



OBSERVATORIO  
**PARKINSON**



**REVISIÓN DE LA NORMATIVA Y  
POLÍTICAS PÚBLICAS EN PÁRKINSON.  
SALUD, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA**

**Federación Española de Párkinson. 2019**



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## INTRODUCCIÓN

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

ESTRATEGIA NACIONAL DE ENFERMEDADES  
NEURODEGENERATIVAS

ABORDAJE DEL PÁRKINSON Y PARKINSONISMOS

CARTERA DE SERVICIOS COMUNES

CENTROS Y UNIDADES DE REFERENCIA NACIONAL (CSUR)

BASE DE DATOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA  
(BDCAP)

## DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

LEY DE DEPENDENCIA

LEY DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD

ESTRATEGIA ESPAÑOLA SOBRE DISCAPACIDAD 2012-  
2020

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE  
MINUSVALÍA

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO,  
LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF)

PROCEDIMIENTO DEL GRADO DE MINUSVALÍA

## PRINCIPALES IDEAS

## BIBLIOGRAFÍA



## INTRODUCCIÓN

La **Federación Española de Párkinson** (FEP) es una entidad representante del colectivo párkinson a nivel nacional, constituida en noviembre de 1996 con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con párkinson y sus familias. Desde aquel entonces hasta la fecha, el número de asociaciones de párkinson integradas ha ido aumentando progresivamente, estando compuesta actualmente por 66 asociaciones federadas, que aglutinan en torno a 13.000 personas afectadas en 14 Comunidades Autónomas.

En el año 2017 la FEP aprueba su **Plan Estratégico 2017-2020** en el que modifica su misión orientándola a la representación del colectivo, incidiendo en el desarrollo de políticas públicas, y su aplicación real y efectiva en todo aquello que mejore la calidad de vida de las personas con párkinson. Para el cumplimiento de esta misión, la FEP definió como un objetivo estratégico prioritario apostar por la creación del **Observatorio Párkinson**, en el marco de la innovación social y el apoyo a la investigación contemplado en el Plan Estratégico, y que se ha consolidado como un proyecto para la promoción y apoyo a la investigación, mediante acciones de divulgación, fomento de la participación de personas y el estudio del análisis de la realidad de la enfermedad de Parkinson.

Y es en este **análisis de la realidad** donde se enmarca este documento, vinculado al objetivo del Observatorio dirigido a '*conocer la situación de las personas con párkinson y su entorno, a través del análisis y diagnóstico de las oportunidades de acceso a recursos, protección de derechos y garantía de aplicación de las políticas públicas*'. Para ello, y a través de informes y propuestas surgidas del levantamiento de diagnósticos y análisis de la información, se avalarán las demandas institucionales que, desde la FEP y sus asociaciones federadas, llevarán a cabo en los diferentes ámbitos de actuación (local, autonómico, estatal, internacional, público y privado).

Cabe aclarar que este documento no es una recopilación de toda la normativa y publicaciones en torno al párkinson, incluyendo información orientada a sustentar y dotar de contenido las **demandas del colectivo**, relacionadas con el acceso, la gestión y la atención de personas, e identificadas a través de la consulta realizada en 2018<sup>1</sup> a todas las asociaciones de párkinson federadas. Y cuyos resultados fueron posteriormente analizados en diferentes grupos de trabajo vinculados al propio observatorio: mesas de observadores<sup>2</sup>, mesas de expertos<sup>3</sup> y encuentro nacional de asociaciones de párkinson<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Consulta Asociaciones Párkinson Federadas. Federación Española de Párkinson. 2018

<sup>2</sup> Formada por representantes de las asociaciones de párkinson, aportando una visión más cercana al día a día de las personas afectadas, su entorno familiar, laboral y de cuidados.

<sup>3</sup> Compuesta por especialistas en párkinson de distintas disciplinas y 'paciente experto'.

<sup>4</sup> Realizado el 28 y 29 de marzo en Salamanca. Grupo de Trabajo sobre Comunicación e Incidencia Política.



En estos espacios de trabajo y análisis conjunto se identificaron y consensuaron una serie de demandas prioritarias, e intereses del colectivo en cuanto a recogida de información y elaboración de argumentos compartidos: **investigación, abordaje párkinson, protección social, reconocimiento de las asociaciones, discapacidad, dependencia, síntomas no motores y la enfermedad en personas jóvenes**. Y se observó la necesidad de hacer esta recopilación, que sirviera de base en la construcción de discursos comunes de cara a las acciones de representación e incidencia del colectivo.

Por todo ello, este documento es una **recopilación de información actualizada** acerca de las leyes, políticas públicas, y publicaciones de referencia, que aplican y afectan directamente a las asociaciones de párkinson y a las personas afectadas a las que representan, recogidas en dos ejes principales: el Sistema Nacional de Salud (SNS), y 2) los ámbitos de dependencia y discapacidad.





## SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

El Sistema Nacional de Salud engloba las prestaciones y servicios sanitarios en España. Conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución, y tras la disolución del INSALUD en 2002, **la competencia sanitaria está transferida a cada una de las comunidades autónomas**. El Gobierno central tan solo presta este servicio directamente en Ceuta y Melilla, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)<sup>5</sup>, y realiza labores de coordinación generales y básicas entre las distintas comunidades.

