	538	6.756.663	0	0	0	0	nd	nd	47	129.051	7	538	585	6.885.714
NAVARRA	1	80	80	3.880.079	8	392	392	9.694.776	0	0	0	0	9	472	472	13.574.855
PAÍS VASCO	22	533	307	17.298.975	36	515	421	12.675.266	2	44	54	276.627	60	1.092	782	30.250.868
DF Álava	16	238	215	7.454.304	1	7	4	138.216	2	44	54	276.627	19	289	273	7.869.147
DF Gipuzkoa	3	203	nd	9.844.671	6	90	nd	1.805.697	0	0	0	0	9	293	nd	11.650.368
DF Bizkaia	3	92	92	nd	29	418	417	10.731.353	0	0	0	0	32	510	509	10.731.353
LA RIOJA	1	120	120	3.293.317	1	18	18	350.321	0	0	0	0	2	138	138	3.643.638
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	1	30	30	397.200	0	0	0	0	0	0	0	0	1	30	30	397.200
IMERSO	6	670	nd	33.685.850	18	339	nd	5.423.718	0	0	0	0	24	1.009	nd	39.109.568
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>144</b>	<b>6.642</b>	<b>4.299</b>	<b>167.705.561</b>	<b>275</b>	<b>8.027</b>	<b>6.554</b>	<b>122.410.742</b>	<b>142</b>	<b>4.583</b>	<b>2.874</b>	<b>52.815.414</b>	<b>580</b>	<b>19.895</b>	<b>14.370</b>	<b>349.236.064</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total". Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 15

### CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros Residenciales pcd en situación de dependencia</b>	<b>144</b>	<b>6.642</b>	<b>4.299</b>	<b>167.705.561</b>	<b>275</b>	<b>8.027</b>	<b>6.554</b>	<b>122.410.743</b>	<b>142</b>	<b>4.583</b>	<b>2.874</b>	<b>52.815.414</b>	<b>580</b>	<b>19.895</b>	<b>14.370</b>	<b>349.236.064</b>
<i>Discapacidad Física</i>	14	1.002	283	32.626.778	34	724	519	12.216.041	36	879	617	6.522.394	86	2.670	1.484	52.002.511
<i>Discapacidad Intelectual</i>	65	4.071	3.647	91.850.845	218	6.628	5.728	99.515.986	73	3.108	1.894	38.803.579	373	14.275	11.737	232.671.439
<i>Discapacidad Sensorial</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	42	303	365	13.410.347	2	52	52	760.546	2	70	75	213.097	46	425	492	14.383.990
<i>Pluridiscapacidad</i>	3	203	0	9.844.671	5	78	38	1.580.913	1	14	19	140.857	9	295	57	11.566.441
<i>Varias Deficiencias</i>	4	76	4	1.956.167	12	288	0	3.403.396	18	440	269	6.287.121	34	804	273	11.646.684
<i>Otras Discapacidades</i>	9	449	0	11.260.090	4	92	52	3.104.642	12	72	0	848.366	25	613	52	15.213.098

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Organos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 16

### CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	nd	nd	nd	2.624.000	60	1.348	1.627	12.830.126	4	nd	nd	66.444	64	1.348	1.627	15.520.570
ARAGÓN	0	0	0	0	10	324	324	3.561.802	0	0	0	0	10	324	324	3.561.802
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	3	77	77	754.953
CANTABRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	2	86	86	1.880.659	11	303	303	2.808.134	0	0	0	0	13	389	389	4.688.793
CATALUNYA	2	91	nd	1.072.709	0	0	0	0	101	2.610	322	21.530.758	103	2.701	322	22.603.467
C. VALENCIANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	1	80	80	nd	14	526	526	3.888.806	0	0	0	0	15	606	606	3.888.806
MADRID	8	352	433	1.652.228	30	1.106	1.212	16.163.428	1	15	15	46.094	39	1.473	1.660	17.861.750
MURCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	54	148.272	nd	nd	54	148.272
NAVARRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAÍS VASCO	0	0	0	0	1	19	19	754.301	0	0	0	0	1	19	19	754.301
DF Álava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DF Gipuzkoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DF Bizkaia	0	0	0	0	1	19	19	754.301	0	0	0	0	1	19	19	754.301
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	38	38	178.409	1	38	38	178.409
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMERSO	5	503	nd	20.485.530	0	0	0	0	0	0	0	0	5	503	nd	20.485.530
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>18</b>	<b>1.112</b>	<b>599</b>	<b>27.715.126</b>	<b>126</b>	<b>3.626</b>	<b>4.011</b>	<b>40.006.597</b>	<b>107</b>	<b>2.663</b>	<b>429</b>	<b>21.969.977</b>	<b>254</b>	<b>7.478</b>	<b>5.116</b>	<b>90.446.653</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total".

Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.



## ANEXO 17

### CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>Centros Residenciales pcd que no se encuentran en situación de dependencia</b>	<b>18</b>	<b>1.112</b>	<b>599</b>	<b>27.715.126</b>	<b>126</b>	<b>3.626</b>	<b>4.011</b>	<b>40.006.597</b>	<b>107</b>	<b>2.663</b>	<b>429</b>	<b>21.969.977</b>	<b>254</b>	<b>7.478</b>	<b>5.116</b>	<b>90.446.653</b>
<i>Discapacidad Física</i>	5	503	nd	20.485.530	2	52	52	1.001.024	3	35	nd	269.123	10	590	52	21.755.677
<i>Discapacidad Intelectual</i>	10	533	442	2.953.368	111	3.329	3.560	34.820.284	88	2.162	53	16.474.567	212	6.101	4.132	55.003.172
<i>Discapacidad Sensorial</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	54	148.272	nd	nd	54	148.272
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	3	76	157	4.276.228	12	239	393	4.164.289	12	362	322	4.279.271	27	677	872	12.719.788
<i>Pluridiscapacidad</i>	0	0	0	0	1	6	6	21.000	0	0	0	0	1	6	6	21.000
<i>Varias Deficiencias</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	4	104	nd	798.744	4	104	nd	798.744
<i>Otras Discapacidades</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

