



LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

EL ANTEPROYECTO DE LEY

La Ley regula la creación del Sistema Nacional de Dependencia, con la participación de todas las Administraciones Públicas, fundamentándose en los principios de universalidad, equidad e igualdad y en la participación, integración y normalización de las personas con dependencia, mediante el desarrollo de un completo sistema de atención personalizada. Con esta ley se pretende configurar un nuevo sistema estatal, todo ello a efectos de implementar estos nuevos servicios sociales en el derecho del ciudadano español. Se ha previsto que esta ley esté implantada en seis u ocho años y que se apruebe antes del verano del año en curso. Se pretende evaluar a los cinco años del comienzo. Como herramienta para su desarrollo, se pretende crear una red de asistencia en la que los Centros de Día cobran especial relevancia. Estos centros pretenderán ofrecer un servicio personalizado y profesionalizado por un equipo multi/interdisciplinar, aún por determinar en el texto legal. Es una ley estatal de condiciones básicas para beneficio de la persona con dependencia. Para su desarrollo se creará el Consejo Territorial de Dependencia (en el mismo sus miembros acordarán..., desarrollarán...). El derecho a servicios o prestaciones económicas pretende ser de carácter universal. Se definirá un baremo, como instrumento único para todo el Estado Español, que nos igualará para entrar en el Sistema. La valoración del usuario sujeto-dependiente constará de tres grados y dos niveles/grado (en total seis niveles). Con esta valoración se decidirá quién es beneficiario y quién no. La valoración comenzará con el



aporte de la información pertinente desde el Sistema Sanitario de Salud. La gestión será centralizada y la financiación correrá a cargo del Estado Español en un 50% y de cada Comunidad Autónoma en el 50% restante. Además, se define una cuota de gasto que habrá de ser financiada por el usuario, dependiendo de su nivel de renta. Se han definido herramientas de calidad que fomentarán la formación de los profesionales implicados. Se protocolizará la atención socio-sanitaria de cada etapa firmada por los profesionales responsables. El nuevo sistema permitirá la libertad de elección pudiendo el usuario quedarse en su domicilio atendido o bien por profesionales o bien por familiares o pudiendo integrarse en un Centro de Día. La ley define una prestación económica vinculada que permite otorgar dinero al usuario que le permita comprar el servicio donde se le ofrezca, siempre que la ley y sus medios no puedan satisfacer una necesidad específica. Otro tipo de prestación familiar permite dar de alta en la Seguridad Social para que en su vejez tenga una pensión a mayores. En otras ocasiones, se podrá formar al miembro de la familia, a fin de combatir el voluntarismo, o contratar un servicio de cuidado informal mediante una prestación económica que corresponderá a la mitad de la habitual, ya que se pretende fomentar la profesionalización. Además, se podrán asignar asistentes a personas con gran discapacidad menores de 65 años que deban de acudir a su trabajo o a su centro de educación de referencia.

La ley define en el artículo 13 una categoría de Servicios y una Red Pública, aunque a la par podrá ser concertada, si fuera necesario, privada con ánimo de lucro, sin ánimo de lucro, etc... Tendrá un gran impacto sobre la creación de empleo (se crearán de 300.000 a 500.000 empleos), sobre las familias Españolas (1.150.000), que conseguirán socializar su problemática familiar individualizada, y sobre la actividad económica, ya



que los servicios sociales permiten retornos cuantificables económicos (0,62%) generosos a través de la vía fiscal, el empleo generado, etc.

CONSIDERACIONES SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

SOBRE EL TÍTULO PRELIMINAR

Tal y como se refiere en el artículo 2, en relación con la autonomía personal se manifiesta que es...*”la capacidad percibida”* por parte del usuario para *“...tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día,...”*, esto es, hace mención expresa a la **capacidad moral de autogobierno**. Sin embargo, ni en este artículo ni en el desarrollo del anteproyecto se hace referencia a la **capacidad funcional**. No debemos olvidar que, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) trata de brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción y los estados relacionados con la salud. Habla de actividad y participación, así como también de factores contextuales, en relación directa con la capacidad para adaptar los entornos y hacerlos accesibles.