### ESTRATEGIA NACIONAL DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Este documento, aprobado en 2016, contempla **líneas y objetivos estratégicos** que coinciden con muchas de las demandas del colectivo párkinson:

- ▶ LE1. Prevención y detección precoz
- ▶ LE2. Atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas
  - Atención integral a pacientes y familiares
  - Apoyo social y de rehabilitación
  - Atención en fase avanzada
- ▶ LE3. Atención a personas cuidadoras
- ▶ LE4. Coordinación sanitaria y social
- ▶ LE5. Autonomía del paciente
- ▶ LE6. Participación ciudadana
- ▶ LE7. Formación continuada (de los profesionales)
- ▶ LE8. (Fomento de la) Investigación

<sup>5</sup> Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (ahora denominado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-15767>



### ➤ *Enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos*

Además, en esta estrategia se incluye un apartado específico dedicado a la enfermedad de Parkinson y los Parkinsonismos, en el que se reconoce a la EP como el **segundo trastorno neurodegenerativo más prevalente** en la actualidad, variando entre 150 y 1.500/100.000 habitantes. Siendo la prevalencia media de EP en España de 682,2/100.000 habitantes.

También se hace hincapié en el hecho de que **el tratamiento de la EP debe abordar los síntomas motores y no motores**, no habiendo hasta el momento ningún fármaco que haya demostrado un efecto neuroprotector sobre la evolución de la enfermedad. Así como la **recomendación de recibir desde el inicio del diagnóstico un tratamiento no farmacológico**, haciendo referencia concreta a la fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, nutrición y dietética.

Según recoge un informe de 2013 sobre el Impacto Social de la Enfermedad de Parkinson en España, *“en la EP, además de la sintomatología motora característica de la enfermedad, es de importancia la evaluación de síntomas no motores (SNM) que contribuyen en gran parte al grado de institucionalización de los pacientes, principalmente aquéllos derivados del espectro psiquiátrico”*.

Estos síntomas están recogidos en todo tipo de publicaciones, como la Guía de Práctica Clínica del Párkinson, en los que se hace referencia a aquellos **trastornos que no afectan directamente a la motricidad**:

- Trastornos autonómicos (estreñimiento, salivación, hipotensión, incontinencia, disfunción eréctil, sudoración, trastornos sexuales, trastornos de la deglución, etc.).
- Trastornos neuropsiquiátricos y cognitivos (alucinaciones, ilusiones, ideación delirante, demencia, dificultad para la concentración, para ejecutar tareas cognitivas complejas o realizar varios quehaceres a la vez, etc.).
- Trastornos sensoriales (alteraciones visuales, disfunción olfatoria, alteraciones del gusto, hipoacusia y otros trastornos auditivos, así como dolor y síntomas sensitivos asociados).
- Trastornos afectivos, emotivos y volitivos (depresión, apatía, ansiedad, trastornos sexuales, etc.).
- Trastornos del sueño (alteraciones del sueño en fase REM, insomnio, somnolencia diurna excesiva, etc.).
- Trastornos de otros órganos fuera del sistema nervioso central (osteoporosis, dolor de espalda, problemas respiratorios etc.)

En este sentido, ya se hablaba en 2015, en el Libro Blanco del Párkinson, de que un mejor conocimiento de la enfermedad por parte de quien o quienes conviven con ella es una condición indispensable para conseguir que, tanto la persona con párkinson como quienes las cuidan, tengan la mejor calidad de vida posible. Esta premisa, aplicable a cualquier afección, se hace aún más importante en el caso del párkinson.



Primero, por la complejidad de sus manifestaciones: sus síntomas motores pueden ser extremadamente cambiantes a lo largo del día, lo que genera una gran inseguridad si no se cuenta con la información adecuada; y, segundo, cuando se desconoce la posible aparición de síntomas no motores como ansiedad, depresión, apatía o comportamientos obsesivos, pueden convertirse en elementos que dificulten la convivencia entre la persona con párkinson y su entorno.

Y, como señala la Guía de la Sociedad Española de Neurología, los síntomas no motores pueden llegar a ser tan incapacitantes como los motores, afectando *“a la calidad de vida de la persona afectada y cuidadora, incluso cuando el control motor es bueno”*.

Por otro lado, en esta estrategia se hace un breve recorrido por la situación en España de la EP, tanto en lo referente a la morbi-mortalidad, destacando la necesidad de contar con instrumentos específicos de medición de la **calidad de vida** que se puedan aplicar de forma sistemática; como al **impacto económico** de la enfermedad, en relación a los costes directos (asistencia sanitaria, tratamiento y cuidado ambulatorio) e indirectos (productividad laboral debida a jubilaciones anticipadas o rol de cuidados); y en la atención a personas, en referencia a la **atención sociosanitaria** como importante pilar para el mantenimiento funcional, el retraso de la dependencia, y soporte familiar, debiendo formar parte del espectro de servicios de atención a las personas afectadas.

Por último, hay que destacar la **recomendación de recursos rehabilitadores y sociales** para personas afectadas de enfermedades neurodegenerativas incluida en esta estrategia. Y que se concretan en servicios orientados a:





## ABORDAJE DEL PÁRKINSON Y PARKINSONISMOS

Ahora bien, dentro de esta estrategia, el Abordaje de la Enfermedad de Parkinson aún está pendiente de aprobarse, habiéndose ya hecho las aportaciones desde el colectivo párkinson, tras la convocatoria de la Comisión Interterritorial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social<sup>6</sup> a la FEP en 2018.

