



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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

CONSIDERACIONES SOBRE EL ANTEPROYECTO (aprobado en Consejo de
Ministros el 21 de Mayo de 2006)

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



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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”*. 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, entre otros, los médicos rehabilitadores, garantes médicos del paradigma social de salud en los ámbitos hospitalarios y extra-hospitalarios. El médico especialista en MFR participa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

y la dependencia de forma personalizada y organiza y ejecuta las labores como coordinador del equipo multi/interdisciplinar. El objetivo fundamental que centra el funcionamiento de este profesional médico 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. La 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 –exclusivamente- 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 análisis 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. Además, **el Sistema Social de Dependencia más barato es el que propugna una reducción de sus efectos, gracias a la intervención de los 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).



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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.**



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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 y, mucho menos, la presencia de profesionales médicos, especialistas de Medicina Física y Rehabilitación, coordinadores y garantes de la implementación adecuada del Paradigma Social de Salud en los ámbitos hospitalario y extrahospitalario y promotores de la calidad de vida para todos aquellos ciudadanos con restricción de su capacidad funcional.

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*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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 que, insistimos, es prácticamente la única especialidad médica cuya filosofía de praxis clínica actúa como promotora 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, cuyos moduladores habrían de ser los médicos



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

rehabilitadores fundamentalmente, 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 médica asistencial debería contar con la evolución dinámica – valoración- 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 se 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, esta aproximación terapéutica de las avd estaría desarrollada por los terapeutas ocupacionales. En este contexto expresado, el médico rehabilitador sería responsable del diagnóstico de la enfermedad/discapacidad/dependencia previo a la actuación de otros profesionales del equipo, de forma similar a los equipos de



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

atención domiciliaria que están desarrollando una excelente labor en la Comunidad Autónoma Andaluza y que integran profesionales de MFR y terapeutas ocupacionales.

Nos parece muy adecuada la mención expresa y restrictiva 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 expresión tuviera una adecuada expresión en el desarrollo del futuro equipo multi/interdisciplinar coordinado por un profesional formado para ello en planes y competencias establecidas en la legalidad vigente en el sistema de Médicos Internos Residentes (MIR) y que corresponde a las competencias adquiridas por el MIR en MFR.

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. De ahí, la importancia de articular equipos acordes a estas necesidades.

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 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 (terapeutas ocupacionales, 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, que integra al médico rehabilitador



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

con funciones de prevención, diagnóstico, valoración de la enfermedad/discapacidad y prescripción terapéutica, junto con otros profesionales. 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 general corresponde al médico rehabilitador y la realización terapéutica 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



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

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 elogiable 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**, a todos los 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 su condición socio



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

sanitaria, condición muy ligada al quehacer del médico rehabilitador. En este sentido y a título de ejemplo, es conveniente reseñar que la Unidad de Atención Temprana y Rehabilitación Infantil de Hospital Juan Canalejo de La Coruña, en la que participan múltiples profesionales comandados por el Dr. Cairo Antelo, médico rehabilitador, es referente de este tipo de actuaciones en la dependencia y la discapacidad infantil en España y ha sido galardonada este año con el Premio Reina Sofía. Por desgracia, los niños también padecen situaciones con limitación de su capacidad funcional y son usuario-dependientes, de ahí la importancia de fomentar la universalidad de la ley de dependencia.

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”*, cuenta con la participación, entre otros profesionales, del especialista en MFR, fundamentalmente en las etapas no terapéuticas.

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



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

Dependencia. Es posible que no sea tiempo suficiente para realizar un Plan de calado socio-sanitario tan importante.

CONSIDERACIONES FINALES

Pensamos que dentro del marco que establece el Libro Blanco de Atención a la Dependencia, la especialidad médica de MFR, entre otras, debería 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, el médico rehabilitador es responsable de la coordinación de los equipos interdisciplinares, de la prescripción terapéutica general y de la información general a la familia. En esta línea y en el marco legal establecido se está formando a los 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 Madrid a 25 de Mayo de 2006

Dr. Sergio Santos del Riego

Presidente APUMEFYR

Dr. Avelino Ferrero Méndez

Presidente SERMEF