## ANEXO 18

### CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SISTEMAS DE ALOJAMIENTO ALTERNATIVO

ÁMBITO TERRITORIAL	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
ANDALUCÍA	116	814	nd	nd	12	97	108	912.278	2	nd	nd	32.575	130	911	108	944.853
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	2	9	9	80.743	14	115	115	1.002.330	0	0	0	0	16	124	124	1.083.073
ILLES BALEARS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARIAS	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	5	61	61	598.080
CANTABRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	3	12	12	60.478	2	16	16	85.711	66	331	521	578.695	71	359	549	724.884
CASTILLA-LA MANCHA	15	88	88	1.088.507	62	410	410	2.999.749	0	0	0	0	77	498	498	4.088.256
CATALUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	10	362	301	1.315.891	10	362	301	1.315.891
C. VALENCIANA	7	37	8	161.314	0	0	0	0	35	171	171	1.866.033	42	208	179	2.027.347
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	0	4	38	38	120.588	0	0	0	0	4	38	38	120.588
MADRID	49	382	382	5.073.155	7	38	38	148.406	7	22	22	4.144.876	63	442	442	9.366.437
MURCIA	2	12	12	137.085	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12	12	137.085
NAVARRA	1	11	11	244.045	6	56	56	421.312	0	0	0	0	7	67	67	665.357
PAÍS VASCO	9	54	34	531.572	69	442	174	6.384.257	1	10	10	46.098	79	506	218	6.961.927
DF Álava	7	29	34	255.164	0	0	0	0	1	10	10	46.098	8	39	44	301.262
DF Gipuzkoa	1	10	nd	276.408	38	268	nd	3.610.380	0	0	0	0	39	278	nd	3.886.788
DF Bizkaia	1	15	nd	nd	31	174	174	2.773.877	0	0	0	0	32	189	174	2.773.877
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15	15	176.690	2	15	15	176.690
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMSERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>204</b>	<b>1.419</b>	<b>556</b>	<b>7.376.899</b>	<b>176</b>	<b>1.212</b>	<b>955</b>	<b>12.074.631</b>	<b>123</b>	<b>911</b>	<b>1.040</b>	<b>8.160.858</b>	<b>508</b>	<b>3.603</b>	<b>2.612</b>	<b>28.210.468</b>

#### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las celdas con "0" indican que el Órgano Gestor no emplea recursos en la modalidad de centro o servicio al que hace referencia.

Las celdas marcadas con las siglas "nd", indican por lo general la imposibilidad por parte del Órgano Gestor de facilitar el dato al que hace referencia o su desagregación, consignándose en este caso en el correspondiente "Total".

Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.





## ANEXO 19

# SISTEMAS DE ALOJAMIENTO ALTERNATIVO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS				CONCERTADOS				SUBVENCIONADOS				TOTAL			
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual	Número	Plazas	Usuarios	Coste total anual
<b>En sistemas de alojamiento alternativo: viviendas tuteladas, casas hogar...</b>	<b>204</b>	<b>1.419</b>	<b>556</b>	<b>7.376.899</b>	<b>176</b>	<b>1.212</b>	<b>955</b>	<b>12.074.631</b>	<b>123</b>	<b>911</b>	<b>1.040</b>	<b>8.160.858</b>	<b>508</b>	<b>3.603</b>	<b>2.612</b>	<b>28.210.468</b>
<i>Discapacidad Física</i>	0	0	0	0	4	35	17	360.609	3	16	16	138.489	11	88	70	861.868
Dependientes	0	0	0	0	3	30	12	311.086	nd	nd	nd	nd	3	30	12	311.086
No dependientes	0	0	0	0	1	5	5	49.523	nd	nd	nd	nd	5	42	42	412.293
<i>Discapacidad Intelectual</i>	54	430	420	5.623.104	136	985	795	10.272.622	87	432	713	1.872.273	277	1.847	1.928	17.767.999
Dependientes	7	29	34	255.164	21	190	190	2.377.328	0	0	0	0	28	219	224	2.632.492
No dependientes	44	389	374	5.307.462	83	578	589	4.803.014	2	nd	94	282.793	129	967	1.057	10.393.269
<i>Discapacidad Sensorial</i>	2	9	9	80.743	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	9	80.743
Dependientes	2	9	9	80.743	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	9	80.743
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Discapacidad por Enfermedad Mental</i>	140	929	115	1.259.559	35	181	132	1.043.188	33	463	311	6.150.096	209	1.597	582	8.688.153
Dependientes	138	921	107	1.098.245	20	116	67	857.388	9	37	40	4.200.974	168	1.098	238	6.391.917
No dependientes	0	0	0	0	15	65	65	185.800	10	362	207	1.065.673	25	427	272	1.251.473
<i>Pluridiscapacidad</i>	1	10	nd	276.408	1	11	11	398.212	0	0	0	0	2	21	11	674.620
Dependientes	1	10	nd	276.408	1	11	11	398.212	0	0	0	0	2	21	11	674.620
No dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Varias deficiencias</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Otras Discapacidades</i>	5	29	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29	nd	nd
Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd
No Dependientes	nd	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	nd	nd	nd	nd

### NOTA ACLARATORIA

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.