Este abordaje incluye aspectos relacionados con los **criterios de atención** a la persona con párkinson, sus familiares y las personas cuidadoras (como el plan individualizado de atención y plan de seguimiento, entre otros), los **criterios de gestión** (como las vías clínicas o mapa de recursos), los **procesos de soporte** (como formación a profesionales y apoyo a la investigación), y una serie de **indicadores de evaluación** que aportarán información acerca del grado de cumplimiento del abordaje.

Y de manera concreta, se trasladaron aspectos coincidentes con algunas de las demandas institucionales que se vienen solicitando por parte del colectivo, a través de algunas aportaciones específicas al documento:

- Definir el **tratamiento no farmacológico** necesario, y los criterios de atención y gestión, partiendo de la fisioterapia, logopedia, psicología y terapia ocupacional como terapias básicas.
- Establecer los **tiempos de seguimiento y coordinación asistencial** necesaria entre la atención primaria y los servicios de neurología.
- Incluir la perspectiva de género mediante el **lenguaje inclusivo**.
- **Mapa de recursos** sanitarios y sociales en los que estén incorporadas las asociaciones de párkinson.

Y una vez el documento sea aprobado, **las CC.AA. pasan a tener las competencias** para elaborar y poner en marcha los Planes Integrales sobre párkinson, en los que se incluirá el proceso asistencial sanitario y social de la enfermedad. Las asociaciones de párkinson, y/o federaciones autonómicas de cada CC.AA., se pueden servir de este abordaje para hacer seguimiento del proceso de elaboración y puesta en marcha de los Planes Integrales.

## CARTERA DE SERVICIOS COMUNES

En el *Real Decreto-Ley 16/2012*, se establece la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, en su artículo 8, la denomina como “*el conjunto de técnicas, tecnología o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos (...) mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*”. Y que a su vez se divide en:

---

<sup>6</sup> Entonces denominado Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



#### CARTERA COMÚN BÁSICA DE SERVICIOS

**ASISTENCIALES:** prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y transporte sanitario urgente (cobertura y financiación pública).

**CARTERA COMÚN SUPLEMENTARIA:** prestaciones mediante dispensación ambulatoria y sujetas a aportación de la persona usuaria (farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente)

**CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ACCESORIOS:** actividades sin carácter de prestación, no esenciales para la mejora de la patología crónica. Sujetas a aportación/reembolso.

**CARTERA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIA DE LAS CC.AA.:** cartera(s) común(es) + cartera autonómica según competencias + recomendación prestaciones complementarias del Consejo Interterritorial.

En esta cartera relativa a los complementos autonómicos se hace referencia, entre otras, a la **atención especializada**, que comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados. Así como aquellas de promoción de la salud, la educación sanitaria y la prevención de la enfermedad. Garantizando la continuidad de la atención integral a la persona, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria; y prestándose esta atención, siempre que las condiciones de las personas lo permitan, en consultas externas y hospitales de día.

En la atención especializada está contemplada la **“rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”**, que comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de personas con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible a la persona.

Y que incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de servicios de **fisioterapia, terapia ocupacional, y logopedia** que tengan relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el SNS y métodos técnicos (ortoprótesis, recogidas en la Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica).

### **CENTROS Y UNIDADES DE REFERENCIA NACIONAL (CSUR)**

Estos recursos se regulan a través del Real Decreto 1302/2006, con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a las personas con necesidad de cuidados de elevado nivel de especialización, y dando cobertura a todo el territorio nacional.



Según viene reflejado en el artículo 2 de este RD:

- **Centro de Referencia:** “centro sanitario que dedica fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características contempladas en el apartado 2 de este artículo”<sup>7</sup>.
- **Servicio o Unidad de Referencia:** “servicio o unidad de un centro o servicio sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento o a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el Real Decreto 1302/2006, aunque además ese servicio o unidad atienda otras patologías para las que no sería considerado de referencia”.

Y cuyo criterio de designación vienen recogido en su artículo 3:

#### Criterios para la designación de centros, servicios o unidades de referencia.

Demstrar <b>conocimiento y experiencia</b> en el manejo de la patología
Tener o prever un <b>volumen de actividad</b> suficiente
Garantizar la <b>calidad y seguridad</b> de los pacientes
Contar con <b>equipamiento y personal</b> necesario
Tener disponibles los <b>recursos</b> para la adecuada atención de paciente
Obtener <b>indicadores de resultados</b> adecuados previos
Disponer de un sistema de <b>información y evaluación</b> de los servicios prestados
Tener <b>capacidad de formación</b> a otros profesionales en la actividad designada

Las propuestas para iniciar el procedimiento para la designación de los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) se realizarán por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social<sup>8</sup>, o por las comunidades autónomas a través del **Comité de designación** de centros, servicios y unidades de referencia (Artículo 5). Estos CSUR deben contar con **autorización sanitaria** conforme a lo regulado en el Real Decreto 1277/2003; y disponer de un **informe favorable** de la autoridad competente de la comunidad autónoma donde estén ubicados.