En el mismo artículo y con referencia a la definición de dependencia que liga a *“...otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (avd)”*. En este contexto, el concepto de dependencia queda restringido a la ayuda de segundas personas en las avd básicas. **La ley no desarrolla el concepto de avd instrumentales**, ya que sólo hace mención de las avd básicas. Es conveniente



expresar que los enfermos mentales crónicos presentan fundamentalmente alteradas las avd instrumentales. El enfermo mental crónico ha de ser diagnosticado, tratado, seguido en su proceso crónico y evaluado en su discapacidad, según la Clasificación Funcional de Funcionamiento (CIF), aunque ciertamente este modelo no cuenta con una herramienta de aplicación. El 17% de los procesos de discapacidad psíquica del mundo están relacionados con trastornos neuro-psiquiátricos. ¿Cuántos empleos protegidos existen para las personas con esquizofrenia?. El enfermo mental sujeto-dependiente presenta un perfil determinado: adulto, sin formación, vive en casa de sus padres, varón, 38 años, carece de experiencia profesional, con un nivel de estudios de Graduado Escolar. La mayor parte tienen un grado de minusvalía del 65% y la relación con la familia totalmente deteriorada. Estos usuarios demandan una red de dispositivos y profesionales que les atiendan, en lugar de aportaciones económicas. Son necesarias actitudes con c de ciudadanos y aptitudes con p de personas. Por ello, sería adecuado modificar la ley para que estas personas con discapacidad psíquica sujeto-dependientes se vean beneficiadas por la nueva ley.

En definitiva, las avd se presentan con una gran limitación conceptual, en este anteproyecto de ley. Éstas se definen como: *“el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”*. En este sentido, es conveniente mencionar que el profesional de Terapia Ocupacional (TO), mediante la utilización de técnicas, interviene en la autonomía y funcionalidad en las áreas del desempeño ocupacional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio y participación social); en el desarrollo de las capacidades residuales; en la



compensación de las funciones perdidas; en el entrenamiento en el uso de ayudas técnicas; en el uso de prótesis y ortesis; en la integración de la persona en la sociedad y en la adaptación del entorno domiciliario, escolar y laboral.

Además, en este anteproyecto, los cuidados profesionales se ligan a “*instituciones públicas o entidad, con y sin ánimo de lucro*” y no a equipos profesionales multi/interdisciplinares. En este contexto, no se hace referencia a profesionales de la Salud y la Sociedad de relevancia para el desarrollo de la ley, tales como los terapeutas ocupacionales y los médicos rehabilitadores, entre otros. Los terapeutas ocupacionales son profesionales sociosanitarios que actúan en la prevención, asesoramiento, evaluación, tratamiento, reeducación y reinserción de personas con alteraciones físicas, psíquicas, sensoriales y sociales, en el contexto de un equipo profesional, multi o interdisciplinar, coordinado en los ámbitos sanitarios por el especialista en Medicina Física y Rehabilitación (MFR). El médico especialista en MFR participa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad y la dependencia de forma personalizada, participando como coordinador del equipo multi/interdisciplinar. El objetivo fundamental de estas dos profesiones es paliar el déficit ocasionado por la disminución de la salud, aumentar las capacidades funcionales y rehabilitar a la persona (mayor autonomía e independencia) por lo que es necesario realizar una asistencia integral de la persona en su entorno. **El Sistema Social de Dependencia más barato es el que propugna una reducción de sus efectos, gracias a la intervención de profesionales idóneos de los ámbitos sanitario y social** (todos aquellos profesionales de salud y calidad de vida, que trabajan por el enfermo crónico y el anciano, entre otros). Una perspectiva biopsicosocial ha dotado a la especialidad de MFR de una fuerte



impronta multi/interdisciplinaria, de manera que la idea de Rehabilitación puede requerir la participación de todos estos profesionales para conseguir tan ambiciosos objetivos: el fisioterapeuta (uso terapéutico de agentes físicos no ionizantes), el terapeuta ocupacional (uso terapéutico de la actividad ocupacional y de la adaptación funcional al entorno, ergonomía, adaptación funcional de ortesis, prótesis y ayudas técnicas), técnico ortopédico (fabricación de ortesis, prótesis y ayudas técnicas), logopeda (logoterapia de las alteraciones del lenguaje, habla, voz, audición y deglución), entre otros (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Desde la óptica profesional multiprofesional expresada, se piensa que es preciso plantear el estudio de la dependencia desde el estudio y la valoración del nivel de capacidad funcional de las personas. En definitiva, transformar la evaluación de las personas no partiendo tanto de lo que les falta (son dependientes por), sino desde lo que les queda (tales capacidades funcionales), para favorecer el cambio y la mejora de su autonomía personal y las posibilidades de vivir de una manera independiente.