<sup>7</sup> Artículo 2.2 Las patologías o grupos de patologías cuya prevención, diagnóstico o tratamiento se realice mediante técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera de servicios comunes del SNS, en los CSUR de referencia del SNS, deberán reunir una o varias de las siguientes características: a) Enfermedades que requieren para su adecuada atención técnicas, tecnologías y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, de elevado nivel de especialización, (...); b) Enfermedades que requieren alta tecnología para su prevención, diagnóstico o tratamiento (...); c) Enfermedades raras que, por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención, (...).

<sup>8</sup> Entonces denominado Ministerio de Sanidad y Consumo.



Según viene publicada en la web del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social<sup>9</sup>, *“hasta el momento, el **Consejo Interterritorial (CISNS) ha acordado 68 patologías o procedimientos** para los que es necesario designar CSUR en el SNS; así como, los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia”*.

Aunque ninguna de estas patologías o procedimientos hacen referencia expresa a la enfermedad de Parkinson, en la línea relacionada con los **‘Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo’**, recoge la idea de que *“la dificultad diagnóstica y terapéutica de esta patología viene determinada tanto por su pluralidad sintomática como por la amplia variedad de procesos que pueden originarla (síndromes parkinsonianos, atrofias multisistémicas, ataxias cerebelosas, fallo autonómico puro, polineuropatías, etc.) y por la necesidad de técnicas muy específicas para su correcta evaluación y seguimiento”*.

### **BASE DE DATOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (BDCAP)**

Esta base de datos *“recoge **información clínica codificada y normalizada, con carácter anual sobre la atención prestada en el primer nivel de atención. Los datos se extraen de una amplia muestra aleatoria de las historias clínicas de la población asignada a atención primaria, con representación a nivel de comunidad autónoma”***.

Las variables incluidas comprenden los problemas de salud activos, las intervenciones realizadas (interconsultas a especialidades hospitalarias, procedimientos realizados o solicitados al hospital, fármacos dispensados) y una selección de resultados intermedios en salud (valores de parámetros, mediciones).

Los últimos datos facilitados en 2018 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y correspondientes al año 2015<sup>10</sup> (existe información desde 2012, y el último registro se hizo en 2017), incluyen información acerca del número de personas con párkinson/parkinsonismo y tasas de personas por cada mil personas asignadas (a atención primaria), según: 1) sexo y edad, 2) sexo y CC.AA., 3) sexo y tamaño de municipio, 4) CC.AA. y edad quinquenal, 5) nivel de renta y CC.AA., y 6) CC.AA. y situación laboral.

Así, y atendiendo a la necesidad de establecer criterios de diagnóstico y atención de las **personas jóvenes con párkinson**, hay que destacar la información facilitada relativa a la edad de las personas atendidas en Atención Primaria (código CIAP2: “N87 – Enfermedad de Parkinson/Parkinsonismos”). Según estos datos, 2.292 personas atendidas en el SNS por esta enfermedad tienen menos de 50 años (2%), y 13.629 (10%) están en edad laboral (entre 35 y 64 años).

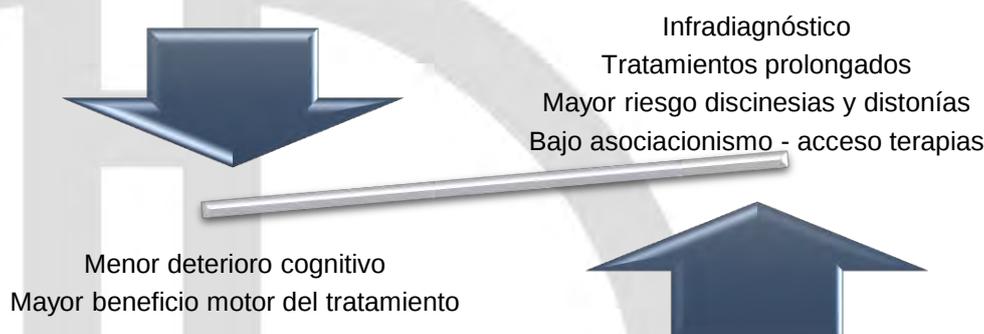
<sup>9</sup> <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/CriteriosCSUR.htm>. Última revisión el 14 de octubre de 2019.

<sup>10</sup> Muestra 2015: 4.68 millones de personas; Muestra 2016: 4.76 millones de personas).



En este sentido, y teniendo en cuenta los **aspectos clínicos y epidemiológicos**, las personas jóvenes obtienen estadísticamente una mayor severidad (según el estadio de Hoehn&Yahr<sup>11</sup>), una mayor duración, una mayor discapacidad, y una mayor gravedad de la enfermedad (signos y complicaciones motoras)<sup>12</sup>.

Según viene recogido en el Informe de la Fundación del Cerebro, ya mencionado anteriormente, *“la enfermedad de Parkinson no solo afecta a la persona que la padece sino a todas las que conviven con ella. (...) Y la manera en que los síntomas (motores y no motores) determinan el **impacto en la familia** viene condicionada fundamentalmente por la edad de la persona afectada. Cuando la persona es mayor la aceptación es más resignada. En el caso de los jóvenes es más traumático, ya que implica aspectos laborales y económicos más problemáticos. Los trastornos conductuales en pacientes jóvenes sobre todo los trastornos compulsivos son frecuentes y pueden llevar problemas graves de convivencia que desemboquen en el divorcio y a la desestructuración de las familias”*.



<sup>11</sup> La EP tiene un curso progresivo que puede variar en función de la persona y atraviesa por diferentes estadios. La clasificación de Hoehn y Yahr, en 1967, recoge cinco estadios: diagnóstico reciente (1. afectación unilateral y 2. bilateral sin alteración del equilibrio), afectación moderada (3. afectación bilateral con alteración del equilibrio y 4. aumento del grado de dependencia), y afectación severa (5. afectación severa y alta dependencia).

<sup>12</sup> Informe de la Fundación del Cerebro sobre el Impacto Social de la Enfermedad de Parkinson en España. 2013.



## LEGISLACIÓN EN DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la **discapacidad** “es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”<sup>13</sup>.

A nivel nacional, la definición de discapacidad está recogida en el Real Decreto Legislativo 1/2013, como “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Por su parte, la **dependencia** está definida en la legislación española, a través de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal (39/2006), como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

### LEY DE DEPENDENCIA

La atención dirigida a la prestación de servicios vinculados al ámbito del bienestar social y la dependencia está condicionada a la aplicación la Ley 39/2006, también conocida como ‘**Ley de Dependencia**’. Y cuyo contenido sienta las bases conceptuales y normativas en este ámbito de actuación:

#### Artículo 1. Objeto de la Ley

- Regulación condiciones básicas a través del SAAD\* con contenido mínimo común para todo el territorio.
- Acción coordinada y cooperativa entre la Administración General del Estado y las CC.AA.

\* Nota: SAAD – Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.who.int/topics/disabilities/es/> . Última revisión el 14 de octubre de 2019.

<sup>14</sup> Es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.



### Artículo 3. Principios de la Ley

- Atención personalizada
- Prevención, rehabilitación, estímulo social y mental
- Promoción de la autonomía
- **Participación de las personas, sus familias y entidades que les representan**; de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones; **del tercer sector en los servicios y prestaciones**
- Integración de las prestaciones en la red de servicios sociales autonómicos, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados (artículo 16)

### Artículo 11. Participación CC.AA. en el Sistema

- Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios
- **Gestionar los servicios y recursos necesarios** para la valoración y atención
- **Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria**, creando, en su caso, los órganos que procedan para garantizar una efectiva atención
- **Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios**, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad
- Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención

### Artículo 12. Participación de las Entidades Locales

- En la **gestión de los servicios de atención** de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas, y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

Respecto a la **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS** para la atención a la dependencia, en el artículo 14 de la ley se establece que:

1. Tendrán carácter prioritario aquellos incluidos en el Catálogo.
2. Se prestarán a través de la Red de Servicios Sociales por las CC.AA. mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

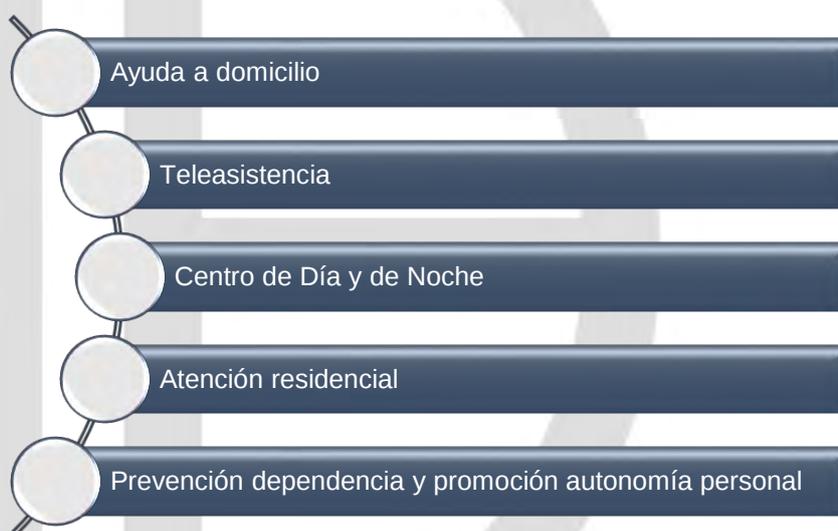
Y se regula que, de no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, se incorporará la prestación económica vinculada (artículo 17):



1. **La prestación económica, que tendrá carácter periódico**, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma.
2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, **vinculada a la adquisición de un servicio**.

Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el **Programa Individual de Atención** debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.

Además, el **CATÁLOGO DE SERVICIOS**, recogido en el artículo 15 de la Ley, comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los siguientes términos<sup>15</sup>:



<sup>15</sup> Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal: Habilitación y Terapia Ocupacional; Atención Temprana; Estimulación cognitiva; Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional; Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual; Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas). En el artículo 17, de prestación económica vinculada al servicio, recoge la posibilidad de que en los casos en el que el que el servicio que la persona requiera o priorice no se encuentren en el catálogo de servicios públicos ofertados, (el cheque servicio se puede usar para costear actividades terapéuticas concretas, como la Fisioterapia, Logopedia, etc.).



Por otro lado, los **GRADOS DE DEPENDENCIA**, a efectos de su valoración, se determinarán (según el artículo 27 referido a la valoración de la situación de dependencia) mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante real decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)** adoptada por la Organización Mundial de la Salud, no siendo posible determinar el grado de dependencia mediante otros procedimientos distintos a los establecidos en este baremo.