La reflexión sobre el artículo 2 del anteproyecto refleja que el nuevo Sistema de Bienestar Social para la Dependencia nace con una restricción conceptual severa tanto en la terminología como en la participación profesional, si bien es cierto que el artículo 3 menciona “*la atención integral e integrada*” y “*el establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, **rehabilitación**, estímulo social y mental*”, “*el mayor grado de autonomía posible*”, “*en el entorno en el que desarrollan su vida*”. Evidentemente, sería conveniente definir el concepto entorno. Por entorno entendemos la variedad de condiciones culturales, físicas, sociales, personales, espirituales,



temporales y virtuales circundantes que se interrelacionan e influyen en el desempeño del usuario, pudiendo tener un efecto sobre su salud.

En el artículo 4 se constatan los derechos de las personas en situación de dependencia, derechos limitados al carácter restrictivo de la definición de dependencia realizada en el texto legal. Se remarca la importancia de las habilidades de comunicación psico-social de los profesionales que formarán parte del equipo interdisciplinar, que permitan “...*en términos comprensibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia*”, a “*respetar la confidencialidad*”, “*a ejercer pleno de sus derechos patrimoniales*”, etc. Se menciona de forma un tanto indefinida que “*las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o centros de asistencia, estarán obligados a suministrar la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia, a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban...*” en detrimento de una coordinación adecuada entre los Sistemas Sanitario y Social, sin menoscabar los datos que desde el usuario o sus familiares hayan de aportar. Se denota en todo el texto legal, **un déficit de integración entre el Sistema Sanitario y Social.**

En el artículo 5 nos preguntamos ¿Cuáles son los motivos que excluyen a la prestación por el Sistema de Bienestar Social a nuestros menores de 3 años?. ¿Dónde quedan las posibles prestaciones a los recién nacidos con enfermedades severas que produzcan discapacidad?. **No parece un sistema que pretenda promocionar la plena universalidad.**



SOBRE EL TÍTULO I CAPÍTULO I

Sugerimos que el Sistema Nacional de Dependencia incluya en el artículo 6.2.- la siguiente referencia: “*El Sistema se configura como una red **SOCIO-SANITARIA** de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados*”.

SOBRE EL TÍTULO I CAPÍTULO II

En cuanto a la atención a las personas en situación de dependencia se establecen una serie de prestaciones: servicios (Residencias, Centros de Día, etc.), prestaciones económicas y ayudas para la financiación, sólo...”*para la realización de las avd básicas*” (Artículo 12.1). En el artículo 12 se establecen unas prestaciones económicas muy limitadas (vinculada, familiares y, excepcionalmente, asistentes personales para usuarios menores de 65 años –Artículo 18-). Además, “...*vendrá determinada por el grado de dependencia y por la capacidad económica del solicitante*”. En líneas generales, se establece una **red de bloqueos que limita la universalidad de la ley.**

En el artículo 13, para fomentar la capacidad de autogobierno personal, el anteproyecto de ley establece un sistema de Teleasistencia que no aporta nada en este sentido, y un sistema de Prevención Primaria de la dependencia que, curiosamente, sería revelante para la autonomía funcional pero no respecto a la autonomía moral. Es conveniente mencionar que el tiempo de tres meses establecido para elaborar un plan de Prevención Primaria de la dependencia es muy escaso. **Y no se hace referencia a la Prevención Secundaria (inicio de la enfermedad) y a la Terciaria (fase aguda).** Si bien es cierto que es preferible modificar conductas a título de prevención, que no promover los



planteamientos terapéuticos como último remedio. Se establecen Servicios de Atención y Cuidado: de Ayuda a Domicilio (necesidades del Hogar, cuidados personales), de Centro de Día y de Noche (para mayores, para menores de 65 años, de atención especializada y de Noche) y de Centros Residenciales (mayores, psíquicos, físicos), aún por definir en cuanto a su perfil de actuación. Aún así, parece que **se está configurando un Sistema Nacional de Dependencia excesivamente social y escasamente sanitario. No parece conveniente soslayar al Sistema Nacional de Salud cuando se está abordando la dependencia que es una consecuencia de muchas enfermedades crónicas y a su vez causa de problemáticas físicas, psico-sociales y laborales de la persona sujeto-dependiente y su entorno.**