Y en el artículo 41 se establecen los **ÓRGANOS CONSULTIVOS** de la Ley:

- El Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- El Consejo Estatal de Personas Mayores.
- El Consejo Nacional de la Discapacidad.
- El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

También cabe destacar otros artículos de la Ley, que asientan acepciones e ideas básicas con relación a la dependencia, su valoración y los derechos de las personas afectadas:

➤ *Artículo 2. Definiciones:*

<b>Autonomía</b>	La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
<b>Dependencia</b>	El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
<b>Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</b>	Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.



---

<b>Necesidades de apoyo para la autonomía personal</b>	Las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.
--	--

---

<b>Cuidados no profesionales</b>	La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
----------------------------------	--

---

<b>Cuidados profesionales</b>	Los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.
-------------------------------	---

---

<b>Asistencia personal</b>	Servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal. 8. Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales
----------------------------	---

---

➤ *Artículo 4. Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia:*

<b>Derechos personas dependientes</b>	Recibir información completa, comprensible y accesible, sobre su situación de dependencia
---------------------------------------	---

---

	Participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, individualmente o mediante asociación
--	--

---

<b>Deberes personas dependientes, familiares, representantes y centros de asistencia</b>	Suministrar toda la información y datos requeridos por las administraciones competentes para la valoración del grado de dependencia
--	---

---

	Comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban
--	--

---

	Aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas
--	---

---

➤ *ARTÍCULOS 21, 23 Y 24. Atención y servicios:*

<b>Prevención situaciones dependencia</b>	Prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades 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 y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
---	--

---



---

<b>Servicio Ayuda a Domicilio</b>	Conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función.
-----------------------------------	---

---

<b>Servicio Centro de Día y de Noche</b>	Atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal
--	--

---

➤ **Artículo 26. Grados de dependencia.**

---

<b>Grado I. Moderada</b>	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
--------------------------	---

---

<b>Grado II. Severa</b>	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
-------------------------	---

---

<b>Grado III. Gran dependencia</b>	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
------------------------------------	--

---

## **LEY DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Los derechos de las personas con discapacidad, y de su inclusión social, viene recogido en la Ley con el mismo nombre<sup>16</sup> que tiene por objeto (Artículo 1) **“Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas (...)”**, a través de la promoción de:

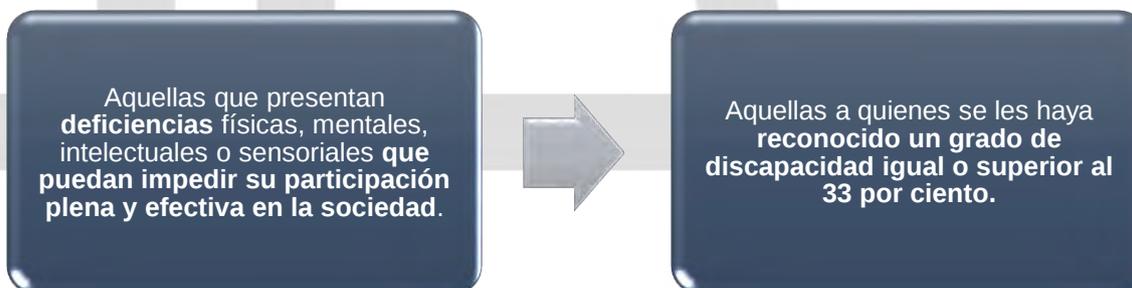
---

<sup>16</sup> Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. 2013



Y todo ello, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>17</sup> y los tratados y acuerdos internacionales ratificados<sup>18</sup> por España.

En el Capítulo II de la Ley, referido al ámbito de aplicación de esta, artículo 4 sobre la titularidad de los derechos, se establece que **son personas con discapacidad**:



<sup>17</sup> Aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. “Reconociendo la diversidad de las personas con Discapacidad”.

<sup>18</sup> INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.

<https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>



Efectuándose el reconocimiento del grado de discapacidad por el órgano competente, acreditándose en los términos reglamentariamente y **con validez en todo el territorio nacional**.

Además, el artículo 5 de la Ley recoge algunas medidas específicas:

**Artículo 5. Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal**

**•Medidas específicas en los siguientes ámbitos:**

- Telecomunicaciones y sociedad de la información
- Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación
- Transportes
- Bienes y servicios a disposición del público
- Relaciones con las administraciones públicas
- Administración de justicia
- Patrimonio cultural
- Empleo

## **ESTRATEGIA ESPAÑOLA SOBRE DISCAPACIDAD 2012-2020**

Elaborada por el Real Patronato de Discapacidad, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social<sup>19</sup>, y en el que se recogen los principios inspiradores referidos en:

- La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Entre los que destacan:

<sup>19</sup> Entonces denominado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



---

**No discriminación, igualdad de trato ante la ley e igualdad de oportunidades**

La ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, acoso discriminatorio o discriminación por asociación, por motivo de o sobre la base de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, laboral, civil o de otro tipo, con especial referencia a la igualdad de trato entre mujeres y hombres.

Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, laboral, cultural y social.

---

**Vida independiente**

La situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

---

**Normalización**

El principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.

---

**Accesibilidad universal**

La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.

---

## **GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LA SITUACIONES DE MINUSVALÍA**

**Los baremos establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad**, de acuerdo con el modelo propuesto por la Clasificación de la OMS (CIF), recogidos en la Guía para la Valoración de Situaciones de Minusvalía del IMSERSO<sup>20</sup>, y teniendo en cuenta las Tablas Ama<sup>21</sup> como sistema de valoración del grado de minusvalía.

---

<sup>20</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

<sup>21</sup> Tablas para la Evaluación del Menoscabo Permanente de la Asociación Médica Americana (AMA) para valorar el grado de Minusvalía.



El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales no podrá ser inferior al 25%. En estos momentos desde el *IMSERSO* se están revisando los actuales baremos.



Tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria descritos constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad. Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina.

Cuando se trata de deficiencias que afectan a diferentes órganos de un mismo aparato o sistema, los criterios para determinar en qué supuestos deben ser combinados los porcentajes en función de los órganos, aparatos o sistemas son tomados en consideración en el RD 1971/1999.

## GRADO DE DISCAPACIDAD

## CATEGORÍA O CLASE

### Grado 1

Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

### Grado 2

Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de estas.

### Grado 3

Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

### Clase I

Deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos. La calificación de esta clase es **0 %**.

### Clase II

Deficiencias permanentes que cumplen con los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 y el 24 %.

### Clase III

Deficiencias permanentes que cumplen con los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido **entre el 25 y 49 %**.



#### Grado 4

Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

#### Grado 5

Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las AVD.

#### Clase IV

Deficiencias permanentes que cumplen con los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos. El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido **entre el 50 y 70 %**.

#### Clase V

Deficiencias permanentes que cumplen con los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos. Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico. A esta categoría se le asigna un porcentaje del **75 %**.

Además, al definirse la minusvalía como *“la desventaja social en una persona afectada por una deficiencia o discapacidad”*<sup>22</sup>, y que surge en la relación de la persona con el medio, y los obstáculos culturales, materiales o sociales que impiden su adecuada integración en la sociedad, **el baremo valora otros factores personales y sociales:**

#### FACTOR FAMILIAR

Problemas graves de salud/minusvalía en miembros de la familia (padres/tutores, hijos, hermanos u otros familiares convivientes, otros).

Ausencia de miembros responsables de la unidad familiar (muerte, abandono, otros).

Relaciones intrafamiliares que dificulten la integración (sobrepotección, abandono encubierto, explotación, otros).

Otras situaciones (situaciones generales marginantes, bajo nivel cultural, inhabilitación social, otros)

#### FACTOR ECONÓMICO

Se valorará teniendo como referencia el salario mínimo interprofesional, conforme al número de personas que componen la unidad familiar y las siguientes pautas:

1. Total ingresos familiares.

2. Gastos de vivienda (alquiler, amortización primera vivienda, desahucio, eliminación barreras arquitectónicas).

3. Gastos extraordinarios de carácter prolongado (educativos, sanitarios, otros).

<sup>22</sup> Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).



<b>FACTOR LABORAL</b>	<p>Se valorará en función de la edad y las distintas situaciones en relación con el empleo, de acuerdo con las siguientes pautas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Situación de desempleo (INEM o entidades análogas, entidades de promoción de empleo, centro ocupacional).</li><li>2. Situación de subempleo (por debajo de la capacidad y/o posibilidades y/o en condiciones laborales precarias -temporales, sin contrato, explotación, economía sumergida-).</li></ol>
-----------------------	---

<b>FACTOR CULTURAL</b>	<p>Situación cultural DEPRIMIDA (no acceso sistemas escolares obligatorios).</p> <p>Situación cultural INFERIOR (sólo certificado de escolaridad).</p> <p>Situación cultural PRIMARIA (sin compensar en postescolaridad).</p> <p>Situación cultural ORDINARIA (certificaciones de enseñanzas básicas).</p>
------------------------	--

<b>FACTOR ENTORNO</b>	<p>Carencia o dificultad de acceso a recursos sanitarios, de rehabilitación, educativos, culturales, profesionales, asistenciales, ocupacionales, de medios de comunicación, etc., que se consideren necesarios en el proceso integrador.</p> <p>Dificultades en vivienda y /o barreras arquitectónicas y/o de comunicación (Vivienda: carencia o inadecuación, barreras en el entorno, carencia de transporte adaptado).</p> <p>Problemas de rechazo social.</p>
-----------------------	---

## **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF)**

Esta clasificación *“proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. Proporciona las ‘piezas de construcción’ para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso”*.

<b>Discapacidad</b>	<p>El resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.</p> <p>Término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (ambientales y personales).</p>
---------------------	---



<b>Modelo médico</b>	Considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.
<b>Modelo social</b>	Considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social.
<b>Factores Contextuales</b>	Constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.
<b>Factores Ambientales</b>	Constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona.
<b>Factores Personales</b>	Factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación.

Los actuales baremos aplicables para determinar el grado de minusvalía establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo con el modelo propuesto por la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S.**, fijando las pautas “*para la determinación de la discapacidad originada por deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas*”. Estos baremos se basan en la severidad de las limitaciones para las actividades como criterio fundamental.

<b>ÓRGANOS, APARATOS O SISTEMAS TOMADOS EN CONSIDERACIÓN:</b>	
Sistema musculoesquelético	Sistema nervioso
Aparato respiratorio	Sistema cardiovascular
Sistema hematopoyético	Aparato digestivo
Aparato genitourinario	Sistema endocrino
Piel y anejos	Neoplasias
Aparato visual	Oído, garganta y estructuras relacionadas
Lenguaje	Retraso mental
Enfermedad mental	<b>FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS*</b>

\*Nota: La minusvalía se define como la desventaja social en un individuo afectado por una deficiencia o discapacidad. Surge, pues, en la relación de la persona con el medio, en los obstáculos culturales, materiales o sociales que le impiden una integración adecuada en la sociedad. Por esto, el presente baremo valora los factores que a continuación se detallan y que pueden limitar dicha integración: familiar, económico, laboral, cultural y entorno.