En su Artículo 19 establece la necesidad de *“prevenir la aparición de enfermedades físicas y mentales y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los Servicios Sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo dirigidos a las personas mayores y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”, estableciendo en la Sección tercera (Art. 21 a 23) los servicios de atención y cuidado para cubrir las necesidades de “asesoramiento, prevención, rehabilitación, etc.”*. En este sentido, el necesario desarrollo normativo y regulador que seguirá a la promulgación de la ley, **precisará de los campos de conocimiento que abarca la especialidad de MFR como especialidad promotora médica del Paradigma Social de Salud.** En esta especialidad de MFR, la Medicina Física es el medio, la herramienta, que permite que el profesional médico especializado realice un diagnóstico preciso de la persona con discapacidad/dependencia física y la prescripción de medidas preventivas



o terapéuticas integrales, las cuales incluyen diversas técnicas kinesiterápicas, hidroterápicas, ocupacionales, logoterápicas, entre otras. El diagnóstico en MFR se configura especialmente como la descripción de la situación de la lesión, de la función y de la capacidad de proyección social de la persona con discapacidad. Incorpora, además de las habituales valoraciones clínicas, diversas escalas de función y pruebas biomecánicas instrumentales para la medición de las variables que permitan objetivar la capacidad de respuesta a las demandas de la independencia personal, las del puesto de trabajo y de la vida de relación del individuo. La Rehabilitación, el fin perseguido, se ha construido siguiendo la referencia del modelo biopsicosocial, lo que le ha conferido una importante dimensión integradora a la hora de afrontar la enfermedad, no sólo desde el punto biológico, sino desde el punto de vista de su impacto sobre la biografía del enfermo. En consecuencia, los objetivos terapéuticos que el especialista en MFR propone van más allá de la curación y se dirigen hacia la restitución de las funciones perdidas, la reanudación de las actividades previas a la enfermedad y, también, a la integración laboral y social. **Es inexcusable que este anteproyecto de ley no garantice las prestaciones sanitarias médicas y de otros profesionales de salud y calidad de vida del paciente con enfermedad crónica sujeto-dependiente.** Además, se denota falta de continuidad en la asistencia de los usuarios de tal manera que **sugerimos que el carácter de atención asistencial debería contar con la evolución dinámica de la dependencia/independencia de cada usuario.** Por otro lado, en este texto legal parece que existe un desequilibrio en la atención que favorecería a las personas mayores en perjuicio de las personas con discapacidad. El artículo 20 desarrolla la Teleasistencia como aporte social a determinadas necesidades (emergencia, inseguridad, soledad y



aislamiento). En este sentido, la Teleasistencia puede suponer una menor valoración de la Ayuda y Tratamiento domiciliario de las situaciones de Dependencia. **La Teleasistencia puede ser “un servicio independiente o complementario”, aunque se debería mencionar su carácter auxiliar o de apoyo a otras iniciativas plenamente instauradas, así como hacer constar un doble carácter social y sanitario.**

En el artículo 21 hace mención expresa del Servicio de Ayuda a domicilio “...en relación con la atención de las necesidades domésticas o de hogar, con el cuidado personal, en la realización de las avd”. Consideramos que **falta mencionar la aproximación terapéutica de las avd, precisamente la única que puede fomentar la independencia del usuario sujeto-dependiente.** Si para la primera aproximación es necesaria una empleada doméstica, para la segunda una auxiliar de enfermería, es esta aproximación terapéutica de las avd la que estaría desarrollada por los terapeutas ocupacionales. Por otro lado, el médico rehabilitador sería responsable del diagnóstico de la enfermedad/discapacidad/dependencia previo a la actuación del terapeuta ocupacional y otros profesionales del equipo, de forma similar a los equipos de atención domiciliaria que están desarrollando una excelente labor en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Nos parece muy adecuada la mención expresa del artículo 22 sobre los Servicios de Centro de Día y de Noche que “*cubren las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, habilitación o atención asistencial y personal*”. Sería un buen índice que esta frase tuviera una adecuada expresión en el desarrollo del futuro equipo multi/interdisciplinar.



SOBRE EL TÍTULO I CAPÍTULO III

En el artículo 24, sobre los Grados de Dependencia se sigue insistiendo en el error de referirse exclusivamente a las avd básicas y a su abordaje no terapéutico por cuidadores, auxiliares, etc., lo que supone la intervención más cara para este nuevo sistema.

Sugerimos que el baremo mencionado como instrumento de valoración acordado en el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia sea realizado por un equipo multiprofesional que integre fundamentalmente al terapeuta ocupacional (como modulador de estrategias adecuadas y acordes en las avd) y al médico rehabilitador (como profesional médico fundamental que valora la capacidad funcional –lo que queda- y las secuelas –lo que falta- y, además, coordina el equipo interdisciplinar), entre otros (trabajadores sociales, psicólogos, etc.). Además, la existencia de diversos programas donde se realiza una actividad similar, como por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio del Servicio Andaluz de Salud, previamente mencionado, donde el equipo incluye conjuntamente la figura del médico rehabilitador y la del terapeuta ocupacional, el primero con funciones de prevención, diagnóstico, valoración de la enfermedad/discapacidad y prescripción terapéutica, y el último con las siguientes funciones: entrenamiento en las avd, aplicación de principios ergonómicos para la salud en las avd, adaptaciones al entorno y adaptación funcional de ayudas técnicas. Este servicio se da de manera similar en el Ayuntamiento de Madrid, así como en un proyecto piloto de Atención a Personas Dependientes en el Medio Rural en Ciudad Real y en otros proyectos similares. Todo ello tiene una relación directa con el punto dos del artículo 26 del citado Anteproyecto de Ley de Dependencia y Autonomía personal, que dice: *“las Comunidades determinarán los órganos de valoración,... y especificación de*



los cuidados que la persona pueda requerir”, trabajo del médico rehabilitador en su planteamiento terapéutico general y *“La valoración se realizará teniendo en cuenta las ayudas técnicas, ortesis y prótesis prescritas y el entorno en que vive la persona en situación de dependencia”*, función cuya prescripción corresponde al médico rehabilitador y la adaptación funcional personal al terapeuta ocupacional.

SOBRE EL TÍTULO I CAPÍTULO IV

Apoyamos la realización del Programa Individual de Atención mencionado en el artículo 28 siempre que sea elaborado en el contexto de un equipo multi/interdisciplinar adecuado a las características del usuario.

En el artículo 29 se refiere que el Grado de Dependencia se revisará ante *“la mejoría o empeoramiento, error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo”* en detrimento de un seguimiento continuo adecuado para los sujetos-dependientes.

SOBRE EL TÍTULO I CAPÍTULO V

En el artículo 31.1 la expresión *“La financiación del Sistema será la que se determine en los presupuestos de las Administraciones Públicas competentes”*. Se entiende que las Comunidades Autónomas regularán esta financiación, lo que será fuente de desequilibrios financieros y desigualdades en el trato de los usuarios-dependientes. Sería adecuado homogeneizar este trato al máximo desde el Consejo de Coordinación Territorial. La participación de los beneficiarios en las prestaciones (artículo 32) *“según el tipo y el coste del servicio”* parecen razonables, aunque *“según la capacidad*



económica” es un elemento de desigualdad en perjuicio fundamentalmente de los ciudadanos de clase media.

SOBRE EL TÍTULO II

Es elogiado incluir desde un primer momento políticas, planes y estándares de calidad en este Sistema que se concreten en herramientas de uso habitual (artículo 33). La calidad en el empleo (artículo 34) se consigue remunerando adecuadamente a los diversos profesionales. Es adecuado que se planteen políticas de información y una red de comunicaciones (artículos 36 y 37). **Así mismo, es razonable que sean los poderes públicos (con el Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad, Consejo de Coordinación Universitaria, Conferencias Nacionales Universitarias, Sistema Nacional de Salud, Sociedades Científicas, Organizaciones profesionales, Organizaciones sindicales, entre otros) quienes decidan las cualificaciones profesionales del equipo profesional, así como su formación continua, en un contexto de calidad.** Así mismo el Comité Consultivo (artículo 38) debería integrar a los organismos e instituciones previamente mencionados o, al menos, reflejar sus opiniones, sobre todo las opiniones relacionadas con los otros dos Sistemas universales, tales como el Sistema Educativo (a través del Ministerio de Educación y Ciencia y las Universidades) y el Sistema Sanitario (a través del Ministerio de Sanidad). La Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) defiende y defenderá la presencia del médico rehabilitador en el nuevo Sistema, así como la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) y las diversas



Asociaciones de TO de las Comunidades Autónomas la presencia de los terapeutas ocupacionales.