## PROCEDIMIENTO PARA EL GRADO DE MINUSVALÍA

Este procedimiento se regula a través del Real Decreto 1971/1999, que en su capítulo 3, referido al sistema nervioso, establece que *“los criterios de discapacidad se definen en virtud de las restricciones o limitaciones que las deficiencias imponen a la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Y no en función de diagnósticos específicos”*. Incluyendo en el capítulo 1 de este mismo procedimiento, referido a las normas generales, una definición sobre las **actividades de la vida diaria**, entendidas como *“aquellas que son comunes a todos los ciudadanos. Entre las múltiples descripciones de AVD existentes, se ha tomado la propuesta por la Asociación Médica Americana (AMA) en 1994”*:

<b>ACTIVIDADES AUTOCUIDADO</b>	Vestirse
	Comer
	Evitar riesgos
	Aseo e higiene personal,...
<b>OTRAS ACTIVIDADES</b>	Comunicación
	Actividad física intrínseca (levantarse, vestirse, reclinarse,...)
	Actividad física funcional (llevar, elevar, empujar,...)
	Función sensorial (oír, ver,...)
	Funciones manuales (agarrar, sujetar, apretar,...)
	Transporte (capacidad para utilizar medios de transporte)
	Función sexual
	Sueño
	Actividades sociales y de ocio

Y la competencia para la valoración del grado se otorga a los llamados **Equipos de Valoración y Orientación (EVO)**, formados por al menos un perfil médico, psicológico y de trabajo social.



## PRINCIPALES IDEAS

Una vez revisada toda la información recogida en este documento, se pueden extraer algunas ideas para tener en cuenta respecto al sistema de salud y los ámbitos de dependencia y discapacidad en personas con la enfermedad de Parkinson, y las entidades que las representan:

- Las **competencias en materia sanitaria** están transferidas a las Comunidades Autónomas.
- La Estrategia Nacional de Enfermedades Neurodegenerativas recoge la necesidad de **abordar los síntomas motores y no motores** en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, y la recomendación de recibir desde el inicio del diagnóstico un **tratamiento no farmacológico**.
- Una vez sea aprobado el Abordaje del Párkinson, las Comunidades Autónomas pasan a tener las **competencias de cara a los Planes Integrales** que incluirán el proceso asistencial sanitario y social de la enfermedad.
- La Cartera de Servicios Complementarios de las Comunidades Autónomas contempla la atención especializada, referida a **actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y de cuidados** (a través de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia).
- El **procedimiento de designación de los CSUR** se puede iniciar desde el Ministerio competente o a través de las Comunidades Autónomas, previa autorización sanitaria y un informe favorable de la autoridad competente a nivel autonómico.
- La **prestación de los servicios recogidos en la Ley de Dependencia** se hará a través de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados, debidamente acreditados, y con prioridad de aquellos servicios incluidos en el catálogo.
- Los **baremos de la situación de minusvalía** establecen normas teniendo en cuenta factores específicos del sistema o aparato afectado, y factores sociales (familiares, económicos, laborales, culturales y del entorno).
- Los criterios de discapacidad se definen en virtud de las restricciones o limitaciones que las deficiencias imponen a la capacidad del paciente para llevar a cabo **actividades de la vida diaria**.



## BIBLIOGRAFÍA

Por orden de referencia en el documento:

- Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.  
[https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est\\_Neurodegenerativas\\_APROBADA\\_C\\_INTERTERRITORIAL.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf)
- Informe de la Fundación del Cerebro sobre el Impacto Social de la Enfermedad de Parkinson en España. Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Clínico San Carlos; Servicio de Neurología del Hospital Universitario Infanta Cristina; Unidad de Trastornos del Movimiento, Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica del Instituto de Biomedicina de Sevilla; y el Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED). 2 de julio de 2013.  
<http://www.sen.es/attachments/article/728/Informe%20FdC%20Enfermedad%20de%20Parkinson.pdf>
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con la enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_546\\_Parkinson\\_IACS\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_546_Parkinson_IACS_resum.pdf)
- Libro Blanco de Párkinson en España. Aproximación, análisis y propuestas de futuro. Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.  
[https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2017/10/libro\\_blanco.pdf](https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2017/10/libro_blanco.pdf)
- Guía Oficial de Práctica Clínica en Párkinson. Guías Diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 2016
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5403>
- Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-19626>
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19572>



- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (CDCAP)  
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Constitución Española. 1978.  
[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229)
- Convención de Derechos de las personas con Discapacidad. Material de Promoción. Serie de Capacitación Profesional Nº 15. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la Naciones Unidas.  
[https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf)
- Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020  
[https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_espanola\\_discapacidad\\_2012\\_2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf)
- La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>
- Guía para la Valoración de la Situaciones de Minusvalía – Ministerio de Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000.  
<https://sid.usal.es/docs/F8/8.1-4569/Valoraciones.pdf>
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S (CIF). 2001.  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-1546>