Debería ser considerada una infracción (artículo 41) el incumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en los centros adscritos al nuevo Sistema.

En el artículo 45.3, el “*titular de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales*”, se encargará de sancionar las infracciones leves establecidas por la comisión pertinente. Sugerimos que el nuevo título de esta Dirección General sea Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Socio-sanitarios.

SOBRE LAS DISPOSICIONES ADICIONALES

La disposición adicional tercera menciona “*apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria*”, la “*eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones en el hogar para mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda*”, indican y transmiten la importancia fundamental del terapeuta ocupacional en estos procesos, así como la participación del especialista en MFR en las etapas previas.

En la disposición final tercera se establecen tres meses para desarrollo del Plan de Acción Integral previsto en el artículo 7 por parte del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia. Es posible que no sea tiempo suficiente para realizar un Plan de calado socio-sanitario tan importante.



EL DESARROLLO DEL ANTEPROYECTO DE LEY EN A CORUÑA

El desarrollo de este anteproyecto de ley en la ciudad de la Coruña supondría la creación de diez o doce Centros de Día en diez o doce años, un Centro de Día/año. El ayuntamiento de A Coruña establecerá campañas de información, diseño, ejecución y seguimiento de la atención del nuevo Sistema. Se están realizando estudios sociológicos y demográficos en la Facultad de Sociología en la Universidad de A Coruña a estos efectos (en imprenta actualmente). Se creará un Servicio Municipal de Atención a la Dependencia que estará formado por equipos multiprofesionales de atención al usuario. Además se ha establecido una Oficina Municipal para la Atención de la Dependencia, una Agencia Municipal de la Dependencia y diversos y variados Cursos de Formación.

CONSIDERACIONES FINALES

Pensamos que dentro del marco que establece el Libro Blanco de Atención a la Dependencia, las profesiones de TO y la especialidad médica de MFR, entre otras, deben jugar un papel básico y fundamental en los diferentes ámbitos de intervención: valoración de la dependencia, participación en la elaboración del plan individualizado de promoción de la autonomía personal, el asesoramiento a la familia. Además, la TO se encarga del diseño, adaptación y entrenamiento en ayudas técnicas, la adaptación funcional del entorno habitual, la información de sus responsabilidades a otros profesionales del equipo, el seguimiento y revisión de cada caso en los aspectos específicos de su profesión. El médico rehabilitador es responsable de la coordinación de los equipos interdisciplinarios, de la prescripción terapéutica general y de la información a la familia.



Los principales estamentos que representan la TO, Colegios, Asociaciones Profesionales y Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de TO (CNDEUTO), consideran que entre las diferencias relevantes con las demás profesiones afines, cabe destacar que la TO es una profesión sociosanitaria, y actúa ampliamente tanto en el sector social como en el sanitario. Además los planes de estudios de TO incluyen asignaturas troncales específicas sobre avd y Ayudas Técnicas (lo que **no** ocurre con otras profesiones como Enfermería o Trabajo Social), aunque sí en la formación de Médicos Internos Residentes (MIR) de MFR.

Los principales estamentos que representan la MFR, la SERMEF y la Comisión Nacional de la Especialidad, consideran que la diferencia relevante con el resto de especialidades médicas, radica en que los médicos rehabilitadores son los propulsores médicos fundamentales del Paradigma Social de Salud, como coordinadores de un equipo multi/interdisciplinar para la función, independencia y calidad de vida del usuario sujeto-dependiente.

En A Coruña a 27 de marzo de 2006

Prof. Dr. Sergio Santos del Riego

Catedrático E.U., especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la Universidad de A Coruña (UDC)

Responsable de la Comisión de Dependencia de la FCS

PD/ Con fecha de 21 de abril de 2006, el Consejo de Ministros de España ha aprobado la Ley de Dependencia como tercer pilar de bienestar social para el ciudadano español.